



วารสาร

จิตวิทยาคลินิก

Thai Journal of Clinical Psychology

ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563 Volume 51 Number 1 January-June 2020

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการความเครียด
ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา
- ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นคู่มือประเมิน
ความสามารถทางเชาวนปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี
ฉบับ พ.ศ. 2561
- การประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก
- องค์ความรู้โรคซึมเศร้าและจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับ
นักจิตวิทยา
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา
ในนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1

ISSN-0125-1422



MIND MEDICAL CARE
COMPANY LIMITED

บริษัท มายด์ เมดิคอล แคร่ จำกัด Mind Medical Care Co., Ltd.

แบบทดสอบทางจิตวิทยา และเครื่องมือทางการแพทย์

ปรึกษาและสั่งซื้อได้ที่

นางสาวพิชชากร แสงโพธิ์ (วท.บ. จิตวิทยา (คลินิก) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

บริษัท มายด์ เมดิคอล แคร่ จำกัด

183/4 หมู่ 2 ตำบลสุรศักดิ์ อำเภอกศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110

โทรศัพท์/โทรสาร : 0-3877-5369 Hotline : 089-161-1699

Email: pitchakorn@mindmedicalcare.com

www.mindmedicalcare.com

360innovative

ONLINE CREATIVE SERVICES

WEB DESIGN & DEVELOPMENT

DATABASE DEVELOPMENT & PROGRAMMING

บริษัท 360 อินโนเวทีฟ จำกัด ♦ 360innovative Co., Ltd.

213/13 Asoke Towers Building, 5 th Floor,

Sukhumvit 21(Asoke) Road, Kwaeng Klong Toey-Nua,

Khet Wattana, Bangkok 10110, Thailand.

Tel. 662 664 3311 Fax.662 664 3310

<http://www.360innovative.com>

ขอบคุณ

พล.อ.ท.ประจักษ์ต์ ประจักษ์จิตต์

อ.ปิยะนุช ประจักษ์จิตต์

น.อ.หญิง อรุณรัตน์ ห่อรายเจริญ



วารสารจิตวิทยาคลินิก

THAI JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY

ISSN-0125-1422

ปีที่ 51 ฉบับที่ 1

มกราคม-มิถุนายน 2563

VOLUME 51 NUMBER 1

JANUARY-JUNE 2020

สารบัญ

- บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิถีจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา 1
พรภิมล เพ็ชรกุล และพัชรบูรณ์ ศรีวิชัย Pornpimon Pechkul, and Patcharaboon Sriwichai
- ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็ก
อายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 15
ประเสริฐ จูฑา วนิดา ชนินทยุทวงศ์ รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล และฉัตรมงคล น้ามาก
Prasert Chutha, Vanida Chaninyuthwong, Rattanasak Santitadakul, and Chatmongkhon Chammak
- การประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก 30
ธนยศ สุมาลัยโรจน์, สร้อยสุตา อิมอรุณรักษ์, ณัฏพล อ่วมประดิษฐ์, และสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์
Thanayot Sumalrot, Soisuda Imaroonrak, Natchaphon Auampradit, and Sucheera Phattharayuttawat
- องค์ความรู้โรคซึมเศร้าและจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับนักจิตวิทยา 49
ต้นสาย แก้วสว่าง Tonsai Kaewsawang
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาในนักศึกษาปริญญาตรี
สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 66
ยุทธชัย ศรีติเกรียงไกร สมรรถพงศ์ ขจรมณี ศศิพร เหลืองไพฑูรย์ และจินตนา สิงขรอาจ
Yuthachai Sarutikriangkri, Samattaphong Khajohnmanee, Sasipond Leungpaitoon,
and Jintana Singkhornard

คณะกรรมการอำนวยการ

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย 2562-2563

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ สมทรง สุวรรณเลิศ
อาจารย์กิติกร มีทรัพย์
อาจารย์วัลลี ธรรมโกสิทธิ์

กิจการต่างประเทศ

นางสาวติษยา มีเพียร

ที่ปรึกษานายกสมาคม

อาจารย์วันชัย ไชยสิทธิ์
อาจารย์สุพิน พรพิพัฒน์กุล
อาจารย์สุภาวดี นวลมณี
ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์
นายกรัสนัย พันธุ์เหลา

สาราณียกร

ผศ.ดร.ไชยันต์ สกกุลศรีประเสริฐ

นายกสมาคม

นางสาวจินตนา สิงขรอาจ

นายทะเบียน

นางสาวปวีตรา คุ่มปิยะผล

อุปนายกสมาคม

นาวาเอกหญิง (พิเศษ) พรทิพย์ อินทวิเชียร
พันตำรวจเอก วินัย ธงชัย
ผศ.พ.ต.หญิง ดร.พนมพร พุ่มจันทร์
ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์

ปฎิคม

ร้อยตำรวจเอกหญิง วรรณิศา แสงโชติ
นางสาวมณฑิตา พิศเพ็ง

ประชาสัมพันธ์

นางสาวสิริยา อยู่สุข
นายภาณุวัฒน์ เนียมบาง

กรรมการวิชาการ

ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์
ดร.วิลาสินี ชัยสิทธิ์
นายประเสริฐ จุฑา
นางสาวอกนิษฐา สีนุญเรือง
ดร.อารยา ผลชัยญา
นายปวิธ สิริเกียรติกุล
ว่าที่ร้อยตำรวจตรีสุพัฒน์ โตตาบ
ร้อยโทหญิงนางพิจิตรา ชีระวิสุทธิกุล
นางสาวนภัสจันท์ มงคลพันธ์

บริหารกลยุทธ์

นายประเสริฐ กวินนิพัทธ์

เหรียญก

นางสาวอัจฉริยา นคะจัด
นางสาวปวีตรา คุ่มปิยะผล

เลขาหุการ

นางสาวชนัตติพร ชลไพร
นางสาวปวีตรา คุ่มปิยะผล

กรรมการกลาง

นางสาวนารีรัตน์ พงษ์สิทธิถาวร
นางสาวพรพรรณ ศิลปวัฒนาพร
นายศิววงศ์ เพชรรัตน์

EXECUTIVE COMMITTEE

OF THE THAI CLINICAL PSYCHOLOGIST ASSOCIATION 2019-2020

HONORARY ADVISORY BOARD

Asst. Prof. Somsong Suwanlert

Kitikorn Meesab

Wallee Thamakosit

ADVISORY BOARD

Wanchai Chaivasit

Supin Pornpipatkul

Supavadee Nuanmanee

Matree Vongverapant, PhD

Krassanai Phunlao

PRESIDENT

Jintana Singkhornard

VICE PRESIDENT

Capt.Pornpip Intravichien WRTN

Asst.Prof.Maj.Panomporn Phoomchan, PhD

Kattiya Ratanadilok, PhD

Kulvadee Thongpibul, PsyD

SCIENTIFIC AFFAIRS

Kulvadee Thongpibul, PsyD

Wilasinee Chaivasit, PhD

Prasert Chutha

Akanitha Seeboonruang

Araya Pontanya, PhD

Pawit Sirikiattikul

Acting Pol.Sub-Lt. Supat Totab

Pol.Lt.Pichita Teeravisutkul

Naphatchan Mongkhonpan

INTERNATIONAL AFFAIRS

Disaya Meepien

EDITORIAL

Asst.Prof.Chaiyan Salculsriprasert, PhD

REGISTRAR

Pawittra Khumpiyaphon

HOUSE MASTER

Pol.Capt.Wannisa Sangchot

Montita Phispeng

PUBLIC RELATIONS

Sidhaya Yusuk

Phanuwat Niambang

FUNDRAISING

Prasert Kawinniphat

TREASURER

Auchariya Nacajud

Pawittra Khumpiyaphon

SECRETARY

Chanatiporn Chonprai

Pawittra Khumpiyaphon

GENERAL AFFAIRS

Nareerat Phongsittithaworn

Pornpan Sinlapawuttanaporn

Siwawong Petcharat

วารสารจิตวิทยาคลินิก ของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิก:

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่ 239 ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

โทร (053) 943232

บรรณาธิการ:

ผศ.ดร.ไชยันต์ สกุนศรีประเสริฐ

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กองบรรณาธิการ:

อ.ดร.อารยา ผลัญญา

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สิริ อุดมผล

กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลสวนปรุง

ศศิธร พยัคฆชาติ

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพิงค์

ศยามล ฤทธิแสง

กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

รณณ สุขถาวรศิลป์

กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันพัฒนาการเด็กนครินทร์

คณะกรรมการผู้ทบทวนบทนิพนธ์:

รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ธนยศ สุมาลัยโรจน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ธิดารัตน์ ศรีสุโข

กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลสวนปรุง

ผศ.ดร.อรพิน สติรมล

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.พ.ด.หญิง ดร.พนมพร พุ่มจันทร์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผศ.ดร.ณัฐวุฒิ อรินทร์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.กุลวดี ทองไพบูลย์

อาจารย์พิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.สุพัทธ แสนแจ่มใส

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
โรฒ

ดร.นัฐพร โอภาสานนท์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.สุรเดช ประยูรศักดิ์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.สุพัตรา สกุนศรีประเสริฐ

ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์

กลุ่มวิชาวินิจฉัยสุขภาพ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ดร.พิณณา หมวกยอด

กลุ่มวิชาวินิจฉัยสุขภาพการสังคมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ

กลุ่มวิชาวินิจฉัยสุขภาพการสังคมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

Thai Journal of Clinical Psychology

Editorial Address:

Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University
239 Huay Kaew Road, Suthep, Muang Chiang Mai District, Chiang Mai Province, 50200 Thailand
Tel: (053) 943232

Editor:

Asst.Prof.Chaiyan Sakulsriprasert, PhD Department of Psychology, Faculty of Humanities
Chiang Mai University

Editorial Board:

Araya Pontanya, PhD Department of Psychology, Faculty of Humanities,
Chiang Mai University

Saengduean Yotanyamaneewong, PhD

“

Siree Undompol

Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai

Sasithorn Payakachat

Nakornping Hospital, Chiang Mai

Sayamol Ritthisang

Thanyarak Chiang Mai Hospital

Ramon Sooktawonsin

Rajanagarindra Institute of Child Development

Board of Reviewers:

Assoc.Prof.Sucheera Phattharayuttawat, PhD Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol
University

Thanayot Sumalrot, PhD

“

Thidarat Srisukho

Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai

Assist.Prof.Orapin Sathiramon, PhD

Department of Psychology, Faculty of Social Sciences,
Kasetsart University

Assist.Prof.Panomporn Phoomchan, PhD

“

Assist.Prof.Nattawut Arin, PhD

Department of Psychology, Faculty of Humanities,
Chiang Mai University

Kulvadee Thongpibul, PsyD

Adjunct Lecturer, Chiang Mai University

Supat Sanjamsai, PhD

Department of Psychology, Faculty of Humanities, Srinakarinwirot
University

Nattapron Opananon, PhD

Department of Psychology, Faculty of Social Sciences,
Narasuan University

Suradate Prayoonsak, PhD

“

Suphattra Sakulsriprasert, PhD

Department of Psychology, Faculty of Education,
Chiang Mai Rajabhat University

Metee Wongweerapun, PhD

Faculty of Liberal Arts, Maejo University

Pinnaoa Muakyod, PhD

“

Piyapat Areeyay, PhD

“

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ฉบับย่อ)

Guide for Authors

ต้นฉบับที่ผู้พิมพ์ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิก จะต้องไม่เคยตีพิมพ์และเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารจิตวิทยาคลินิกแล้วถือเป็นลิขสิทธิ์การเผยแพร่โดยวารสารสมาคมจิตวิทยาคลินิกแต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์หรือเผยแพร่ซ้ำในที่อื่นต้องได้รับอนุญาตจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ก่อน

เอกสารต้นฉบับจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในด้านนั้นๆ อย่างน้อย 2 ท่าน การพิจารณานี้หมายถึงการพิจารณาเชิงเนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย ความถูกต้องของการใช้สำนวนการเขียน การสะกดคำ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ตลอดจนการใช้ไวยากรณ์ทางภาษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการจะนำข้อคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิกลับไปยังผู้พิมพ์เพื่อการปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้การพิจารณาดังกล่าวจะดำเนินการโดยเจ้าของผลงานและผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน ตลอดจนชื่อหน่วยงานของแต่ละฝ่าย เพื่อความเป็นธรรมและการปราศจากอคติในการพิจารณาผลงานวิชาการ

ประเภทของบทความที่วารสารจิตวิทยาคลินิก ตีพิมพ์เผยแพร่ มี 6 ประเภท ได้แก่

1. **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** หรือบทความรายงานการวิจัย
2. **บทความบรรณาธิการ (Editorial)** เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรือเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ
3. **บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)** เป็นบทความจากการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบัน
4. **รายงานเบื้องต้น (Preliminary Report)** หรือรายงานสังเขป (short communication)
เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกับนิพนธ์ต้นฉบับ หรือบทความฟื้นฟูวิชาการ
5. **รายงานผู้ป่วย (Case Report)** เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อยราย
6. **ปกิณกะ (Miscellany)** เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภท 1 ถึง 5 ได้ แต่มีเนื้อหาอันเป็นประโยชน์ในสาขาวิชาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสารจิตวิทยาคลินิก

การเตรียมต้นฉบับเบื้องต้น (สำหรับบทความทุกประเภท)

- พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ขนาดตัวอักษร Browallia UPC ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 Column) ต่อ 1 หน้ากระดาษ A4 โดยให้พิมพ์ห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. (1 นิ้ว)
- มีเลขหน้ากำกับทุกหน้า ที่มุมขวาล่าง
- คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่
- จำนวนหน้าของบทความทั้งหมดไม่ควรเกิน 15 หน้า

การเตรียมต้นฉบับและเอกสารเพื่อส่งกองบรรณาธิการ

- ใบปะหน้า (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด) ระบุ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คุณวุฒิสูงสุดและสถาบันของผู้พิมพ์ทุกคน โดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ
- บทคัดย่อให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ พร้อมระบุคำสำคัญ (key word) 3-5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- เนื้อเรื่องสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นงานวิจัย ประกอบด้วยบทนำ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์และสรุป สำหรับบทความไม่จำเป็นต้องแบ่งเช่นนี้
- กิตติกรรมประกาศความยาวไม่เกิน 5 บรรทัด (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง (References) ใช้ระบบ APA (the Publication Manual of the American Psychological Association) 6th edition (2010) ทั้งหมด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. บทความ

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, เชิดศักดิ์ โฆวสินธุ์, และสุชีรา ภักทรายุตวรรัตน์. (2550). การศึกษาแบบทดสอบบุคลิกภาพ The Leonard Personality Inventory (LPI) ในคนไทยวัยทำงาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(3), 282-295.

Buchanan, A., & Ground, A. (2011). Forensic psychiatry and public protection. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 420-423.

2. หนังสือ

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *คู่มือจิตเวชคลินิก*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

Plante, T. G. (2011). *Contemporary clinical psychology* (3rd ed). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

3. เว็บไซต์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2549). *ข้อมูลและสถิติประชากรไทย*. ค้นจาก <http://w3.chula.ac.th/college/cps/thai/nop7/n78.html>

Niolon, R. (2005). *Introduction to the WAIS-III*. Retrieved from http://www.psychpage.com/learning/library/intell/wais_history.html

4. วิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์

กฤษฎาธาร จันทะโก. (2556). *การส่งเสริมและการอนุรักษ์ดนตรีไทยและนาฏศิลป์ไทย: กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต ไม่ได้ดีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1434728)

Adams, R. J. (1973). *Building a foundation for evaluation of instruction in higher education and continuing education* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://www.ohiolink.edu/etd/>

การส่งต้นฉบับ

กรณีที่เป็นกรวิจัยในมนุษย์ให้สำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการทดลองในมนุษย์ด้วย ส่งไฟล์เอกสารทั้งหมดมาที่กองบรรณาธิการวารสาร ทางอีเมล journal.thaiclinicpsy@gmail.com

หรือทางไปรษณีย์ โดยส่งถึง

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารจิตวิทยาคลินิก

ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่ 239 ถนนห้วยแก้ว ต.สุเทพ อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ 50200

จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน

(Publication Ethics)

กองบรรณาธิการมีกระบวนการดำเนินการและแจ้งให้ผู้ทบทวนรวมถึงผู้พิมพ์ดำเนินการตามเกณฑ์จริยธรรมการเผยแพร่ผลงาน ซึ่งกองบรรณาธิการอ้างอิงตามแนวทางของ The Committee on Publication Ethics (COPE guidelines) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บทบาทของบรรณาธิการ

- บรรณาธิการของวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความที่ขอรับการตีพิมพ์ที่วารสารในความรับผิดชอบ การพิจารณาต้องปราศจากการเลือกปฏิบัติ (discriminate) กับผู้พิมพ์ไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ ศาสนา ชาติพันธุ์ เพศ การตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธบทความขึ้นอยู่กับคุณภาพของบทความได้แก่ ความสำคัญ ความริเริ่ม ความชัดเจน รวมถึงความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร
- ในระหว่างการทบทวนบทความ กองบรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับบทความที่ส่งเข้ามาขอรับการตีพิมพ์ให้แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาบทความ ข้อมูลของผู้เขียน ผู้ทบทวน และกองบรรณาธิการที่ให้คำแนะนำ
- ในประเด็นการเปิดเผยและหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) บรรณาธิการพยายามไม่นำข้อมูลจากบทความที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยส่วนตัวนอกเหนือจากจะได้รับคำอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้พิมพ์ รวมถึงไม่นำข้อเสนอกจากผู้ทบทวนไปใช้เป็นประโยชน์ส่วนตัว นอกจากนี้การคัดเลือกผู้ทบทวนบทความนั้น กองบรรณาธิการหลีกเลี่ยงผู้ทบทวนที่มีส่วนได้เสียกับบทความไม่ว่าจะเป็นในแง่ของการเป็นคู่แข่ง การเป็นเพื่อนร่วมงาน หรือการมีความสัมพันธ์อื่น ๆ กับผู้พิมพ์หรือหน่วยงานของผู้พิมพ์
- บรรณาธิการมีหน้าที่ในการจัดการกับข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน

บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์

- การมีชื่อการเป็นผู้พิมพ์ (authorship of the paper) ควรจำกัดเพียงบุคคลที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญในแง่การวางกรอบบทความ การออกแบบระเบียบวิธีวิจัย การบริหารโครงการวิจัย การวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย นอกจากนี้ทุกคนที่มีส่วนร่วมในบทความอย่างมีนัยสำคัญควรมีรายชื่อเป็นผู้พิมพ์ร่วม
- ความริเริ่มและการคัดลอกผลงาน (originality and plagiarism) ผู้พิมพ์มีหน้าที่รับผิดชอบในเนื้อหา ภาษาและความริเริ่มของบทความ ผู้พิมพ์ต้องไม่นำการค้นคว้าหรือผลงานของผู้อื่นมาใช้โดยไม่ปราศจากการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ การคัดลอกผลงานไม่ว่าจะจากบุคคลอื่นหรือของผู้พิมพ์ถือว่าเป็นการผิดจรรยาบรรณในการเผยแพร่ผลงานและยอมรับไม่ได้ในวงวิชาการ
- หากบทความได้รับทุนสนับสนุน ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนเอาไว้อย่างเหมาะสม
- ผู้พิมพ์มีหน้าที่เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษา แหล่งทุนสนับสนุนโครงการทั้งหมด ควรได้รับการเปิดเผย ผลประโยชน์ทับซ้อนอื่น ๆ ที่มีความเป็นไปได้ (potential conflicts of interest) ที่ควรได้รับการเปิดเผยเช่น การเป็นผู้จ้างงาน การเป็นที่ปรึกษา การเป็นเจ้าของกิจการ การได้รับเงินค่าธรรมเนียมวิชาชีพ การเป็นเจ้าของสิทธิบัตร ซึ่งการเปิดเผยนั้นควรทำให้เร็วที่สุดที่เป็นไปได้

- ในการนำเสนอผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรนำเสนอข้อมูลตามความจริง ข้อมูลในงานวิจัยควรมีรายละเอียดที่เพียงพอต่อการทดลองซ้ำ (replicate) การบิดเบือน ปกปิดหรือรายงานข้อมูลที่เป็นเท็จเป็นการผิดจรรยาบรรณ
- ผู้นิพนธ์อาจถูกร้องขอให้ส่งข้อมูลดิบที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยให้กองบรรณาธิการทบทวน ดังนั้นผู้นิพนธ์ควรเก็บรักษาข้อมูลดิบไว้ภายหลังที่บทความได้รับการตีพิมพ์แล้วตามสมควรแก่ลักษณะงานวิจัย
- ผู้นิพนธ์ไม่ควรส่งบทความที่อยู่ระหว่างการทบทวนกับวารสารอื่นมายังวารสารจิตวิทยาคลินิก การตีพิมพ์บทความฉบับกับวารสารมากกว่า 1 ฉบับถือว่าผิดจรรยาบรรณทางการเผยแพร่ผลงาน
- เมื่อผู้นิพนธ์พบข้อผิดพลาดที่สำคัญในบทความที่ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์มีหน้าที่แจ้งและทำงานร่วมกับกองบรรณาธิการเพื่อแก้ไขหรือเพิกถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ทบทวน

- หากพบว่าบทความอยู่นอกเหนือจากความถนัดหรือความสนใจของผู้ทบทวน หรือตระหนักถึงผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการทบทวนบทความฉบับนั้นโดยเร็ว
- ในระหว่างการทบทวนบทความ ผู้ทบทวนต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความ
- ผู้ทบทวนควรประเมินบทความที่ตนเองเชี่ยวชาญ และวางหลักการประเมินอยู่บนคุณภาพของบทความ ควรหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ไปยังตัวบุคคลและการใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับ
- หากผู้ทบทวนพบว่าม้งานวิจัยที่ผู้นิพนธ์นำมาใช้แล้วไม่ได้อ้างอิงหรือพบการคัดลอกผลงาน รวมถึงพบว่าบทความที่ขอตีพิมพ์มีความซ้อนทับกับบทความอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์ไปแล้ว โปรดแจ้งกองบรรณาธิการให้ทราบด้วย

สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

“สมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีหน้าที่สร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ กฎ ระเบียบของสมาคมฯ เพื่อให้การช่วยเหลือส่งเสริม และเผยแพร่กิจกรรมต่างๆ ของสมาคมฯ ให้บรรลุเป้าหมาย”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก
2. ส่งเสริมและควบคุมคุณภาพงานด้านจิตวิทยาคลินิกและจิตวิทยาแก่สมาชิกทั้งด้านการปฏิบัติและวิชาการ
3. เพื่อร่วมมือกันผลิตผลงานการวิจัยทางด้านจิตวิทยาคลินิก และสุขภาพจิตให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิตแก่ประชาชน
5. ร่วมมือกับสมาคมและสถาบันอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกันทั้งในประเทศและต่างประเทศ
6. ไม่เกี่ยวข้องกับการเมือง

ประเภทและคุณสมบัติของสมาชิก กำหนดไว้ 4 ประการ

1. สมาชิกสามัญ บุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่นักจิตวิทยาคลินิก
2. สมาชิกวิสามัญ บุคคลที่ทำงานติดต่อกับงานด้านจิตวิทยาคลินิกและสุขภาพจิต
3. สมาชิกสมทบ นักศึกษาที่กำลังศึกษาจิตวิทยาในสถานศึกษาต่างๆ ตลอดจนผู้ที่สนใจ
4. สมาชิกกิตติมศักดิ์ บุคคลที่มีความรู้ความสามารถทำประโยชน์ทางด้านจิตวิทยาคลินิก และสุขภาพจิต ซึ่งคณะกรรมการบริหารมีมติเชิญเข้าเป็นสมาชิก

สิทธิและหน้าที่ของสมาชิก

1. มีสิทธิสมัครและได้รับเลือกเป็นกรรมการบริหาร (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
2. มีสิทธิออกเสียง 1 เสียง ในที่ประชุมใหญ่ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)
3. มีสิทธิวิจารณ์และเสนอแนะใดๆ ต่อคณะกรรมการบริหารหรือต่อที่ประชุมใหญ่
4. ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมทางด้านวิชาการอื่นๆ เท่าที่คณะกรรมการเห็นสมควร
5. ได้รับเอกสารหนังสือของสมาคม และระดับเครื่องหมายของสมาคม ในโอกาสอันสมควรตลอดอายุการเป็นสมาชิก
6. มีสิทธิจะขออนุญาตตรวจสอบทรัพย์สินของสมาคมฯ และขอเปิดอภิปรายแสดงความไม่ไว้วางใจคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ได้ (เฉพาะสมาชิกสามัญ)

การสมัครสมาชิกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

1. ช่องทางหลัก

สมัครผ่านระบบออนไลน์ i-Regist ที่หน้าเว็บไซต์ของสมาคมฯ

<http://thaiclinicpsy.org/new/index.php/member/member-4>

โปรดเตรียมเอกสารแนบเป็นไฟล์นามสกุล .jpg, .png หรือ PDF



2. ช่องทางรอง

2.1 สมัครผ่านทาง internet โดยการ save file word ไปพิมพ์ข้อมูล เสร็จแล้วส่งกลับมายัง e-mail ของ นายทะเบียน คุณปวีตรา คุ่มปิยะผล E-mail: registrar.tcpa@outlook.com กรณีมีมากกว่า 1 ไฟล์ ให้ zip files ทั้งหมด แล้วตั้งชื่อด้วยชื่อและนามสกุลตนเองเป็นภาษาอังกฤษก่อนส่ง

2.2 สมัครผ่านทางไปรษณีย์ โดยการ download ใบสมัครและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ส่งไปที่ คุณปวีตรา คุ่มปิยะผล สำนักงานเลขานุการ (ชั่วคราว)

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ. ขอนแก่น 40000

หลักฐานประกอบการสมัคร มีดังนี้

- สำเนา transcript 1 ฉบับ

- สำเนาใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก 1 ฉบับ (ถ้ามี)

รอทราบผลตอบรับทางจดหมาย หรือ e-mail หลังจากผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติและผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการพิจารณาคุณสมบัติสมาชิก ภายใน 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันยื่นใบสมัคร

รายละเอียดวิธีการชำระเงิน (ภายหลังการผ่านความเห็นชอบจากอนุกรรมการ)

ชำระโดยวิธีโอนเงิน เข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่บัญชี 407-849670-0 ชื่อบัญชี “สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย”

สมาชิกสามัญ (สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 500 บาท สมาชิกต่างประเทศ 1,000 บาท)

สมาชิกวิสามัญ (แพทย์ , Internship สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 300 บาท)

สมาชิกสมทบ (นักศึกษา สมาชิกในประเทศ ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 200 บาท)

พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่คุณปวีตรา คุ่มปิยะผล โทรศัพท์ 087-3041374 (เวลาติดต่อ 09.00 – 18.00 น.)

โทรศัพท์ 043-363002 Email: treasurer.tcpa@outlook.com



วารสารจิตวิทยาคลินิก

• ใบสมัครสมาชิกวารสารจิตวิทยาคลินิก •

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

ที่อยู่

.....รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอแจ้งรับวารสารจิตวิทยาคลินิก เป็นจำนวน เล่ม ได้แก่

ตั้งแต่ฉบับที่ เล่มที่ ถึงฉบับที่ เล่มที่

พร้อมใบแจ้งนี้ข้าพเจ้าได้

() โอนเงินค่าสมาชิกวารสารฯ เข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาส่งงาน
อธิการบดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่บัญชี 407-849670-0 ชื่อบัญชี สมาคมนักจิตวิทยา
คลินิกไทย

() โอนเงินผ่านทาง website – SCB EasyNet

() โอนเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารไทยพาณิชย์

จำนวน บาท (.....)

และส่งหลักฐานการโอนเงิน

() ทางไปรษณีย์ ถึง คุณปวีตรา คุ่มปิยะผล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ. ขอนแก่น 40000

โดยวงเล็บมุมของ “สมัครสมาชิกวารสารจิตวิทยาคลินิก”

() ทางอีเมล: journal.thaiclinicpsy@gmail.com

ลงชื่อ

อัตราค่าวารสาร: ค่าสมาชิกวารสารจิตวิทยาคลินิก ปีละ 200 บาท (2 เล่ม)

หมายเหตุ:

กรณีที่สมาชิกไม่ได้รับวารสารฯ โปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ผศ.ดร.ไชยันต์ สกุนศรีประเสริฐ ภาควิชา
จิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 239 ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง
เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทร (053) 943232 หรือทางอีเมล journal.thaiclinicpsy@gmail.com

**อดีตประธานชมรมนักจิตวิทยาคลินิก
และนายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย**

สมทรง	สุวรรณเลิศ	2512 - 2514
ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัก	2515 - 2516
ละเอียด	ชูประยูร	2517 - 2518
อุ้นเรือน	อำไพพัทธ์	2519 - 2520
วัลลภ	ปิยมโนธรรม	2521 - 2522
สมทรง	สุวรรณเลิศ	2523 - 2524
ละเอียด	ชูประยูร	2525 - 2526
วันชัย	ไชยสิทธิ์	2527 - 2528
ศิริวรรณ	สังข์สุวรรณ	2529 - 2530
กิติกร	มีทรัพย์	2531 - 2532
จริยา	วัฒนโสภณ	2533 - 2535
อัมพร	รัตนวิทย์	2536 - 2539
วัลลี	ธรรมโกสิทธิ์	2540 - 2543
นคร	ศรีสุข	2544 - 2547
ศศิธร	ภะระติลปิน	2548 - 2549
สุจิตรา	อุสาหะ	2550 - 2553
จินตนา	สิงขรอาจ	2554 - 2557
เมธี	วงศ์วีระพันธุ์	2558 - 2559
จินตนา	สิงขรอาจ	2560 - 2561
จินตนา	สิงขรอาจ	2562 - 2563

บรรณาธิการ วารสารจิตวิทยาคลินิก

ยุวดี	กิติคุณ	2512 - 2513
ณรงค์ศักดิ์	ตะละภัก	2513 - 2514
ดวงมัลย์	เริกสำราญ	2515 - 2516
กิติกร	มีทรัพย์	2517 - 2522
วันชัย	ไชยสิทธิ์	2523 - 2524
สมบัติ	ดาปัญญา	2525 - 2526
ชัยวัฒน์	วงศ์อาษา	2527 - 2530
อมรากล	อินโชนนท์	2531 - 2532
อุษา	ชูชาติ และ	
อมรากล	อินโชนนท์	2533 - 2535
สุชีรา	ภัทรายุทธวรรตน์	2536 - 2537
จุฑาทิพย์	วงศ์สุวรรณ	2538 - 2539
ชนิษฐา	บำเพ็ญผล	2540 - 2543
สุชีรา	ภัทรายุทธวรรตน์	2544 - 2545
จริยา	จันทร์	2546 - 2547
สร้อยสุดา	อิมอรุณรักษ์	2548 - 2549
ปราณี	ชาญณรงค์	2550 - 2553
จริยา	จันทร์	2554 - 2555
วิลาสินี	ชัยสิทธิ์	2556 - 2557
แสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์	2558 - 2559
แสงเดือน	ยอดอัญมณีวงศ์ และ	
ส่องโสม	พึงพงศ์	2560 - 2561
ไชยันต์	สกุลศรีประเสริฐ	2562 - 2563

บรรณาธิการแถลง

วารสารจิตวิทยาคลินิกฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี 2563 ซึ่งเกิดเหตุการณ์ที่ทุกคนไม่คาดฝันคือการระบาดของ coronavirus 2019 ซึ่งมีผลกระทบเป็นวงกว้างไม่ว่าจะเป็นทั้งมิติทางสุขภาพกายและการเจ็บป่วย มิติเศรษฐกิจ รวมไปถึงมิติสุขภาพจิตและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คน ทางกองบรรณาธิการเห็นเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิกน่าจะมีส่วนช่วยในการดูแลช่วยเหลือประชาชนให้ข้ามผ่านวิกฤตต่าง ๆ และสามารถปรับตัวเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ (new normal) ได้ราบรื่นไม่มากนักน้อย และยินดีเปิดรับงานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับ coronavirus 2019 ในแง่มุมจิตวิทยาคลินิก

วารสารฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความที่น่าสนใจ 5 เรื่อง มีงานวิจัย 2 ฉบับประกอบไปด้วยการศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษา และการวิจัยเพื่อการประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก ทั้ง 2 ฉบับเป็นกิจกรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบันการศึกษา มีความมุ่งหมายจะใช้ผลการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจัดว่าเป็นการทำงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และขับเคลื่อนงานด้วยงานวิจัย

บทความวิจัยฉบับถัดมาเป็นการศึกษาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีฉบับ พศ.2561 ซึ่งน่าจะเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นว่าแบบทดสอบฉบับนี้มี psychometric properties ที่เหมาะสมกับการใช้งานเพียงใด

บทความอีก 2 ฉบับถัดมา เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) โดยฉบับแรกเป็นบทความวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อเพิ่มทุนทางจิตวิทยาในกลุ่มนักศึกษา และอีกบทความเป็นบทความฟื้นฟูวิชาการที่ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและเสนอตัวอย่างในการประยุกต์จิตวิทยาเชิงบวกในการช่วยเหลือบุคคลที่ประสบภาวะซึมเศร้า

บรรณาธิการหวังว่าบทความในวารสารจะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกในการปฏิบัติงานโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ตลอดจนจุดประกายความสนใจใคร่รู้ และดำเนินการวิจัยเพื่อค้นหาคำตอบหรือองค์ความรู้เพื่อพัฒนาวงการจิตวิทยาคลินิกไทย

ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ

บรรณาธิการ

วารสารจิตวิทยาคลินิกเป็นวารสารรายหกเดือนของสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก จิตเวชศาสตร์ สุขภาพจิต ประสาทจิตวิทยา นิตจิตวิทยา และศาสตร์อื่นๆ ที่ใกล้เคียงกัน ตลอดจนรายงานการเคลื่อนไหวในการจิตวิทยาคลินิก

ข้อเขียนที่ปรากฏในวารสารนี้ ย่อมเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเรื่องนั้นโดยเฉพาะ มิใช่เป็นทัศนคติของกองบรรณาธิการหรือบรรณาธิการเสมอไป และการโฆษณาสื่อทุกชิ้นในวารสารนี้ มิได้หมายถึงการรับรองคุณภาพหรือสถานภาพของผลิตภัณฑ์



ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี จังหวัดพะเยา

พรมิณ พันธ์กุล¹ และพัชรบูรณ์ ศรีวิชัย²

Received: 29 ตุลาคม 2562

Revised: 21 กุมภาพันธ์ 2563

Accepted: 1 มีนาคม 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จังหวัดพะเยา จำนวน 99 ราย ที่ลงทะเบียนเรียนในภาค 1 ปีการศึกษา 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ 2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต 3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต 4) การสอบถามวิธีการจัดการความเครียดโดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด

ผลการศึกษา ประชากรร้อยละ 72.73 มีความเครียดระดับปานกลาง ประชากรร้อยละ 15.15 มีความเครียดระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าโดย 2Q, 9Q และผลแนวโน้มฆ่าตัวตาย 8Q ประชากรร้อยละ 77.42 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า รองลงมาร้อยละ 19.35 มีโรคซึมเศร้าระดับต่ำ วิธีการจัดการความเครียดพบว่าประชากรส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์จำนวน ร้อยละ 94.09 ที่พบในกลุ่มนี้เป็นจำนวนมากได้แก่การใช้วิธีแก้ปัญหาแบบคิดและการกระทำที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาจำนวน ร้อยละ 45.70 รองลงมาคือการใช้วิธีแก้ปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ประชากรที่ใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหจำนวน 11 ครั้ง ร้อยละ 5.91 ที่พบส่วนมากคือวิธีแก้ปัญหาแบบพฤติกรรมกรรมการเผชิญหน้าปัญหา จำนวน 9 ครั้ง ร้อยละ 4.84

คำสำคัญ: ความเครียด ภาวะซึมเศร้า วิธีการจัดการความเครียด

¹ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา

Stress, depression and stress management methods of first year students of Bachelor of Nursing Program Boromarajonani, College of Nursing, Phayao Province

Pornpimon Pechkul¹ Patcharaboon Sriwichai²

Received: 29 October 2019

Revised: 21 February 2020

Accepted: 1 March 2020

Abstract

Objective: To study stress levels, depression, and stress management methods of first year Bachelor of Nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Phayao Province.

Method: The population was 99 first year Bachelor of Nursing students in the Phayao Province, enrolled in their first semester, academic year, 2019. The research tools are 1) 20 items of Self Stress Assessment and Analysis Form by the Department of Mental Health. 2) 2Q and 9Q Depression Screening by the Department of Mental Health 3) 8Q Suicide Assessment Form from the Department of Mental Health 4) Questioning how respondents manage stress by using open-ended questions about stress management methods.

Results: The 72.73% of the population had moderate stress. The 15.15% of the population had low level of stress. The results of 2Q and 9Q depression screening and suicidal tendencies of 8Q found that the 77.42% of the population showed no symptoms of depression. The 19.35% of the population had low level of depression. With the stress management methods, It was found that the majority (94.04%) of the population managed stress by focusing on emotional corrections. This group was mainly found to use a think-and-then-action solution to escape potential problems with the result at 45.70%. Followed by the use of social support seeking methods. There were 11 times that the population that used stress management by approaching the issue to solve the problem at 5.91% of results. Most of these (9 times) that they chose to encounter problems at 4.84% for solving problems.

Keywords: stress, depression, ways to manage stress

¹ Department of Psychiatry, Phayao Hospital

² Boromarajonani College of Nursing, Phayao

บทนำ

สภาพสังคมในปัจจุบันของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไปสู่ความทันสมัยทั้งทางด้านวิชาการ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้บุคคลนั้นต้องเผชิญกับสภาพการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และปัญหาอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอดมีการแข่งขันสูงในสภาวะที่กดดันในการดำรงชีวิตก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในปี 2556 พบว่า คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตประมาณ 7 ล้านคน กลุ่มโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2558) ในวัยรุ่นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย คือ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย (Horwitz , Hill, & King, 2011) นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะนักศึกษาปี 1 เนื่องจากต้องปรับตัวต่อสภาพการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และการลงมือปฏิบัติจริงกับชีวิตมนุษย์ นักศึกษาชั้นปีที่หนึ่งเป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงผ่านจากวัยรุ่นตอนปลายสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูง เพราะหากปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ความเครียด และภาวะซึมเศร้า

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่บุคคลแสดงต่อสิ่งที่มาคุกคามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ทำให้ง่ายต่อการปรับตัวเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น (Selye, 1976) ความเครียดเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต

เนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ช่อทิพย์ จันทรา (2562) ศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิถีจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดพิษณุโลก พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 40.63 รองลงมา มีความเครียดในระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ร้อยละ 34.37 และ 22.92 ตามลำดับ สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2560) ศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง เนื่องจากต้องพบกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล หรืออาการของผู้ป่วยที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดมากกว่านักศึกษาสาขาอื่นๆ ซึ่งระดับความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาลไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการยอมรับและความสามารถในการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลแต่ละคนต่อความเครียดที่เกิดขึ้น

โดยทั่วไปเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อสภาพการณ์นั้น โดยพยายามจัดการกับปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทางสุขภาพและการดำรงชีวิตของตน ความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อความเครียดนั้น เรียกว่า วิธีเผชิญความเครียด (coping strategies) แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) ได้แก่การเผชิญหน้ากับปัญหา และการวางแผนแก้ปัญหา ส่วนอีกลักษณะคือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) ได้แก่การประหม่นโดยใช้กลไกทางจิตเข้ามาช่วยเพื่อให้เกิดความสบายใจชั่วคราวหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งการเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์นี้ หาก

บุคคลกระทำโดยไม่ตระหนักรู้ใจตนเอง ก็อาจเป็นการหลอกตัวเอง หรือบิดเบือนความจริง ส่งผลให้เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจได้ (Lazarus, Folkman 1984)

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญ โดยพบวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 18 (Varcarolis, 2013) พบในเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่าๆ กัน (Videbeck, 2014) มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2555) จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นในประเทศไทยมีภาวะซึมเศร้า ระหว่างร้อยละ 19 ถึง 42 (Charoensuk, 2007; Ruangkanchanasetr, Plitponkarnpim, Hetrakul, & Kongsakon, 2005) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงและมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีลักษณะอาการแสดงออกคล้ายผู้ใหญ่หลายอย่าง เช่น รู้สึกเศร้าสลด ความสนุกสนานลดลง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (ภุมรินทร์ อินชวณี, ชนานิษฐ์ แสงปาก และ สุภาพเหมือนชู, 2560) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น เพราะวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 60 มีความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30 พยายามฆ่าตัวตาย (Joseph, Tolulope & Jing, 2015 อ้างถึงใน ช่อทิพย์ จันทรา, 2562) และจากการศึกษาของนุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางเขม และชนัดดา แนนเกษร (2554) พบว่า นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.9 ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน (2562) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 32 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 18 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 14

การศึกษาเพื่อมุ่งสู่ความเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพนั้น เป็นภาระรับผิดชอบที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาลทุกคน หน้าที่ของงานแนะแนว คือการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่จะมีผลต่อการเรียนไม่สำเร็จหรือ

ลาออก ซึ่งที่ผ่านมา นั้น พบนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง และมีการส่งตัวไปพบนักจิตวิทยาคลินิก จิตแพทย์เพื่อรักษาและรับยาต่อเนื่อง ที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา 2-3 รายต่อปี โดยพบปัญหาที่แท้จริงคือยังมีนักศึกษาพยาบาลอีกจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ทางวิทยาลัยพยาบาลไม่สามารถที่จะรับรู้ปัญหาได้ตั้งแต่ต้น เนื่องจากยังไม่เคยมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะนักจิตวิทยาคลินิกประจำกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา รวมถึงมีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่อาจารย์ หรือนักศึกษา กรณีนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อน มีหน้าที่หลักโดยตรงทางด้านสุขภาพจิตจึงสนใจศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาความเครียด และภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีจัดการความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 จังหวัดพะเยา จำนวน 99 ราย ที่ลงทะเบียนเรียนในภาค 1

ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา

เครื่องมือ

1. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ใช้ประเมินความเครียด จากอาการพฤติกรรม หรือความรู้สึก จำนวน 20 ข้อ

2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบบ 2Q เป็นเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า มีความไวสูง ใช้งานง่าย ใช้กับผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 97.3 ความจำเพาะต่ำร้อยละ 45.6 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 4.82 เท่า สามารถคัดแยกคนปกติจากคนทั่วไปได้มากถึง 83.9 ค่าความน่าจะเป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นบวก 14.8 เมื่อได้ผลคัดกรองจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ว่า มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แล้วจึงประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q การแปลผล ถ้าตอบว่าไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ถ้าตอบว่า มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และคณะ, 2549) ส่วนแบบ 9Q ได้มีการพัฒนาเป็นภาษากลาง โดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) ซึ่งได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 72 และค่า Likelihood ratio 3.04 (รังสิมันต์สุนทรไชยา, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุพิศรา สุขาวห, และจินตนา ลีจึงเพิ่มพูน, 2561)

3. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

4. การสอบถามวิธีการจัดการความเครียด ใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยให้นักศึกษาเขียนวิธีการจัดการความเครียดของตนเองเป็นลายลักษณ์อักษร

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลพะเยา

2. ผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมเก็บข้อมูล โดยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผลที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและรายละเอียดของแบบประเมินให้นักศึกษาเข้าใจ และตอบรับให้การยินยอม ในการตอบแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ การเขียนวิธีการจัดการความเครียด และตอบแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q , 9Q หากพบว่ามีคะแนน ≥ 7 จึงทำการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q

3. หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาระดับความเครียดระดับโรคซึมเศร้า 2Q , 9Q ระดับของแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q และวิธีการจัดการความเครียด โดยวิธีการจัดการความเครียดนั้นผู้วิจัยได้นำมาเก็บข้อมูลโดยแบ่งการจัดการความเครียดเป็น 2 แบบ ตามแนวคิดของ Lazarus คือ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหากับการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 (n=99)

คะแนน ความเครียด	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
0 - 5	ความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	15	15.15
6 - 17	ความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ	72	72.73
18 - 25	ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย	9	9.09
26 - 29	ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง	1	1.01
30 - 60	ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก	2	2.02

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 72 คน ร้อยละ 72.73 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 15 คน ร้อยละ 15.15 และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย จำนวน 9 คน ร้อยละ 9.09 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.02 และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปานกลาง จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.01

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 (n=99)

คำตอบ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการทั้ง 2 ข้อ	ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	68	68.69
มีอาการ 1 ข้อ	เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	21	21.21
มีอาการทั้ง 2 ข้อ	เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	10	10.10

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีอาการทั้ง 2 ข้อ หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 68 คน ร้อยละ 68.69 รองลงมาคือ มีอาการ 1 ข้อ จำนวน 21 คน ร้อยละ 21.21 และมีอาการทั้ง 2 ข้อ จำนวน 10 คน ร้อยละ 10.10 ซึ่งกรมสุขภาพจิตกำหนดว่าถ้ามีอาการข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งประชากรที่จะประเมินต่อมีจำนวน 31 คน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของผลการประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 (n=31)

คะแนนรวม	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 7	ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก	24	77.42
7 - 12	มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	6	19.35
13 - 18	มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	1	3.23
≥ 19	มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	-	-

จากตารางที่ 3 ประชากรจำนวน 31 คน ที่เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า มีการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก จำนวน 24 คน ร้อยละ 77.42 รองลงมา มีโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 6 คน ร้อยละ 19.35 และมีโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 1 คน ร้อยละ 3.23 และไม่พบโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ในกรณีที่คะแนน 9Q มีคะแนนมากกว่า 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ซึ่งประชากรที่จะประเมินต่อมีจำนวน 7 คน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของผลการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 (n=7)

คะแนนรวม	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	5	71.42
1 - 8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย	1	14.29
9 -16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง	-	-
≥ 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง	1	14.29

จากตารางที่ 4 ผลการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของประชากรจำนวน 7 คน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 71.42 และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย จำนวน 1 คน ร้อยละ 14.29 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง จำนวน 1 คน ร้อยละ 14.29 ไม่พบแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของวิธีจัดการความเครียด ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 (n=99)

วิธีการจัดการกับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
1. วิธีการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused form of coping)	11	5.91
1.1 พฤติกรรมการเผชิญหน้ากับปัญหา	9	4.84
1.2 การวางแผนแก้ไขปัญหา	2	1.07
2. วิธีการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ (emotion-focused coping)	175	94.09
2.1 การออกห่างจากปัญหา	27	14.52
2.2 การพยายามควบคุมตนเอง	23	12.37
2.3 การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม	37	19.89
2.4 การรับมือกับปัญหา	3	1.61
2.5 การคิดและการกระทำที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา	85	45.70
2.6 การประเมินซ้ำในทางบวก	-	-

จากตารางที่ 5 วิธีจัดการความเครียดของประชากรทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่จัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ จำนวน 175 ครั้ง ร้อยละ 94.09 ซึ่งวิธีที่เลือกใช้มากที่สุด คือ การคิดและการกระทำที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา จำนวน 85 ครั้ง ร้อยละ 45.70 รองลงมาคือการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 37 ครั้ง ร้อยละ 19.89 การออกห่างจากปัญหา จำนวน 27 ครั้ง ร้อยละ 14.52 และการพยายามควบคุมตนเอง จำนวน 23 ครั้ง ร้อยละ 12.37 ส่วนการรับมือกับปัญหา เป็นวิธีที่เลือกใช้น้อยที่สุด จำนวน 3 ครั้ง ร้อยละ 1.61

ในขณะที่เดียวกันประชากรนี้ยังเลือกจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาด้วย จำนวน 11 ครั้ง ร้อยละ 5.91 ซึ่งวิธีที่เลือกใช้ ได้แก่ การแก้ปัญหาแบบพฤติกรรมการเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 9 ครั้ง ร้อยละ 4.84 และการแก้ปัญหาแบบการวางแผนแก้ไขปัญหา จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 1.07

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.97 มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 64.65 อายุ 18 ปีร้อยละ 28.28 สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.69 รองลงมาหย่าร้าง/แยกกันอยู่ร้อยละ 21.21 ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 83.84 รองลงมาเป็นพี่ชาย-พี่สาว ร้อยละ 6.06 อาชีพของผู้ปกครองมากที่สุดคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.42 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 31.31 รายได้ของผู้ปกครองต่อปีเกินครึ่งต่ำกว่า 100,000 บาทต่อปี ร้อยละ 57.58 รองลงมาได้ระหว่าง 100,001 - 200,000 บาทต่อปี ร้อยละ 31.31

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา

ประชากรใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติปานกลาง จำนวน ร้อยละ 72.73 รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน ร้อยละ 15.15 ซึ่งสอดคล้องกับ ณรงค์กร ชัยวงศ์, (2559) ศึกษาความเครียด สาเหตุความเครียดของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.12 รองลงมาคือ มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.82 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์ (2553) พบว่า นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 85.42 และจากผลการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ (2557) พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอดส่วนใหญ่จะมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาของราเจฟ (Rajesh, 2011) ที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ

34.4 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ ระวีวรรณ แสงฉาย, พรวิภา เย็นใจ, ลำศักดิ์ ชวนิชย์ และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 ซึ่งความเครียดในระดับปานกลาง เป็นความเครียดที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เมื่อมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคมบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง อาจแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวลความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ไม่รุนแรงก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น (กรมสุขภาพจิต, 2547: 12) แต่อย่างไรก็ดีความเครียดในระดับปานกลางนี้หากบุคคลไม่สามารถจัดการได้ อาจนำไปสู่ความเครียดสะสมจนเกิดเป็นความเครียดในระดับสูงเมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งผลต่อครอบครัวการเรียน ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายตามมา

สาเหตุที่พบว่านักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา มีความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการเก็บข้อมูลดังกล่าวยังอยู่ในช่วงระยะเริ่มต้นของการศึกษา ซึ่งเป็นวันปฐมนิเทศ นักศึกษาส่วนใหญ่ยังคงมีอารมณ์และความรู้สึกตื่นเต้น รวมถึงภูมิใจในตนเองที่ได้เข้าเรียนในสถานศึกษาที่ตนเองและครอบครัวพอใจ ประกอบกับนักศึกษายังไม่ได้มีโอกาสในการใช้ชีวิตหรือปรับตัวทางด้านการเรียนในระยะยาว จึงยังไม่ได้รับผลกระทบต่อการปรับตัวในปริมาณมาก โดยปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดอาจมีหลายปัจจัยดังนี้ สิทธิทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ผ่องดี, ณัฐธิดา ยานะรัมย์ และคณะ (2561) ได้ศึกษา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเรียน ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านกิจกรรมและปัจจัยด้านความคาดหวัง นอกจากนี้ ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า ปัจจัยที่เกิดจากตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ส่วนปัจจัยที่เกิดจากการเรียน รายได้ สังคม เพื่อน ครอบครัว อาจารย์ และวิทยาลัย ชุมชนและสิ่งแวดล้อม และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และรุ่งทิพย์ โพธิ์ขุ่ม, (2544: 17) ได้ศึกษาต้นเหตุความเครียด ระดับความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีต้นเหตุความเครียดจากการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมากที่สุด

3. ผลการวิเคราะห์ การประเมินโรคซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา

ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน ร้อยละ 77.42 ไม่พบโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงพบมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรงจำนวน 1 คน ร้อยละ 14.29 ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและได้ส่งตัวไปยังกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา เพื่อพบจิตแพทย์และทำการรักษาตามอาการอย่าง

เหมาะสม ทั้งนี้ผลของประชากรส่วนใหญ่ที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้านั้นมีความสอดคล้องกับระดับคะแนนของการประเมินความเครียดที่พบประชากรส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติปานกลาง รองลงมาคือ มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

และมีความเครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ นฤมล สมรรถเสวี, (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจำนวน 812 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ภาวะสุขภาพ และความเครียด อย่างมีนัยสำคัญ .01 เปรมฤดี ศรีวิชัย และพิมพ์มล วงศ์ไชยา, (2553) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ความเครียด

และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา พบว่า ในการวัดครั้งแรกนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีส่วนหนึ่งที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็น ภาวะซึมเศร้าในระดับอ่อน ร้อยละ 12.50 ซึมเศราระดับปานกลาง ร้อยละ 4.55 และมีภาวะซึมเศรารุนแรง ร้อยละ 1.14 หรือ 1 รายสาเหตุที่นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า อาจเป็นเพราะว่าในระยะแรกของการเข้าเป็นนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกดีใจ และรับรู้ว่าเป็นความสำเร็จที่ได้เข้ามาเรียน ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังของตนเอง หรือครอบครัว จึงรู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แตกต่างจากบุคคลที่มีโรคซึมเศร้า ซึ่งมีการสูญเสีย ความรู้สึกต่อคุณค่าและล้มเหลว เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และการประเมินดังกล่าวเป็นเพียงการวัดในครั้งแรก ซึ่งการเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษาเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญมีการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อมใหม่ๆ หลายด้าน ต้องเรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น

การทำกิจกรรมนักศึกษา การใช้ชีวิตในหอพักพยาบาล การปรับตัวด้านการเรียนการสอนที่แตกต่างจากเดิม การเผชิญกับวัฒนธรรมของสถานที่เรียนใหม่ กฎระเบียบ และการเรียนที่เข้มงวด ทั้งนี้ประชากรส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงเริ่มแรกของการปรับตัว จึงยังไม่ได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่เด่นชัด

4. ผลการศึกษาวิธีจัดการความเครียด ของ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1

ในเรื่องของวิธีจัดการความเครียดนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มวิธีใหญ่ ตามแนวคิดของ Lazarus, (1984) พบว่าประชากรส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ที่พบในกลุ่มนี้เป็นจำนวนมากได้แก่การใช้วิธีแก้ปัญหาแบบคิดและการกระทำที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา จำนวนร้อยละ 45.70 รองลงมาคือการใช้วิธีแก้ปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม จำนวน ร้อยละ 19.89 ประชากรใช้วิธีการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาน้อยกว่าการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ซึ่งการจัดการกับความเครียดเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลในการรับรู้สถานการณ์ และตั้งใจในการจัดการกับความเครียด วิธีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์เป็นความพยายามในการประเมินสถานการณ์ และควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่ได้แก้ไขสาเหตุของปัญหาโดยตรง เป็นการนำเอากระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิต เกิดขึ้นในระดับที่ไม่รู้ตัว ประชากรใช้วิธีแก้ปัญหาแบบคิดและการกระทำที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นจำนวนมากนั้น วิธีนี้เป็นเพียงการหนีหรือหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว การพยายามลืมการไม่ให้ความสนใจ การพยายามคิดถึงเรื่องอื่น การฝันกลางวัน การพยายามปล่อยใจตนเอง การพยายามหลับให้ได้มากที่สุด การให้เวลาเป็นตัวช่วยให้ทุกสิ่งทุกอย่างดีขึ้น การได้ระบายอารมณ์ อาจจะ

ลดความเครียดได้ชั่วคราวเท่านั้น Lazarus, (1984) การหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นการเผชิญความเครียดแบบด้อยประสิทธิภาพ ฉัตรกมล ออกกิจวัตร (2546: 35-35 อ้างอิงจาก Mechanic, 1982 : 107-112) สาเหตุที่พบว่านักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ คือการใช้วิธีแก้ปัญหาแบบคิดและการกระทำที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นจำนวนมากนั้น พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18-19 ปี เป็นส่วนมาก ซึ่งตัวแปรด้านอายุนี้ พรตารา แซ่ฉั่ว (2547: 78-80) ศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์มากกว่าพยาบาลที่มีอายุมากที่ระดับ .001 บลันชาร์ด ฟิลด์ และไอเรียน (สินวล จำคำ, 2558: 34; อ้างอิงจาก Blanchard-Fields & Irion, 1988) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีอายุน้อยจะเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ เช่น กลวิธีการป้องกันตนเองมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก ส่วนเพศมีความเกี่ยวข้อง ดังการศึกษาของ สุกัญญา คมสัน (2540: 106-110) ได้ศึกษาการใช้วิธีเผชิญภาวะเครียดและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าเพศหญิงมีการใช้กลวิธีเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์สูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟรอมม์และริเวท (สุกัญญา คมสัน, 2540 : 106-107; อ้างอิงจาก Fromme & Rivet, 1994) พบว่า เพศหญิงมีการใช้กลวิธีเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์มากกว่าเพศชายซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนด้านประสบการณ์ ฮาสิดา (Hasida, 2005: 188-196) ได้ศึกษาการเผชิญความเครียดความทุกข์ยากและสถานการณ์ในชีวิตโดยมีวัตถุประสงค์ ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรชีวภาพ สังคม การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์และความทุกข์ยากของกลุ่ม

ตัวอย่างชาวอิสราเอล จำนวน 510 คน พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับผู้ที่มีประสบการณ์ในชีวิตมาก่อน ดังนั้น จึงพบว่าประชากรส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาน้อยกว่าการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์

ข้อเสนอแนะ

ประชากรส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติปานกลาง และไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าเป็นส่วนมาก แต่เนื่องจากวิธีการจัดการความเครียดส่วนใหญ่ใช้การจัดการกับความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และใช้วิธีแก้ปัญหาแบบคิด และการกระทำที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นส่วนมากจึงยังมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา ทั้งนี้ในการวัดภาวะซึมเศร้า เป็นการวัดครั้งแรก ซึ่งอาจยังอยู่ในช่วงที่นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังสามารถปรับตัวได้ ทำให้ไม่พบโรคซึมเศร้า จึงควรมีการติดตาม ดูแลและช่วยเหลือ คอยเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพราะการศึกษานักศึกษาพยาบาลวิชาชีพนั้น เป็นการรับผิดชอบที่สำคัญของนักศึกษาทุกคน ต้องเรียนรู้การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น การทำกิจกรรม การใช้ชีวิตในหอพักพยาบาล การปรับตัวด้านการเรียนการสอนที่แตกต่างจากเดิม การเผชิญกับกฎระเบียบ และการเรียนที่เข้มงวด รวมถึงความคาดหวังของตนเองและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พิมพิมล วงศ์ไชยา ที่ได้สละเวลาอันมีค่าช่วยแนะนำ และช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ คุณสุทธินี มหามิตรวงศ์แสน วิทยาจารย์ชำนาญการ ที่สละเวลาอันมีค่าในการช่วย

เหลือและให้คำแนะนำด้านสถิติในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2558). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ครั้งที่ 12 กรมสุขภาพจิต. 45-52. ประชุมวันที่ 15-17 มิถุนายน 2558.
- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มืออยู่อย่างมีความสุขในเรือนจำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ฉัตรกมล ออกกิจวัตร. (2546). การศึกษาปัญหาสาเหตุของปัญหา การเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหัวเฉียว. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ช่อทิพย์ จันทรา. (2562). ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก. การประชุมหาญใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2559). การศึกษาความเครียดสาเหตุความเครียด ของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูพาน. (2562). การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 87-99.

ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม. (2558). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตกรณีศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท: การประชุมวิชาการระดับชาติประจำปี 2558 : *Diversity in Health and Well-Being*.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2549). การประเมินโรคซึมเศร้า: การทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. อุดรราชธานี : ศิริวรรณออฟเซ็ท.

นฤมล สมรรถเสวี, โสภิตา แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต* 29 (3) กันยายน-ธันวาคม 2558.

นุชนาถ แก้วมาตร, จันทนา เกิดบางแถม และชนิดดา แนบเกสร. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* 19(6), 83-95.

เปรมฤดี ศรีวิชัย, พิมพ์มล วงศ์ไชยา. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. *วารสารสภากาพยาบาล*, 27(4), ตุลาคม-ธันวาคม 2555: 57-68.

พรตารา แซ่ฉั่ว. (2547). การเปรียบเทียบวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลที่มีบุคลิกภาพและสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน. *ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)*. กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ฉบับอัดสำเนา.

ภุมรินทร์ อินช้วนี, ชนานิษฐ์ แสงปาก และสุภาพเหมือนชู. (2560). การพยาบาลวัยรุ่นที่มี

ภาวะซึมเศร้า: *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา* ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2560.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับความเครียด และการจัดการความเครียดขณะฝึกปฏิบัติงานห้องคลอดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(2): 270-279.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555.

ระวีวรรณ แสงฉาย, พรวิภา เย็นใจ, ล้ำศักดิ์ ชวนิชย์. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อ ความเครียดของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร*.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุพัทธรา สุขาวห, และจินตนา ลิ้มเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย. *The Journal Of Psychiatric Nursing And Mental Health*. 32 (2) พฤษภาคม-สิงหาคม 2561, 100-112.

รุ่งทิพย์ โพธิ์ชุ่ม. (2544). ต้นเหตุความเครียด ระดับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 32 (2) กรกฎาคม-ธันวาคม 2544, 14-27.

ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2553). การรับรู้ระดับความเครียดและต้นเหตุความเครียดของนิสิตพยาบาล

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย
บูรพา, 18(1), 47-59.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พุนศรี รังสีขจี, นิรมล
พັນสุนทร, สุรพล วีระศิริ, สุชาติ พหลภาคย์
, และธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2549).
การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า
ชื่อ Khon Kaen University Depression In-
ventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51, 330-348.
- สีปตระกูล ตันตลานุกุล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์.
(2560). ความเครียด และการจัดการ
ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*,
9(1): 81-92. 2560.
- สีนวล จำคำ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่าง
บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับวิธีเผชิญ
ความเครียด. *ปริญญาณพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยา
พัฒนาการ)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุกัญญา คมสัน. (2540). กลวิธีเผชิญภาวะเครียดและ
พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *ปริญญาณพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาพัฒนาการ)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ , ณิชกานต์ ผุ่งดี, ณัฐธิดา ยานะ
รัมย์และคณะ. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อ
ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, *วารสาร
มฉก. วิชาการ: ปีที่ 21 ฉบับที่ 42 มกราคม
-มิถุนายน 2561*.
- Charoensuk, S. (2007). Negative thinking: A key
factor in depressive symptoms in Thai
adolescents. *Issues in Mental Health
Nursing*, 28, 55-74.
- Horwitz,A. G., Hill, R. M.,& King, C.A. (2011).
Specific coping behaviors in relation to
adolescent depression and suicidal ide-
ation. *Journal of adolescence*,34, 1077-
1085.
- Hasida Ben-Zur. (2005,May). Coping Distress
and life events in a community sample.
*International Journal of Stress Manage-
ment*. 12(2), 188-196.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress
Appraisal and Coping*. New York:
Springer Publishing Company Inc.
- Ruangkanchanasetr, S., Plitponkarnpim, A.,
Hetrakul, P., & Kongsakon, R. (2005).
Youth risk behavior survey: Bangkok,
Thailand. *Journal of Adolescent Health*,
36, 227-235.
- Rajesh, K.N. (2011). Stress and coping strategies
among nursing students. *Nursing and
Midwifery Research Journal*, 7(4), 141-
151.
- Selye H. (1976). *Stress in health and disease*.
Butterworth's. Inc. Boston, MA.
- Valente,S.M. (1994). Recognizing depression in
elderly patients. *American Journal of
Nursing*, 94 (12), 18-25.
- Varcarolis, M.E. (2013). *Essentials of Psychiatric
Mental Health Nursing*. Saunder, and
imprint of Elsevier. Canada.
- Videbeck, L.S. (2014). *Psychiatric Mental Health
Nursing* (6th ed). Lippincott Williams &
Wilkins.

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นคู่มือประเมินความสามารถทาง เชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561

ประเสริฐ จุฑา¹

วนิดา ชินทฤษฎาวงศ์¹

รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล²

ฉัตรมงคล จำมาก³

Received: 29 ตุลาคม 2562

Revised: 21 กุมภาพันธ์ 2563

Accepted: 1 มีนาคม 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและปรับปรุง รวมถึงทดสอบความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น ของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561

วิธีการศึกษา พัฒนาข้อคำถามคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ร่างคำถามทั้งสิ้น 116 ข้อ จากนั้นทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 2-15 ปี จำนวน 425 คน เพื่อประเมินค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ นำเอาผลการประเมินไปคัดเลือกคำถามเหลือคำถาม 56 ข้อ ทดสอบความเที่ยงตรงตามสภาพและความเชื่อมั่นของคำถามดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยอายุ 2-15 ปี จำนวน 325 คน โดยในกลุ่มอายุ 2-5 ปี ประเมินความเที่ยงตรงตามสภาพ โดยเปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างคู่มือประเมินฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 กับแบบทดสอบเชาว์ปัญญาสแตนด์ฟอร์ด-บินด์ ในกลุ่มอายุ 6-15 ปี ประเมินโดยเปรียบเทียบ กับแบบทดสอบเชาว์ปัญญาเร็กซ์เลอร์ และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีแบ่งครึ่ง

ผลการวิจัย คู่มือประเมินฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคุณสมบัติการวัดที่เหมาะสมจำนวน 65 ข้อ มีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ .87 มีค่าความยากง่าย 0.00 ถึง 1.00 ค่าอำนาจจำแนก 0.00 ถึง 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงตามสภาพทั้งฉบับเท่ากับ .69 และมีค่าความเชื่อมั่นของทั้งฉบับเท่ากับ .80.

สรุป คู่มือประเมินฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงตรงตามสภาพ และความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง สามารถนำไปใช้ประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ได้

คำสำคัญ: ความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น คู่มือประเมิน ความสามารถทางเชาว์ปัญญา เด็ก

¹ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

² สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

³ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

Stress, depression and stress management methods of first year students of Bachelor of Nursing Program Boromarajonani, College of Nursing, Phayao Province

Prasert Chutha¹ Vanida Chaninyuthwong¹

Rattanasak Santitadaku²

Chatmongkhon Chammak³

Received: 29 October 2019

Revised: 21 February 2020

Accepted: 1 March 2020

Abstract

Objective: To develop and examine the validity and reliability of the AIATC-2561 in general child population.

Method: Content validity, measured by an index of item objective congruence (IOC), was evaluated by three experts. The prototype scale contained 116 items and was tested on 425 children aged 2-15 to explore item difficulty, and discriminative ability. Only 56 items were selected and then tested for concurrent validity and reliability among another group of 325 children. Concurrent validity was assessed by calculating correlation coefficient between the AIATC-2561 and Stanford Binet intelligence scale in children aged 2-5, and Wechsler intelligence scale for children (WISC) in children aged 6-15. The reliability was assessed by split-half correlation.

Result: The AIATC-2561 comprised 56 items. The average IOC was 0.87. Difficulty indices ranged from 0.00 to 1.00, and discrimination ranged from 0.00 to 1.00. Correlation coefficients were .65 for children aged 2-5 and .69 for children aged 6-15, and reliability was .80.

Conclusion: The AIATC-2561 has a quite high degree of content and concurrent validity, and reliability. It can be used to assess intellectual ability for children aged 2-15.

Keywords: stress, depression, ways to manage stress

¹ Rajanukul institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

² Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

³ Yuwaprasart Waithayopatham Child and Adolescent Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

บทนำ

ประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยมีเด็กจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาการเรียนและความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ในต่างประเทศได้มีการสร้างเครื่องมือวัดเชาวน์ปัญญาเพื่อวินิจฉัยปัญหาการเรียนและปัญหาด้านเชาวน์ปัญญาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2448 (Margaret B. White and Alfred E. Hall, 1980) หากเด็กเหล่านี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องและได้รับคำแนะนำช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ สามารถช่วยให้เขาได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ได้อย่างเต็มศักยภาพในทางที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง ไม่เป็นการให้ผู้อื่นต้องคอยดูแลโดยสิ้นเชิง สำหรับประเทศไทยได้มีการนำแบบทดสอบเชาวน์ปัญญาจากต่างประเทศมาใช้กับเด็กไทยตั้งแต่เมื่อมีการตั้งสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น (ศูนย์สุขภาพจิตในสมัยนั้น) ในปี พ.ศ. 2496 (จินตนา สิงขรอาจ, เมธี วงศ์วีระพันธุ์, จัตรมงคล ฉ่ำมาก, และพีรดา อุ่นไพร, 2557) โดยผู้ใช้แบบทดสอบดังกล่าวต้องเป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการทดสอบทางจิตวิทยาโดยเฉพาะ การให้บริการทดสอบเชาวน์ปัญญาซึ่งมีอยู่ในวงจำกัด จึงส่งผลให้เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือล่าช้า ปี พ.ศ. 2525 สมทรง สุวรรณเลิศ และคณะ ได้สร้างเครื่องมือวัดเชาวน์ปัญญาในเด็กไทยขึ้น เรียก “คู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วิชาชีพอื่นที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ได้แก่ นักวิชาการสุขภาพจิต ครูอาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมได้นำไปใช้ทดสอบเด็กที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านเชาวน์ปัญญา อันเป็นการขยายบริการให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและการช่วยเหลือแนะนำได้มากขึ้นและรวดเร็วขึ้น กรมสุขภาพจิต (สมทรง สุวรรณเลิศ, 2546) กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้คู่มือฯ นี้ในการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถคัดกรองและดูแล

เด็กกลุ่มเสี่ยงเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยความต้องการใช้คู่มือฯ นี้ยังมีอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหลักสูตรอบรมคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีโดยตรง และในหลักสูตรอื่น เช่น หลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยในหลักสูตรนี้จัดให้มีการอบรมไปแล้ว 18 รุ่นมีผู้เข้ารับการอบรม 706 คน จาก 428 หน่วยงานจากหลักสูตรนี้มีผู้นำคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีนี้ไปใช้แล้ว 706 คน และกรมสุขภาพจิตจะจัดให้มีการอบรมในทุกปี อย่างน้อยปีละรุ่นๆ ละ 40-60 คน

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีการกล่าวถึงเรื่องประสิทธิภาพของเครื่องมือทดสอบเชาวน์ปัญญาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น ตามทฤษฎี Flynn effect กล่าวไว้ว่ายุคสมัยและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมตามกาลเวลามีผลทำให้ค่าระดับเชาวน์ปัญหามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามธรรมชาติ โดยได้มีการประมาณการณ์ว่าระดับสติปัญญาจะเพิ่มขึ้นประมาณ 2-3 จุดในแต่ละช่วง 10 ปี (Flynn, J.R., 1987) ผู้พัฒนาแบบทดสอบควรต้องพัฒนาให้มีข้อทดสอบที่ยากเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T.J., Boykin, A.W., Brody, N., Ceci, S.J., et al., 1996) เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลของแนวคิดดังกล่าวแล้วย้อนกลับพิจารณามาดูลูกคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี นับจากปีที่สร้าง คือ พ.ศ. 2525 ถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 36 ปี แม้มีการปรับปรุงแก้ไข 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2530 ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2541 และครั้งล่าสุดคือปี พ.ศ. 2546 แต่หากนับจากปีปรับปรุงครั้งล่าสุดถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 15 ปี ซึ่งเป็นระยะที่มากกว่าหลักการดังกล่าว ซึ่งนำไปสู่การเกิดข้อกังขาของผู้ใช้ว่าคู่มือฯ ดังกล่าวยังมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ทดสอบเชาวน์ปัญญาได้

อยู่หรือไม่

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงและพัฒนาฝีมือฯ ดังกล่าวให้ทันสมัยและถูกต้องตามมาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเรื่องนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อปรับปรุงและพัฒนาเพิ่มเติมจากฝีมือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีฉบับเดิม เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับนำไปใช้ประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กกลุ่มเป้าหมายได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับปรุงและพัฒนาฝีมือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีฉบับเดิม
2. เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของฝีมือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ภายใต้โครงการวิจัยเพื่อปรับปรุงและพัฒนาฝีมือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ต่อเนื่อง 3 ปี ตั้งแต่ 2561-2563 การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เลขที่ COA No. 08/2561 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2561 ตัวอย่าง ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. เด็กเล็กก่อนวัยเรียนและนักเรียนไทย อายุ 2-15 ปี จำนวน 425 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อหาความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และความเป็นปรนัยในการตรวจและแปลผล ดังนี้

1) เด็กเล็กก่อนวัยเรียน จากศูนย์รับเลี้ยงและพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 34 คน และสถานรับ

เลี้ยงเด็กกลางวัน ศูนย์บริการชุมชนดินแดง จำนวน 25 คน

2) นักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 231 คน จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนและนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 62 คน จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร และจำนวน 73 คน จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2560

2. เด็กเล็กก่อนวัยเรียนและนักเรียนไทย อายุ 2-15 ปี 325 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงหาความเที่ยงตรงตามสภาพและความเชื่อมั่นจากศูนย์พัฒนาเด็ก โรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2561 ในจังหวัดที่มีหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตตั้งอยู่ รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นนทบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ ขอนแก่น เลย นครพนม นครราชสีมา อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี สงขลา และ กรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างในการศึกษาความเที่ยงตรงเชิงสภาพและความเชื่อมั่น จำแนกตามอายุและจังหวัด

จังหวัด	อายุ (ปี)															รวม
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
เชียงใหม่	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42	
นครสวรรค์	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	
นนทบุรี	-	-	-	-	2	2	2	1	3	2	3	1	2	2	20	
สระแก้ว	4	3	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	
สมุทรปราการ	-	-	-	-	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	33	
ขอนแก่น	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
เลย	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
นครพนม	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
นครราชสีมา	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
อุบลราชธานี	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	
สุราษฎร์ธานี	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
สงขลา	-	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	
กรุงเทพมหานคร	7	9	9	8	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	74	
รวม	20	21	20	20	24	25	25	24	26	24	25	23	24	24	325	

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี เพื่อกำหนดองค์ประกอบ และคำนิยามเชิงปฏิบัติการขององค์ประกอบ โดยองค์ประกอบมี 5 ด้าน ดังนี้ 1) Fluid และ Quantitative Reasoning 2) Visual Spatial Ability 3) Working Memory 4) Knowledge/Crystallized Reasoning และ 5) Processing Speed

2. พัฒนาข้อคำถามตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการขององค์ประกอบ 5 ด้าน โดยนักจิตวิทยาคลินิก 27 คน จาก 17 หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้ข้อคำถามทั้งหมด 120 ข้อ

3. นำร่างคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ให้ที่ปรึกษาประกอบด้วยนักจิตวิทยาคลินิก ผู้สร้างคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีฉบับเดิม และนักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ จากกรมสุขภาพจิต ผู้ร่วมพัฒนาคู่มือฯ ฉบับเดิม พิจารณารายละเอียดและความเหมาะสมของข้อคำถาม ปรับปรุง แก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของที่ปรึกษา จากนั้นนำคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วปรับปรุง แก้ไขข้อคำถาม เหลือข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 116 ข้อ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนข้อคำถามจากการศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จำแนกตามองค์ประกอบและระดับช่วงอายุ

องค์ประกอบ 5 ด้าน	อายุ (ปี)														รวม
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1. fluid & quantitative reasoning	1	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	36
2. visual spatial ability	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	32
3. working memory	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	17
4. knowledge / crystallized reasoning	2	1	1	1	2	3	1	1	2	1	3	3	3	3	27
5. processing speed					1	1				1		1			4
รวม	5	5	6	5	10	11	8	8	8	9	10	11	10	10	116

4. นำคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 116 ข้อทดลองใช้กับเด็กไทยอายุ 2-15 ปี 425 คน เพื่อทดสอบหาความยากง่าย อำนาจจำแนกรายข้อ และความเป็นปรนัยในการตรวจและแปลผล

5. นำผลการทดสอบหาความยากง่าย อำนาจจำแนกรายข้อ และความเป็นปรนัยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาคัดเลือกข้อคำถามที่มีความเหมาะสมให้เหลือช่วงอายุละ 4 ข้อ สำหรับใช้เป็นข้อทดสอบจริงของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ทำให้เหลือข้อคำถาม 56 ข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนข้อคำถามจากการทดสอบหาความยากง่าย อำนาจจำแนกรายข้อ และความเป็นปรนัย จำแนกตามองค์ประกอบ การพัฒนาข้อคำถาม และระดับช่วงอายุ

องค์ประกอบ 5 ด้าน	การพัฒนา ข้อ คำถาม	อายุ (ปี)														รวม
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1. fluid & quantitative reasoning	ใช้คำถามเดิม*		1	1					1		1				1	5
	ปรับปรุงใหม่*	1		1												2
	สร้างขึ้นใหม่			1	2	1	1	2	1		1	1	1			11
2. visual spatial ability	ใช้คำถามเดิม*				1		1			1	1			1		5
	สร้างขึ้นใหม่	1				1		1	1	1			1			6
3. working memory	ใช้คำถามเดิม*		1													1
	ปรับปรุงใหม่*	1	1												1	3
	สร้างขึ้นใหม่					1	1			1	1	1		1		6
4. knowledge / crystallized reasoning	ใช้คำถามเดิม*			1												1
	ปรับปรุงใหม่*								1	1			1			3
	สร้างขึ้นใหม่	1	1		1		1	1				1	1	1	2	10
5. processing speed	สร้างขึ้นใหม่					1						1		1		3
รวม		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56

*จากข้อคำถามในคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546

6. นำคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ หาความเที่ยงตรงตามสภาพ โดยทดสอบเทียบกับ เครื่องมือมาตรฐาน ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 2-5 ปี ใช้แบบทดสอบเชาว์ปัญญาสแตนฟอร์ด-บินเน็ต ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 6-15 ปี ใช้แบบทดสอบเชาว์ปัญญาเวกสเลอร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (Wechsler intelligence scale for children, third edition) และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับตัวอย่างที่เป็นเด็กไทยอายุ 2-15 ปี จำนวน 325 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

คู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ที่ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาจากเครื่องมือเดิมที่สมทรง สุวรรณเลิศ และคณะสร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2525 (สมทรง สุวรรณเลิศ, 2546) ประกอบด้วย 2 ชุดได้แก่ 1) คู่มือประเมินฯ ที่มีข้อคำถามจำนวน 116 ข้อ เพื่อใช้ทดสอบหาความยากง่าย อำนาจจำแนกรายข้อ ความเป็นปรนัยในการตรวจและแปลผล และ 2) คู่มือประเมินฯ ที่มีข้อคำถามจำนวน 56 ข้อ เพื่อใช้ทดสอบความเที่ยงตรงตามสภาพและความเชื่อมั่น

แบบทดสอบเชาว์ปัญญาสแตนฟอร์ด-บินเน็ต ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 (Stanford-Binet intelligence scales, fifth edition) พัฒนาโดยเกล รอยด์ Gale H. Roid ปี ค.ศ. 2003 ใช้ทดสอบรายบุคคลในผู้ที่มีอายุ 2-5 ปี แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ภาษาพูด (Verbal domain) และ 2) การกระทำ (Nonverbal domain) โดยแต่ละด้านประกอบด้วย 5 ชุดทดสอบย่อย ดังนี้ Fluid Reasoning, Knowledge, Quantitative Reasoning, Visual-Spatial Processing, และ Working Memory โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้าน

ภาษาพูด (Verbal domain) เท่ากับ .96 ด้านการกระทำ (Nonverbal domain) เท่ากับ .95 และโดยรวม (Full Scale) เท่ากับ .98 (Gale H. Roid, 2003)

แบบทดสอบเชาว์ปัญญาเวกสเลอร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (Wechsler Intelligence Scale for Children, Third edition) พัฒนาโดยเดวิด เวกสเลอร์ (David Wechsler) ในปี ค.ศ. 1991 ใช้ทดสอบรายบุคคลในผู้ที่มีอายุ 6-16 ปี ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทดสอบกับตัวอย่างอายุ 6-15 ปี แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ภาษาพูด (Verbal part) มี 6 ชุดทดสอบย่อยดังนี้ Information, Similarities, Arithmetic, Vocabulary, Comprehension, และ Digit Span และ 2) การกระทำ (Performance part) มี 7 ชุดทดสอบย่อยดังนี้ Picture Completion, Coding, Picture Arrangement, Block Design, Object Assembly, Symbol Search, และ Mazes โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้านภาษาพูด (Verbal part) เท่ากับ .95 ด้านการกระทำ (Performance part) เท่ากับ .91 และโดยรวม (Full Scale) เท่ากับ .96 (David Wechsler, 1991)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่ 1 นักจิตวิทยาคลินิก ที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก สังกัดสถาบันราชานุกูล เก็บข้อมูลตัวอย่าง 425 คน โดยใช้คู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 116 ข้อ ระหว่างเดือนธันวาคม 2560 ถึง กุมภาพันธ์ 2561

ครั้งที่ 2 นักจิตวิทยาคลินิกจาก 18 หน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก และผ่านการอบรมการใช้คู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลตัวอย่าง 325 คน โดยใช้เครื่องมือ 3 ชุดคือ 1) คู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ 2) แบบทดสอบเชาว์ปัญญาสแตนฟอร์ด-บินเน็ต ฉบับ

ปรับปรุงครั้งที่ 5 และ 3) แบบทดสอบเชาว์ปัญญา
เว็ทสเลอร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ระหว่างเดือน
พฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมีนาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หาค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (index of Item objective congruence:
IOC) โดยใช้สูตร $IOC = \frac{\sum R}{N}$ คัดเลือกข้อคำถามที่มี
ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปไว้ใช้ (สุชีรา ภัทรายุทธ
รัตน์, 2551)

2. ความยากง่าย จากสูตร $P = \frac{H + L}{2N}$
ค่า P ที่ยอมรับได้มีค่าระหว่าง 0.20-0.80 (บุญใจ
ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

3. อำนาจจำแนก จากสูตร $r = \frac{H - L}{N}$ ค่า r
ที่ยอมรับได้ มีค่าระหว่าง 0.20-1.00 (บุญใจ ศรีสถิตยั
ณรากร, 2553)

4. ความเที่ยงตรงตามสภาพ โดยหาค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's
correlation coefficient) ระหว่างคู่มือประเมินความ
สามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ.
2561 กับเครื่องมือมาตรฐาน

5. ความเชื่อมั่น ด้วยวิธีแบ่งครึ่ง (Split-half
method) แบบแบ่งครึ่งแรก-ครึ่งหลัง โดยหาสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของคู่มือประเมิน
ความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ
พ.ศ. 2561 จากนั้นทำการปรับขยายเพื่อหาความเชื่อ
มั่นของทั้งฉบับโดยใช้สูตรของสเปียร์แมน บราวน์
(Spearman Brown) ดังนี้ $r_{SB} = \frac{2r}{1+r}$ (ประสพชัย
พสุนนท์, 2557)

ผลการศึกษา

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objec-
tive congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบ
ว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อของคู่มือฯ ชุด 120
ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 โดยข้อที่ได้ค่าดัชนี
ความสอดคล้องเฉลี่ย 1.00 มี 82 ข้อ ข้อที่ได้ค่าดัชนี
ความสอดคล้องเฉลี่ย 0.67 มี 34 ข้อ และข้อที่ได้ค่า
ดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ย 0.00 มี 4 ข้อ จึงทำการตัด
ทิ้ง ทำให้เหลือข้อคำถาม 116 ข้อ มีค่าเฉลี่ยดัชนีความ
สอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ .87

2. การทดสอบความยากง่ายและอำนาจจำแนก

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา ตัวอย่างที่ใช้เป็นก
ลุ่มศึกษาเพื่อหาความยากง่ายและอำนาจจำแนกราย
ข้อของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญา
เด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 425
คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 เพศชายร้อยละ 40.0
มีอายุอยู่ในช่วง 2 ปี มีจำนวนน้อยสุดคือร้อยละ 5.2
และมีอายุอยู่ในช่วง 10 ปีมีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ
9.6 ส่วนช่วงอายุอื่นๆ มีจำนวนอยู่ในช่วงร้อยละ 6.6
ถึงร้อยละ 8.2

ผลการตรวจสอบหาค่าความยากง่ายและ
อำนาจจำแนกรายข้อโดยนำคู่มือประเมินความสามารถ
ทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561
ชุด 116 ข้อ ทดลองใช้กับเด็กไทยอายุ 2-15 ปี 425
คน พบว่า ข้อคำถามที่ดี 66 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 55.0
ได้แก่ ข้อคำถามที่ค่อนข้างง่ายและอำนาจจำแนกพอใช้
ถึงดีมาก มี 27 ข้อ ข้อคำถามที่ยากง่ายปานกลางและ
อำนาจจำแนกพอใช้ถึงดีมาก มี 25 ข้อ และข้อคำถาม
ที่ค่อนข้างยากและอำนาจจำแนกพอใช้ถึงดีมาก มี 14

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อคำถาม จำแนกตามระดับความความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อ

ความยากง่าย (P)	อำนาจจำแนก (r)				รวม
	ต่ำมาก (<.20)	พอใช้ (.20-.29)	ดี (.30-.39)	ดีมาก (≥.40)	
ยากมาก (≤.19)	8 (6.7)	5 (4.2)	4 (3.3)	0 (0.0)	17 (14.2)
ค่อนข้างยาก (.20-.39)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (5.0)	8 (6.7)	14 (11.7)
ปานกลาง (.40-.59)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (20.8)	25 (20.8)
ค่อนข้างง่าย (.60-.79)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.7)	25 (20.8)	27 (22.5)
ง่ายมาก (≥.80)	16 (13.3)	9 (7.5)	11 (9.2)	1 (0.8)	37 (30.8)
รวม	24 (20.0)	14 (11.7)	23 (19.2)	59 (49.2)	120 (100.0)*

*จำนวนข้อคำถามเพิ่มขึ้นจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนการศึกษาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

ข้อ ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง 30 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 25.0 ได้แก่ ข้อคำถามที่ง่ายมากอำนาจจำแนกพอใช้ถึงดีมาก มี 21 ข้อ และข้อคำถามที่ยากมากอำนาจจำแนกพอใช้ถึงดีมาก มี 9 ข้อ และ ข้อสอบที่ควรตัดทิ้ง มีจำนวน 24 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 20.0 ได้แก่ ข้อคำถามที่ยากมากหรือง่ายมากอำนาจจำแนกไม่ดี มี 24 ข้อ (ตารางที่ 4)

3. ความเที่ยงตรงตามสภาพ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 325 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 เพศชาย ร้อยละ 44.3 ช่วงอายุ 2, 4, และ 5 ปี มีจำนวนน้อยสุดเท่ากันคือร้อยละ 6.2 และอายุ 10 ปีมีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 8.0 นอกนั้นมีจำนวนอยู่ในช่วงร้อยละ 6.5 ถึงร้อยละ 7.7 มีภูมิสำเนาอยู่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดร้อยละ 28.3 รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ 26.2

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพกับเครื่องมือมาตรฐาน โดยทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาจากคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อกับเครื่องมือมาตรฐาน คือแบบทดสอบเชาวน์ปัญญาสแตนฟอร์ด-บินเน็ต ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 ในเด็กไทยอายุ 2-5 ปี และแบบทดสอบเชาวน์ปัญญาเว็กเลอร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ในเด็กไทยอายุ 6-15 ปี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยรวมเท่ากับ .69 ค่าที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาในแต่ละช่วงอายุ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .46 ถึง .87 โดยต่ำสุดเท่ากับ .46 ในช่วงอายุ 4 ปี และสูงสุดเท่ากับ .87 ทั้งในช่วงอายุ 9 ปีและ 12 ปี ค่าที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงอายุ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความสามารถทางเชาว์ปัญญาจากคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 กับเครื่องมือมาตรฐาน จำแนกตามอายุและโดยรวม

อายุ (ปี)	N	r	p-value
2	20	.51*	.022
3	21	.78**	.000
4	20	.46*	.039
5	20	.75**	.000
6	24	.66**	.000
7	25	.60**	.001
8	25	.77**	.000
9	24	.87**	.000
10	26	.81**	.000
11	24	.75**	.000
12	25	.87**	.000
13	23	.55**	.007
14	24	.63**	.001
15	24	.69**	.000
รวม	325	.69**	.000

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01

4. ความเชื่อมั่น

ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ ด้วยวิธีแบ่งครึ่ง โดยการนำคะแนนรวมของครึ่งแรกกับครึ่งหลังไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคู่มือทั้งฉบับโดยใช้สูตรของสเปียร์แมน บรราน พบว่าค่าความเชื่อมั่น (rxy) ของคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อทั้งฉบับเท่ากับ .80 โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .52 ถึง .90 เมื่อพิจารณาในแต่ละช่วงอายุ พบว่า ค่าต่ำสุดเท่ากับ .52 ในช่วงอายุ 2 ปี และสูงสุดเท่ากับ .90 ในช่วงอายุ 9 ปี (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากสูตรของสเปียร์แมน บรวาห์ของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 จำแนกตามระดับอายุและโดยรวม

ระดับอายุ	r_{xy}
2	.52
3	.75
4	.85
5	.86
6	.89
7	.89
8	.83
9	.90
10	.88
11	.85
12	.86
13	.72
14	.88
15	.57
โดยรวม	.80

วิจารณ์

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

จากการปรับปรุงและพัฒนาคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 120 ข้อ นำคู่มือฯ ให้ที่ปรึกษา ตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษาและข้อคำถามต่างๆ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก 2 ท่าน และอาจารย์ด้านการวัดทางจิตวิทยา 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ของคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ 3 พบว่า มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาจำนวน 116 ข้อ โดยข้อคำถามเหล่านี้มี

คะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์การแปลความหมายของค่า IOC ที่กำหนดไว้ว่า ข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นใช้ได้ (สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, 2551) การที่คู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 จำนวน 116 ข้อ มีเพียงจำนวน 4 ข้อที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จึงได้ตัดทิ้งไป แสดงว่าข้อคำถามส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเกิดจากการกระบวนการพัฒนาข้อคำถามและข้อเสนอแนะของที่ปรึกษา ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญ แสดงว่าคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นแบบประเมินที่ดีมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ข้อคำถามนั้นๆ สามารถใช้วัดประเมินได้ตรงตาม

วัตถุประสงค์หรือองค์ประกอบด้านต่างๆ ของความสามารถทางเชาว์ปัญญา

ผลการพัฒนาคุณภาพคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยนำคู่มือฯ จำนวน 116 ข้อ ไปทดสอบหาความยากง่าย อำนาจจำแนกรายข้อ และความเป็นปรนัยในการตรวจและแปลผล กับตัวอย่างจำนวน 425 ราย พบว่า มีค่าความยากง่าย 0.00 ถึง 1.00 ค่าอำนาจจำแนก 0.00 ถึง 1.00 จากการพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อมาพิจารณาทั้งค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก พบว่า มีข้อคำถามที่ดี ได้แก่ ข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 ถึง 0.79 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 ถึง 1.00 จำนวน 66 ข้อ มีข้อคำถามที่ควรปรับปรุง ได้แก่ ข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 ถึง 1.00 หรือข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 0.19 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20-1.00 จำนวน 30 ข้อ และมีข้อสอบที่ควรตัดทิ้ง ได้แก่ ข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 0.19 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 0.19 ถึง หรือข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 0.19 จำนวน 24 ข้อ เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์การแปลผลของค่าความยากง่ายที่ระบุว่า ค่าความยากง่ายที่ยอมรับได้มีค่าระหว่าง 0.20-0.80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) และเกณฑ์การแปลผลค่าอำนาจจำแนกที่ระบุว่า ค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้ มีค่าระหว่าง 0.20-1.00 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) สะท้อนให้เห็นว่า ข้อคำถามคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ทุกข้อผ่านเกณฑ์และมีคุณภาพเหมาะสม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่ข้อคำถามผ่านเกณฑ์และมีคุณภาพเหมาะสม เป็นเพราะข้อคำถามเหล่านี้ได้ผ่านการปรับปรุงคุณภาพและได้

รับการพิจารณาคัดเลือกข้อที่มีคุณภาพทั้งจากที่ปรึกษาวิจัยและจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การพัฒนาเครื่องมือการทดสอบทางด้านจิตวิทยา

2. ความเที่ยงตรงตามสภาพ

จากการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพ ผู้วิจัยได้นำคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ ไปทดสอบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานกับตัวอย่าง 325 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .69 แสดงว่าคะแนนความสามารถทางเชาว์ปัญญาจากคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ มีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูงกับคะแนนความสามารถทางเชาว์ปัญญาจากเครื่องมือมาตรฐาน คือแบบทดสอบเชาว์ปัญญาสแตนฟอร์ด-บินเน็ต ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 ในเด็กไทยอายุ 2-5 ปี และแบบทดสอบเชาว์ปัญญาเวกสเลอร์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ในเด็กไทยอายุ 6-15 ปี เมื่อเทียบกับคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2525 (สมทรง สุวรรณเลิศ, 2546) ที่ศึกษาความเที่ยงตรงตามสภาพของคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2525 เก็บตัวอย่างทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดทั้งสิ้น 204 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกจากจังหวัดที่มีหน่วยงานจิตเวชที่มีนักจิตวิทยาคลินิกประจำอยู่ ตัวอย่างที่เลือกมาทั้งเด็กที่อยู่ในเมืองและนอกเมือง คละกัน พบว่า คะแนนความสามารถทางเชาว์ปัญญาจากคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2525 มีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูง ($r = .6892$) กับคะแนนความสามารถทางเชาว์ปัญญาจากแบบทดสอบมาตรฐาน คือ Wechsler intelligence scale for children (WISC) และ Stanford-Binet intelligence scale, Form L-M (SB, L-M) บ่งชี้ว่าคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ มีความเที่ยงตรงตามสภาพเท่ากับคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2525 แสดงให้เห็นว่าคู่มือฯ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ สามารถนำไปใช้ในการประเมินความสามารถทาง

เชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีได้เทียบเท่าเครื่องมือมาตรฐานและคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2525 เมื่อพิจารณาในรายอายุ พบว่า คะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาจากคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อมีความสัมพันธ์กับคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาที่ได้จากเครื่องมือมาตรฐาน อยู่ในระดับปานกลาง ในช่วงอายุ 2, 4, 6, 7, 13, 14, และ 15 ปี ($r=.51, .46, .66, .60, .55, .63$, และ $.69$ ตามลำดับ) และอยู่ในระดับสูง ในช่วงอายุ 3, 5, 8, 9, 10, 11, และ 12 ปี ($r=.78, .75, .77, .87, .81, .75$, และ $.87$ ตามลำดับ) โดยทุกช่วงอายุคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาจากคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 กับคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาจากเครื่องมือมาตรฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่คะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาจากคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2525 มีความสัมพันธ์กับคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาที่ได้จากเครื่องมือมาตรฐาน อยู่ในระดับน้อย (Weak) ในช่วงอายุ 6, 11, และ 14 ปี ($r=.37, .04$, และ $.22$ ตามลำดับ) อยู่ในระดับปานกลาง ในช่วงอายุ 4, 5, 8, 9, และ 12 ปี ($r=.69, .40, .53, .49$, และ $.48$ ตามลำดับ) และอยู่ในระดับสูง ในช่วงอายุ 2, 3, 7, 10, 13 และ 15 ปี ($r=.76, .87, .87, .74, .70$, และ $.91$ ตามลำดับ) โดยทุกช่วงอายุคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาจากคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2525 กับคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาจากเครื่องมือมาตรฐานมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นในช่วงอายุ 5, 6, 11, และ 14 ปี แสดงว่าในแต่ละช่วงอายุ คู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อสามารถนำไปใช้ประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาได้ดีกว่าคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2525 การที่คู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อมีค่าความเที่ยงตรงตามสภาพอยู่ในระดับที่เหมาะสมเช่นนี้ เป็นเพราะว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านขั้นตอนการยกร่างข้อคำถามตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) Fluid และ

Quantitative Reasoning 2) Visual Spatial Ability 3) Working Memory 4) Knowledge/Crystallized Reasoning และ 5) Processing Speed จากนักจิตวิทยาคลินิกที่มีคุณสมบัติคือมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก และเคยใช้คู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 จาก 17 หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต นอกจากนี้กระบวนการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยที่ปรึกษาวิจัยที่มาจากผู้สร้างคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2525 จำนวน 2 คน และการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและคัดเลือกข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์การทำงานทั้งจากภาครัฐและเอกชน และอาจารย์ด้านการวัดทางด้านจิตวิทยา และอีกทั้งการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพเทียบกับเครื่องมือมาตรฐาน โดยกำหนดให้ตัวอย่างมีจำนวนมากพอและมีการกระจายของเพศและอายุที่ใกล้เคียงกันทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ตลอดจนดำเนินการทดสอบโดยนักจิตวิทยาคลินิกที่มีใบประกอบโรคศิลปะและผ่านการอบรมชี้แจงการใช้คู่มือฯ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ค่าความเที่ยงตรงตามสภาพของคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้ออยู่ในระดับค่อนข้างสูง

3. ความเชื่อมั่น

จากการหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีแบ่งครึ่งของคู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนบราวน์ พบว่าความเชื่อมั่นของคู่มือฯ ฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ $.80$ เมื่อเทียบกับเกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ความเชื่อมั่นตามแนวคิดของ William (1994) ที่ระบุว่า r มีค่า $.80-1.00$ หมายถึงมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี (good) หรือ

ตามแนวคิดของ Fisher & Corcoran (1994) ที่ระบุว่า r มีค่า .71 ถึง 1.00 หมายถึงมีค่าความเชื่อมั่นสูง (high) (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2551) แสดงว่าคู่มือฉบับ พ.ศ. 2561 ชุด 56 ข้อ มีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีหรือสูง เมื่อพิจารณาในรายอายุ พบว่า ช่วงอายุ 3 ปี-14 ปีมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีหรือสูง ($r = .75, .85, .86, .89, .89, .83, .90, .88, .85, .86, .72$, และ $.88$ ตามลำดับ) มีเพียง 2 ช่วงอายุคือช่วงอายุ 2 และ 15 ปีที่มีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์พอประมาณ ($r = .52$, และ $.57$ ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ตามค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคะแนนรวมของครั้งแรกกับครั้งหลังของข้อทดสอบในแต่ละช่วงอายุพบว่ามีค่าสหสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

คู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 มีความเหมาะสมในด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงตรงตามสภาพ และความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง สามารถนำไปใช้ประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปีได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า คู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 มีความเหมาะสมในด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงตรงตามสภาพ และความเชื่อมั่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้วัดความสามารถทางเชาว์ปัญญาของเด็กอายุ 2-15 ปีได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำคู่มือประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี ฉบับ พ.ศ. 2561 ไปศึกษาหา เกณฑ์ปกติ (norm) ของเด็กไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตและผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัย ขอขอบพระคุณ ผ.ศ.พิเศษ สมทรง สุวรรณเลิศ และอาจารย์กาญจนา วณิชธมณีย์ ที่ปรึกษาวิจัย รศ.ดร. สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ อาจารย์วันชัย ไชยสิทธิ์ และอาจารย์พิมพ์ภาภรณ์ สังข์ศรีศรี ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณนักจิตวิทยาคลินิก สังกัดกรมสุขภาพจิตทุกท่าน ที่ร่วมพัฒนากำร่างเครื่องมือ และเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม ขอขอบคุณนักเรียนที่ให้ข้อมูลในการวิจัย รวมถึงคณะครูที่อำนวยความสะดวกในขณะเก็บข้อมูลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา สิงขรอาจ, เมธี วงศ์วีระพันธุ์, ฉัตรมงคล น้ามาก, และพีรดา อุ๋นไพร. (บ.ก.). (2557). *คู่มือมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกสำหรับเด็กและวัยรุ่น เล่ม 1 ด้านเชาว์ปัญญา*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัทยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2557). ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการวิจัยเชิงปริมาณ. *วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ*. 27(1). สืบค้น 23 พฤษภาคม 2563, จาก file:///C:/Users/

Laptop/Downloads/43033-Article%20
Text-99573-1-10-20151126%20(1).pdf

สมทรง สุวรรณเลิศ. (บรรณาธิการ). (2546). *คู่มือประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 2-15 ปี (ปสช.) ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. (2551). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เมติคัล มีเดีย.

Flynn, J.R. (1987). *Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure*. *Psychological Bulletin*, 101, 171-191. Retrieved from http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/flynn1987_What_IQ_tests_really_measure.pdf

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T.J., Boykin, A.W., Brody, N., Ceci, S.J., ... Sternberg, R.J. (1996). *Intelligence: knowns and unknowns*. *American Psychologist*, 5, 77-101. Retrieved from http://psych.colorado.edu/~carey/pdfFiles/IQ_Neisser2.pdf

Roid, G.H. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition, Technical manual*. USA.: Riverside publishing.

Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children, Third Edition, Manual*. USA.: The Psychological Corporation.

White, M.B., & Hall, A.E. (1980). *An overview of intelligence testing*. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/42924403?seq=1>

การประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก

ธนยศ สุมาลย์โรจน์¹
สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์¹
ณัฏฐพล อ่วมประดิษฐ์¹
ฉัตรมงคล จำมาก¹

Received: 7 กุมภาพันธ์ 2563

Revised: 4 เมษายน 2563

Accepted: 10 เมษายน 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก

วัตถุประสงค์และวิธีการ ใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองซิป (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ประเมินใน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาจารย์ประจำหลักสูตร ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และนักศึกษาปัจจุบันของหลักสูตร รวมทั้งสิ้น 119 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ตแบ่งเป็น 5 ระดับและข้อคำถามแบบปลายเปิด ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา (1) การประเมินด้านบริบท ได้แก่ วัตถุประสงค์ของหลักสูตร และเนื้อหาของหลักสูตร โดยภาพรวมความเห็นของอาจารย์ประจำหลักสูตร ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และนักศึกษา พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อาจารย์ ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่จัดการเรียนการสอน โดยภาพรวมตามความเห็นของผู้เรียน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (3) การประเมินด้านกระบวนการ ได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และการประสานงาน โดยภาพรวมตามความเห็นของผู้เรียน พบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (4) การประเมินด้านผลผลิต ได้แก่ สมรรถนะใน 5 ด้านของผู้เรียน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยภาพรวมตามความเห็นของอาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และนักศึกษา พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

สรุป การดำเนินการเรียนการสอนของหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก มีความเหมาะสมมากในทุกด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

คำสำคัญ: รูปแบบการประเมินแบบจำลองซิป, หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก

¹ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

The Evaluation of Master of Science Program in Clinical Psychology

*Thanayot Sumalrot*¹

*Soisuda Imaroonrak*¹

*Natchaphon Auampradit*¹

*Sucheera Phattharayuttawat*¹

Received 7 February 2020

Revised 4 April 2020

Accepted 10 April 2020

Abstract

Objective: To evaluate the Master of Science Program in Clinical Psychology

Materials and methods: The CIPP evaluation model (CIPP Model), developed by Stufflebeam, was used to evaluate 4 domains including context, input, process, and product. The study sample included the faculty members, employers, alumni, and present students: a total of 119 persons. Two questionnaire surveys were used in this study: five Likert rating scale questionnaires and open-end questionnaires on the evaluation of Master of Science Program in Clinical Psychology. Data were analyzed, and results were expressed as percentage, mean, and standard deviation.

Results: (1) The overall evaluation of the context, namely, the objectives of the program and curriculum contents, according to the opinions of the faculty members, employers, alumni, and the present students, found that the level of the context was high; (2) the evaluation of the input, in terms of the lecturers, advisors, materials equipment, training venue, and duration of training, according to the opinions of the students, found that the level of the input was high; (3) the overall evaluation of the process, according to the opinions of students, found that the level of the process was high, and; (4) the overall evaluation of the product, namely, ethic, knowledge, cognitive skill, interpersonal relationship, and numeric analytical thinking, communication and IT skill, according to the opinions of the faculty members, employers, alumni, and the present students, found that the level of the product was high.

Conclusion: Educational management of the Master of Science Program in Clinical Psychology is highly appropriate in every domains including context, input, process, and product.

KEY WORDS: CIPP Evaluation Model, Master of Science Program in Clinical Psychology

¹ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

บทนำ

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก (Master of Science Program in Clinical Psychology) เป็นหลักสูตรในสังกัดภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอน ปี พ.ศ. 2522 ได้มีการก่อตั้งหลักสูตรสาขาจิตวิทยาคลินิก โดยมีที่ตั้งอยู่ที่คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ให้การรับรองปริญญา เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2525 และในปี พ.ศ. 2528 ได้ย้ายจากคณะวิทยาศาสตร์ มาอยู่ภายใต้การจัดการเรียนการสอนโดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) โดยมีวัตถุประสงค์ในการเปิดสอนเพื่อผลิตบุคลากรในระดับมหาบัณฑิตทางจิตวิทยาคลินิกให้มีความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพจิต สามารถเป็นผู้สอน วิทยากรจัดการศึกษา เผยแพร่ความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิก รวมทั้งสามารถทำการวิจัยด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์อย่างถูกระเบียบวิธี เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ในอันที่จะเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ๆ ในการแก้ไขปัญหาในสังคม

มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้ให้ความสำคัญกับการประกันคุณภาพการศึกษาได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้เป็นการเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องนี้ ในมาตรฐานที่ ๕ ด้านการบริหารจัดการ ในข้อย่อยที่ ๕.๓ ระบุไว้ว่า สถาบันอุดมศึกษามีระบบการประกันคุณภาพ มีการติดตาม ตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาการจัดการศึกษาระดับหลักสูตร คณะ และสถาบันที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการกำกับให้การจัดการศึกษาและการดำเนินงานตามพันธกิจเป็นไป

ตามกฎกระทรวงการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับอุดมศึกษา กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ และมาตรฐานอื่น ที่กำหนด (ราชกิจจานุเบกษา, 2561) ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสาธารณชนได้มั่นใจว่าสถานศึกษานั้น ๆ สามารถให้ผลผลิตทางการศึกษาที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ปัจจุบันการจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา อยู่ภายใต้การกำกับมาตรฐาน ของ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษาได้ประกาศเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ปีพ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายประกันคุณภาพหลักสูตรของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้จัดทำระบบพัฒนาและประกันคุณภาพหลักสูตรบัณฑิตศึกษาขึ้น (คณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก, 2559) มีการกำหนดปัจจัยคุณภาพ ๕ ด้าน ดังนี้ ๑. ด้านคุณธรรม จริยธรรม ๒. ด้านความรู้ ๓. ด้านทักษะทางปัญญา ๔. ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ ๕. ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

ประกอบกับวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2546 กำหนดให้สาขาจิตวิทยาคลินิก เป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นการพัฒนาศักยภาพของนักจิตวิทยาคลินิกให้สามารถฝึกปฏิบัติงานตามมาตรฐานของวิชาชีพทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติงาน และสามารถขออนุญาตขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิกได้ โดยกฎหมายบัญญัติให้บุคคลจบการศึกษาสาขาจิตวิทยาคลินิกหรือกระบวนการทางจิตวิทยาคลินิกเป็นวิชาเอกที่จะขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิกจะต้องผ่านการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือองค์กรใด ที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิกรับรองไม่น้อย

กว่าหกเดือน จึงจะขออนุญาตขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิกได้ ดังนั้น คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย จึงได้เห็นความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรในด้านจิตวิทยาคลินิก โดยร่วมมือกันในการกำหนดหลักเกณฑ์และพัฒนาหลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกขึ้น เพื่อเป็นมาตรฐานในการจัดฝึกอบรมแก่ผู้ที่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา สาขาจิตวิทยาคลินิก ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงานในวิชาชีพ ตลอดจนเพื่อให้สถาบันที่จัดการฝึกอบรม ได้เป็นแนวทางในการจัดการฝึกอบรมสอดคล้องกับที่คณะกรรมการวิชาชีพได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน (คณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก, 2557) หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มีเป้าหมายที่จะผลิตมหาบัณฑิตที่มีความเป็นเลิศทางด้านจิตวิทยาคลินิก บนพื้นฐานของความเป็นเลิศทางวิชาการ มีความเป็นวิชาชีพที่เต็มเปี่ยมไปด้วยคุณธรรม จริยธรรม จึงได้ผนวกหลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของรายวิชาในหลักสูตร เพื่อให้หลักสูตรมีเนื้อหาที่เข้มข้น เป้าหมายเพื่อผลิตมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาคลินิกเพื่อรับใช้สังคมและประเทศชาติ รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อภูมิภาค ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของมหาวิทยาลัยมหิดล คือ สร้างความเป็นเลิศทางด้านสุขภาพ ศาสตร์ ศิลป์ และนวัตกรรมบนพื้นฐานของคุณธรรม เพื่อสังคมไทยและประโยชน์สุขแก่มวลมนุษยชาติ (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550)

การประเมินหลักสูตร จะเป็นวิธีการที่ทำให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคุณภาพและโอกาสพัฒนาของบัณฑิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและเห็นความ

สำคัญในการการประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยเลือกประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองชิป (Context-Input-Process-Product Model: CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ซึ่งเป็นการประเมินอย่างรอบด้านและเป็นที่ยอมรับในการประเมินหลักสูตร มาใช้ในการประเมิน แบบจำลองชิปถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการพัฒนานโยบายหรือโครงการอย่างเป็นระบบ โดยมีมุ่งประเมิน 4 ด้าน คือ การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) (Stufflebeam & Shinkfield, 2007; สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2544) หลักสูตรฯ จะทำการประเมินตนเองในทุกกรอบ 10 ปี เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับหลักสูตร โดยหลักสูตรฯ ได้ทำการประเมินโครงการครั้งล่าสุด เมื่อปี ค. ศ. 2009 (Phattharayuttawat et al., 2009; สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, ธนยศ สุมาลย์โรจน์, สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์, และณัฏพล อ่วมประดิษฐ์, 2560) ปัจจุบันหลักสูตรฯ ดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ มคอ.2 ฉบับปรับปรุงปี 2559 ซึ่งจะครบรอบการใช้ในปี 2563 การประเมินหลักสูตรอย่างเป็นระบบจึงเป็นวิธีการที่ดี ในการที่จะได้ข้อมูลอย่างครบทุกขั้นตอนของการจัดการเรียนการสอน ซึ่งจะเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้ทราบว่าหลักสูตรที่ดำเนินการอยู่ประสบผลสำเร็จระดับใด เนื่องจากในการจัดการเรียนการสอนแต่ละรุ่น ต้องใช้ทรัพยากรด้านงบประมาณ เวลา และบุคลากรฝ่ายต่างๆ เป็นจำนวนมาก การประเมินผลจะทำให้ได้ทราบข้อเท็จจริงต่างๆ ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารหลักสูตร นอกจากนี้ยังทำให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคุณภาพและโอกาสในการพัฒนาของบัณฑิตของหลักสูตร เช่นกัน

ดังนั้นการปรับโดยนำข้อมูลโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง กับหลักสูตร ได้แก่ คณาจารย์ผู้สอน ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และนักศึกษา จะเป็นข้อมูลที่ครอบคลุม เพื่อนำ ผลการประเมินที่ได้มาปรับหลักสูตรและยังเป็นส่วน หนึ่งในการพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัยและเหมาะสม กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก โดยใช้รูปแบบการประเมิน แบบจำลองชิป (CIPP Model) เป็นการประเมิน 4 ด้าน ดังนี้ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้าน กระบวนการ และด้านผลผลิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงสภาพการดำ เนินการการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรวิทยาศา สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการปรับหลักสูตรในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิต รวมทั้งทราบถึงปัญหาอุปสรรค เพื่อนำไปใช้ปรับปรุง พัฒนาการจัดหลักสูตรให้มีคุณภาพและทันสมัย ต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การประเมินด้านบริบท หมายถึง การ ประเมินข้อมูลพื้นฐานและสภาพต่างๆ ที่ส่งผลต่อการ ดำเนินงานของหลักสูตร ได้แก่ วัตถุประสงค์ของ หลักสูตร และเนื้อหาของหลักสูตร

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า หมายถึง การประเมินถึงความเหมาะสม และความพอเพียงของ ทรัพยากรต่างๆ ที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ ได้แก่ อาจารย์ ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ สถานที่จัดการเรียน การสอน

3. การประเมินด้านกระบวนการ หมายถึง การประเมินขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการฝึกอบรม ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน และการประสานงาน

4. การประเมินด้านผลผลิต หมายถึง การ ประเมินผลผลิตที่เกิดจากการดำเนินการจัดการเรียน การสอน ได้แก่ สมรรถนะ และการนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ประโยชน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินหลักสูตร จิตวิทยาคลินิก ใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองชิป (CIPP Model) ของสตฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ใน การประเมิน 4 ด้าน คือ

1. การประเมินด้านบริบท ได้แก่ วัตถุประสงค์ ของหลักสูตร และเนื้อหาวิชาของหลักสูตร

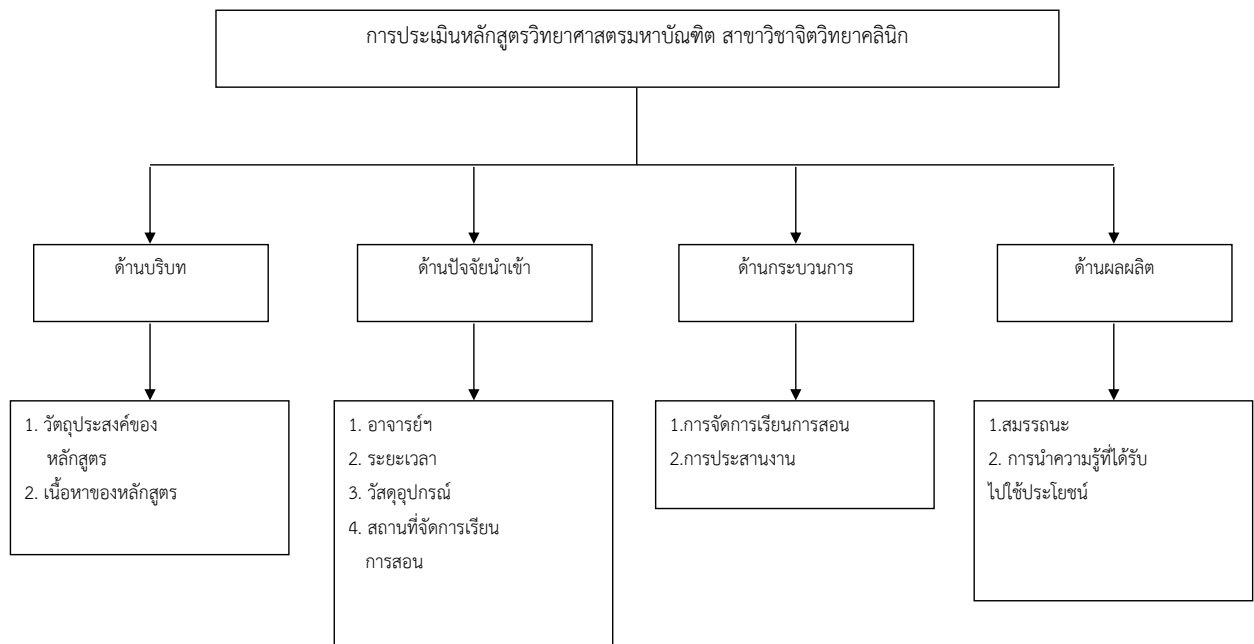
2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ อาจารย์ ประจำหลักสูตร นักศึกษา ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ การ จัดการเรียนการสอน และสถานที่จัดการเรียนการสอน

3. การประเมินด้านกระบวนการ ได้แก่ การ จัดกิจกรรมการเรียนการสอน

4. การประเมินด้านผลผลิต ได้แก่ สมรรถนะ ใน 5 ด้านของผู้เรียน ดังนี้ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความ สัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านทักษะการวิเคราะห์ เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเลือก กลุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจง โดยวิธีการกำหนด สัดส่วนในแต่ละกลุ่ม เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คลินิก จำนวน 4 กลุ่ม ซึ่งมีมีความยินยอมให้ใช้ข้อมูล และตอบกลับแบบสอบถามจำนวนรวม 119 คน มี รายละเอียดดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประยุกต์โดยใช้ รูปแบบการประเมินแบบจำลองซิป (Context-Input-Process-Product Model:

CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam 2007)

1. อาจารย์ประจำหลักสูตรจิตวิทยาคลินิก จำนวน 10 คน
2. ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 10 คน
3. ศิษย์เก่า จำนวน 61 คน
4. นักศึกษาปัจจุบัน จำนวน 38 คน

- ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 ความเหมาะสมด้านบริบท
- ตอนที่ 3 ความเหมาะสมด้านปัจจัยนำเข้า
- ตอนที่ 4 ความเหมาะสมด้านกระบวนการ
- ตอนที่ 5 ความเหมาะสมด้านสมรรถนะของบัณฑิต และการนำความรู้ไปใช้
- ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความคิดเห็น เรื่อง การประเมินหลักสูตรจิตวิทยาคลินิก โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) สร้างตามแนวของลิเคิร์ต (Likert) แบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความเหมาะสมด้านบริบท และมีข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านบริบทของโครงการ โดยเป็นแบบสอบถามสำหรับที่ปรึกษาโครงการฝึกอบรมและคณะกรรมการดำเนินการฝึกอบรม ประกอบด้วย 6 ตอนดังนี้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเอกสารทางวิชาการ ทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินหลักสูตร คู่มือมคอ.1- มคอ.7 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือให้ตรงกับนิยามและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

2. สร้างแบบสอบถาม และแบบบันทึกการสำรวจข้อมูลเอกสาร ให้ตรงกับนิยามของประเด็นการประเมิน ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามและ

ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและความสอดคล้องตาม
นิยาม (สุชีรา ภัทรายุทธวรรธน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ,
จริยา จันตระ, กิรติ บรรณกุลโรจน์, และสร้อยสุดา
อิมอรุณรักษ์, 2546)

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ
ทางด้านการจัดการหลักสูตรด้านจิตวิทยาคลินิก
จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม
เนื้อหา (content validity) และความชัดเจนในการสื่อ
ความ โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง
(IOC) ที่มีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 มาใช้ใน
แบบสอบถาม

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของเครื่อง
มือ และจัดทำแบบสอบถาม ก่อนที่นำไปเก็บข้อมูล
ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้น
ตอน ดังนี้

1. สัมภาษณ์แบบ focus group ในการจัดสัมมนา
การศึกษาของภาควิชาฯ และการสัมมนาการศึกษาของ
หลักสูตรฯ
2. ส่งแบบสอบถามไปยังศิษย์เก่าและผู้ใช้
บัณฑิต
3. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในการ
ตอบแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยมีแนวทางในการดำ
เนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ
(percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (standard deviation)
2. วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สำหรับ
รับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสำรวจเอกสาร
หลักสูตร และแบบสอบถาม

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง
(n=119)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	91	76.47
ชาย	28	23.53
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	24	20.17
31-40 ปี	40	33.61
41-50 ปี	41	34.46
51-60 ปี	11	9.24
มากกว่า 60 ปี	3	2.52
ประสบการณ์ในการทำงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	34	28.57
5-10 ปี	32	26.89
11-20 ปี	37	31.09
20 ปีขึ้นไป	16	13.45
ความเกี่ยวข้องกับหลักสูตร		
อาจารย์	10	8.40
ผู้ใช้บัณฑิต	10	8.40
ศิษย์เก่า	61	51.26
นักศึกษาปัจจุบัน	38	31.94

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 119 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.47 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 23.53 ช่วงอายุส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 41-50 คือเป็นร้อยละ 34.46 กับ 31-40 จำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33.61 รองลงคือช่วงอายุต่ำกว่า 30 คือเป็นร้อยละ 20.17 ช่วงอายุ 51-60 คือเป็นร้อยละ 9.24 และช่วงอายุมากกว่า 60 คือเป็นร้อยละ 2.52 ประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.09 รองลงมาช่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี และ 5-10 ปี ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และ 26.89 ตามลำดับ และ 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13.45 ความเกี่ยวข้องกับหลักสูตร ส่วนใหญ่เป็นศิษย์เก่า คิดเป็นร้อยละ 51.26 รองลงมาเป็นนักศึกษาปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 31.94 อาจารย์และผู้ใช้บัณฑิตเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 8.40

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคิดเห็นของอาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่าและนักศึกษา ในด้านบริบท หัวข้อวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

ด้านบริบท หัวข้อ วัตถุประสงค์ของหลักสูตร	กลุ่มตัวอย่าง					
	อาจารย์ Mean (SD)	ผู้ใช้ บัณฑิต Mean (SD)	ระดับ ความเห็น	ศิษย์เก่า Mean (SD)	นักศึกษา Mean (SD)	ระดับ ความเห็น
1. วัตถุประสงค์ของโครงการฝึกอบรมมีความสอดคล้อง/เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน	4.40 (0.57)	4.66 (0.55)	มาก	4.22 (0.44)	4.42 (0.71)	มาก
2. วัตถุประสงค์ของโครงการฝึกอบรมตอบสนองความต้องการของผู้เรียน	4.27 (0.59)	0.74 (0.57)	มาก	4.22 (0.42)	4.25 (0.76)	มาก
รวม	4.33 (0.55)	4.35 0.56	มาก	4.22 (0.65)	4.25 (0.65)	มาก

จากตารางที่ 2 ความคิดเห็นของ อาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่าและนักศึกษา ในด้านบริบทโดยรวม รวมทั้งในด้านวัตถุประสงค์ของโครงการฝึกอบรมมีความสอดคล้อง/เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน และวัตถุประสงค์ของหลักสูตรตอบสนองความต้องการของผู้เรียนมีความเห็นสอดคล้องกันคืออยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของของอาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่าและนักศึกษา ในด้านบริบท หัวข้อเนื้อหาของหลักสูตร

ด้านบริบท หัวข้อเนื้อหาของหลักสูตร	กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบ					
	อาจารย์ Mean (SD)	ผู้ใช้บัณฑิต Mean (SD)	ระดับความคิดเห็น	ศิษย์เก่า Mean (SD)	นักศึกษา Mean (SD)	ระดับความคิดเห็น
1. หมวดวิชาบังคับ	4.27 (0.69)	4.-7 (0.6)	มาก	4.78 (0.75)	4.38 (0.85)	มาก
2. หมวดวิชาเลือก	4.13 (0.86)	4.33 (0.88)	มาก	3.89 (0.86)	3.98 (0.76)	มาก
3. การฝึกปฏิบัติงาน	4.30 (0.81)	4.33 (0.71)	มาก	4.44 (0.51)	4.31 (0.77)	มาก
4. เนื้อหาของหลักสูตรตอบสนองความต้องการของผู้เรียน	4.18 (0.75)	4.66 (0.51)	มาก	4.53 (0.77)	4.33 (0.66)	มาก
5. เนื้อหาของหลักสูตรสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง	4.17 (0.75)	4.17 (0.75)	มาก	4.44 (0.73)	4.34 (0.73)	มาก
รวม	4.30 (0.81)	4.33 (0.88)	มาก	4.53 (0.77)	4.34 (0.73)	มาก

จากตารางที่ 3 ความคิดเห็นของ อาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่าและนักศึกษปัจจุบัน ในด้านบริบทเนื้อหา รวม ในด้านหมวดวิชาบังคับ หมวดวิชาเลือก การฝึกปฏิบัติงานเนื้อหาของหลักสูตรตอบสนองความต้องการของผู้เรียนและเนื้อหาของหลักสูตรสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติงานจริง มีความเห็นสอดคล้องกันคืออยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้เรียนในด้านปัจจัยนำเข้าโดยรวม

ด้านปัจจัยนำเข้าโดยรวม	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. อาจารย์	4.25	0.47	มาก
2. ระยะเวลาการศึกษา	3.35	0.80	ปานกลาง
3. วัสดุอุปกรณ์	4.15	0.57	มาก
4. สถานที่เรียน	4.28	0.52	มาก
รวม	4.25	0.41	มาก

จากตารางที่ 4 ความคิดเห็นของผู้เรียนในด้านปัจจัยนำเข้าเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านระยะเวลาการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้เรียนในด้านกระบวนการหัวข้อการจัดการเรียนการสอน

ด้านกระบวนการ หัวข้อการจัดการเรียนการสอน	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. การดำเนินการจัดการเรียนการสอนเป็นไปตามระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้	4.36	0.67	มาก
2. มีการจัดลำดับขั้นตอนของเนื้อหาวิชาในการบรรยายได้อย่างเหมาะสม	4.06	0.69	มาก
3. การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็นต่อการจัดกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างการจัดการเรียนการสอน	4.40	0.62	มาก
4. การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง	4.44	0.6	มาก
5. ผู้เรียนมีโอกาสพบอาจารย์ที่ปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	4.55	0.59	มาก
6. การประสานงาน	4.15	0.99	มาก
รวม	4.27	0.54	มาก

จากตารางที่ 5 ความคิดเห็นของผู้เรียนในด้านปัจจัยกระบวนการทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของของอาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่าและนักศึกษา
ในด้านสมรรถนะของบัณฑิต

ด้านสมรรถนะของบัณฑิต	กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบ					
	อาจารย์ Mean (SD)	ผู้ใช้ บัณฑิต Mean (SD)	ระดับ ความคิด เห็น	ศิษย์เก่า Mean (SD)	นักศึกษา Mean (SD)	ระดับ ความคิด เห็น
1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.51 (0.45)	4.53 (0.47)	มาก	4.38 (0.55)	4.18 (0.85)	มาก
2. ด้านความรู้	3.96 (0.64)	4.06 (0.54)	มาก	3.89 (0.86)	3.88 (0.76)	มาก
3. ด้านทักษะทางปัญญา	3.99 (0.72)	4.22 (0.64)	มาก	4.24 (0.54)	4.11 (0.67)	มาก
4. ด้านทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล	4.44 (0.53)	4.66 (0.51)	มาก	4.53 (0.77)	4.13 (0.66)	มาก
5. เนื้อหาของหลักสูตรสามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติงานจริง	4.16 (0.67)	4.27 (0.77)	มาก	4.14 (0.73)	4.14 (0.43)	มาก
รวม	4.13 (0.51)	4.33 (0.88)	มาก	4.13 (0.77)	4.14 (0.73)	มาก

จากตารางที่ 6 ความคิดเห็นของ อาจารย์ประจำหลักสูตร ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่าและนักศึกษปัจจุบัน ใน
ด้านสมรรถนะทั้ง 5 ด้านคือด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์
ระหว่างบุคคลด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีความเห็นสอดคล้อง
กันคืออยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 7 ความถี่ของข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	ผู้ตอบแบบสำรวจ			
	ศิษย์เก่า (n=61)	บัณฑิต ที่จบการ ศึกษา 2561 (n=17)	นักศึกษา ปัจจุบัน (n=17)	รวม (n=95)
1. การพัฒนาความรู้และทักษะทางจิตวิทยาคลินิก	49	29	15	93
1.1 ความรู้และการฝึกปฏิบัติการทดสอบทางจิตวิทยา	8	7	6	21
1.2 การแปลผลการทดสอบทางจิตวิทยา	2	3	2	7
1.3 การเขียนและรายงานผลการทดสอบทางจิตวิทยา	1	7	3	11
1.4 การบำบัดทางจิตวิทยารายบุคคล	10	4	3	17
1.5 การบำบัดทางจิตวิทยารายกลุ่ม	6	4	1	11
1.6 จิตวิทยาชุมชน	11	0	0	11
1.7 การทำงานระหว่างสหวิชาชีพ	2	2	0	4
1.8 ความรู้อื่นๆเฉพาะทาง เช่น จิตวิทยาเด็ก นิเวศวิทยาเสพติด ฯลฯ	9	2	0	11
2. การพัฒนาทักษะอื่น ๆ	28	8	8	44
2.1 กระบวนการคิด	4	3	2	9
2.2 การทำงานเป็นทีม	7	1	0	8
2.3 สถิติและวิจัย	4	0	0	4
2.4 ทักษะการสื่อสาร	1	0	2	3
2.5 ทักษะการนำเสนอ	5	2	1	8
2.6 ภาษาต่างประเทศ	2	0	2	4
2.7 เทคโนโลยี IT	4	1	0	5
2.8 การจัดโครงการ การถ่ายทอดความรู้ และการเป็นวิทยากร	1	1	1	3
3. ประเด็นอื่น ๆ	0	3	5	8
3.1 การช่วยเหลือด้านสุขภาพกายและจิตใจของนักศึกษา	0	1	5	6
3.2 เอกสาร ตำรา แหล่งข้อมูล	0	2	0	2

จากตารางที่ 7 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมซึ่งประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ คือ 1) ท่านคิดว่าหลักสูตรควรเพิ่มเติม ความสามารถในการปฏิบัติงานและคุณลักษณะของนักศึกษา/บัณฑิตในส่วนใด 2) ทักษะอื่น ๆ (soft skill) ที่คิดว่าควรเพิ่มเติม และ 3) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า สามารถแบ่งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมออกเป็น 3 ประเด็น คือ การพัฒนาความรู้และทักษะทางจิตวิทยาคลินิก การพัฒนาทักษะอื่นๆ และประเด็นเสนอแนะอื่นๆ โดยจำนวนของข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ได้รับมาจากอาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต และศิษย์เก่า รองลงมาได้แก่บัณฑิตที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา และนักศึกษาปัจจุบัน ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมมากที่สุด คือ ประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และทักษะทางจิตวิทยาคลินิก ซึ่งอาจจำแนกเป็นประเด็นย่อยๆ ได้แก่ (1) ความต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก (2) ความต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตวิทยาคลินิก และ (3) ความต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก

ในประเด็นแรก พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 3 กลุ่ม ให้ข้อเสนอแนะด้านความต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิกที่มีจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นทักษะเฉพาะที่สำคัญสำหรับการประกอบวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก ทั้งการฝึกปฏิบัติ การแปลผล การเขียนผล และการรายงานผล ซึ่งแม้ว่าหลักสูตรจะมีการถ่ายทอดความรู้และทักษะเหล่านี้โดยอ้างอิงกับเกณฑ์ประกันคุณภาพการศึกษาตามมาตรฐานสากล แต่ก็อาจจะยังไม่เพียงพอต่อความต้องการและความคาดหวังใน

การนำไปปฏิบัติงานจริง ทั้งเรื่องของความรู้ที่ได้รับและระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ เช่น ข้อคิดเห็นของศิษย์เก่าที่เสนอแนะเกี่ยวกับหลักสูตรว่า “เป็นหลักสูตรที่ดีและได้รับการยอมรับในแวดวงวิชาชีพ แต่บางครั้งก็รู้สึกว่าการทบทวนและความรู้ที่นักศึกษาได้รับอาจไม่เท่ากับความคาดหวังของบุคลากรในวิชาชีพเดียวกันที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากคิดว่า จบ ป.โท แล้วต้องมีทักษะและความสามารถที่มากกว่า นศ.ป.ตรี ทั้งที่ นศ.หลายคนไม่ได้จบทางคลินิกมาก่อน” หรือ “หลักสูตรควรมีข้อเด่นจริงๆ ให้แตกต่างจากป.ตรี” หรือ “ความรู้ไม่พอต่อการนำไปใช้จริง เนื่องจากแต่ละหัวข้อใช้เวลาสอนน้อย แต่ก็เข้าใจว่าชั่วโมงเรียนไม่พอ” นอกจากนี้ ยังมีข้อคิดเห็นบางส่วนจากนักศึกษาปัจจุบันที่ต้องการระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติมากขึ้น เช่น “เน้นการปฏิบัติให้มากกว่านี้” หรือ “อยากให้มีระยะเวลาในการฝึกงานมากกว่านี้” เป็นต้น

สำหรับความต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตวิทยาคลินิก พบว่า ประเด็นส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกับความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบทางจิตวิทยาคลินิกที่ต้องการให้มีการเรียนรู้ที่มากขึ้น และควรต้องมีการให้ความสำคัญกับการนำทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เช่น ข้อคิดเห็นจากศิษย์เก่าว่า “ควรเพิ่มด้านความรู้และทักษะด้านการทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มให้แก่นักศึกษามากกว่านี้ เนื่องจากเคยพบเจอนักศึกษาที่ไม่มีพื้นฐาน ทั้งด้านทักษะ และด้านทัศนคติในการบำบัดที่มากพอในการปฏิบัติงานจริง”

สำหรับความต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก พบว่า ได้รับความคิดเห็นส่วนใหญ่มาจากศิษย์เก่าซึ่งมีความรู้และประสบการณ์มากกว่าบัณฑิตที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาและนักศึกษาปัจจุบัน โดยมีประเด็นของการเพิ่มพูนความรู้ด้านจิตวิทยาชุมชนเป็นจำนวนมากที่สุด เช่น การออกชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การ

ดำเนินงานในชุมชน การเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตกับคนในบริบทต่างๆ ของสังคมและชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ การเพิ่มพูนความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น ยาทางจิตเวช แบบทดสอบทางด้านจิตประสาทวิทยา การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช และ การเรียนรู้ที่มากขึ้นเกี่ยวกับบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกในการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ก็เป็นประเด็นที่มีผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสนใจเช่นกัน

ในประเด็นที่สอง ผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมรองลงมาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะอื่นๆ ที่นอกเหนือจากทักษะเฉพาะด้านจิตวิทยาคลินิก โดยข้อเสนอแนะส่วนใหญ่มาจากศิษย์เก่า ได้แก่ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการนำเสนอ สถิติและการวิจัย กระบวนการคิดและพัฒนาตนเอง ทักษะด้านเทคโนโลยี ภาษาต่างประเทศ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดโครงการ การถ่ายทอดความรู้และการเป็นวิทยากร และในประเด็นสุดท้ายเกี่ยวกับประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีประเด็นเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตใจของนักศึกษา โดยเฉพาะกับนักศึกษารุ่นใหม่ๆ ที่อยากให้มีการติดตามสุขภาพจิตของนักศึกษาที่เป็นระบบ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากบัณฑิตที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตใจเบื้องต้น เช่น “ความเห็นส่วนตัวคิดว่า ช่วงปีหนึ่งที่เข้ามาเรียนแรกๆ ป.โทจะมีความกดดัน ความเครียดจากการปรับตัว ถ้ามีการทำกลุ่มเพื่อพูดคุยเรื่องพวกนี้ หรือเสริมทักษะในการจัดการความเครียด การผ่อนคลายตนเอง ป.โทก็อาจจะมีความสุขในการเรียนมากขึ้น แล้วยังเป็นการทำความรู้จักกับนักศึกษาแต่ละคนไปด้วยเลย” นอกจากนี้ พบว่า การจัดเตรียมเอกสาร ตำรา และแหล่งข้อมูลต่างๆ ก็เป็นประเด็นเสนอแนะจากนักศึกษาเช่นกัน เช่น “การเรียนและแปลทฤษฎีจำเป็นต้องมีหนังสือ แต่ไม่ให้หนังสือ ไม่ให้ซีร็อกหนังสือ ซึ่งเอกสาร

การเรียนมีข้อมูลน้อย ไม่เพียงพอกับการใช้งาน เห็นว่าควรเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนเต็มที่จากข้อมูลที่อาจารย์มี ทั้งความรู้และหนังสือ เพราะหนังสือการแปลทฤษฎีไม่สามารถหาได้ทั่วไป ทำให้นักศึกษามีความยากลำบากในการเรียนมาก”

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก ใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองชิป (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ในการประเมิน 4 ด้าน มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านบริบท

ผลการประเมินด้านปัจจัยบริบท 2 ด้าน คือ วัตถุประสงค์ และเนื้อหาของหลักสูตรในภาพรวม พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของอาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และนักศึกษา รวมทั้งวิเคราะห์แบบสอบถามปลายเปิดและตรวจสอบเอกสารการประเมินหลักสูตร สรุปได้ดังนี้

1.1 ด้านวัตถุประสงค์ พบว่า วัตถุประสงค์ของหลักสูตร มีความสอดคล้อง/เหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบัน และตอบสนองความต้องการของผู้เรียน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่ตามมา ดังนั้นในฐานะนักจิตวิทยาคลินิกเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จึงจำเป็นอย่างมากจะต้องมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกและมีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นไปตาม

มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก ซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ที่มุ่งเน้นพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก ในด้านการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก การบำบัดทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจ การประยุกต์จิตวิทยาคลินิกเข้าสู่งานด้านสุขภาพจิตชุมชน มีทักษะในการปฏิบัติงานทางจิตวิทยาคลินิกด้านต่างๆ จากประสบการณ์จริงกับผู้ป่วยและงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีเจตคติที่ดีในการประกอบวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก และมีจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน (คณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับ สังต์ อุทรานันท์ (2527) ได้กล่าวว่า วัตถุประสงค์ที่ดี ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม และสอดคล้องกับ ชำรง บัวศรี (2542) ได้กล่าวว่า หลักการสำคัญในการกำหนดวัตถุประสงค์ คือ มุ่งเน้นสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาสังคม

1.2 ด้านเนื้อหาของหลักสูตร พบว่า เนื้อหาของหลักสูตรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการฝึกอบรม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียน และนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง สอดคล้องกับ สังต์ อุทรานันท์ (2527) ได้กล่าวว่า เนื้อหาของหลักสูตรที่ดีควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร มีความยืดหยุ่น สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ รวมทั้งยังต้องมีความถูกต้องทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า

ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า 5 ด้าน คือ อาจารย์ ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่จัดการเรียนการสอน ในภาพรวมของหลักสูตร พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาผู้เรียน รวมทั้งวิเคราะห์แบบสอบถามปลายเปิดและตรวจสอบเอกสารหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

2.1 ด้านอาจารย์ผู้สอน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากวิทยากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญในหัวข้อที่สอน สามารถบรรยายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา จัดลำดับเนื้อหาการสอนได้อย่างเป็นระบบ ถ่ายทอดความรู้ได้ชัดเจนและเข้าใจง่าย มีการเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสามารถตอบข้อซักถามได้ตรงประเด็น และชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับ ดนัย เทียนพุ่ม (2525) ได้กล่าวว่า การคัดเลือกวิทยากรควรเลือกผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่สอน และมีความสามารถในการถ่ายทอด มีบุคลิกภาพและมีเทคนิคในการจูงใจที่จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความสนใจ และสอดคล้องกับ วิบูลย์ บุญยธโรกุล (2545) ได้กล่าวว่า วิทยากรควรมีความรู้ความสามารถสูงในด้านทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริงในเรื่องที่สอน

2.2 ด้านอาจารย์ที่ปรึกษา พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากอาจารย์ที่ปรึกษามีความรู้และความเข้าใจในความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ได้ดีและตรงตามวัตถุประสงค์ของการฝึกงาน มีเวลาในการให้การปรึกษาที่เพียงพอ เปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตอบข้อซักถามได้ตรงประเด็นและชัดเจน มีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่างๆ ให้กำลังใจและคำแนะนำที่ดีที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานจริงและการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนเป็นการเป็นแบบอย่างที่ดีของวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับ คณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก (2558) ได้กล่าวว่า อาจารย์ที่ปรึกษาให้การอบรมสั่งสอน ทั้งในเรื่องของความรู้ การวางตัว การเป็นแบบอย่างที่ดีของการเป็นนักจิตวิทยาคลินิก ในอนาคต ดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจอย่างดีมาก

2.3 ด้านระยะเวลา พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากระยะเวลาในสอนความรู้ทางด้านจิตวิทยาคลินิก 3 ภาคการศึกษา (1 ปีครึ่ง) และระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงาน (Internship) 6 เดือน มีความเหมาะสมกับเนื้อหาในแต่ละหัวข้อที่สอนและกิจกรรมการฝึกปฏิบัติงาน ทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้ความเข้าใจในการเนื้อหาในแต่ละหัวข้อได้อย่างชัดเจน และได้รับประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติงานจริงได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับ พัทณี สมพงษ์ (2555) ได้กล่าวว่า การจัดกิจกรรมการศึกษา ระยะเวลาควรมีความเหมาะสมกับการบรรยายของอาจารย์แต่ละหัวข้อของวิชาการ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาความรู้นั้นๆ อย่างลึกซึ้งและถ่องแท้ อย่างไรก็ตาม ผลจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ายังมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการฝึกทักษะและการปฏิบัติงานอยู่ เนื่องจากทักษะและองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาคลินิกเป็นศาสตร์ที่ต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติจริงเป็นสำคัญ ทั้งการทดสอบทางจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตวิทยา ดังนั้น ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดอาจจะยังไม่ครอบคลุมในบางแง่มุม ซึ่งการกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอยู่ตลอดเวลา นอกเหนือจากช่วงระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด ก็น่าจะทำให้นักศึกษาสามารถเพิ่มศักยภาพของตนเองได้ยิ่งขึ้น

2.4 ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการใช้วัสดุอุปกรณ์ โสตทัศนูปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย การใช้สื่อประกอบการเรียนการสอนที่น่าสนใจและมีคุณภาพ รวมทั้งการอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมและแจกเอกสารประกอบการสอนให้กับผู้เรียน สอดคล้องกับ สมชาติ กิจยรรยง (2546) ได้กล่าวว่า เอกสารประกอบการฝึกอบรมและการสอนช่วยให้การเรียนรู้การถ่ายทอดการสื่อสารมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้การฝึกอบรมหรือการสอนมีความน่าสนใจ ทำให้เกิด

ความรู้ความเข้าใจที่ง่ายขึ้น เพราะมีเอกสารประกอบช่วยทบทวนความรู้ และประหยัดเวลาในการถ่ายทอดและสอดคล้องกับ สมคิด บางโม (2549) ได้กล่าวว่า การจัดหาวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย มีความจำเป็นอย่างมาก

2.5 ด้านสถานที่จัดการเรียนการสอน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก สถานที่เรียนส่วนใหญ่จะอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เนื่องจากสถานที่มีความสะดวกในการเดินทาง เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่พักอยู่ในหอพัก ซึ่งใกล้กับที่เรียน แต่ก็มีบางวิชาที่ต้องเดินทางไปวิทยาเขตศาลายา ซึ่งมีรถ shuttle bus รับส่ง มีตารางเวลาที่ชัดเจน หรือบางวิชาเรียนที่คณะสาธารณสุข วิทยาเขตพญาไท หลักสูตรฯ ได้มีการจัดตารางสอน ให้เรียนเฉพาะช่วงเช้า หรือบ่าย และเลี่ยงการจัดกิจกรรมอื่นในวันที่มีการบรรยาย เมื่อนักศึกษาต้องออกไปเรียนนอกสถานที่ เพื่อนักศึกษาจะได้เผื่อเวลาสำหรับการเดินทาง

3. ด้านกระบวนการ

ผลการประเมินด้านกระบวนการ 2 ด้าน คือ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และการประสานงาน ในภาพรวมของหลักสูตร พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เรียน รวมทั้งวิเคราะห์แบบสอบถามปลายเปิดและตรวจสอบเอกสารการประเมินหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

3.1 ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่กำหนดไว้ มีการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็นต่อการจัดกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างการเรียน โดยเฉพาะวิชาการสัมมนา เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เลือกหัวข้อที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นกับการทำวิทยานิพนธ์ หรือประเด็นปัญหาทางสังคม

ที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้อง ส่วนการฝึกปฏิบัติงาน มีการให้ผู้เรียนหมุนเวียนกันรับผิดชอบ ภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม และหลักสูตรมีการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เรียนกับอาจารย์ หรือกับนักศึกษาในหลักสูตรอื่น ๆ ให้ได้รู้จักกันอย่างทั่วถึงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2543) ได้กล่าวว่า การมีโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น ก็จะทำให้ผู้เรียนมีความสนใจในการอบรมมากขึ้น

3.2 ด้านการประสานงาน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากเจ้าหน้าที่การศึกษา มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความกระตือรือร้นในการให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างการเรียนได้เป็นอย่างดี และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และบริการที่ดีต่อผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับ เสน่ห์ จัยโต (2544) ได้กล่าวว่า คณะบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารการจัดฝึกอบรมหรือการเรียนการสอน ให้ประสบผลสำเร็จตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้ จึงควรเป็นผู้ให้บริการที่ดี เป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ช่วงการฝึกอบรมการเรียนได้ เป็นผู้สร้างบรรยากาศที่ดีในการฝึกอบรมหรือการเรียน บรรยากาศของความเป็นกันเอง ความเป็นมิตรภาพและกัลยาณมิตร

4. ด้านผลผลิต

ผลการประเมินด้านผลผลิต 2 ด้าน คือ ด้านสมรรถนะ และการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ ในภาพรวมของโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ผ่านการฝึกอบรม รวมทั้งวิเคราะห์แบบสอบถามปลายเปิดและตรวจสอบเอกสารการประเมินโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิกที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

4.1 ด้านสมรรถนะใน 5 ด้านของผู้เรียน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่า การประเมินด้านผลผลิตในด้านสมรรถนะของบัณฑิต 5 ด้าน พบว่า อาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และนักศึกษา มีความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็น core competencies ตรงตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ที่ต้องการสร้างมหาบัณฑิตให้มีสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การผลิตมหาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหิดล

4.2 ด้านการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ พบว่า มีการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก เนื่องจากหลักสูตรฝึกอบรมมีการเรียนการสอนที่มีความครอบคลุมทั้งความรู้ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก และตรงกับความต้องการของผู้เรียนและสภาพสังคมในปัจจุบัน ซึ่งช่วยส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้มีเจตคติที่ดีในการประกอบวิชาชีพจิตวิทยาคลินิก มีจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีความรู้ความสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับคณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก (2559) ได้กล่าวว่า การฝึกอบรมช่วยให้ได้รับความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่สามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานจริงได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก ได้รับผลการประเมินอยู่ในระดับเหมาะสมมากทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต โดยการใช้รูปแบบการประเมินแบบจำลองชิป (CIPP Model) ซึ่งเป็นการประเมินที่สามารถครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจาก

มีการใช้เทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างหลากหลายให้สอดคล้องกับประเด็นย่อยๆ ที่ต้องการประเมินในแต่ละมิติ มีการใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการนำมาวิเคราะห์สรุปตีความผลการประเมิน ซึ่งแหล่งที่มาของข้อมูลในการประเมินมีการเก็บรวบรวมหรือได้มาอย่างหลากหลาย ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ ทั้งที่เป็นอาจารย์ผู้สอน ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า และนักศึกษาปัจจุบัน ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ ผลการประเมินที่ได้แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรมีแนวทางในการพัฒนาที่เหมาะสม มีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคมในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังสามารถนำผลที่ได้มาใช้เป็นตัวชี้วัดในการพัฒนาบัณฑิตให้มีคุณภาพ ซึ่งเป็นการกิจสำคัญของมหาวิทยาลัย ให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป (sustainability) ต่อไป

บรรณานุกรม

คณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก. (2557). หลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.

คณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก. (2558). หลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.

คณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก. (2559). สรุปผลการประเมินการฝึกอบรมหลักสูตร “การปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก” รุ่นที่ 7/2558.เอกสารนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรการปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก, กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต, นนทบุรี.

दनัย เทียนพุ่ม. (2525). การบริหารและประเมินโครงการฝึกอบรม. กรุงเทพฯ: ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์

ธำรง บัวศรี. (2542). ทฤษฎีหลักสูตร: การออกแบบและพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ธนรัชการพิมพ์.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). ระบบพัฒนาและการประกันคุณภาพหลักสูตรบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล: โครงการสัมมนาประธานหลักสูตรบัณฑิตศึกษาประจำปี 2550; 28 พ.ค. 2550 ; อาคารบัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บัณฑิตวิทยาลัย. (2550). การสำรวจความพึงพอใจของผู้บังคับบัญชา/นายจ้างต่อการปฏิบัติงานของ บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ทั้งระดับปริญญาโท ปริญญาเอกและระดับประกาศนียบัตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๔๘ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชนี สมพงษ์. (2555). การประเมินโครงการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล: หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก. (2560). คู่มือนักศึกษาปริญญาโท ประจำปีการศึกษา 2561.

ราชกิจจานุเบกษา. (2561). ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๑. เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๑๙๙ ง ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๑.

- วิบูลย์ บุญขจรโรกุล. (2545). *คู่มือวิทยากรและผู้จัดการฝึกอบรม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สังัด อุทรานันท์. (2527). *พื้นฐานและหลักการพัฒนาหลักสูตร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรสยาม.
- สมคิด บางโม. (2549). *เทคนิคการอบรมและการประชุม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จูนพับลิชชิง.
- สมชาติ กิจยรรยง. (2545). *เทคนิคการเป็นวิทยากรฝึกอบรม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เนท.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2543). *คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท วงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด.
- สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อาร์ตคอลลิฟท์.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, จริยา จันตระ, กิรติ บรรณกุลโรจน์, สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์. (2546). *การพัฒนาแบบประเมินตนเองตามบทบาทนักจิตวิทยาคลินิกไทย*. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2560; 6(2): 70-87.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, ธนยศ สุมาลย์โรจน์, สร้อยสุดา อิมอรุณรักษ์, และณัชพล อ่วมประดิษฐ์. *สมรรถนะของบัณฑิตหลักสูตรวิทยา* *มหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในมุมมองของผู้บังคับบัญชา*. วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2560; 6(2): 49-59.
- เสน่ห์ จุย์โต. (2544). *การฝึกอบรมเชิงระบบ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Phattharayuttawat, S., Chantra, J., Chaiyasit, W., Bannagulrote, K., Imaroonrak, S., Sumalrot, T., & Auampradit, N. (2009). An evaluation of the curriculum of a graduate programme in clinical psychology. *South-East Asian J Med Educa*, 3, 14-9.
- Stufflebeam, D.L. & Shinkfield, A.J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

องค์ความรู้โรคซึมเศร้าและจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับนักจิตวิทยา

ต้นสาย แก้วสว่าง¹

Received 21 มีนาคม 2563

Revised 1 มิถุนายน 2563

Accepted 2 มิถุนายน 2563

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสังคมได้ให้ความสนใจกับโรคซึมเศร้ามากขึ้นเนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตซึ่งพบได้บ่อย นักจิตวิทยาในฐานะที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตจึงเป็นที่คาดหวังของสังคมในการช่วยเหลือเยียวยา ดังนั้นนักจิตวิทยาควรจะมีทักษะการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวช โดยองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ทักษะการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้หน้าที่สำคัญของนักจิตวิทยาด้านหนึ่งคือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่สังคมสนใจแต่ในขณะเดียวกันสังคมก็ขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง บทความนี้มีจึงวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในประเด็นสำคัญสำหรับนักจิตวิทยาโดยมีขอบเขตเกี่ยวกับ เกณฑ์การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรค การดำเนินโรค การรักษาทางยาและผลข้างเคียง การรักษาด้วยจิตบำบัด และ ประยุกต์ใช้จิตวิทยาทางบวกในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า จิตวิทยาเชิงบวก

¹ กลุ่มวิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

Knowledge Of Major Depressive Disorder And Positive Psychology For Psychologists

*Tonsai Kaewsawang*¹

Received 21 March 2020

Revised 1 June 2020

Accepted 2 June 2020

Abstract

For the recent years, Major Depressive Disorder has increasingly become a mental health issue which can often be found among our members in the society due to a high prevalence rate. Undoubtedly, psychologists, as mental health personnel, are expected by the society in order to prevent them from mental health problems. Additionally, psychologists should be equipped with an effective assessing skill to successfully evaluate psychiatric patients. In this alignment, knowledge of depression extensively becomes one of the significant factors in order to enhance an effectiveness of mental assessment of psychologists. Moreover, the dissemination of knowledge regarding Major Depressive Disorder which is increasingly captured by the social interest seemed lacking of precise understanding from the society. Meanwhile, the problem is also another priority for psychologists. The purpose of this article is to present important knowledge regarding Major Depressive Disorder to psychologists. In this limitation, it consists of a scope of diagnosis, a differential diagnosis, a procedure of treatment plan, drugs for treatment and side effects, psychotherapy, and application of positive psychology for treating patients.

Key words: Major depressive disorder, depression, Positive psychology

¹ Department of Educational Psychology and Guidance, Muban Chombueng Rajabhat University

บทนำ

การประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของนักจิตวิทยาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจประเมินเพื่อให้การช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยให้หลุดจากภาวะเจ็บป่วยทางใจ นักจิตวิทยาจึงมีความรู้พื้นฐานในด้านจิตเวชศาสตร์อันจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาร่วมกับสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีอารมณ์ เบื่อหน่าย เศร้า ซึม โดยมีอาการเกือบทั้งวัน และมีอาการต่อเนื่องกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับมีอาการอื่น ๆ เช่น รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง มีความผิดปกติในการนอน (นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป) มีความผิดปกติด้านการกิน (เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือกินจุขึ้น น้ำหนักขึ้นขึ้น) พุดน้อยลง เคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติ สมาธิความจำ แย่ลง หลงลืมง่าย เก็บตัว มองทุกอย่างในแง่ลบ รู้สึกไร้ค่า หรือในรายที่รุนแรงอาจรู้สึกอยากฆ่าตัวตายได้ (มานอน หล่อ ตระกูล และคณะ, 2559: 167)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขและส่งต่อการสูญเสีย ผู้ป่วยซึมเศร้ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 44.2 ในรายที่มีอาการรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษา มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 20 เท่า (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2561: 323) อัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าต่อการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในช่วง 8 ปีย้อนหลังอยู่ที่ประมาณ 230,000 และ 4,000 ราย (จำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1 (กรมสุขภาพจิต; บริการ e-Reports กรมสุขภาพจิต, 2563) ความชุกชั่วชีวิตของภาวะซึมเศร้าในคนไทยร้อยละ 3.2 พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.6 : 1 และมีความชุกในกรุงเทพมหานคร มากที่สุด ความเสี่ยงโรคนี้จะสูงขึ้นในผู้ที่มีประวัติหม้าย หย่าร้าง รายได้ต่ำ (มานอน หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558: 173)

ตารางที่ 1 แสดง จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าและฆ่าตัวตายคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ

จำนวน/พ.ศ.	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า	22,168	223,564	179,341	231,082	237,128	237,573	238,011
จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ	3,985	3,940	3,950	4,205	4,131	4,934	4,137

ที่มา: กรมสุขภาพจิต; บริการ e-Reports กรมสุขภาพจิต (2563)

ความเศร้าปกติ (sadness) ภาวะซึมเศร้า (depression) และโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

ในปัจจุบันสังคมได้รู้จักและให้ความสำคัญกับโรคซึมเศร้ามากขึ้น ผู้ที่เข้ารับบริการในเวชปฏิบัติทั่วไปหรือจิตเวชจำนวนไม่น้อยมาด้วยอาการสำคัญ (Chief complaint) เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า ซึ่งความเศร้าปกติ ภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า มีความใกล้เคียงกัน อีกทั้งอารมณ์เศร่ายังเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยโรคหรือภาวะผิดปกติอื่นๆได้อีกมากมาย นักจิตวิทยาจึงจำเป็นต้องมีทักษะการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชและทักษะการวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) “ความเศร้าปกติ ภาวะซึมเศร้า ไม่เท่ากับ โรคซึมเศร้า” กล่าวคือ ความเศร้าปกติ ภาวะซึมเศร้า และ โรคซึมเศร้า มีความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียดดังนี้

ความเศร้าปกติ (sadness)

ความเศร้าปกติเป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสีย โดยความเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวขึ้นอยู่กับเหตุการณ์กระตุ้นเร้าและความเศร้าจะเบาบางลงไปตามระยะเวลา (นันทวัช สิริทริภักษ์ และคณะ, 2558: 169)

ภาวะซึมเศร้า (depression)

ภาวะซึมเศร้าต่างจากความเศร้าปกติตรงที่ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง โดยเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสีย บุคคลจะมีอารมณ์เศร้ามากและนานเกินภาวะปกติ ไม่ดีขึ้นตามระยะเวลาที่ควรเป็น ในบางกรณีบุคคลอาจเกิดอารมณ์เศร้าแม้ไม่มีเหตุการณ์กระตุ้นเร้า โดยอารมณ์เศร่านั้นทำให้

บุคคลสูญเสียการทำหน้าที่ตามกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การทำงาน และการสังคม (นันทวัช สิริทริภักษ์ และคณะ, 2558: 169)

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการของการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน ได้แก่ 1.การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มีความผิดปกติในการนอน(นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป) มีความผิดปกติด้านการกิน(เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือกินจุขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น) พุดน้อยลงและเคลื่อนไหวช้าลงกว่าปกติเป็นต้น 2.การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เช่น มีอารมณ์เศร้า ประกอบกับความรู้สึก ไร้ชีวิตชีวา สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด คิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือ มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น เก็บตัว หลีกหนีสังคม เป็นต้น (Tinakon Wongpakaran, et al.2014: 217–223)

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญ รวมถึงมีอาการอื่นๆร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องตามเกณฑ์บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (International Classification of Diseases – 10) ในหมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5) ของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง

(Persistent depressive disorder/dysthymia)

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย Depressive episode ตามเกณฑ์ของ ICD – 10

อาการหลัก	อาการร่วม	อาการทางกาย
1. มีอารมณ์เศร้า	1. สมาธิลดลง	1. เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนานในกิจกรรมที่เคยเป็น
2. ความสนุกสนาน เพลิดเพลิน หรือ ความสนใจใน กิจกรรมลดลง	2. ความมั่นใจและความ ภาคภูมิใจ ในตนเองลดลง	2. ไร้อารมณ์ต่อสิ่งรอบข้างที่เคย ทำให้เพลิดเพลินใจ
3. อ่อนเพลีย เพลีย แรง มี กิจกรรม น้อยลง	3. รู้สึกผิดและไร้ค่า	3. ตื่นเช้ากว่าปกติ ≥ 2 ชม.
	4. มองอนาคตในทางลบ	4. อาการซึมเศร้าเป็นมากในช่วงเช้า
	5. คิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตนเอง	5. ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือ กระสับกระส่าย
	6. มีความผิดปกติในการนอนหลับ	6. เบื่ออาหารอย่างมาก
	7. เบื่ออาหาร	7. น้ำหนักลดลง (5% ใน 1 เดือน)
		8. ความต้องการทางเพศลดลง

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย F32 Depressive episodes

รหัส	อาการหลัก	อาการร่วม	อาการทางกาย
F320 Mild depressive episode	อย่างน้อย 2 ใน 3		
F3200 Mild depressive episode, Without somatic symptoms			< 4 อาการ
F3201 Mild depressive episode, With somatic symptoms	อย่างน้อย 2 ใน 3	อย่างน้อย 3	≥ 4 อาการ
F321 Moderate depressive episode	ครบ 3 อาการหลัก	อย่างน้อย 4	
F322 Severe depressive episode without psychotic symptoms	ครบ 3 อาการหลัก	อย่างน้อย 4 และมี Psychotic symptom	

ตารางที่ 4 แสดง รหัส ICD-10 ที่อยู่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า

รหัส	ชื่อ
F32	Depressive episode
F33	Recurrent depressive disorder
F341	Dysthymia
F38	Other mood [affective] disorders
F39	Unspecified mood [affective] disorder

ที่มา: กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. (2558)

ตารางที่ 5 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย Recurrent depressive disorder ตามเกณฑ์ของ ICD – 10

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM – 5 ดังตารางที่ 3 ประกอบด้วยอาการสำคัญของ major depressive episode ในเกณฑ์ข้อ A – C ในส่วนของเกณฑ์ข้อ D- E เป็นการวินิจฉัยแยกโรค (จตุพร แสงกุล, 2561: 12-13)

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย major depressive disorder ตามเกณฑ์ของ DSM – 5

A.	มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการร่วมกันนาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงการ เปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ต่างไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า หรือ (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย 1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของ ผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) 2. ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น) 3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือ เจริญอาหารแทบทุกวัน 4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน 5. Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง) 6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน 7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย) 8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น) 9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน
----	---

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย *major depressive disorder* ตามเกณฑ์ของ *DSM – 5* (ต่อ)

B.	อาการก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมาก หรือ ทำให้กิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านที่สำคัญต่างๆ บกพร่องไป
C.	อาการไม่ได้เป็นจากผลทางด้านสรีรวิทยาจากสาร หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางอื่น หมายเหตุ: ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยาของความเศร้าเสียใจที่เกิดหลังจากมีการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก (bereavement) ซึ่งอาจมีความโศกเศร้าอย่างรุนแรง หมกมุ่นกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คล้ายกับอาการที่พบในระยะซึมเศร้าได้ แต่อาการดังกล่าวยังเหมาะสมกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบริบทของ วัฒนธรรมนั้น
D.	อาการของ major depressive episode ไม่ใช่อาการของ schizoaffective disorder หรือ schizophrenia หรือ schizophriform disorder หรือ delusional disorder หรือ โรคทางจิตอื่นๆ
E.	ไม่เคยมี manic episode หรือ hypomanic episode

เกณฑ์การวินิจฉัย 2 ระบบนี้ใช้กันเป็นสากล โดยทั้ง 2 ระบบมีความสอดคล้องกัน ไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการเดียวกันว่าเป็นโรคเดียวกันได้ ยกเว้นในบางกรณี นักจิตวิทยาจำเป็นต้องต้องศึกษาการกำหนดรหัสโรค ทั้ง 2 ระบบให้เข้าใจว่าการกำหนดรหัสเป็นอย่างไร เนื่องจากรหัสโรคหรือชื่อโรคจะเป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก โดยปกติแพทย์ใช้ *DSM – 5* ในการวินิจฉัยเนื่องจากมีความยืดหยุ่นมากกว่า *ICD – 10* เนื่องจากในทางปฏิบัติอาจให้แค่วินิจฉัยที่น่าจะเป็น (Provisional diagnosis) หรือสามารถใส่หลายวินิจัยได้ (Multiple diagnosis) โดยระบุวินิจัยหลัก (Principal diagnosis) ร่วมด้วย โดยแพทย์สามารถระบุความรุนแรงของโรควินิจัย (Mild, Moderate, Severe, Partial remission, Full remission) เพื่อให้เข้าใจความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ในกรณีที่ไม่สามารถหาวินิจัยที่เหมาะสมที่สุดแพทย์สามารถระบุ “Not Otherwise Specified (NOS)” เพื่อระบุว่าสงสัยโรคในกลุ่มนี้แต่ยังไม่มีข้อมูลมากเพียงพอ ซึ่งถ้าแพทย์ได้ข้อมูลเพิ่มเติมก็สามารถเปลี่ยนวินิจัยได้ (ณัทย วงศ์ปการันย์, 2553) อย่างไรก็ตามคู่มือการวินิจฉัย *DSM - 5* จะอ้างอิงรหัสโรค *ICD - 10* ไว้ด้วยเช่น Major Depressive Disorder *DSM-5* 296.20-296.36 (*ICD-10-CM Multiple Codes*) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัย *Recurrent depressive disorder* ตามเกณฑ์ของ *ICD – 10*

ความรุนแรง	Single Episode (DSM-5/ICD10)	Recurrent Episode (DSM-5/ICD10)
Mild	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderate	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Severe	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
With Psychotic Features	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
In Partial Emission	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
In Full Remission	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Unspecified	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

ที่มา: Donald et al (2014)

แนวทางการประเมินแยกแยะอารมณ์เศร้า (sadness) ภาวะซึมเศร้า (depression)

แนวทางการประเมินแยกแยะอารมณ์เศร้า (normal sadness sadness) และ ภาวะซึมเศร้า (depression) ให้ประเมินตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (นันทวิช สิริรักษา และคณะ, 2558: 170-171)

1. มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยซึมเศร้าหรือไม่

2. อาการที่เป็นรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อหน้าที่กิจวัตรประจำวัน การงาน หรือ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นหรือไม่

3. เคยมีอาการที่เข้าได้กับระยะ mania หรือ hypo mania หรือไม่ (ถามประวัติจากคนใกล้ชิดและผู้ป่วย)

4. มีประวัติเป็นโรคทางกาย หรือ ได้รับยา หรือ ใช้สารเสพติดที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือไม่

-โรคทางกายเช่น โรคพาร์กินสัน, โรคหลอดเลือดสมอง, ไฮโปไทรอยด์ และ มะเร็งตับอ่อน เป็นต้น -ยา เช่น corticosteroid, beta blocker, reserpine และภาวะขาด amphetamine เป็นต้น

5. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสีย หรือมีเหตุกดดันในระยะไม่

นานมานี้หรือไม่ เช่น ออกหัก ตกงาน คนใกล้ชิดเสียชีวิต

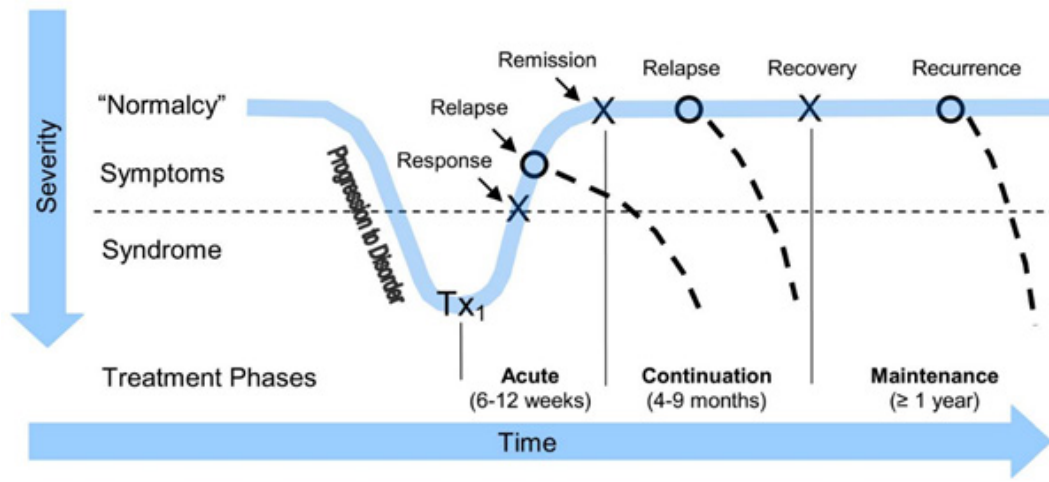
หากซักประวัติไม่พบข้อ 1 ถึง 4 ให้ถือเป็นภาวะเศร้าปกติ (normal sadness) หากพบเฉพาะข้อ 1 และ 2 มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า หากมีเฉพาะข้อ 1 ถึง 3 ผู้ป่วยมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคกลุ่มไบโพลาร์ หากพบสาเหตุทางกาย หรือมีประวัติได้รับยาหรือใช้สารเสพติดที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้า ให้นึกถึง ภาวะเศร้าจากโรคทางกายหรือจากยาและสาร หากอาการไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัยซึมเศร้าร่วมกับมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิด

การสูญเสีย หรือมีเหตุกดดันในระยะไม่ นานมานี้ มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคการปรับตัวผิดปกติที่มีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย (Adjustment disorder with depressed mood)

การดำเนินโรค

โดยปกติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการซึมเศร้าคงอยู่ประมาณ 6 ถึง 13 เดือน โดยอาการอาจหายได้เองโดยไม่ต้องรับการรักษา ในกรณีที่ได้รับการรักษา อาการจะคงอยู่ประมาณ 3 เดือน ในบางรายอาจหายได้ภายใน 1 เดือน โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำสูงและความเสี่ยงกลับเป็นซ้ำจะเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการครั้งแรก โดยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50 และครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ระยะการรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน (acute treatment phase) ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมี remission และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ 2) การรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment phase) เป็นระยะการรักษาหลังจากระยะเฉียบพลันต่ออีกประมาณ 4-9 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากหากหยุดการรักษาก่อนมักมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก 3) ระยะยาว (Maintenance treatment phase) ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อป้องกันการ recurrence โดยทั่วไปแพทย์มักให้ยาเพื่อป้องกันอย่างน้อย 2 ปี แต่บางรายที่อาการรุนแรงและมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย แพทย์อาจให้ยาป้องกันตลอดชีวิต

รูปภาพที่ 1 ระยะการรักษาภาวะซึมเศร้า



ที่มา: Gartlehner G, et al. (2015:161)

ตารางที่ 4 แสดงคำศัพท์เกี่ยวกับการดำเนินโรคซึมเศร้า

คำศัพท์	คำอธิบาย
Episode	ช่วงเวลานับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ depressive, manic, hypomanic episode จนถึงช่วง recovery นับเป็น 1 episode
Response	ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหรือมีอาการดีขึ้น
Remission	ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยหลังจากได้รับการรักษาแต่ระยะเวลายังไม่ถึง 2 เดือน
Recovery	ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือน
Relapse	ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้นก่อนถึงระยะ full remission
Recurrence	ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีกหลังจากอยู่ในระยะ Recovery แล้ว ซึ่งหมายถึงมีการเกิด episode ใหม่

ที่มา: มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนธิชัย (2558:128)

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

นอกจากการประเมินผู้ป่วยทางจิตเวชด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดแล้วแบบประเมินภาวะซึมเศร่ายังเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่จะช่วยในการคัดกรองและนำไปสู่การวินิจฉัยโรค โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพมีหลายแบบประเมินดังตารางที่ 5 นักจิตวิทยาสามารถเลือกใช้แบบประเมินได้ตามดุลยพินิจขึ้นอยู่กับบริบท อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยาพึงระวังไว้ว่าถึงแม้แบบประเมินจะมีประสิทธิภาพเพียงใดแต่แบบประเมินเหล่านี้เป็นเพียงเครื่องมือการคัดกรองมิใช่การวินิจฉัยโรค

ตารางที่ 4 แสดงเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

เครื่องมือ	คุณภาพของเครื่องมือ		
	อายุ	ความไว (Sensitivity)	ความจำเพาะ (Specificity)
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย	7-17	78.7 ¹	91.3 ¹
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ฉบับภาษาไทย	15-18	72 ²	85 ²
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) * [แบบสัมภาษณ์]	18+	73 ³	90 ³
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) * [แบบสัมภาษณ์]	18+	86.15 ⁴	83.12 ⁴
Patient Health Questionnaire (PHQ-2) ฉบับภาษาไทย * [Self-Report]	18+	80 ⁵	73 ⁵
Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย * [Self-Report]	18+	53 ⁶	98 ⁶
Beck Depression Inventory IA (BDI-IA) ฉบับภาษาไทย	18-60	84.6 ⁷	86.4 ⁷

ที่มา: 1.อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539), 2.อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) , 3.สุนันทา ฉันทกาญจน์ และคณะ (2557), 4.ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561), 5.สฤณีพงศ์ แซ่หลี่ และ ปิยะภัทร เดชพระธรรม (2560), 6.Manote Lotrakul et al.(2008), 7.มุกดา ศรียงค์ (2522)

ยาแก้ซึมเศร้า(Antidepressants)และผลข้างเคียง

ยาแก้ซึมเศร้าสามารถจัดกลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้แก่ 1. Tricyclic (TCAs) 2.Monoamine oxidase inhibitor 3.Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และ 4.ยากลุ่ม New generation ยากลุ่มที่แพทย์นิยมใช้ในประเทศไทยจะมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มTCAs หรือที่รู้จักกันในภาษาพูดคือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มเก่า และ กลุ่ม SSRIs ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชย์,2558: 452-460)

ยากลุ่ม TCAs หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มเก่าเป็นยาที่มีอาการข้างเคียงค่อนข้างมาก ในปัจจุบันแพทย์ไม่ค่อยนิยมใช้แล้ว ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ 1.ง่วง เผลีย ซึมๆ 2.อาการปากคอแห้ง 3.ตามัว มองเห็นไม่ชัด อาการพวกนี้จะค่อยๆ ดีขึ้นเองไม่ต้องตัดแว่นใหม่ 4.ท้องผูก 5.เวียนศีรษะ หน้ามืด

ยากลุ่ม SSRIs หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่เป็นยาที่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่มเก่า ซึ่งไม่ค่อยพบอาการปากคอแห้ง ท้องผูก หรืออาการหน้ามืด เวียนศีรษะ โดยในบทความนี้จะกล่าวเฉพาะยากลุ่มใหม่ ที่ออกฤทธิ์กับระบบซีโรโตนินเนื่องจากเป็นยาที่ใช้ชานแรกในการรักษาโรคซึมเศร้าโดยผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่

1. กระวนกระวาย รู้สึกเหมือนอยู่ไม่สุข หงุดหงิดง่ายขึ้น 2.นอนไม่หลับ 3.คลื่นไส้ จุก แน่นท้อง พะอืดพะอม และ 4.ปวดหัว มักเป็นไม่นานจะดีขึ้นเอง

ตารางที่ 4 แสดงยาต้านเศร้าที่นิยมใช้และผลข้างเคียง

กลุ่มยา/ชื่อยา	ผลข้างเคียง			
	Sedation	Anticholinergics	Orthostatic hypotension	อื่น ๆ
TCA's				น้ำหนักเพิ่ม -พิษต่อหัวใจ (Cardiotoxicity) ทำให้เกิด conduction disturbance และ impair contractility
Amitriptyline	++++	++++	++++	
Nortriptyline	+	+	++	
Imipramine	+++	+++	++++	
Clomipramine	++++	++++	+++	
Doxepin	++++	+++	++	
SSRIs				-คลื่นไส้ -กระวนกระวาย -นอนไม่หลับ -เบื่ออาหาร -ความผิดปกติทางเพศ
Fluoxetine	0/+	0	0	
Sertraline	0/+	0	0	
Fluvoxamine	0	0	0	
Paroxetine	+	+	0	
Escitalopram	0	0	0	

(มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558:454)

โดยปกติกลุ่มยาต้านเศร้าจะมีกลุ่มผลข้างเคียงหลัก 3 กลุ่มได้แก่ Sedation side effects Anticholinergics side effects และ Orthostatic hypotension side effects (Thanacody & Thomas, 2003: 114)

อาการข้างเคียงด้าน Sedation side effects จากการใช้ยาต้านเศร้าที่พบบ่อยได้แก่อาการ อารมณ์ง่วงนอน ซึม เหนื่อย แอมเนเชีย (amnesia) ปฏิกริยาตอบสนองช้า ความดันโลหิตต่ำ อาการปวดหัว และรู้สึกป่วย อาการข้างเคียงด้าน Anticholinergics side effects จากการใช้ยาต้านเศร้าที่พบบ่อยได้แก่อาการ ปากแห้ง ตาแห้ง มองเห็นภาพซ้อน ท้องผูก ฉี่ไม่ออก อาการวิงเวียนศีรษะเนื่องจากความดันโลหิตลดลงเมื่อยืนขึ้น (ความดันเลือดต่ำในการทรงตัว) มึนงง หัวใจเต้นผิดจังหวะ

อาการข้างเคียงด้าน Orthostatic hypotension จากการใช้ยาต้านเศร้าที่พบบ่อย ได้แก่ อาการรู้สึกมึนหรือวิงเวียนหลังจากยืนขึ้น มองเห็นไม่ชัด เป็นลมหมดสติ สับสน คลื่นไส้อาเจียน

นอกจากยากกลุ่มต้านเศร้าแล้วยาอีกกลุ่มที่แพทย์นิยมจ่ายให้กับผู้ป่วยซึมเศร้าได้แก่ยา กลุ่ม Benzodiazepine เช่น Alprazolam lorazepam diazepam และ clorazepate ซึ่งเป็นยานอนหลับกลุ่มที่มีความ

ปลอดภัยสูงและผลข้างเคียงต่ำ โดยผลข้างเคียงของยากลุ่ม Benzodiazepine ที่พบได้บ่อยได้แก่ 1.ง่วงนอน 2.กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือ ทำงานประสานกันไม่ดี เช่น เดินเซ 3.วิงเวียน 4.หลงลืมโดยเฉพาะแบบ anterograde amnesia 5.ขาดความยับยั้งชั่งใจ หรือ วุ่นวายก้าวร้าว (เป็น Behavioral disinhibition หรือ paradoxical effects) และ 6.การเสพติด

การรักษาด้วยจิตบำบัดและจิตวิทยาเชิงบวก

การทำจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้ามีหลายชนิด โดยจิตบำบัดชนิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพจากสถาบัน National institute for health and care excellence ได้แก่ Cognitive behavioral therapy; CBT และ Interpersonal therapy; IPT (McQueen & Smith, 2015: 97-188) จิตบำบัดในกลุ่มที่กล่าวมาเป็นที่รู้จักและยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยมีจุดมุ่งเน้นการรักษาประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการนำเสนอถึงมุมมองทางเลือกใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอแนะถึง “จิตวิทยาเชิงบวก” ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างคุณลักษณะด้านบวกของมนุษย์ไว้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกซึ่งนักจิตวิทยาอาจนำไปประยุกต์ใช้กับการบำบัดแนวทางหลักเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำจิตบำบัด

จิตวิทยาเชิงบวกเป็นจิตวิทยาสมัยใหม่ที่พัฒนาอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์โดยทฤษฎีจิตวิทยาเชิงบวกเชื่อว่าสิ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของภาวะซึมเศร้าคือ “ความสิ้นหวังที่เกิดจากการเรียนรู้ (learned helplessness)” ดังนั้นจิตวิทยาเชิงบวกจึงเน้นการทำงานกับความสุข มุ่งเน้นให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้ถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่แทนที่จะมุ่งแก้ไขความผิดปกติของบุคคลโดยเน้นการเสริมสร้างจุดแข็งอันนำไปสู่การเติบโตและองกามซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพ

ทางจิต (Psychological- wellbeing) ที่ดี (Seligman, 2011)

การประยุกต์ใช้จิตวิทยาเชิงบวกในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นการทำทนายรากฐานและจุดสนใจของจิตวิทยาปัจจุบันที่มุ่งเน้นการรักษาประสิทธิภาพมากกว่าส่งเสริมคุณลักษณะเชิงบวก นักจิตวิทยาสามารถใช้จิตวิทยาเชิงบวกเป็นส่วนเสริมในการทำจิตบำบัด โดยในบทความนี้ผู้เขียนจะยกตัวอย่างการบำบัดด้วยการผสมผสานทางทฤษฎีแบบมีทฤษฎีหลัก (assimilative integration) กล่าวคือนักจิตวิทยายังยึดทฤษฎีการบำบัดทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นหลักและสามารถหยิบยืมเทคนิคจากทฤษฎีการบำบัดอื่นมาใช้ร่วมด้วยเพื่อให้การบำบัดนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัดตามทฤษฎีหลักที่นักจิตวิทยายึดถือ (Messer, 2001) เช่น นักจิตวิทยาเลือกการทำจิตบำบัดแบบ CBT เป็นวิธีการหลัก แต่อาจให้การบำบัดที่เป็นโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology intervention) เกี่ยวกับความหมายของชีวิต (Meaning) เช่นการเชิญชวนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นหรือส่วนร่วมและให้บันทึกลงในสมุดทุกวันโดยกิจกรรมดังกล่าวไม่ได้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของชีวิตซึ่งเป็นเป้าหมายของจิตวิทยาเชิงบวก แต่ใช้เพื่อสนับสนุนการโต้แย้งความคิดอัตโนมัติที่ว่า “ชีวิต-ฉันไร้ค่า ไม่มีใครมองเห็นฉัน” ซึ่งเป็นเป้าหมายของจิตบำบัดแบบ CBT อย่างไรก็ดีตามด้วยตัวโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเองก็มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตลดอาการซึมเศร้า และ ป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยในปัจจุบันโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมมากขึ้น ถูกศึกษามากยิ่งขึ้น และถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์และประสบการณ์ด้านบวกนำไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่จะทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้นอีกทั้งยังเอื้อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

แม้อยู่ภายนอกห้องบำบัด (Parks & Biswas-Diener, 2014:140-165, D'raven & Pasha-Zaidi, 2014: 383-408)

ในบทความนี้ผู้เขียนจะขออนุญาตยกตัวอย่างโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก Happiness Action Pack ที่พัฒนาโดย Headspace and Vanessa King MAPP โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกดังกล่าวใช้อักษรย่อว่า "GREAT DREAM" ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่สร้างเสริมคุณลักษณะ 10 ประการ (King, 2016) ได้แก่

1.การให้ (Giving) เป็นกิจกรรมที่ให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆที่ตนเองทำให้ผู้อื่นและทบทวนสิ่งเหล่านั้น

2.การสร้างความสัมพันธ์ (Relating) ให้บุคคลนึกถึงคนที่สำคัญในชีวิตและลงมือสร้างความสัมพันธ์อันดี เช่น การไปพบปะเพื่อเริ่มบทสนทนา การส่งข้อความ และการโทรศัพท์ติดต่อเป็นต้น

3.การออกกำลังกาย (Exercise) ให้บุคคลหันมาใส่ใจร่างกายของตนเองโดยการออกกำลังกายในทุกๆวัน

4.การสร้างตระหนักรู้ (Awareness) ให้บุคคลหันมาใส่ใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยอาจจะสร้างสัญญาณเตือนบางอย่างเพื่อเป็นการเตือนให้มีสติ ณ เวลานั้น เช่น ใช้แอปพลิเคชันตั้งเสียงระฆังเตือนทุก 15 นาทีเพื่อให้ตนมีสติในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน

5.การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ(Trying out) ให้บุคคลพยายามทำความรู้จักกับบุคคลที่ไม่รู้จัก หากิจกรรมใหม่ๆทำ เช่นการเล่นกีฬา หรือเข้าชมรม

6.การตั้งเป้าหมาย (Direction) ให้บุคคลตั้งเป้าหมายใหญ่ที่ต้องการไว้และให้วางแผนตั้งเป้าหมายเล็กๆในแต่ละวันที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายใหญ่

7.การฟื้นฟูใจ (Resilience) ให้บุคคลย้อนกลับไปนึกถึงประสบการณ์ที่ยากลำบากในอดีต และ นึกถึง

กลวิธีในการเผชิญปัญหาหรือกลวิธีที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถฝ่าฟันเหตุการณ์ดังกล่าวมาได้

8.การสร้างอารมณ์ทางบวก (Emotion) ให้บุคคลบันทึกสิ่งดีๆเล็กๆน้อยๆที่พบเจอในแต่ละวัน

9.การยอมรับตนเอง (Acceptance) ให้บุคคลมองหาข้อดีในข้อผิดพลาดของตนในแต่ละวันและชื่นชมยอมรับในการตัดสินใจนั้นว่า ณ ขณะนั้นซึ่งมีข้อจำกัดมากมายตนเองได้ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้ตนเองแล้ว

10.การค้นหาคำหมายของชีวิต (Meaning) ให้บุคคลแบ่งปันสิ่งที่ตนมีหรืออุทิศตนให้แก่ส่วนรวมเนื่องจากความหมายของชีวิตย่อมเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง และบันทึกสิ่งที่ตนเองได้ทำเพื่อส่วนรวมทุกวัน

ในปัจจุบันการใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการสนใจและศึกษาวิจัยมากขึ้น งานวิจัยแบบวิเคราะห์ห่อภิวน (Meta-analysis) หลายงานบ่งชี้ว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกนั้นมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า เช่น งานของ ซิน (Sin,2009: 467-487) สังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 51 งาน และ โบลเออ (Bolier,2013: 119) ที่สังเคราะห์งานวิจัย 39 งาน พบว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกสามารถมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (Subjective-wellbeing) และสุขภาวะจิต อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้านอกจากนี้งานวิจัยหลายงานยังบ่งชี้ว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ฮัฟแมนและคณะ (Huffman et al., 2014: 88-94) ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกจำนวน 9 กิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกนั้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำถึงจะมีข้อจำกัดด้านการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมก็ตาม

โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีตัวกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องจึงเป็นโปรแกรมที่ต้องใช้ความร่วมมือสูง ผู้เขียนให้ข้อสังเกตว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกควรใช้ร่วมกับการทำจิตบำบัดหลักอื่นๆ เนื่องจากสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยสมัครใจร่วมมือทำกิจกรรมตามโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ในขณะที่เดียวกันจิตวิทยาเชิงบวกก็เป็นตัวส่งเสริมผลของการบำบัดหลัก อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่เสริมสร้างปัจจัยปกป้องซึ่งจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุปสาระสำคัญ

ในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยโรคซึมเศร้า นักจิตวิทยาต้องสามารถประเมินความแตกต่างระหว่างความเศร้าปกติ (sadness) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ความเศร้าปกติเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์ ส่วนภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง โดยบุคคลจะมีอารมณ์เศร้ามากและนานเกินภาวะปกติ ไม่ดีขึ้นตามระยะเวลาที่ควรเป็นอาจเกิดอารมณ์เศร้าแม้ไม่มีเหตุการณ์กระตุ้นเร้า โดยหากมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยซึ่งสอดคล้องตามเกณฑ์ การวินิจฉัย ICD - 10 หรือ DSM - 5 จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีอาการนำคล้ายกับโรคซึมเศร้าได้แก่ โรคกลุ่มไบโพลาร์ โรคการปรับตัวผิดปกติที่มีอารมณ์เศร้าร่วมด้วย และ ภาวะเศร้าจากโรคทางกายหรือจากยาและสารเป็นต้น

ในการรักษาโรคซึมเศร้าแพทย์จะแบ่งระยะการรักษาแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน (acute treatment phase) ในระยะนี้แพทย์จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมี remission 2)การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment phase) มีเป้าหมาย

การรักษาเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ และ 3) ระยะยาว (Maintenance treatment phase) มีเป้าหมายการรักษาเพื่อป้องกันการ recurrence โดยนักจิตวิทยาอาจเป็นส่วนช่วยสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยรวมไปถึงการฟื้นฟูและทำจิตบำบัดให้สอดคล้องกับเป้าหมายการรักษาในแต่ละระยะ

ยาต้านเศร้าที่ใช้ในการรักษาแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ได้แก่ 1. Tricyclic (TCAs) 2.Monoamine oxidase inhibitor 3.Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และ 4.ยากลุ่ม New generation ซึ่งยา กลุ่มที่แพทย์นิยมใช้ในประเทศไทยจะมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มTCAs หรือที่รู้จักกันในภาษาพูดคือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มเก่า และ กลุ่ม SSRIs ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่ โดยยากลุ่ม TCAs หรือยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มเก่า มีผลข้างเคียงที่พบได้เช่น 1.ง่วง เผลีย ซึมๆ อาการปากคอแห้ง ตามัว มองเห็นไม่ชัด ท้องผูก เวียนศีรษะ หน้ามืด ส่วนกลุ่ม SSRIs ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่มใหม่ มีผลข้างเคียงที่พบได้เช่น กระวนกระวาย รู้สึกเหมือนอยู่ไม่สุข หงุดหงิดง่ายขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ จุกแน่นท้อง พะอืดพะอม และ ปวดหัว โดยนักจิตวิทยาจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยาเพื่อที่จะสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรวมไปถึงการสังเกตและประเมินเพื่อรายงานแพทย์

การทำจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพได้แก่ Cognitive behavioral therapy และ Interpersonal therapy ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นการแก้ไขพยาธิสภาพ โดยผู้เขียนได้นำเสนอการประยุกต์ใช้จิตวิทยาเชิงบวกซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นการเสริมสร้างคุณลักษณะทางบวกไว้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่สามารถนำไปใช้เสริมรูปแบบการบำบัดหลักเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดแก่ผู้ป่วยซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). บริการ e-Reports กรมสุขภาพจิต. สืบค้น 17 มีนาคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/report/>.
- กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. (2558).ระบบค้นหาข้อมูล ICD 10 - โรคจากการทำงาน (OM). สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563. จากเว็บไซต์: http://occmednop.com/nrhicd/icd/icd_folder.php?icd_id=73
- จตุรพร แสงกุล. (2561). เอกสารการสอน เรื่อง *Approach to depressive and manic patients* รายวิชา 388-421, 388-422, 388-423 สุขภาพและโรคของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1,2,3 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2561.
- หญิงณพทัย วงศ์ปการันย์. (2553). เอกสารการสอน เรื่อง *บทนำกระบวนวิชาจิตเวชศาสตร์ Introduction to Psychiatry*.หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2553.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤษะกานนท์, สุพัตรา สุขาวห และจินตนา ลิ้มเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.
- นันทวัช สิริวัชร,กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4).กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล, ธนิตา ตันตระกูลโรจน์, นิดา ลิ้มสุวรรณ. (2559). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา ศรียงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA])*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สถิตย์พงศ์ แซ่หลี่ และ ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2560). การศึกษาความตรงเชิงเกณฑ์ของแบบสอบถาม PHQ-9 และ PHQ-2 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 7(1), 30-37.
- สุนันทา ฉันทกาญจน์, ปนต ผู้กฤตยาคามิ และ ณัฐฐา สายเสวย. (2557). ความแม่นยำของคำถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ที่ใช้กับผู้ป่วยในหน่วยรับปรึกษาภาวะทางจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 51-61.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). *อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช่*

- Children's Depression Inventory. วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4), 221-30.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยะลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการ คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(1), 2-13.
- Bolier Linda, Merel Haverman, Gerben J Westerhof, Heleen Riper, Filip Smit & Ernst Bohlmeijer (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(Suppl. 119),
- Donald W. Black, M.D., Jon E. Grant, M.D., M.P.H., J.D. (2014). DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *American Psychiatric Pub* (pp.110)
- D'raven, L.L. & Pasha-Zaidi, N. (2014). Positive Psychology Interventions: A Review for Counselling Practitioners. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 48(4), 383-408
- Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher G, Morgan LC, Coker-Schwimmer E, et al. (2015). Nonpharmacological Versus Pharmacological Treatments for Adult Patients With Major Depressive Disorder [Internet]. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*, 15(Suppl. 16), -EHC031-EF.
- Huffman JC, DuBois CM, Healy BC, Boehm JK, Kashdan TB, Celano CM, et al. (2014) Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients *Gen Hosp Psychiatry. j.genhosppsy*, 36(Suppl. 1), 88-94.
- King Vanessa. (2016). *10 keys to happier living. Headline publishing group. An Hachette UK Company.* Carmelite House. Embankment. London.
- Manote Lotrakul, Sutida Sumrithe, and Ratana Saipanish. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 10 217–223. Published online 2008 Jun 20. doi:10.2147/NDT.S56680
- Messer SB. (2011). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *J Psychotherapy Integration*;11:1-4.
- McQueen D, & Smith PS. (2015). NICE recommendations for psychotherapy in depression: Of limited clinical utility. *Psychiatriki*, 26(Suppl. 3), 97-188.
- Parks, A. C., & Biswas-Diener, R. (2014). Positive interventions: Past, present and future. In T. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 140-165). Oakland, CA: New Harbinger.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*, from APA PsycInfo Database:-book. Retrieved เดือน 15 Apr 2019 from <http://www.boy.com/x1.htm>

- Sin Nancy L.& Sonja Lyubomirsky. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis (2009). *journal of clinical psychology*, 65, 467-487.
- Thanacoody HK, & Thomas SH. (2003). Antidepressant poisoning. *Clin Med (Lond)*, 3(Suppl. 2), 8-114.
- Tinakon Wongpakaran, Nahathai Wongpakaran, Manee Pinyopornpanish, Usaree Srisutasanavong, Peeraphon Lueboonthavatchai, Raviwan Nivataphand, et al. (2014). Baseline characteristics of depressive disorders in Thai outpatients: findings from the Thai Study of Affective Disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 10 217–223. Published online 2014 Jan 31. doi: 10.2147/NDT.S56680

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาในนักศึกษา ปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1

ยุทธชัย ศรีติเกรียงไกร¹ สมรรถพงศ์ ขจรมณี²
ศศิพร เหลืองไพฑูรย์³ และจินตนา สิงขรอาจ⁴

Received 2 เมษายน 2563

Revised 22 มิถุนายน 2563

Accepted 22 มิถุนายน 2563

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาในนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

วัสดุและวิธีการ การวิจัยเชิงทดลองแบบ pretest-posttest control group design กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 จำนวน 17 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 9 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาและแบบประเมินทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย t-test

ผลการศึกษา 1) นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยามีทุนทางจิตวิทยาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา ($t = -17.883$, $p \leq .01$) และ 2) นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยามีทุนทางจิตวิทยาสูงกว่านักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา ($t = -9.778$, $p \leq .01$)

สรุป โปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาน่าจะช่วยเพิ่มทุนทางจิตวิทยาในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1

คำสำคัญ: ทุนทางจิตวิทยา โปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา นักศึกษาปริญญาตรีสาขาวิชาจิตวิทยา

¹สาขาวิชาประสาทวิทยา ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

²สาขาวิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ (นักวิจัยผู้ประสานงาน)

³สาขาวิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

⁴ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effectiveness Of Psychological Capital Enhancement Program Among First-Year Undergraduate Psychology Students

Yuthachai Sarutikriangkri¹ Samattaphong Khajohnmanee²

Sasipond Leungpaitoon³ and Jintana Singkhornard⁴

Received 2 April 2020

Revised 22 June 2020

Accepted 22 June 2020

Abstract

Objective: To study the effectiveness of psychological capital development program for first-year undergraduate psychology students in a public university.

Materials and methods: Pretest-posttest control group experimental design was conducted in this study. The participants of this study were 17 first-year undergraduate psychology students divided into two groups; the experimental group consisted of 9 students and control group consisted of 8 students. Psychological capital development program and the Thai-Psychological Capital Inventory were used as research instruments. Statistics were mean, standard deviation, and paired sample t-test.

Results: 1) First-year undergraduate psychology students who attended the psychological capital development program obtained the scores of psychological capitals higher than before attending ($t = -17.883$, $p \leq .01$). and 2) First-year undergraduate psychology students who attended the psychological capital development program obtained the scores of psychological capitals higher than first-year undergraduate psychology students who did not attend the psychological capital development program ($t = -9.778$, $p \leq .01$).

Conclusion: The psychological capital enhancement program may increase the psychological capital of first-year undergraduate psychology students. ¹

Keywords: psychological capital, psychological capital development program, undergraduate psychology student

¹Division of Neurology, Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

²Bachelor of Arts Program in Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Valaya Alongkorn Rajabhat University (Corresponding Author)

³Bachelor of Arts Program in Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Valaya Alongkorn Rajabhat University

⁴Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

การศึกษาทางจิตวิทยาในอดีตที่ผ่านมาหรือ traditional psychology มุ่งเน้นที่จะศึกษาพยาธิสภาพทางจิตรวมถึงแนวทางการรักษาความผิดปกติมากกว่าที่จะมุ่งศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างจุดแข็งของมนุษย์ โดยแนวคิดจิตวิทยาทางบวก (positive psychology) ได้เข้ามามีบทบาทในการทำ ความเข้าใจถึงประสบการณ์และคุณลักษณะทางบวกของมนุษย์ และทำให้ศาสตร์ทางจิตวิทยามีความสมดุลและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005)

จิตวิทยาทางบวก เป็นการศึกษาประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคลในทางบวก รวมทั้งศึกษาองค์การหรือสถาบันทางสังคมที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดการพัฒนาประสบการณ์และคุณลักษณะดังกล่าว โดยองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาทางบวกไม่เพียงแต่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในทางเวชปฏิบัติเท่านั้น (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005) แต่ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมองค์การทางบวก (positive organizational behavior) ที่ได้คัดเลือกตัวแปรจิตวิทยาทางบวก 4 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง (hope) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ความยืดหยุ่น (resilience) และการมองโลกในแง่ดี (optimism) มาประกอบเข้ารวมกันเป็นทุนทางจิตวิทยา (psychological capital) เนื่องจากมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับเป้าหมายของพฤติกรรมองค์การทางบวกมากที่สุด (Luthans, Luthans, & Luthans, 2004) คือ มีทฤษฎีและงานวิจัยรองรับสามารถวัดและประเมินได้ มุ่งเน้นความเป็นสภาวะ (state-like) ที่สามารถเรียนรู้ พัฒนา และเปลี่ยนแปลงได้ และนำมาประยุกต์ใช้แล้วมีผลทางบวกต่อผลการดำเนินงาน โดยพบว่ามีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะในข้างต้นที่พบว่ากลุ่มทดลองมี

ทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้นภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยา (Ertosun, Erdil, Deniz, & Alpan, 2015; Luthans, Avey, Avolio, Norman, & Combs, 2006; Luthans, Avey, Avolio, & Norman, 2007; Russo & Stoykova, 2015) ทั้งนี้ ทุนทางจิตวิทยา ถือว่าเป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางบวก ความคิดสร้างสรรค์ และมีผลต่อความสำเร็จในชีวิต (Avey, Wernsing, & Luthans, 2008; Luthans, Youssef, & Avolio, 2011; Lyubomirsky, King, & Diener, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าทุนทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับความผาสุกและผลการปฏิบัติงาน (Avey, Luthans, Smith, & Palmer, 2010; Peterson, Luthans, Avolio, Walumbwa, & Zhang, 2011) รวมทั้งสามารถทำนายสุขภาพจิตของนักศึกษา (Selvaraj & Bhat, 2018)

ความหวัง เป็นสภาวะแรงจูงใจทางบวกที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบพื้นฐาน ได้แก่ ความรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จ พลังที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย (agenda) หรือ willpower และ แนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมาย (pathway) หรือ waypower (Snyder, 2000) โดยพลังที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย เป็นแรงจูงใจและความคิดที่มุ่งบรรลุต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย พลังที่มุ่งไปสู่เป้าหมายมีความสำคัญเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับอุปสรรคและเป็นกระบวนการคิดที่ช่วยให้มีพลังในการหาแนวทางหรือทางเลือกใหม่ที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้ ในขณะเดียวกัน แนวทาง หมายถึง วิธีการ กลยุทธ์ หรือ ความสามารถที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย (Snyder, Lopez, & Pedrotti, 2011) จากทฤษฎีความหวัง (hope theory) เป้าหมาย (goal) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ความต้องการของบุคคลที่ต้องการทำให้สำเร็จ คงไว้ หรือเพิ่มระดับผลลัพธ์เหล่านั้น และความต้องการที่จะหยุดหรือขัดขวางผลลัพธ์ทางลบก่อนที่จะเกิดขึ้น (Snyder, 2002) ในขณะที่

เดียวกัน เป้าหมายยังสามารถแบ่งประเภทออกได้เป็น เป้าหมายหลัก (main goal) ที่มีความเฉพาะเจาะจง และเป้าหมายย่อย (sub-goal)

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสามารถดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามต้องการได้ (ชณติพร ชลไพร, 2557) บุคคลที่มีระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง มักจะมีความพยายามต่อความท้าทายที่มากกว่า มีการตั้งเป้าหมายที่สูงกว่า และมีการลงมือปฏิบัติที่มากกว่าเพื่อที่จะบรรลุต่อเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ (Larson, Norman, Hughes, & Avey, 2013) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นคุณลักษณะที่สามารถพัฒนาได้โดยอาศัยแนวทางการพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (effective confidence-building development program) ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน (mastery experience) การได้เห็นประสบการณ์หรือแบบอย่างจากบุคคลอื่น (vicarious experience หรือ modeling) การชักจูงทางสังคม (social persuasion) และ ความตื่นตัวทางสรีรวิทยาและจิตวิทยา (physiological and psychological arousal) (Luthans et al, 2004)

ความยืดหยุ่น เป็นความสามารถของบุคคลที่จะกลับคืนสู่สภาวะปกติ (bounce back) เมื่อได้เผชิญและฝ่าฟันต่อความท้าทายต่างๆ ในชีวิต จากการศึกษาของ Larson et al. (2013) พบว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า จะมีความยืดหยุ่นในระดับต่ำ โดยแนวทางที่นักวิจัยใช้พัฒนาความยืดหยุ่นเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent) ของอาการซึมเศร้า คือ การพัฒนารูปแบบการปรับตัวต่อความเครียด (stress recovery) การส่งเสริมปัจจัยทางบวก เช่น การสร้างอารมณ์ทางบวกในขณะที่บุคคลเกิดความเครียด และการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่น (flexibility) ในการใช้ชีวิต

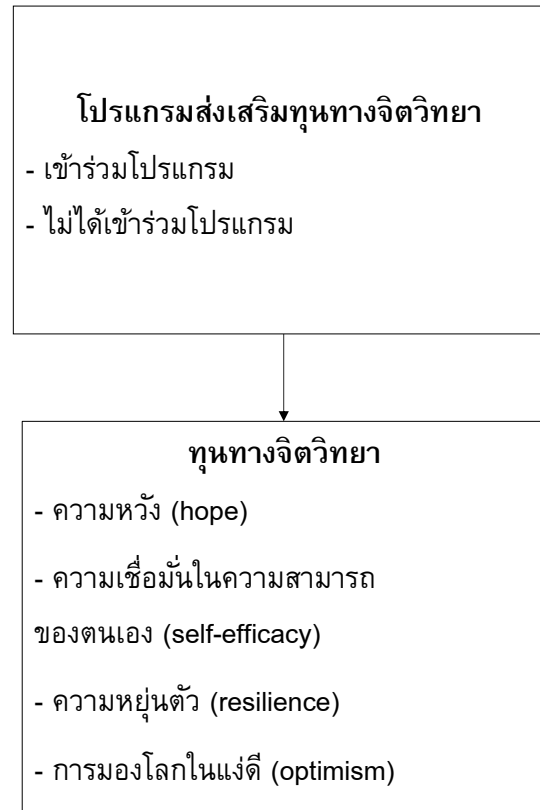
การมองโลกในแง่ดี เป็นรูปแบบในการอธิบายเหตุผล (explanatory style) ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของการมองโลกของแต่ละบุคคล แบ่งออกได้เป็น 3 มิติ ประกอบด้วย 1) มิติลักษณะส่วนบุคคล (personalization dimension) ในการอนุมานแหล่งกำเนิดของสาเหตุ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การอนุมานสาเหตุจากภายนอกตน (external cause) และการอนุมานสาเหตุจากภายในตน (internal cause) 2) มิติความคงทนถาวร (permanence dimension) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความไม่สม่ำเสมอ (unstable) และความสม่ำเสมอ (stable) และ 3) มิติของการขยายขอบเขต (pervasiveness dimension) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความจำเพาะกรณี (specific) และความไม่จำเพาะกรณี (global) จากรูปแบบในการอธิบายเหตุผลต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น การมองโลกในแง่ดี มีรูปแบบในการอธิบายถึงสาเหตุของเหตุการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นเพื่อปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นๆ ว่า เหตุการณ์เหล่านั้นเกิดจากสาเหตุภายนอกตน เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และมีผลกระทบเพียงแค่สถานการณ์นั้นเท่านั้น ในขณะที่การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) จะมีรูปแบบในการอธิบายถึงสาเหตุของเหตุการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นในทางตรงกันข้าม คือ มองว่าเหตุการณ์เลวร้ายเหล่านั้นเกิดขึ้นเพราะตนเป็นสาเหตุ เหตุการณ์เหล่านั้นคงอยู่อย่างถาวร และส่งผลทางลบต่อด้านอื่นๆ ของชีวิต (Seligman, 2006)

ปัญหาด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาปริญญาตรี เป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วงวัยนี้มีอัตราการเริ่มเจ็บป่วยทางจิตเวชในหลายกลุ่มอาการ (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005) นอกจากนี้ นักศึกษายังมีความเครียดจากปัญหาด้านการเรียน งานที่ได้รับมอบหมาย และการสอบ ซึ่งความเครียดเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำนายความเครียดเรื้อรัง (chronic stress)

(Pozos-Radillo, Preciado, Plascencia-Campos, & Rayas-Servín, 2015) โดยเฉพาะในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการปรับตัวจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (ณัฐสุตา เต้พันธ์, 2561) และโดยประมาณ 1 ใน 3 ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล ความผิดปกติทางอารมณ์ และ การใช้สารเสพติด (Auerbach et al, 2018) ในขณะเดียวกัน จากการศึกษานักศึกษาสาขาจิตวิทยามีความเครียดทางจิตใจ (psychological distress) ในระดับสูง และยังพบว่าอาชีพนักจิตวิทยาเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Kleespies et al., 2011) ดังนั้น ทูทางจิตวิทยาจึงน่าจะเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งช่วยให้นักศึกษาสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคในช่วงพัฒนาการนี้จนสำเร็จการศึกษา ในขณะเดียวกัน จาก APA Guidelines for the Undergraduate Psychology Major version 2.0 (2013) ได้ระบุถึงเป้าหมายในการพัฒนาหลักสูตรระดับปริญญาตรี สาขาจิตวิทยา โดยหนึ่งในเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนาความเป็นมืออาชีพ (professional development) ที่ต้องการให้นักศึกษาสาขาจิตวิทยามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งมีตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับผลที่เกิดจากการพัฒนาทูทางจิตวิทยา คือ ความเข้มแข็งอดทน (hardiness) และ ความยืดหยุ่นตัว

จากหลักการและเหตุผลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมทูทางจิตวิทยาในนักศึกษาสาขาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 โดยคาดหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการพัฒนาให้นักศึกษาให้มีทูทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้น และเป็นการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษามีองค์ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่เหมาะสมกับอาชีพก่อนสำเร็จการศึกษาและประกอบอาชีพนักจิตวิทยาต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาปริญญาตรี สาขาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยามีทุนทางจิตวิทยาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา
 2. นักศึกษาปริญญาตรี สาขาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยามีทุนทางจิตวิทยาสูงกว่านักศึกษาปริญญาตรี สาขาจิตวิทยาที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา
- วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านนาแห่งหนึ่ง จำนวน 82 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาปริญญาตรี สาขา
จิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยรัฐบาลแห่งหนึ่ง
โดยคณะผู้วิจัยพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน
เฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาโดยรวมตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่
25 ลงมา จำนวน 17 คน แล้วทำการสุ่มตัวอย่างอย่าง
ง่าย (sample sampling) ด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่ม
ทดลองจำนวน 9 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน
กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทาง
จิตวิทยา และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม
ทุนทางจิตวิทยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา
มี 3 sessions ประกอบด้วย

Session 1 ขั้นแนะนำ (introduction
phase) ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจง
รายละเอียดโปรแกรม ประเมินระดับทุนทางจิตวิทยา
ก่อนเข้ารับการเข้าร่วมโปรแกรม ละลายพฤติกรรม
และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก

Session 2 ขั้นพัฒนาทุนทางจิตวิทยา
ครั้งที่ 1 (working phase 1) ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง
มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาในด้านความ
หวังและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

Session 3 ขั้นพัฒนาทุนทางจิตวิทยา
ครั้งที่ 2 (working phase 2 / terminal phase) ใช้
ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทุนทาง
จิตวิทยาในด้านการมองโลกในแง่ดี ความเชื่อมั่นใน
ความสามารถของตนเอง และความหยิ่งตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทุนทางจิตวิทยาสำหรับ
คนไทย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินทุนทาง
จิตวิทยาสำหรับคนไทยของ หลุทัยทิพย์ ตันตเทศ
(2557) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทุน
ทางจิตวิทยา (Luthans, Youssef & Avolio, 2007) ที่

ประกอบด้วยตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของทุนทาง
จิตวิทยา 4 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อมั่นใน
ความสามารถของตนเอง ความหยิ่งตัว และการมอง
โลกในแง่ดี

โครงการวิจัยนี้เก็บข้อมูลระหว่างเดือน
สิงหาคม ถึง ธันวาคม 2561 โดยให้นักศึกษาปริญญา
ตรี สาขาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่สมัครใจเข้าร่วม
โครงการวิจัยครั้งนี้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทุนทาง
จิตวิทยา และเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามทุนทาง
จิตวิทยากับนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม
โปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยา และเก็บข้อมูลอีก
ครั้งเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทุนทาง
จิตวิทยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอ
อนุญาตใช้แบบประเมินทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย
ของ หลุทัยทิพย์ ตันตเทศ (2557) ซึ่งพัฒนาจาก
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทุนทางจิตวิทยา (Luthan
et al, 2007) โดยแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมานั้นผ่าน
การตรวจสอบคุณสมบัติของแบบประเมินได้แก่ ความ
ตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และมีค่าความเชื่อ
มั่น (reliability) อยู่ระหว่าง 0.9007 ถึง 0.9714

การสร้างโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยา

ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดและ
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทุนทางจิตวิทยาจากเอกสารและ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมทุนทาง
จิตวิทยาที่ผ่านมาของ Luthans, Avey, Avolio, Nor-
man, and Combs (2006) เพื่อเป็นแนวทางในการ
กำหนดกิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยา
และดำเนินการสร้างโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยา
จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการจัด
กิจกรรมกลุ่มประเมินและตรวจสอบความเหมาะสม
ของโปรแกรมเพื่อให้ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ
และพัฒนาจนได้โปรแกรมที่นำไปใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรม พัฒนาทุนทางจิตวิทยา

ผู้วิจัยทำการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยาที่แบ่งออกเป็น 3 sessions และมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Session 1 ขั้นแนะนำ (introduction phase) ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินทุนทางจิตวิทยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การปฐมนิเทศ การละลายพฤติกรรมและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก การทำความเข้าใจทุนทางจิตวิทยา โดยอธิบายโมเดลนักไต่เขา ประโยชน์และแนวทางการประยุกต์ใช้ทุนทางจิตวิทยาเพื่อการดำรงชีวิตในมหาวิทยาลัย

Session 2 ขั้นพัฒนาทุนทางจิตวิทยาครั้งที่ 1 (working phase 1) ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ในขั้นนี้จะให้นักศึกษาระบุเป้าหมายของตนซึ่งต้องเป็นเป้าหมายที่มีคุณค่า จากนั้นให้นักศึกษาแบ่งเป้าหมายหลักเป็นเป้าหมายย่อย สร้างแนวทางในการบรรลุเป้าหมายนั้น วิเคราะห์แนวทางการบรรลุเป้าหมาย คาดการณ์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการบรรลุเป้าหมาย และประเมินถึงทรัพยากรภายในตนเอง (asset identification) จากนั้นให้นักศึกษาระดมสมอง (brain storming) เพื่อให้แบ่งปันเป้าหมาย แนวทางและคำแนะนำของตนเองให้แก่สมาชิก สนับสนุนกระบวนการที่มีร่วมกันและให้คาดการณ์ถึงเหตุการณ์หรืออุปสรรคที่เลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างแนวทางในการฝ่าฟันอุปสรรคเหล่านั้น และใช้เทคนิคการพูดกับตนเองเชิงบวก (positive self-talk) เพื่อให้กำลังใจตนเอง

Session 3 ขั้นพัฒนาทุนทางจิตวิทยาครั้งที่ 2 (working phase 2 / terminal phase) ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ผู้นำโปรแกรมนำเสนอเหตุการณ์หรือคลิปวิดีโอที่เสนอเหตุการณ์ของบุคคลที่มีอุปสรรคหรือล้มเหลวแต่พยายามจนประสบความสำเร็จ จากนั้นให้

นักศึกษานึกถึงความล้มเหลวหรืออุปสรรคในชีวิต และใช้เทคนิคการสะท้อนตนเอง (self-reflection) การมองเหตุการณ์ด้านลบนั้นตามความเป็นจริง (staunch view of reality) และนำรูปแบบในการอธิบายเหตุผลมาอธิบายเหตุการณ์ด้านลบ เพื่อสร้างแรงผลักดัน กำลังใจ การต่อสู้ และการมองโลกในแง่ดี หลังจากจบการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้แจกแบบประเมินทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยให้แก่นักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อประเมินทุนทางจิตวิทยาหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (paired samples t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 17 คน เป็นนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล รายละเอียดดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	รวม
1. เพศ			
- หญิง	3	4	7
- ชาย	4	3	7
- อื่นๆ	2	1	3
2. อายุ			
- 18 ปี	2	1	3
- 19 ปี	4	5	9
- 20 ปี	2	2	4
- 21 ปี	1	-	1
3. ผลการเรียน			
- ต่ำกว่า 2.00	1	3	4
- 2.00 – 3.00	6	-	6
- มากกว่า 3.00	2	5	7
4. สาขาวิชาเอก			
- จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว	2	3	5
- จิตวิทยาชุมชน	4	3	7
- จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ	3	2	5
รวม	9	8	17

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 9 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก เป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 41.18) อายุ 19 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 52.94) ผลการเรียนมากกว่า 3.00 จำนวน 7 คน (ร้อยละ 41.18) และสาขาวิชาเอกจิตวิทยาชุมชน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 29.41)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคะแนนเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา และกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยากับนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา

ทุนทางจิตวิทยา	ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (n = 8)		เข้าร่วมโปรแกรม (n = 9)		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ทุนทางจิตวิทยา	3.46	.11	3.32	.28	1.309
ความหวัง	3.40	.37	3.21	.47	.898
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	3.43	.30	3.24	.27	1.370
ความหยิ่งตัว	3.43	.52	3.40	.54	.113
การมองโลกในแง่ดี	3.67	.66	3.57	.57	.332

หมายเหตุ : การแปลผลค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ต่ำ, 2.34 – 3.67 ปานกลาง, 3.68 – 5.00 สูง

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

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยากับนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา มีคะแนนเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาทุกด้านได้แก่ ความหวัง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความหยิ่งตัว และการมองโลกในแง่ดี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 1 นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยามีทุนทางจิตวิทยาสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยานักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา

ทุนทางจิตวิทยา	ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (n = 8)		เข้าร่วมโปรแกรม (n = 9)		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ทุนทางจิตวิทยา	3.32	.28	4.61	.11	-17.883 **
ความหวัง	3.22	.47	4.60	.18	-9.113 **
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	3.24	.27	4.61	.16	-15.998 **
ความหยิ่งตัว	3.40	.54	4.70	.21	-6.074 **
การมองโลกในแง่ดี	3.57	.57	4.49	.20	-4.301 *

หมายเหตุ : การแปลผลค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ต่ำ, 2.34 – 3.67 ปานกลาง, 3.68 – 5.00 สูง

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

จากตารางที่ 3 พบว่า นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยามีคะแนนเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.883, p \leq .01$) โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาอยู่ในระดับมาก ($x = 4.61$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.32$) โดยมีรายละเอียดได้แก่

1. มีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.113, p \leq .01$) โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความหวังอยู่ในระดับมาก ($x = 4.60$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.22$)

2. มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.998, p \leq .01$) โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ($x = 4.61$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.24$)

3. มีคะแนนเฉลี่ยความหยุนตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.074, p \leq .01$) โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความหยุนตัวอยู่ในระดับมาก ($x = 4.70$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.40$)

4. มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.301, p \leq .05$) โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับมาก ($x = 4.49$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.57$)

สมมติฐานที่ 2 นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยามีทุนทางจิตวิทยาสูงกว่านักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยากับนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา

ทุนทางจิตวิทยา	ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (n = 8)		เข้าร่วมโปรแกรม (n = 9)		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ทุนทางจิตวิทยา	3.39	.36	4.61	.11	-9.778 **
ความหวัง	3.55	.38	4.60	.19	-7.378 **
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	3.22	.57	4.61	.16	-7.008 **
ความหยุนตัว	3.32	.65	4.70	.21	-6.072 **
การมองโลกในแง่ดี	3.51	.67	4.49	.19	-4.215 *

หมายเหตุ : การแปลผลค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ต่ำ, 2.34 – 3.67 ปานกลาง, 3.68 – 5.00 สูง

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

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยทุนทางจิตวิทยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.778, p \leq .01$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

1. นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความหวัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.378, p \leq .01$)

2. นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.008, p \leq .01$)

3. นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความหยุนตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.072, p \leq .01$)

4. นักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.215, p \leq .01$)

การอภิปราย

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทุนทางจิตวิทยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าระดับทุนทางจิตวิทยาเพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา (Ertosun et. al, 2015; Luthans et. al, 2006; Luthans et al, 2007; Russo et. al, 2015) ซึ่งสะท้อนให้เห็น

ว่าทุนทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่สามารถเรียนรู้ พัฒนา และเปลี่ยนแปลงได้ อีกทั้ง อาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมได้พัฒนามาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ได้มีการศึกษามาก่อนหน้า โดยโปรแกรมมีรูปแบบกิจกรรมโดยสรุป ดังนี้ (1) ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมได้มีการสร้างเป้าหมายของตนเองซึ่งเป็นเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง วัดได้ มีกรอบเวลาที่แน่นอน และทำให้สำเร็จได้จริง (SMART goal) (2) สร้างแนวทางในการบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ โดยทบทวนถึงทรัพยากรที่ตนเองมีและมีผลต่อการบรรลุเป้าหมาย ค้นหาแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย อีกทั้งให้กำลังใจตนเองผ่าน positive self-talk รวมทั้งให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโปรแกรมอื่นๆ (3) ทำความรู้จักกับ รูปแบบในการอธิบายเหตุผล (4) ทบทวนถึงความล้มเหลวที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองในอดีตด้วยการมองเหตุการณ์ด้านลบนั้นตามความเป็นจริงทั้งในระดับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาทั้งในมิติของผลกระทบที่เกิดขึ้น ความสามารถที่จะควบคุม และแนวทางเลือกปฏิบัติ และ (5) นำรูปแบบในการอธิบายเหตุผล มาใช้ในการอธิบายถึงความล้มเหลวนั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ คือ อาจารย์ผู้สอนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาที่ออกแบบไว้ในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการฝึกอบรมกับนักศึกษาปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 เพื่อช่วยสร้างทุนทางจิตวิทยาซึ่งนับเป็นปัจจัยทางบวกเพื่อพัฒนาสุขภาวะทางจิตและเป็นปัจจัยปกป้องต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ซึ่งจากข้อจำกัดของงานวิจัย คือ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มนักศึกษา

ปริญญาตรี สาขาวิชาจิตวิทยา ชั้นปีที่ 1 ดังนั้นจึงควรขยายขอบเขตไปยังประชากรกลุ่มอื่นและควรเปรียบเทียบผลการศึกษากับกิจกรรมรูปแบบอื่นๆ อีกทั้ง งานวิจัยนี้ยังขาดการเก็บข้อมูลที่เป็นตัวแปรตามอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต ความเครียด หรือ ความสามารถในการปรับตัว และขาดการติดตามผลในระยะยาว ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทุนทางจิตวิทยาที่มีผลต่อตัวแปรตามอื่นๆ และติดตามผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สุชีรา ภัทรยุตวรรัตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำแนะนำด้วยความเมตตาและอนุญาตให้นำแบบประเมินทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยมาใช้เพื่อวัดผลของโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยา ขอขอบพระคุณ อ.จินตนา สิงขรอาจ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขโปรแกรมส่งเสริมทุนทางจิตวิทยาด้วยความเมตตาอนุเคราะห์ และขอขอบคุณนักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ได้เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีความทราบบ้างในความเมตตาของอาจารย์ทั้งสองท่าน และทราบบ้างในน้ำใจของนักศึกษาผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- ชนัตพร ชลไพร, สุชีรา ภัทรยุตวรรัตน์, และเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2557). ต้นทุนทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตในนิสิตหอพักจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15, 1833-1842. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หฤทัยทิพย์ ตันตเทศ, สุชีรา ภัทรยุตวรรัตน์, และวิชัย มนัสศิริวิทยา. (2557). การพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาในคนไทยวัยทำงาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 73-83.
- American Psychological Association. (2013). APA guidelines for the undergraduate psychology major: Version 2.0. Retrieved from <http://www.apa.org/ed/precollege/undergrad/index.aspx>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., . . . WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638.
- Avey, J. B., Wernsing, T. S., & Luthans, F. (2008). Can positive employees help positive organizational change? *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(1), 48-70.

- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M., & Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(1), 17–28.
- Bacchi, S., & Licinio, J. (2017). Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. *Academic Psychiatry, 41*, 186–188.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Reviews of Clinical Psychology, 1*, 629–651.
- Ertosun, O. G., Erdil, O., Deniz, N., & Alpan, L. (2015). Positive Psychological Capital Development: A Field Study by the Solomon Four Group Design. *International Business Research, 8*(10), 102–111.
- Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., . . . Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychology Research and Practice, 42*(3), 244–251.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.
- Larson, M. D., Norman, S. V., Hughes, L. W., & Avey, J. B. (2013). Psychological capital: a new lens for understanding employee fit and attitudes. *International Journal of Leadership Studies, 8*(1), 28–43.
- Luthans, F., Luthans, K. W., & Luthans, B. C. (2004). Positive psychological capital: beyond human and social capital. *Business Horizons, 47*(1), 45–50.
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behaviour, 27*, 387–393.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology, 60*(3), 541–572.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Rawski, S. (2011). A tale of two paradigms: the impact of psychological capital and reinforcing feedback on problem solving and innovation. *Journal of Organizational Behavior Management, 31*, 333–350.
- Luthans, F., Carolyn, M. and Youssef-Morgan. (2017). Psychological Capital: An Evidence-Based Positive Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 4*, 339–366.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803–855.
- Peterson, S. J., Luthans, F., Avolio, B. J.,

- Walumbwa, F. O., & Zhang, Z. (2011). Psychological capital and employee performance: a latent growth modeling approach. *Personnel Psychology*, 64(2), 427–450.
- Pozos-Radillo, E., Preciado, S. L., Plascencia-Campos, A. & Rayas-Servín, K. (2015) Chronic Stress and Its Association with Psychological, Behavioral and Physiological Variables of Mexican College Students. *Advances in Applied Sociology*, 5, 299-305.
- Russo, S. D., & Stoykova, P. (2015). Psychological Capital Intervention (PCI): A Replication and Extension. *Human Resource Development Quarterly*, 26(3), 329-347.
- Seligman, M. (2006). *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- Selvaraj, P. R. & Bhat, C. S. (2018). Predicting the mental health of college students with psychological capital. *Journal of Mental Health*, 27(3), 279-287.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (p. 3–21). Academic Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., & Pedrotti, J. T. (2011). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths* (2nd ed). California: SAGE Publication.

