

ผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของ นักศึกษาพยาบาลรามธิบดี

แสงทอง ธีระทองคำ* Ph.D. (Nursing)

ทัศนาศ ทวีคุณ** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมพัฒนาจิตต่อการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติในนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลรามธิบดีชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2550 จำนวน 115 คน ซึ่งได้เข้ารับการอบรมพัฒนาจิต ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร เป็นเวลา 8 วัน 7 คืน และตอบแบบสอบถามครบถ้วน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียดและแบบวัดสมรรถนะแห่งการมีสติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าก่อนการอบรมพัฒนาจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และหลังการอบรม 4 เดือน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดลดลงและสมรรถนะแห่งการมีสติมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หลังการอบรม 4 เดือนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดเพิ่มขึ้น และสมรรถนะแห่งการมีสติลดลงเมื่อเทียบกับหลังการอบรม 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการอบรมพัฒนาจิตช่วยลดความเครียดและเพิ่มสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลสถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดการอบรมพัฒนาจิตในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และควรมีการฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่องตลอดการศึกษา

คำสำคัญ การอบรมพัฒนาจิต ความเครียด สมรรถนะแห่งการมีสติ นักศึกษาพยาบาล

*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: rastj@mahidol.ac.th

**อาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ความเครียดเป็นประสบการณ์และกระบวนการที่ซับซ้อนของมนุษย์ ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งคุกคามสวัสดิภาพของบุคคล บุคคลจึงต้องหาแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด เพื่อสวัสดิภาพความผาสุกของชีวิต (Lazarus & Folkman, 1984) หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ อาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ อาทิ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดหลัง เป็นต้น (เดือนทิพย์ เขษมโอภาส, 2547; Witek-Janusek & Werner, 2000) และเมื่อภาวะเครียดเกิดอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่ออาการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านกลไกของสมองและต่อมไร้ท่อ โดยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติก (sympathetic nervous system: SNS) และลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเธติก (parasympathetic nervous system: PNS) ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ส่งผลให้บุคคลเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาทิ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ (Hjortskov et al., 2004; Papousek, Schuler, & Premsberger, 2002; Witek-Janusek & Werner, 2000)

ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลต้องหาวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับความเครียด สมมติเป็นการปฏิบัติวิธีหนึ่งในการแพทย์ทางเลือกและการบำบัดเสริม (Complementary and Alternative Medicine) ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพียงแต่มีที่สงบและได้รับการฝึกฝนจากผู้รู้เมื่อเริ่มปฏิบัติ (Bonadonna, 2003; National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2007; Phangcham, 2004; Terathongkum, 2006) ทำให้บุคคลมีจิตที่สงบ ผ่องใส บริสุทธิ์ ผ่อนคลาย

และเกิดปัญหา (Phangcham, 2004) รวมทั้งช่วยในการจัดการกับความเครียด โดยการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเธติก และยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติก ทำให้เกิดการผ่อนคลายความเครียด และลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต (Chang et al. 2004; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998)

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นนักศึกษาที่ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และความเครียดจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อเริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงในคลินิก แม้ว่านักศึกษาจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากการพยาบาลเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นักศึกษาอาจไม่เคยปฏิบัติ รวมทั้งสภาพการณ์บนหอผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก จึงก่อให้เกิดความเครียดแก่นักศึกษา จากการศึกษาของ แสงทอง วีระทองคำ, ลักษณะ มีนะนันท์ และรุจิเรศ ธนรักษ์ (2543) พบว่า นักศึกษาพยาบาลรามธิบดีปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 74.5 อย่างไรก็ตาม มีนักศึกษา ร้อยละ 21.2 มีความเครียดในระดับสูง ซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษามีความพร้อมในการควบคุมตนเอง ทำให้การเรียนรู้ของนักศึกษาขาดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาวิลลี และคณะ (Maville, Kranz, & Tucker, 2004) พบว่านักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติมีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับสูง เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการบริหารเวลาและการเงิน หากนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถจัดการความเครียดได้ อาจนำไปสู่ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ หดหวัง ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อการเรียนรู้ การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพ (วิภาวรรณ

ผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี

ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์, จอม สุวรรณโณ, และ วัลลา ตันตโยทัย, 2545; Jones & Jonston, 1999; Oman, Shapiro, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008)

หน่วยกิจการนักศึกษาพยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีตระหนักถึงความสำคัญของคุณธรรม จริยธรรม ควบคู่กับความ เป็นเลิศทางวิชาการของนักศึกษาพยาบาล จึงได้จัด โครงการฝึกอบรมพัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร ให้แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ในครั้งนี้เป็นครั้งที่ 11 เพื่อฝึกสติและพัฒนา จิตใจให้แก่นักศึกษา เป็นเวลา 8 วัน 7 คืน การอบรม ประกอบด้วย การสวดมนต์ การปฏิบัติวิปัสสนา กรรมฐาน การฝึกสติ และการฟังการบรรยายธรรม ซึ่ง ในช่วง 2-3 วันแรก ผู้ฝึกปฏิบัติจะรู้สึกเครียด เนื่องจาก ต้องตื่นนอนแต่เช้าประมาณ 4 นาฬิกา และนอน ประมาณ 22 นาฬิกา รวมทั้งต้องสำรวมอริยาบถตลอดเวลาของการฝึกปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม เมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่า นักศึกษาประเมินว่าการอบรมช่วยสร้างเสริม คุณธรรมและจริยธรรมในระดับมากถึงมากที่สุด คิด เป็นร้อยละ 93-97 (หน่วยกิจการนักศึกษา ภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี, 2550) ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการประเมินผลของการฝึกอบรม พัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุขต่อการรับรู้ภาวะ เครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติ ในนักศึกษาพยาบาล รามธิบดี และมีงานวิจัยส่วนน้อยในประเทศไทยที่ ติดตามผลอย่างต่อเนื่องของการฝึกอบรมพัฒนาจิต หรือฝึกสมาธิต่อภาวะเครียด เช่นเดียวกับการประเมิน สมรรถนะแห่งการมีสติหรือความมั่นใจของบุคคลใน การปฏิบัติสมาธิและเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่าง สงบและมีสติ ที่พบเฉพาะงานวิจัยในต่างประเทศและ มีจำนวนจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการอบรม พัฒนาจิตต่อการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่ง

การมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี ผลการวิจัย จะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพแก่นักศึกษา อย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะ แห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี
2. ศึกษาผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อการรับรู้ ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึษา พยาบาลรามธิบดี

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของนักศึษา พยาบาลรามธิบดีหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และหลังการอบรมพัฒนาจิต 4 เดือนน้อยกว่าก่อนการ อบรม
2. คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งการมีสติของ นักศึษาพยาบาลรามธิบดีหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และหลังการอบรมพัฒนาจิต 4 เดือนมากกว่า ก่อนการอบรม

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีความเครียด ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และความสัมพันธ์ของกายและจิตใจ (mind and body connection) ของ ดอสซี่ (Dossey, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมาธิบำบัด และการตอบสนองทางจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology) ของอะเดอร์และโคเฮน

(Ader & Cohen, 1975) โดยนักศึกษายาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรงในคลินิก และต้องเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดภาวะเครียด จึงส่งผลกระทบต่อร่างกายใน 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน (Witek-Janusek & Werner, 2000) และก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย โดยผ่านฮอร์โมนต่างๆ เช่น catecholamine และ cortisol ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยต่อร่างกายและจิตใจ อาทิ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจเร็ว คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง วิดกกังวล การลดลงของสมาธิ ความสนใจ และการรับรู้ (เดือนทิพย์ เขมโสภาส, 2547; Hjortskov et al., 2004; Witek-Janusek & Werner, 2000) ดังนั้น นักศึกษายาบาลจึงต้องหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด (coping) ทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการแก้ปัญหาที่สาเหตุ ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการใช้เทคนิคต่างๆ ในการผ่อนคลายความเครียด อาทิ การฝึกสร้างภาพจินตนาการ (guided imagery) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) โยคะ (yoga) สวดมนต์ (prayer) และสมาธิ (meditation) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Lazarus & Folkman, 1984; Witek-Janusek & Werner, 2000)

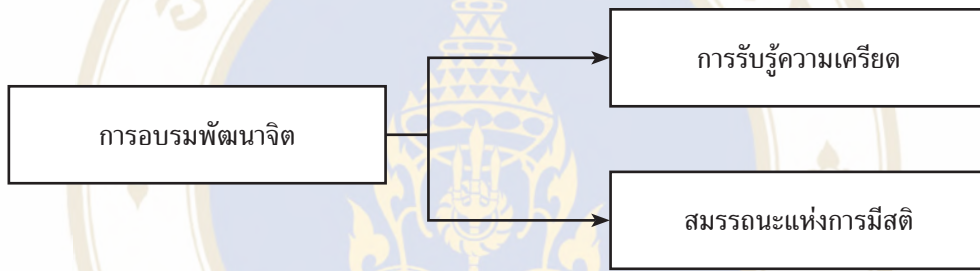
การอบรมพัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข โดยการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน (vipassana/insight/mindfulness meditation) ซึ่งเป็นสมาธิบำบัดวิธีหนึ่ง ที่เน้นการฝึกจิตให้รับรู้พร้อมทั้งใคร่ครวญหาเหตุผลในสภาวะธรรมในปัจจุบัน เช่น ความยินดี ความปวด ความกลัวหรือสิ่งอื่นๆ อย่างสมดุลและสงบ (balance and equanimity) ทำให้บุคคลเข้าใจถึงธรรมชาติของ

ชีวิต และมีความตั้งมั่นของจิตเป็นหนึ่งเดียวกับกาย หรือมีความเป็นองค์รวมส่งผลให้บุคคลมีสติในการควบคุมตนเอง เกิดปัญญา และช่วยลดความเครียด (คุณ โทชน์, 2548; สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชฯ, 2550; Bonadonna, 2003; Chang et al., 2004; Dossey, 1992; Jones & Jonston, 1999; Oman et al., 2008; Phangcham, 2004; Terathongkum, 2006) ทั้งนี้การปฏิบัติสมาธิช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย ที่เรียกว่า relaxation response (Benson, 1993) ซึ่งตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นและขัดขวางปฏิกิริยาสู้หรือหนี (fight-or-flight response) ส่งผลให้ความเครียดลดลง ในขณะที่เดียวกัน relaxation response ยังช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติก และยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ระดับการหลั่ง cortisol, aldosterone, และ catecholamine ส่งผลให้ความเครียด ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และการใช้ออกซิเจนของร่างกายลดลง (Benson, 1993; Chang et al., 2004; Terathongkum, 2006) นอกจากนี้การปฏิบัติสมาธิยังมีผลต่อสมองส่วนลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารต่างๆ เช่น endorphins ซึ่งเป็นสารความสุข Enkephalin ช่วยทำให้อารมณ์ดี และ Serotonin ช่วยทำให้สงบ รวมทั้งการฝึกสมาธิทำให้ผู้ปฏิบัติมีสติ รู้เท่าทันสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้อย่างละเอียดและต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญญาในการควบคุมความคิดและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ฝึกสมาธิมีความเครียดลดลง และเพิ่มสมรรถนะแห่งการมีสติ หรือความมั่นใจในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ อย่างสงบและมีสติ (วรรณมา คงสุริยะนาวิณ, ประอรนุช ตูลยาทร, และบุญจางค์ สุขเจริญ, 2549; Chang et al., 2004; Terathongkum, 2006) (แผนภาพที่ 1) จากการ

ผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ

ศึกษาของ วรธมา คงสุริยะนาวัน และคณะ (2549) พบว่าหลังการเข้ารับการอบรมในโครงการปฏิบัติ วิปัสสนากรรมฐาน นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดเชิงลบน้อยกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจำนวนนักศึกษาที่มีสุขภาพจิตดีมากหรือไม่มีความเครียด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของชาง และคณะ (Chang et al., 2004) พบว่าหลังการฝึกสมาธิ mindfulness-based

stress reduction (MBSR) 8 สัปดาห์ ระดับความเครียดของผู้ฝึกอบรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และประสิทธิผลของการปฏิบัติสมาธิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ สมพร เตรียมชัยศรี, เสาวนีย์ พงษ์ผิง, ทศนีย์ นนทะสร, และพระศรีวรญาณ วิ (2542) พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ปีการศึกษา 2550 จำนวน 176 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ปีการศึกษา

2550 จำนวน 127 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกได้แก่ มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ สมครใจ เข้าร่วมโครงการวิจัย และร่วมในกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. โครงการฝึกอบรมพัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร เป็นโครงการฝึกอบรมพัฒนาจิตที่ตั้งอยู่บนรากฐานของศีล สมาธิ และปัญญา เพื่อฝึกสติ พัฒนาจิตใจ การปรับตัว และเรียนรู้ตนเองให้แก่เยาวชนและนักศึกษา เป็นเวลา 8 วัน 7 คืน ระหว่างวันที่ 23-30 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 โดยการอบรมประกอบไปด้วย การสวดมนต์ การเดินจงกรม การ

แสงทอง วีระทองคำ และทัศนาศ ทวีคุณ

ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน การฝึกสติ การกำหนด อิริยาบถ การบริหารร่างกาย และการฟังการบรรยายธรรม ดังตารางที่ 1

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ความเครียด และการจัดการความเครียด การปฏิบัติและประโยชน์ของสมาธิ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale) ของโคเฮน และคณะ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดยโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) มีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในสตรีไทยที่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.94 ผู้วิจัยได้ตัดแปลงบางวลีเพื่อให้ง่ายแก่การเข้าใจ และปรับเวลาที่ให้กลุ่มตัวอย่างคิดย้อนหลังในแต่ละข้อคำถาม จาก 1 เดือน เป็น 1 สัปดาห์ เพื่อให้ง่ายและถูกต้องสำหรับการย้อนระลึก แบบสอบถามประกอบด้วย

ด้วยข้อความเชิงบวก (ข้อที่ 4, 5, 6, 7, 9, 10, และ 13) และข้อความเชิงลบ (ข้อที่ 1, 2, 3, 8, 11, 12, และ 14) จำนวน 14 ข้อ คะแนน 0-4 คะแนน รวม 56 คะแนน โดยในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ “ไม่เคย” “แทบจะไม่เคย” “บางครั้ง” “ค่อนข้างบ่อยครั้ง” และ “บ่อยมาก ๆ” หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ถือว่ามีความเครียดระดับต่ำ คะแนนมากกว่า 19 - 38 คะแนน ถือว่ามีความเครียดระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่า 38 คะแนน แสดงว่ามีความเครียดระดับสูง แบบวัดการรับรู้ความเครียดได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่เคยผ่านการอบรมพัฒนาจิตเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความเครียด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .73 ผู้วิจัยได้นำแบบวัดมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมการฝึกอบรมวิปัสสนากรรมฐานในแต่ละวัน

เวลา	กิจกรรม
04.00-05.15 น.	ตื่นนอน สรีร์กิจส่วนตัว
05.15-07.15 น.	ฝึกสติ/ สวดมนต์/ การบริหารร่างกาย/ การฟังการบรรยายธรรม
07.15-08.15 น.	อาหารเช้ากับสติ
08.15-10.15 น.	การฟังการบรรยายธรรม/ การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน
10.15-11.30 น.	การฟังการบรรยายธรรม/ การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน/ ไขข้อข้องใจ
11.30-12.30 น.	อาหารกลางวันกับสติ
12.30-14.00 น.	การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน
14.00-16.30 น.	การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน/ ไขข้อข้องใจ
16.30-18.00 น.	สรีร์กิจส่วนตัว
18.00-18.45 น.	อาหารเย็นกับสติ
18.45-21.45 น.	สวดมนต์/ การปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน/ การฟังการบรรยายธรรม
21.45-04.30 น.	พักผ่อน นอนหลับอย่างมีสติ

ผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามาริบดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดสมรรถนะแห่งการมีสติ (Meditation Efficacy Scale) เป็นคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของบุคคลในการปฏิบัติสมาธิและเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างสงบและมีสติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่าสามารถจะเผชิญสถานการณ์ต่างๆ โดยพิจารณาอย่างมีสติก่อนตัดสินใจ (non-judgmental awareness) กล่าวคือ มีสติรู้เท่าทันสถานการณ์ต่างๆ ก่อนตัดสินใจจำนวน 20 ข้อ เช่น “ท่านมั่นใจมากเพียงใดว่า ท่านสามารถปฏิบัติสมาธิโดยที่จิตว่าง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ 30 นาทีต่อวัน” “ท่านมั่นใจมากเพียงใดว่า ท่านสามารถสงบจิตใจ เมื่อคนที่ท่านรักทำให้ท่านเจ็บปวด” ในแต่ละข้อคำถามมีค่าความมั่นใจ ตั้งแต่ร้อยละ 0-100 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจ ร้อยละ 50 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง และ ร้อยละ 100 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด แบบวัดนี้ได้รับการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ที่เคยผ่านการอบรมพัฒนาจิตเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ค่าความเที่ยงของแบบวัดสมรรถนะแห่งการมีสติ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .96 ผู้วิจัยได้นำแบบวัดมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

3. แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลงบันทึกการปฏิบัติสมาธิโดยตนเอง เพื่อประเมินความถี่และระยะเวลาในการปฏิบัติสมาธิแต่ละครั้ง

วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี หมายเลข ID 04-50-01ย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขออนุมัติเก็บข้อมูลจากหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จากนั้นขอพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ให้เซ็นหนังสือยินยอม

2. เก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าอบรมพัฒนาจิต ครั้งที่ 2 ภายหลังการฝึกอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ภายหลังการฝึกอบรมพัฒนาจิต 4 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จนถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการมอบหมายให้นั่งสมาธิอย่างต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นการอบรมพัฒนาจิต อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ วันละ 30 นาที โดยตนเอง และลงบันทึกในแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความเครียด และสมรรถนะแห่งการมีสติ และใช้สถิติอ้างอิง repeated measures analysis of variances เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด และสมรรถนะแห่งการมีสติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมพัฒนาจิต หลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และหลังการอบรมพัฒนาจิต 4 เดือน

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการอนุมัติ และปฏิบัติ

ตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลเพื่ออภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ ผู้วิจัยได้นำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 127 คน ร่วมในการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์มีจำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 90.56 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.7 อายุเฉลี่ย 19.3 ปี (SD = 0.7) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่าสาเหตุความเครียดมาจากการเรียน คิดเป็นร้อยละ 76.3 รองลงมา ได้แก่ ครอบครัว และปัญหาเศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 13 และ 12.2 ตามลำดับ เมื่อเกิดความเครียดส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะเกร็งกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 51.3 รองลงมา ได้แก่ นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 49.6 และ 27.8 ตามลำดับ ทั้งนี้การดูหนัง ฟังเพลงเป็นวิธีที่ใช้ในการจัดการความเครียด คิดเป็นร้อยละ 86.1 รองลงมา ได้แก่ ปรึกษาคนที่ไว้ใจและไปเที่ยว คิดเป็นร้อยละ 58.3 และ 47 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าเคยปฏิบัติสมาธิ คิดเป็นร้อยละ 50.5 โดยใช้วิธีวิปัสณาภาวนา คิดเป็นร้อยละ 95.8 และการปฏิบัติสมาธิมีประโยชน์ต่อการเรียน คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมา ได้แก่ จิตใจสงบและการควบคุมอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 86.1 และ 85.2 ตามลำดับ รวมทั้งมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติกายภาพ คิดเป็นร้อยละ 53 นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน จาก 115 คน ที่ฝึกปฏิบัติสมาธิต่อเนื่อง 4 เดือน โดยฝึกเฉลี่ย 2 ครั้ง/สัปดาห์ เฉลี่ยครั้งละ 15 นาที

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดก่อนการอบรมพัฒนาจิต อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.3 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 22.8, SD = 5.9, range = 10-45$) ส่วนสมรรถนะแห่งการมีสติ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.8 และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งการมีสติ หรือความมั่นใจของบุคคลในการปฏิบัติสมาธิและเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างสงบและมีสติในระดับปานกลาง ($M = 47.9, SD = 17.2, range = 9-100$)

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา ($F_{(2, 214)} = 19.37, p < .001$) ดังตารางที่ 2 โดยพบว่าหลังการอบรม 1 สัปดาห์ และหลังการอบรม 4 เดือน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดน้อยกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $.001$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรม 4 เดือนมากกว่าหลังการอบรม 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งการมีสติของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา ($F_{(2, 196)} = 18.87, p < .001$) ดังตารางที่ 2 โดยพบว่าหลังการอบรม 1 สัปดาห์ และหลังการอบรม 4 เดือนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งการมีสติมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $.01$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งการมีสติของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรม 4 เดือนน้อยกว่าหลังการอบรม 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติ ก่อนการอบรมพัฒนาจิตและหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์และ 4 เดือน (N = 115)

ตัวแปร	แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F
การรับรู้ความเครียด	เวลา	646.12	2	323.06	19.37*
	ความคลาดเคลื่อน	3569.88	214	16.68	
สมรรถนะแห่งการมีสติ	เวลา	4142.44	2	2071.21	18.87*
	ความคลาดเคลื่อน	21518.16	196	109.79	

*p < .001

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติ ก่อนการอบรมพัฒนาจิตและหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และ 4 เดือน (N = 115)

เวลา (1)	เวลา (2)	ความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ย*	S.E.	F	p
การรับรู้ความเครียด					
ก่อนอบรม	หลังการอบรม 1 สัปดาห์	3.28	0.58	1.98	< .05
	หลังการอบรม 4 เดือน	0.83	0.52	2.15	< .001
หลังการอบรม 1 สัปดาห์	หลังอบรม 4 เดือน	-2.44	0.54	2.66	< .001
สมรรถนะแห่งการมีสติ					
ก่อนอบรม	หลังการอบรม 1 สัปดาห์	-8.81	1.54	2.09	< .05
	หลังการอบรม 4 เดือน	-2.51	1.45	2.88	< .01
หลังการอบรม 1 สัปดาห์	หลังอบรม 4 เดือน	6.05	1.36	2.06	< .05

หมายเหตุ * = เวลา (1) - เวลา (2)

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ คะแนน

เฉลี่ยการรับรู้ความเครียดน้อยกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรรณา คงสุริยะนาวิณ และคณะ (2549) ซึ่งพบว่าภาย หลังเข้าโครงการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน นักศึกษา พยาบาลมีความเครียดเชิงลบน้อยกว่าเข้าโครงการ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีความเครียดเชิงบวก และมีสุขภาพจิตดีกว่าก่อนเข้าโครงการ ผลการศึกษา นี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของแซง และคณะ (Chang et al., 2004) ที่พบว่าหลังการฝึกสมาธิ MBSR 8 สัปดาห์ ระดับความเครียดของผู้ฝึกอบรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง เช่นเดียวกับ โอมาน และคณะ (Oman et al., 2008) พบว่าภายหลังการฝึกสมาธิ MBSR 8 สัปดาห์ ช่วยให้นักศึกษากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้ เนื่องจากการฝึกสมาธิทำให้จิตสงบนิ่ง ไม่ฟุ้งซ่าน ลดการรับรู้ภาวะเครียด จึงช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ส่งผลให้เกิดการหลั่งเอนโดฟินส์ (endorphins) ซึ่งเป็นสารความสุข และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ส่งผลให้ความเครียดลดลง (Benson, 1993) นอกจากนี้ สมองส่วนลิมบิกที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึก ส่งกระแสประสาทไปที่ posterior และ ventral hypothalamus ลดลง ทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกลดลง และระบบประสาทพาราซิมพาเธติกทำงานเพิ่มขึ้น เกิดความผ่อนคลายจิตอย่างลึก แต่มีสติในการควบคุมตนเอง (self regulatory) เพื่อจัดการกับความเครียด (คุณ โทซันธ, 2548; สมพร เตรียมชัยศรี และคณะ, 2542; Bonadonna, 2003; Phangcham, 2004; Terathongkum, 2006)

อย่างไรก็ตาม คณะแผนกวิจัยการรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรมพัฒนาจิต 4 เดือน เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากก่อนการอบรม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนเพียง 9 คน จาก 115 คน ที่ฝึกสมาธิโดยฝึกเฉลี่ย 2 ครั้ง/สัปดาห์ เฉลี่ยครั้งละ 15 นาที จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย

การรับรู้ความเครียดหลังการอบรมพัฒนาจิต 4 เดือน เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และเกือบเท่ากับก่อนการอบรม กอปรกับนักศึกษาพยาบาลมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นจากการฝึกปฏิบัติในคลินิก (แสงทอง วีระทองคำ และคณะ, 2543) เช่นเดียวกับ วิภาวรรณ ชะอู่ เพ็ญสุขสันต์ และคณะ (2545) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดระดับสูง ในเรื่องการเรียนและการสอบ สัมพันธภาพกับเพื่อน และปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของมาวิล และคณะ (Maville et al., 2004) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลเวชปฏิบัติมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากปัญหาเรื่องการจัดการเวลาและการเงิน อย่างไรก็ตาม โอมาน และคณะ (Oman et al., 2008) พบว่าภายหลังการฝึกสมาธิ MBSR 8 สัปดาห์ และติดตามผล 8 สัปดาห์ต่อมา พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเห็นได้ว่าการปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการรับรู้ความเครียดและทำให้เกิดการผ่อนคลาย ส่งผลให้ความเครียดลดลง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งการมีสติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าหลังการอบรม 1 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งการมีสติมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการฝึกสมาธิทำให้จิตใจสงบ มีสติและสมาธิ ทำให้เกิดปัญญาไตร่ตรอง คิดอย่างมีเหตุผล และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากจิตใต้สำนึก โดยทำให้รู้จักตนเองหรือผู้อื่นจากสถานการณ์ที่เป็นจริง (กาญจนา สังข์สิงห์, อุไร ทัดกิจ, และอังศุมา อภิชาติ, 2550; สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชฯ, 2550; สมพร เตรียมชัยศรี และคณะ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของแซง และคณะ (Chang et al., 2004) ที่พบว่าสมรรถนะแห่งการมีสติของผู้ที่ได้รับการฝึก

ผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี

สมาธิแบบ MBSR 8 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งการมีสติของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรมพัฒนาจิต 4 เดือนน้อยกว่าหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากก่อนการอบรม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวน 9 คนเท่านั้นที่ฝึกสม่ำเสมอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งการมีสติหลังการอบรมพัฒนาจิต 4 เดือนลดลงเมื่อเทียบกับหลังการอบรมพัฒนาจิต 1 สัปดาห์ และเกือบเท่ากับก่อนการอบรม ทำให้สมรรถนะแห่งการมีสติของกลุ่มตัวอย่างลดลง ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการเผชิญปัญหา และไม่สามารถแก้ไขปัญหบบนพื้นฐานของเหตุและผลตามสภาวะธรรมต่าง ๆ เนื่องจากการฝึกสมาธิต้องฝึกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้จิตมีพลัง ก่อให้เกิดปัญญาที่รู้แจ้ง หรือเรียกว่า “สมาธิอบรมปัญญา” ทำให้กิเลสลดลง จิตใสสะอาด และเกิดปัญญาไตร่ตรองบนหลักของเหตุและผล ส่งผลให้จิตที่เป็นสมาธิมีความก้าวหน้าและตั้งมั่นเพิ่มขึ้น เรียกว่า “ปัญญาอบรมสมาธิ” (วรรณ คงสุริยะนาวิ และคณะ, 2549; สมพร เตริยมชัยศรีและ คณะ, 2542; สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชฯ, 2550; Chang et al., 2004) จึงเห็นได้ว่าการปฏิบัติสมาธิอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้จิตสงบ มีสติรู้เท่าทันเหตุการณ์ และทำให้เกิดปัญญาไตร่ตรองในการเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีสติและสงบ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ทั้งการเรียนรู้ การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และช่วยในการตัดสินใจต่อสถานการณ์ต่างๆ ตามความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา ผู้วิจัยเห็นว่าโครงการฝึกอบรมพัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข ณ ยุวพุทธิก-สมาคมแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร เป็นโครงการที่ดีควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และควรมีการฝึกอย่างต่อเนื่องในสถาบันการศึกษาเพื่อช่วยลดความเครียดและเพิ่มสมรรถนะแห่งการมีสติ อันจะช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาทั้งด้านวิชาการและจริยธรรม
2. ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่องต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผลการเรียนรู้ การรับรู้ความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติในนักศึกษาพยาบาล
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้สมาธิในการดูแลตนเองและสร้างเสริมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีที่ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร และวิทยากร ที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัย นอกจากนี้ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ฉัตรวิไลค์ ธรรมไพโรจน์ และอาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย ที่กรุณาแนะนำการวิเคราะห์สถิติ นอกจากนี้ ผู้วิจัยไม่สามารถลืมได้คือ นักศึกษาพยาบาลรามธิบดีที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา สังข์สิงห์, อุไร หัตถกิจ, และอังศุมา อภิชาติ. (2550). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมาธิในการเยียวยาตนเอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(1), 39-48.

คุณ โทษณ์. (2548). การพัฒนาจิต. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

เดือนทิพย์ เข้มโสภาส. (2547). ภาวะเครียดกับการดูแลผสมผสาน. ใน เพ็ญศรี ระเบียบ, อรพรรณ โตสิงห์, และกรองไธ อุณหุต (บก.), *บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 1* (หน้า 111-117). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

วรรณมา คงสุริยานาวิน, ประอรนุช ตูลยาทร, และบัญญัติ สุขเจริญ. (2549). ผลของการเข้าโครงการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานต่อความเครียด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 24(1), 32-43.

วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์, จอม สุวรรณโณ, และวัลลา ตันตโยทัย. (2545). ความเครียด การเผชิญความเครียด และความผาสุกในชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 8(2), 90-109.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (หน้า 95-120). กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.

สมพร เตรียมชัยศรี, เสาวนีย์ พงษ์, ทัศนีย์ นนทะสร, และพระศรีวรรณ วิ. (2542). ประสิทธิภาพการใช้วิธีการดูแลสุขภาพทางเลือกต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ: การฝึกสมาธิวิปัสสนากัมมัฏฐานแนวพุทธ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 13(3), 43-52.

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก องค์ที่ 19. (2550). *วิธีสร้างบุญบารมี* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.

แสงทอง วีระทองคำ, ลักษณะ มีนะนันท์, และรุจิเรศ ธนุรักษ์. (2543). ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลพื้นฐาน: โอกาสและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาล*, 2(2), 46-55.

หน่วยกิจการนักศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ. (2550). *ผลการประเมินโครงการฝึกอบรมพัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร. (เอกสารอัดสำเนา)

Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 333-340.

Benson, H. (1993). The relaxation response. In D. Goleman & J. Gurin (Eds.), *Mind-body medicine: How to use your mind for better health*. New York: Yonkers.

Bonadonna, R. (2003). Meditation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 309-319.

Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., et al. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health*, 20(3), 141-147.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.

Dossey, B. M. (1992). The psychophysiology of body mind healing. In B. M. Dossey, C. E. Guzzetta, & C. V. Kenner (Eds.), *Critical care nursing: Body-mind-spirit* (pp. 17-25). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Hjortskov, N., Rissen, D., Blangsted, A. K., Fallentin, N., Lundberg, U., & Sogaard, K. (2004). The effect of mental stress on heart rate variability and blood pressure during computer work. *European Journal of Application Physiology*, 92(2), 84-89.

Jones, M. C., & Jonston, D. W. (1999). Reducing distress in first level and student nurses: A review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 66-74.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Maville, J. A., Kranz, P. L., & Tucker, B. A. (2004). Perceived stress reported by nurse practitioner students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(6), 257-262.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2007). What is complementary and alternative medicine (CAM)? Retrieved March 1, 2009, from www.nccam.nih.gov

ผลของการอบรมพัฒนาจิตต่อความเครียดและสมรรถนะแห่งการมีสติของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดี

- Oman, D., Shapiro, S. L., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Meditation lower stress and supports forgiveness among college students: A randomized controlled trial. *Journal of American College Health, 56*(5), 569-578.
- Papousek, I., Schuler, G., & Premsbeger, E. (2002). Dissociated autonomic regulation during stress and physical complaints. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(4), 257-266.
- Phangcham, C. (2004). *Meditation instruction and practice*. Bangkok: O N G Printing.
- Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai women*. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Graduate Studies, The University of Michigan.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*(6), 581-599.
- Terathongkum, S. (2006). *Relationships among stress, blood pressure, and heart rate variability in meditators*. Published doctoral dissertation, Faculty of Graduate Studies, Virginia Commonwealth University.
- Witek-Janusek, L., & Werner, J. S. (2000). Nursing management: Stress. In S. M. Lewis, M. Mc. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (5th ed., pp. 92-106). St Louis: Mosby.

The Effect of a Mental Development Program on Stress and Meditation Efficacy of Ramathibodi Nursing Students

Sangthong Terathongkum* Ph.D. (Nursing)

Tusana Taweekoon** Ph.D. (Nursing)

Abstract: The quasi-experimental design was carried out to examine the effect of the Mental Development Program on perceived stress and meditation efficacy of Ramathibodi Nursing Students. The sample was the second year nursing Students at Ramathibodi School of Nursing in academic year 2007. One hundred and fifteen nursing students attended the Mental Development Program held at the Young Buddhists Association of Thailand for 8 days and 7 nights, and completed questionnaires. Data were collected using the Perceived Stress Scale and the Meditation Efficacy Scale, and analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA. The result revealed that before the Mental Development Program, participants had moderate both perceived stress and meditation efficacy. After the Mental Development Program at 1 week and at 4 months, the participants showed significantly decrease in perceived stress and increase in meditation efficacy as compared to before the program. However, after the intervention at 4 months, perceived stress was significantly higher, while meditation efficacy was significantly lower than those after intervention at 1 week. Therefore, the results point out that the Mental Development Program assists to reduce perceived stress and improve concentration of nursing students. The nursing institutes should integrate the Mental Development Program in the nursing curriculum and provide the meditation practice program throughout their study.

Keywords: Mental development program, Stress, Meditation efficacy, Nursing students

*Corresponding author, Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rastj@mahidol.ac.th

** Lecturer, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University