



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ISSN 3027-8031 (online)

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

Vol.39 No.3 September - December 2025

บทความวิจัย

- ผลของการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
กนกอร ชาวเวียง, ขวัญชนก ยศคำลือ, อรพรรณ แผนคง, อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, กนกพร แก้วโยธา
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
ทยาวิรุ จันทรวีวัฒน์, บุญผา ใจมั่น, แสงนภา บารมี, สุวรรณา เดียประสงศ์
- ปัจจัยทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย
ปริญศ กิตติธีระศักดิ์, พรพิมล พรมนัส, ปาณิสรา ปานมณี, Alicia K Matthews
- การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
สิริภัสสร ลิ้มปิทธิเกียรติ, อนงค์นุช ศาโสรก, สิริลักษณ์ ช่อสัตย์
- ผลของโปรแกรมการดูแลด้วยป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สู่ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล
ศุภรใจ เจริญสุข, กัญญาวิณี โมกขาว
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
นาถนภา วงษ์ศิลป์, เทียนทอง หาระบุตร, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูล, พนิดา รัตนไพโรจน์



วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

จุดประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร
ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม
สร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี
ระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ

กำหนดการออก

ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน,
พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

สำนักงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน
กรุงเทพฯ 10600 โทร. 0-2437-0200-8
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

Objectives

1. To distribute knowledge
2. To serve as medium for exchanging
information, ideas, experiences in psychiatric
mental health nursing among the professional
nurse
3. To promote and increase creative thinking
4. To establish good relationship among
the professional members

Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

Office

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
112 Somdet Chaopraya Rd.,
Klong-San Bangkok 10600
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

กรรมการที่ปรึกษาเกิตติมศักดิ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย	นายเสรี สุวรรณ
กรรมการที่ปรึกษา	นายกสภาการพยาบาล
	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
	ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	รองศาสตราจารย์ สมสร เชื้อหิรัญ
	รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
	รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
	ศาสตราจารย์ ดร.มรยาท รุจิวิชญ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
	ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

นางสาวบุรี กลับวงศ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงศักดิ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชรินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัคทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสธรา สุขโรจน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงดา ฤทธิคนธนา	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรียญกษาปณ์
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์
นางสาวพิมพ์ขานา สิริหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกษาปณ์
ผศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโสกร	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางเพลิน เสี่ยงไขคอกอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวิภา วิทยเจ็ยกขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอรรณพ หรั่งลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนริรัตน์ รุจิรพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันดรา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ค.หญิง ขวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรณฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2/2568 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ผลของการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 3) ปัจจัยทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย 4) การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 5) ผลของโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล และ 6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้าครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่าน และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย โรคภัยคลอเคลีย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง	1 - 14
กนกกร ชาวเวียง, ขวัญชนก ชศคำลือ, อรพรรณ แพนคง, อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ, กนกพร แก้วโยธา	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	15 - 29
ทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์, บุญผา ใจมั่น, แสงนภา บารมี, สุวรรณา เตียประสงค์	
ปัจจัยทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย	30 - 45
ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, พรพิมล พรมนัส, ปาณิสรา ปานมณี, Alicia K Matthews	
การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	46 - 63
ศิริกัศสร ลิ้มปิติเกียรติ, อนงค์นุช ศาโศรก, สิริลักษณ์ ชื้อสัดย์	
ผลของโปรแกรมการดูแลด้วยป้องกันจราจรชีวิต 7 สู่ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล	64 - 78
ศุภกรใจ เจริญสุข, กัญญาวีณ์ โมกขาว	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	79 - 94
นาถนภา วงษ์สีล, เทียนทอง ทาระบุตร, ชุตติมา ปัญญาพินิจนุกร, พนิดา รัตนไพโรจน์	

EFFECTS OF USING SOCIAL CAPITAL MODEL ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY LIVING ALONE

*Kanok-on Chaowiang, Ph.D.**, *Kwanchanok Yotkhamlue, M.N.S.***, *Orawan Pankong, Ph.D.****,

*Uthaitip Chanpen, Ph.D.**, *Kanokporn Kaewyota, M.N.S.**

Abstract

Objective: To develop and examine the effects of a social capital model on depression and quality of life among elderly people living alone.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest approach. The participants were elderly individuals living alone in Sing Buri Province. The research sites were selected through multi-stage random sampling at both district and sub-district levels, resulting in 2 districts and 2 sub-districts per district. A purposive sampling method was used to recruit 31 participants based on predefined criteria. Data collection tools included a personal information questionnaire, a depression assessment scale, and a quality of life assessment scale, with Cronbach's alpha coefficient of 0.70 and 0.92, respectively. The intervention involved a social capital model, conducted over 12 weeks with weekly 3 hours sessions. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used to analyze participants' demographic data, and paired t-tests were employed to compare pre and post intervention mean scores for depression and quality of life.

Results: 1) The mean depression score of participants after the social capital intervention (mean = 6.77, S.D. = 4.44) was significantly lower than before the intervention (mean = 13.94, S.D. = 3.89) ($t = 8.05, p < .05$). 2) The mean of quality of life score after the intervention (mean = 104.12, S.D. = 6.81) was significantly higher than before the intervention (mean = 96.27, S.D. = 13.47) ($t = 3.37, p < .05$).

Conclusion: The social capital model effectively reduced depression and improved quality of life among elderly people living alone. Therefore, social capital should be promoted for elderly individuals living alone in the community.

Keywords: social capital model, depressive symptoms, quality of life, elderly people living alone

*Lecturer, Borommarajonani College of Nursing Phraputhabat

**Corresponding author: Lecturer, Borommarajonani College of Nursing Phraputhabat, e-mail: kwanchanok@bcnpb.ac.th

***Assistant Professor, Borommarajonani College of Nursing Phraputhabat

Received: 10 October 2024, Revised: 18 March 2025, Accepted: 23 March 2025

ผลของการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

กนกกร ชาวเวียง, Ph.D.*, ขวัญชนก ยศคำลือ, พย.ม.*, อรรพรรณ แผนคง, Ph.D.***,

อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, Ph.D.*, กนกพร แก้วโยธา, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในจังหวัดสิงห์บุรี คัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยระดับอำเภอ และระดับตำบลโดยการสุ่มหลายขั้นตอน ได้ 2 อำเภอ ๆ ละ 2 ตำบล จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 31 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิต ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70 และ 0.92 ตามลำดับ และเครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 3 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบค่า paired t-test

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม (mean = 6.77, S.D. = 4.44) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 13.94, S.D. = 3.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.05, p < .05$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม (mean = 104.12, S.D. = 6.81) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 96.27, S.D. = 13.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.37, p < .05$)

สรุป : โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น ควรสนับสนุนรูปแบบทุนทางสังคมนี้สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน

คำสำคัญ : รูปแบบทุนทางสังคม, ภาวะซึมเศร้า, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท, e-mail: kwanchanok@bcnph.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

วันที่รับ: 10 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไข: 18 มีนาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 23 มีนาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จำนวนประชากรโลก 1 ใน 6 หรือประมาณ 1.4 พันล้านคน จะเป็นผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันสังคมโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว คือมีผู้สูงอายุร้อยละ 20.17 ของประชากรรวม โดยภาคกลางมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 39.81 ของประชากรรวม (ไทยพับลิก้า, 2024) จังหวัดสิงห์บุรีเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตภาคกลาง และสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 24.24 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัดสิงห์บุรี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2552) ทั้งนี้การที่ประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีอัตราการเกิดลดลง และการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม ร่วมกับการที่ประชากรที่มีสถานะโสดเพิ่มขึ้น กลุ่มสมรสมีจำนวนบุตรลดลง ส่งผลให้รูปแบบครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น และมีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 77.48 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จึงมีผลต่อจำนวนผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสอาศัยอยู่เพียงลำพังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการสำรวจทั้งในเขตเมืองและชนบท พบว่า ปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 6 และ 16 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 9 และ 19 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

ผู้สูงอายุมีภาวะเสื่อมถอย ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสติปัญญาการรับรู้เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบจากการเสื่อมถอยดังกล่าว นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพได้ เช่น การหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ภาวะทุพโภชนาการ ข้อเสื่อม การมองเห็น สมอเสื่อม บางรายมีโรคเรื้อรัง จึงเพิ่มปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพจิตใจสูงถึงร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังทั้งหมด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบรอบด้าน นำมาสู่การแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Bai et al., 2021) ภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดสำหรับผู้สูงอายุคือภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล สอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพทั่วโลก (Global Health Estimate; GHE) ในปี ค.ศ. 2019 (World Health Organization, 2023) ประมาณหนึ่งในสี่ของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 27.2) อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการดูแล นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูญเสีย หรือรายได้ที่ลดลง การเกษียณอายุ การถูกล่วงละเมิดทางวาจา ร่างกาย การไม่ได้รับการยอมรับความคิดเห็นหรือความสามารถ ล้วนแต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคมเพิ่มขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงและมีความโดดเดี่ยวซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน (Iamtrakul & Chayphong, 2022) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีคู่ชีวิตหรือตนเองที่

เจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงลดลง ไม่มีบุตรหลานดูแล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Juntapim & Theranut, 2023; Ryu et al., 2021)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถแสดงออกได้ทั้งทางสีหน้าที่เศร้า หดหู่ เป็นทุกข์ เฉยชา เจ็บขม ไม่มีชีวิตชีวา วิตกกังวล บางครั้งมีอาการนอนหลับ หงุดหงิดโมโหง่าย กระวนกระวาย โกรธ จินตนาการ ความรู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อย หดเหี่ยว ความสนใจ ความรู้สึกผิดในตัวเอง รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตาย สมาธิเสีย ความคิดเชิงซ้ำ ความสามารถในการตัดสินใจและการคิดลดลง มีความคิดด้านลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต การแสดงออกทางพฤติกรรม โดยมีความบกพร่องในความสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย และอาการทางกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามีผิวดำคล้ำ หรือนอนหลับมากเกินไป (สายฝน เอกวรารุณ, 2564) จากรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) พบว่าโรคซึมเศร้าสูงเป็นอันดับ 2 และผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ

สอดคล้องตามนโยบายของประเทศมีความจำเป็นอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน แนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) คือ ความไว้วางใจกัน การใช้ประโยชน์ร่วมกัน การเกื้อกูลกัน การตอบแทนกัน เครือข่ายทางสังคม และอาสาสมัคร ซึ่งสามารถใช้เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคมของชุมชนได้ เป็นหนึ่งในแนวคิดที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังให้เกิดความยั่งยืนได้ (Coll-Planas, 2016) สำหรับการศึกษาในบริบทสังคมไทย พบว่า ทุนทางสังคมในบริบทของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากการปัญหาทางเศรษฐกิจ การเคลื่อนย้ายแรงงาน โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง จึงควรมีการพัฒนาทุนทางสังคมตามบริบทของชุมชนเพื่อเป็นกลไกในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังไม่พบการสนับสนุนทุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้จัดทำโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดความไว้วางใจ มั่นใจในชุมชนของตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังก่อน

และหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม

สมมุติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของ Putnam มีผลลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

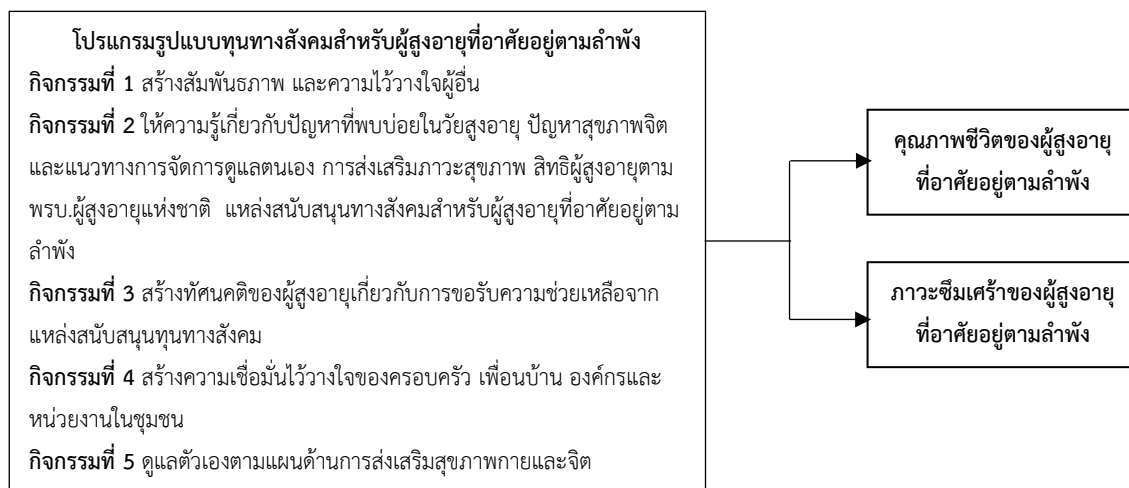
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม

สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam (1993) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ทุนทางสังคมในครอบครัวและเครือญาติ (Bounding Social Capital) 2) ทุนทางสังคมความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคล (Bridging Social Capital) 3) ทุนทางสังคมระหว่างองค์กร (Linking Social Capital) ซึ่งขับเคลื่อนด้วย 3 กระบวนการ คือ social participation, social connection, social support โดยมี 2 ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน (cognitive social capital) คือ มุมมองของบุคคลที่สนับสนุนต่อทุนทางสังคม ได้แก่ ความไว้วางใจ (trust) การช่วยเหลือเกื้อกูล (reciprocity) และความสามัคคี (cohesion) และปัจจัยภายนอก คือ เครือข่ายทางสังคม (social networks) ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน องค์กรและหน่วยงานในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one - group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในจังหวัดสิงห์บุรี โดยคัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยระดับอำเภอ และระดับตำบลด้วยการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ได้ 2 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*power paired t-test ที่ effect size 0.5 power 0.80 และระดับ Type I error 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก 10% เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 31 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) พักอาศัยในบ้านเพียงลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ 2) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) มีระดับคะแนน 9 คะแนนขึ้นไป 3) ประเมินสมรรถภาพทางสมอง (TMSE) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536) มีระดับคะแนน 23 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 5) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 3) มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่พักอาศัย ความปลอดภัยในชุมชน การเจ็บป่วย ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นลักษณะเลือกตอบและเติมข้อความ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย (Thai Geriatric Depression Scale :TGDS) (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ, 2537) มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบประเมินตนเองในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ด้านอาการทางอารมณ์ 13 ข้อ ด้านความรู้สึกรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ 5 ข้อ ด้านการมองตนเองในแง่ลบ 5 ข้อ และด้านความรู้สึกรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งรอบด้าน 7 ข้อ สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.70

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (สุวรรณ มหัต

นิรันดร์กุล และคณะ, 2541) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (3 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) เป็นแบบวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ (1 - 5) โดยจะวัดความรู้สึกใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระดับคะแนน 0 - 25 มีคุณภาพชีวิตต่ำ ระดับคะแนน 26 - 50 มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ระดับคะแนน 51 - 75 มีคุณภาพชีวิตดี และระดับคะแนน 76 - 100 มีคุณภาพชีวิตดีมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.65 สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ ๗ ละ 1 วัน ๗ ละ 3 ชั่วโมง โดยใช้คู่มือการคัดกรองภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการมองเห็นการได้ยิน สุขภาพช่องปาก ภาวะโภชนาการ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ด้านสังคม และ คู่มือโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพและ

ไว้วางใจผู้อื่น ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ และพัฒนาการรู้จักตนเอง การเข้าใจผู้อื่น เป็นกิจกรรมที่จัดให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจทุนทางสังคม และทำ pre-test โดยประเมินภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิต และแนวทางการจัดการดูแลตนเอง การส่งเสริมภาวะสุขภาพ สิทธิผู้สูงอายุตาม พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ แหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีการดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 - 3 ประกอบด้วยกิจกรรมเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต คำนึง

กิจกรรมที่ 3 สร้างทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทุนทางสังคม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 - 7 ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการขอความช่วยเหลือ การเข้าถึงแหล่งทุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของตนเอง การขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อตนเองประสบปัญหา ส่งเสริมบทบาทด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะด้านอารมณ์ความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า และสุขภาพกาย โดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 4 สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในครอบครัว ต่อเพื่อนบ้าน องค์กร และหน่วยงาน ในชุมชนดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน

ความไว้วางใจ เป็นกิจกรรมที่จัดเพื่ออภิปรายแยกในกลุ่มผู้สูงอายุ ในประเด็นการปรับปรุงกิจกรรมและสร้างความผูกพันในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในเครือข่ายและประสานความร่วมมือกันต่อไป

กิจกรรมที่ 5 ดูแลตัวเองตามแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9 -12 พัฒนาปรับปรุงแผนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และนำแผนการดูแลไปใช้กับผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง และประเมินผลโปรแกรมรูปแบบและทำ post-test ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุไทย โดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการทดลอง

1. การเตรียมเข้าพื้นที่ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และพื้นที่เป้าหมายคือ อำเภอบางระจัน และอำเภอท่าช้าง เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ระยะเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พร้อมกับให้ผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เห็นยินยอม

3. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้ทดลอง โดยผู้วิจัยได้มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คนต่อพื้นที่เป้าหมาย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ปี ผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม วิธีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยมีดังนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผู้ช่วยวิจัยได้มีการทดลองฝึกการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิต ในอำเภอเมืองจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 3 - 5 ราย ภายใต้การแนะนำ

ของผู้วิจัย

4. ผู้ช่วยวิจัย ได้ทำเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง

5. นัคหมายผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม มีทั้งหมด 5 กิจกรรม จำนวน 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2567 ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และแนวทางการจัดการดูแลตนเอง การส่งเสริมภาวะสุขภาพ สิทธิผู้สูงอายุตาม พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ แหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

กิจกรรมที่ 3 สร้างทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 4 สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในครอบครัว ต่อเพื่อนบ้าน ต่อองค์กรและต่อหน่วยงานในชุมชน

กิจกรรมที่ 5 การดูแลตัวเองตามแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพกาย

ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการ ทำ post-test โดยการประเมินภาวะซึมเศร้า และวัดคุณภาพชีวิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท IRB NO. 022/2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกคนโดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เลขรหัสแทนข้อมูลแต่ละบุคคล โดยไม่สามารถอ้างอิงถึงตัวบุคคล ทั้งนี้เอกสารที่ได้จากการเก็บข้อมูลถูกเก็บรักษาไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจเปิดไว้ ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์มีการสร้างรหัสผ่านโดยผู้วิจัย ข้อมูลที่เป็นเอกสารจะใช้เครื่องทำลายเอกสารหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ก่อนและหลังการดำเนินงานตาม

โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ด้วยสถิติ paired t-test โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

ผลการวิจัย

ผลของการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) รูปแบบทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และ 2) เปรียบเทียบผลของรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.50) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.14 ปี (S.D. = 8.35) อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 60 ปี สูงสุด 88 ปี รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 80.65) ส่วนใหญ่มีรายได้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 71.00) ผู้สูงอายุมีรายได้ส่วนใหญ่จากสวัสดิการของรัฐแหล่งเดียว (ร้อยละ 45.16) รองลงมามีรายได้มาจากสวัสดิการของรัฐ การประกอบอาชีพของตนเอง และเครือญาติ (ร้อยละ 32.26) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 35.48) รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 22.58) ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 77.42) ในส่วนของบริบทการพักอาศัยในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงลำพัง (ร้อยละ 77.42) รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 16.13) ส่วนใหญ่

อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือในพื้นที่ชนบท (ร้อยละ 61.29) และมีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ 77.42) ส่วนใหญ่มีความปลอดภัยในการอยู่อาศัยในชุมชน (ร้อยละ 93.55) ในด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 80.65) โดยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ 1 - 2 โรค (ร้อยละ 38.71) รองลงมา มีการเจ็บป่วย 3 - 4 โรค (ร้อยละ 35.48) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 93.38) ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.19) และทุกคนเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ง่าย (ร้อยละ 100.00)

ส่วนที่ 2 รูปแบบทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

รูปแบบทุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของ Putnam ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มุ่งเน้นการเสริมสร้างความไว้วางใจ (trust) ที่มีต่อบุคคลอื่น และสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (social participation) โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเองทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผ่านกิจกรรมนันทนาการ สำหรับกลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนใช้กลวิธีการสร้างความไว้วางใจระหว่างสมาชิกในชุมชน (trust) การสนับสนุนค่านิยมร่วมทางสังคมเกี่ยวกับการช่วยเหลือเกื้อกูล (reciprocity) และความสามัคคี (cohesion) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกับเครือข่ายองค์กรในชุมชน เป็นการ

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการทางสังคมมากขึ้น และเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้เครือข่ายองค์กรในชุมชนได้สำรวจความต้องการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 สนับสนุนเครือข่ายองค์กรในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลวิธี AIC (Appreciation, Influence, and Control) ในการกำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง กำหนดบทบาทหน้าที่สมาชิกเครือข่าย และระบบการประสานงาน (social connection) ระหว่างสมาชิกเครือข่ายชุมชน จากนั้นเครือข่ายชุมชนนำแผนไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน ด้วยวิธีการเยี่ยมบ้านร่วมกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำทีม ระหว่างดำเนินการสมาชิกเครือข่ายมีการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับ ความเหมาะสมของแผนการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง อีกทั้งมีการสนับสนุนเครือข่ายเพื่อนบ้าน ให้มีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนและพัฒนาปรับปรุงมุ่งเน้นการสนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนนำผลจากการนำแผนลงไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มาประชุมปรึกษา ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินการ กิจกรรมนี้เป็นการสนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแก้ปัญหาาร่วมกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลอง ($\text{mean} = 6.77, \text{S.D.} = 4.44$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\text{mean} = 13.94, \text{S.D.} = 3.89$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 8.05, p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลอง ($\text{mean} = 104.12, \text{S.D.} = 6.81$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\text{mean} = 96.27, \text{S.D.} = 13.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.37, p < .05$)

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมรูปแบบการสนับสนุนทุนทางสังคม สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีภาวะซึมเศร้าลดลงและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในการศึกษาได้โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างความไว้วางใจและการสนับสนุนการร่วมกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุ การสร้างความไว้วางใจ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 31)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ภาวะซึมเศร้า	13.94	3.89	6.77	4.44	8.05	.015*
คุณภาพชีวิต	96.27	13.47	104.12	6.81	3.37	.002*

**p* < .05

ในกลุ่มเครือข่ายองค์กรในชุมชน จากนั้นสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายองค์กรกับกลุ่มผู้สูงอายุ 2) สนับสนุนเครือข่ายองค์กรร่วมกันวางแผน กำหนดบทบาทหน้าที่ การประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นนำไป 3) ทบทวนพัฒนาปรับปรุง ประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติตามแผน ซึ่งโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมนี้ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้จริง สอดคล้องกับทฤษฎีทุนทางสังคมของ Putnam (2000) ที่ระบุว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมสามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตและความผาสุกของผู้สูงอายุ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมต้องอาศัยแกนนำชุมชนหรืออาสาสมัครเพื่อช่วยขับเคลื่อนกิจกรรม และสอดคล้องกับ Coll-Planas (2016) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทุนทางสังคมในผู้สูงอายุเป็นระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

2. ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการ

ทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร เคนศิลา และคณะ (2563) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา มาลัย และคณะ (2562) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้มีโอกาสช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพ และเกิดการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมใหม่ (Lager et al., 2015) ทำให้ผู้สูงอายุไม่แยกตัวออกจากสังคม และไม่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Bai et al., 2020)

3. ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.29 มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 22.54 มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 3.22 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี หลังการทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 93.38 มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 6.44 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต

หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของเวรกา กลิ่นวิจิต และพิสิษฐ์ ปริยาพรณ (2561) พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงที่มีบ้านและสังคมอบอุ่น แบ่งปัน เอื้อเฟื้อต่อกัน เพื่อนบ้านที่ดี ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมและชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของซู และคณะ (Zhu et al., 2022) ที่พบว่าทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ (Cognitive social capital) สามารถส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้ การศึกษางานวิจัยของประเทศไทยที่ผ่านมา ที่พบว่าทุนทางสังคมที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานภายในชุมชน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ มีการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม ด้านข้อมูลข่าวสาร และมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอในการดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Nuntaboot et al., 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพสามารถนำโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพัฒนาคุณภาพชีวิตในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำแนวคิด

การสนับสนุนทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังโดยทำการศึกษาในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อติดตามการคงอยู่ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ผู้วิจัยขอขอบคุณแหล่งทุน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ในการประสานงาน และสนับสนุนในการลงพื้นที่ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). แผนและนโยบายผู้สูงอายุ. <http://www.dop.go.th/laws/1/28/766>
- ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, และศรีสกุล เขียวแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 67-76.
- ไทย พับลิเก้า. (2024). เมื่อไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ *Aged Society* ผู้สูงอายุไทยได้รับสวัสดิการอะไรบ้าง. <https://thaipublica.org/2024/02/thailand-becomes-aged-society/>

- นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย [Thai geriatric depression scale: TGDS]. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- เวชกา กลิ่นวิจิต, และ พิสิษฐ์ พิธิยาพรหม. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงใต้. *วารสารวิชาการ ปชมท*, 9(1), 80-93.
- ศูนย์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2566. https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/.
- สายฝน เอกวรรณกุล. (2564). *ศาสตร์และศิลป์การบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ ธานี พรมานะจิรังกุล. (2541). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 5(3), 4-15.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2559. 20230501001130_41503.pdf
- อุมาพร เกนศิลา, เกษฎาภรณ์ นาขะมิน, นิตยากร ลุนพรม, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, ณัฐฐาภรณ์ บึงมูม, และ นาจันทร ชาบลิค. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(3), 377-388.
- Bai, Z., Wang, Z., Shao, T., Qin, X., & Hu, Z. (2021). Association between social capital and loneliness among older adults: A cross-sectional study in Anhui Province, China. *BMC Geriatrics*, 21(26), 1-10.
- Coll-Planas, L. (2016). Promoting social capital in an ageing society: a win-win proposition?. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 323-325.
- Iamtrakul, P., & Chayphong, S. (2022). Exploring the Influencing Factors on Living Alone and Social Isolation among Older Adults in Rural Areas of Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14572.
- Juntapim, S., & Theranut, A. (2023). Mental health status and factors related on mental health status of the older adults living alone; Working with Older People. *Journal of Nursing Science & Health*, 46(1), 114-127.
- Lager, D., van Hoven, B., & Huigen, P. (2015). Understanding older adults' social capital in place: Obstacles to and opportunities for social contacts in the neighbourhood. *Geoforum*, 59, 87-97.
- Nuntaboot, K., Boonsawasdulchai, P., & Bubpa, N. (2019). Roles of mutual help of local community networks in community health activities: Improvement for the quality of life of older people in Thailand. *International Journal of Nursing Sciences*, 6, 266 - 271.
- Putnam, Robert D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Putnam, Robert D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Ryu, S. I., Cho, B., Chang, S. J., Ko, H., Yi, Y. M., Noh, E. Y., Cho, H. R., & Park, Y. H. (2021). Factors Related to Self-Confidence to Live Alone in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. *BMC geriatrics*, 21(1), 291.
- World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Zhu, H., He, L., Peng, J., Li, X., Gao, B., Zhou, H., & Wan, Y. (2022). Community social capital and the health-related quality of life among empty-nest elderly in western China: moderating effect of living arrangements. *BMC Psychiatry*, 22(685), 1-12.

FACTORS PREDICTING THE KRATOM USE BEHAVIOR AMONG TEENAGERS IN THE DISTRICT OF MUEANG, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

*Tayawee Juntarawiwat, M.N.S. *, Buppha Jaimun, Ph.D. **, Sangnapa Baramee, M.N.S. *,
Suwanna Tiaprasong, M.N.S. ****

Abstract

Objective: To study the factors that influence Teenagers' Kratom use behavior in the district of Mueang, Nakhon Ratchasima Province.

Methods: The study participants were 136 Teenagers with Kratom use behavior in the district of Mueang, Nakhon Ratchasima Province, by purposive sampling. The research instrument consisted of three questionnaires; 1) demographic questionnaires 2) measures of knowledge, attitudes, motivation, media exposure and 3) measures of the Kratom use behavior. The data were analyzed by the Descriptive statistics, Pearson's product - moment correlation, and Multiple linear Regressions.

Results: The results showed that Teenagers' Kratom use behavior in the district of Mueang, Nakhon Ratchasima province. The average score of knowledge was in the medium level (mean = 9.85, S.D. = 1.92), a medium level of attitudes (mean = 3.42, S.D. = 0.46), a high level of motivation (mean = 3.53, S.D. = 0.75), a high level of media exposure (mean = 3.60, S.D. = 0.70) and a medium level of Kratom use behavior (mean = 2.96, S.D. = 0.97). The attitudes, motivation, media exposure, and Kratom use behavior were significantly positively related ($r = .570, .699, .519, p < .01$ respectively). The knowledge, attitudes, motivation, and media exposure could jointly predict the Kratom use behavior among Teenagers accounted for 52.90 % of the variance with a statistical significance at the .01 level ($R^2 = .529, p < .01$). The most influential variable was motivation (Beta = .532, $p < .01$), followed by attitudes (Beta = .202, $p < .01$).

Conclusion: Motivational factors and attitudinal factors influence kratom use behavior among adolescents. If adolescents reduce their motivation and adjust their attitudes towards kratom use, it can lead to a reduction in kratom use behavior. This can lead to planning for the prevention of kratom use behavior among adolescents in the future.

Keywords: kratom use behavior, the kratom, teenagers, motivation, attitudes

*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

**Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, e-mail: kungfu2554@hotmail.com

***Registered Nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Received: 7 July 2024, Revised: 2 January 2025, Accepted: 7 January 2025

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์, พย.ม.*, บุปผา ใจมั่น, ปร.ค.** , แสงนภา บารมี, พย.ม.*,
สุวรรณา เตียประสงค์, พย.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือวัยรุ่นที่ใช้บริการร้านกระท่อมในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 136 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ และ3) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้กระท่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา : พฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 9.85, \text{S.D.} = 1.92$) ทักษะคิด อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 3.42, \text{S.D.} = 0.46$) แรงจูงใจ อยู่ในระดับมาก ($\text{mean} = 3.53, \text{S.D.} = 0.75$) การเปิดรับสื่อ อยู่ในระดับมาก ($\text{mean} = 3.60, \text{S.D.} = 0.70$) และพฤติกรรมการใช้กระท่อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 2.96, \text{S.D.} = 0.97$) ปัจจัยด้านทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้กระท่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .570, .699, .519, p < .01$ ตามลำดับ) โดยปัจจัยความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นได้ร้อยละ 52.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .529, p < .01$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ด้านแรงจูงใจ ($\text{Beta} = .532, p < .01$) รองลงมาด้านทักษะคิด ($\text{Beta} = .202, p < .01$)

สรุป : ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านทักษะคิด มีผลต่อพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น หากวัยรุ่นลดแรงจูงใจและปรับทักษะคิดในการใช้กระท่อม จะทำให้ลดพฤติกรรมการใช้กระท่อมตามมาได้ ซึ่งนำไปสู่การวางแผนป้องกันพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้กระท่อม, กระท่อม, วัยรุ่น, แรงจูงใจ, ทักษะคิด

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สรรพสิทธิประสงค์, e-mail: kungfu2554@hotmail.com

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วันที่รับ: 7 กรกฎาคม 2567, วันที่แก้ไข: 2 มกราคม 2568, วันที่ตอบรับ: 7 มกราคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

กระท่อม (Kratom) มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil สารสำคัญที่พบในใบกระท่อม คือ mitragynine และ 7-hydroxymitragynine ออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์กดประสาทส่วนกลาง มีฤทธิ์ระงับอาการปวด รู้สึกชา ง่วงซึม รู้สึกเคลิบเคลิ้มเป็นสุข ในประเทศไทย เดิมนิยมใช้กระท่อมเพื่อการทำงานได้นานและทนขึ้น เป็นสมุนไพรรักษาโรค และใช้เพื่อกิจกรรมนันทนาการสังสรรค์กับเพื่อน ๆ ซึ่งมีการเสพกระท่อมอย่างแพร่หลายจนทำให้เกิดการเสพติด จึงมีกฎหมายควบคุมอย่างเข้มงวดกระท่อมได้ถูกจัดให้เป็นพืชเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ปัจจุบันมีการบริโภคกระท่อมเป็นวิถีชาวบ้านและมีประโยชน์ทางการแพทย์ ได้ยกเลิกกระท่อมจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 และประกาศใช้พระราชบัญญัติกระท่อม พ.ศ. 2565 ประชาชนสามารถครอบครอง บริโภค และใช้ประโยชน์จากกระท่อมได้ โดยห้ามจำหน่ายในบุคคลกลุ่มเสี่ยง และห้ามนำไปผสมกับยาเสพติดชนิดอื่น ซึ่งจะนำไปสู่การใช้กระท่อมในทางที่ผิด (พระราชบัญญัติพืชกระท่อม, 2565) แต่ในกลุ่มวัยรุ่นมีการดัดแปลงการใช้กระท่อมเพื่อผ่อนคลาย สนุกสนาน ครึกครื้น โดยนิยมนำใบกระท่อมมาต้มผสมรวมกับยาเสพติดชนิดอื่น หรือเครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม ยาแก้ไอ ที่เรียกว่า “สี่คูณร้อย (4x100)” บางสูตรผสมกับสารฟลูออเรสเซนซ์หลอดไฟนีออน เรียก “วันทูคอล ” บางพื้นที่ผสมขี้เถ้าได้มรูเรียกว่า “อวดาร” เนื่องจากใบกระท่อมสามารถหา

ซื้อได้ง่าย ทั้งรถเร่ขาย ร้านเปิดขาย ตลาดสด และขายบนอินเทอร์เน็ต อีกทั้งราคายังไม่แพง และมีฤทธิ์ได้เช่นเดียวกับสารเสพติดอื่น สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการและตลาดการจำหน่ายใบกระท่อมอย่างแพร่หลาย

การศึกษาความชุกของการใช้กระท่อมในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา กลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 0.8 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุน้อย และผู้ใช้กระท่อมมีแนวโน้มที่จะมีประวัติการใช้สารเสพติดที่รุนแรงขึ้น (Schimmel et.al., 2021) สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชากรไทยอายุ 12 - 65 ปี มีพฤติกรรมเคยเสพกระท่อม ประมาณ 1,605,040 คน คิดเป็นอัตรา 31.91 ต่อพันคน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เคยเสพอัตรา 15.72 ต่อพันคน และเคยใช้สี่คูณร้อย อัตรา 15.72 ต่อพันคน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงหลายเท่า ผู้ใช้น้ำดื่มกระท่อมสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 12 - 19 ปี (สาวตรี อัมฉนังค์กรชัย และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยัน บุญแท้ (2563) พบว่า กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี และ อายุ 20 - 29 ปี ใช้กระท่อมเคี้ยวสด ร้อยละ 0.90 และ 1.70 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 20 - 29 ปี ใช้น้ำดื่มใบกระท่อมผสมสารอื่นมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ สะท้อนถึงปัญหาการแพร่ระบาดของการใช้กระท่อมในกลุ่มเยาวชนเป็นอย่างมาก

ผลกระทบจากการใช้กระท่อมในวัยรุ่นต่อสมองสามารถเป็นสาเหตุทำให้เกิดความบกพร่องทางความคิด พฤติกรรม และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (Suhaimi et al., 2023; Zul Aznal et al.,

2022) ซึ่งกระท่อมออกฤทธิ์ตอบสนองคล้ายฝิ่น ถ้าใช้ในปริมาณเล็กน้อยจะกระตุ้นความตื่นตัว และการพูดเพิ่มมากขึ้น เมื่อใช้ในปริมาณมากขึ้น สารประกอบในกระท่อมจะทำปฏิกิริยากับตัวรับโอปิออยด์ในสมองทำให้เกิดความรู้สึกสงบ เป็นสุข และระงับความเจ็บปวดลง การใช้กระท่อมทั้งปริมาณเล็กน้อยและปริมาณสูงสามารถทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ คัดแน่นเหงื่อออก ปากแห้ง ท้องผูก ความดันโลหิตสูง อาเจียน นอนไม่หลับ และชักได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการทางจิตจากการใช้กระท่อม เช่น สับสน หลงผิด ประสาทหลอนได้ (National council for mental wellbeing, n.d.) จะเห็นได้ว่าการใช้กระท่อมของวัยรุ่นตั้งแต่อายุน้อยนำไปสู่ปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัญหาสุขภาพจิต มีผลต่อสมอง ส่งผลต่อปัญหาการเรียน สังคมและอาชญากรรมอื่นๆตามมาได้ในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับกระท่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้กระท่อม (รดาธร อัญภัทรถาวร และ พิพัฒน์ นนทนาธรณ, 2565; กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ, 2565) ปัจจัยด้านทัศนคติต่อกระท่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กระท่อมอย่างมาก (รดาธร อัญภัทรถาวร และ พิพัฒน์ นนทนาธรณ, 2565; กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ, 2565; Chongrattanakon et al., 2018) ซึ่งการมีทัศนคติเชิงบวกว่าการใช้กระท่อมเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ทำให้ขยันทำงาน ส่วนเชิงลบมองว่าน้ำกระท่อมมีผลร้ายมากกว่าใบกระท่อม และเห็นด้วยที่กฎหมายอนุญาตให้ปลูกและใช้กระท่อมได้ แต่ห้ามผสม

สารอื่น ๆ รวมทั้งกำหนดอายุของผู้ใช้ (สยามล เจริญรัตน์ และคณะ, 2560) สำหรับในต่างประเทศการศึกษาของ Charoenratana et al. (2021) พบว่า ผู้ใช้กระท่อมมีทัศนคติเชิงบวกต่อการบริโภคกระท่อม และมองว่าการบริโภคใบกระท่อมสดดีกว่าน้ำคั้นกระท่อม ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายมากกว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจต่อการใช้กระท่อม ใช้เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและดูแลตัวเองจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ (Grundmann et al., 2022) ส่วนการศึกษากลุ่มอื่น ๆ ในผู้ใช้สารเสพติด พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ บุคคลที่มีความรู้เรื่องสารเสพติดสูงมีโอกาสต่ำที่จะใช้สารเสพติดอย่างผิดกฎหมาย (Liao et al., 2018) และปัจจัยการเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นอย่างมาก (Nunez-Smith et al., 2010; Odofin et al., 2023) แต่ยังไม่มีการศึกษาในกระท่อม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงกระท่อมได้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นแหล่งรวมเศรษฐกิจ มีสถาบันการศึกษา และมีประชากรและเยาวชนวัยรุ่นอาศัยอยู่จำนวนมาก มีการจำหน่ายใบกระท่อมในท้องตลาด เปิดร้านขายตลาดสด ขายออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากวัยรุ่นมีการนำกระท่อมมาใช้ในทางที่ผิด โทษต่อร่างกาย เกิดการเสพติด เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเกี่ยวกับการใช้กระท่อมให้

ถูกต้อง ลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมที่อาจจะตามมากับวัยรุ่นต่อไป

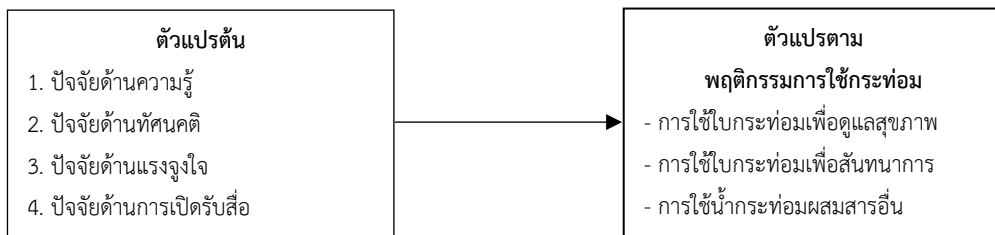
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะจิต แรงจูงใจและการเปิดรับสื่อกับพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Research) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน มกราคม 2567 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นวัยรุ่นที่ใช้บริการร้าน

ทบทุนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับตัวแปรต้น ต่อพฤติกรรมการใช้กระท่อม ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ (รดาธร อัญภัทรถาวร และ พิพัฒน์ นนทนาธรณ, 2565; กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ, 2565; Liao et al., 2018; Khalid et al., 2023) ปัจจัยด้านทัศนคติ (รดาธร อัญภัทรถาวร และ พิพัฒน์ นนทนาธรณ, 2565; กุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ, 2565; Chongrattanakon et al., 2018) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (Grundmann et al., 2022; Srisittayanon et al., 2023) และปัจจัยด้านการเปิดรับสื่อ (Davis et al., 2019; Nunez-Smith et al., 2010; Odofin et al., 2023) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้กระท่อมอย่างมีนัยสำคัญ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยของการศึกษาภาพที่ 1

กระท่อมในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.3 เนื่องจากไม่ทราบค่าประมาณการ พารามิเตอร์ในอดีต จึงได้เลือกใช้ค่าขนาดกลาง ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง เท่ากับ .05 อำนาจ

การทดสอบ เท่ากับ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 124 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 136 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากวัยรุ่นที่ใช้บริการร้านกระท่อมในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ใช้กระท่อมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 2) มีอายุ 15-24 ปี 3) สามารถสื่อสารและอ่านเขียนเป็นภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 5) เป็นประชากรในเขตพื้นที่วิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถให้ข้อมูลในช่วงวันของการเก็บข้อมูลวิจัยได้ 2) ไม่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองได้ เช่น โรคทางจิตเวช

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA No. 36/2566 วันที่รับรอง 13 ธันวาคม พ.ศ. 2566 - 12 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มวิจัยจะได้รับในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ไม่มีการระบุชื่อ ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา รวมทั้งสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ การใช้สารเสพติดอื่น ๆ การใช้กระท่อมของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของบุคคลต่อการใช้กระท่อม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ผู้วิจัยประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน จำนวน 62 ข้อ ได้แก่ ด้านความรู้ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบถูกหรือผิด หากตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79) ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) และด้านทัศนคติ จำนวน 16 ข้อ ด้านแรงจูงใจ จำนวน 10 ข้อ ด้านการเปิดรับสื่อ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ระดับคะแนน 5 หมายถึงมากที่สุด ระดับคะแนน 4 หมายถึงมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึงปานกลาง ระดับคะแนน 2 หมายถึงน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึงน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554) ได้แก่ ระดับน้อยที่สุดเท่ากับ 1.00 - 1.49 ระดับน้อยเท่ากับ 1.50 - 2.49 ระดับปานกลางเท่ากับ 2.50 - 3.49 ระดับมากเท่ากับ 3.50 - 4.49 ระดับมากที่สุดเท่ากับ 4.50 - 5.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้กระท่อม จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ระดับคะแนน 5 หมายถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ ระดับคะแนน 4 หมายถึงบ่อยครั้ง ระดับคะแนน 3 หมายถึงบางครั้ง ระดับคะแนน 2 หมายถึงนาน ๆ ครั้ง และระดับคะแนน 1 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554) ได้แก่ ระดับน้อยที่สุดเท่ากับ 1.00 - 1.49 ระดับน้อยเท่ากับ 1.50 - 2.49 ระดับปานกลางเท่ากับ 2.50 - 3.49 ระดับมากเท่ากับ 3.50 - 4.49 ระดับมากที่สุดเท่ากับ 4.50 - 5.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น มาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (validity) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ การเปิดรับสื่อ และพฤติกรรมการใช้กระท่อม ด้วยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 2 คน ตรวจสอบความตรง

เชิงเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่า IOC เท่ากับ .67 - 1.00

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคำถามปัจจัยด้านความรู้ คำนวณด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความยากเท่ากับ 0.74 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ แรงจูงใจ การเปิดรับสื่อ และพฤติกรรมการใช้กระท่อม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 .80 .78 และ .92 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงสำนักงานเทศบาลนครราชสีมาเพื่อขอชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน เป็นนักศึกษาพยาบาล มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกระท่อม โดยชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้ช่วยวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นที่ใช้บริการร้านกระท่อมในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การวิจัย คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยจึงแจกแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

4. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเติมคำตอบที่ขาดหาย

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ การเปิดรับสื่อ และพฤติกรรมการใช้กระท่อม โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปลผลค่าเฉลี่ยเทียบกับเกณฑ์

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ การเปิดรับสื่อ กับพฤติกรรมการใช้กระท่อม ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จำนวน 125 คน (ร้อยละ 91.91) เป็นเพศชาย จำนวน 79 คน (ร้อยละ 58.09) สถานภาพสมรสโสด จำนวน 134 คน (ร้อยละ 98.53) ระดับการศึกษากำลังศึกษา จำนวน 98 คน (ร้อยละ 72.05) อาชีพนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 98 คน (ร้อยละ 72.05) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 60 คน (ร้อยละ 43.38) ไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ จำนวน 126 คน (ร้อยละ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ การเปิดรับสื่อ และพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น (n = 136)

ปัจจัย	mean	S.D.	ระดับ
ความรู้	9.85	1.92	ปานกลาง
ทักษะคิด	3.42	0.46	ปานกลาง
แรงจูงใจ	3.53	0.75	มาก
การเปิดรับสื่อ	3.60	0.70	มาก
พฤติกรรมการใช้กระท่อม	2.96	0.97	ปานกลาง
- การใช้กระท่อมเพื่อดูแลสุขภาพ	2.87	1.43	ปานกลาง
- การใช้กระท่อมเพื่อสันตนาการ	3.47	1.17	ปานกลาง
- การใช้น้ำกระท่อมผสมสารอื่น	2.60	1.52	ปานกลาง

92.64) ไม่การใช้สารเสพติดอื่น ๆ จำนวน 77 คน (ร้อยละ 56.62) บุคคลในครอบครัวไม่ใช้กระท่อม จำนวน 95 คน (ร้อยละ 69.85) และส่วนใหญ่เพื่อน มีอิทธิพลต่อการใช้กระท่อมจำนวน 89 คน (ร้อยละ 65.44)

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ การเปิดรับสื่อ และพฤติกรรมการใช้กระท่อม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นโดยรวม ความรู้มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 9.85, \text{S.D.} = 1.92$) น้อยที่สุดคือทักษะคิด อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 3.42, \text{S.D.} = 0.46$) และพฤติกรรมการใช้กระท่อมในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 2.96, \text{S.D.} = 0.97$) ในส่วนรายด้าน พบว่า ในส่วนรายด้านพบว่า การใช้กระท่อมเพื่อสันทนาการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\text{mean} = 3.47, \text{S.D.} = 1.17$) น้อยที่สุดคือการใช้กระท่อมผสมสารอื่น ($\text{mean} = 2.60, \text{S.D.} = 1.52$) ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ กับพฤติกรรม การใช้กระท่อมของวัยรุ่น

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้กระท่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .570, .699, .519, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กระท่อม ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า 1) ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง จาก Normal Probability Plot 2) ตัวแปรอิสระอยู่ในมาตราอันตรภาคชั้นขึ้นไป 3) ค่าความแปรปรวนคงที่ 4) ตัวทำนายไม่สัมพันธ์กันเองสูง 5) การแปรค่าของตัวแปรตามแต่ละค่าต้องเป็นอิสระจากกัน คำนวณค่า Durbin-

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ กับพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ($n = 136$)

ตัวแปร	ความรู้	ทักษะคิด	แรงจูงใจ	การเปิดรับสื่อ	พฤติกรรมการใช้กระท่อม
1. ความรู้	-				
2. ทักษะคิด	.114	-			
3. แรงจูงใจ	.116	.619*	-		
4. การเปิดรับสื่อ	.053	.572*	.611*	-	
5. พฤติกรรมการใช้กระท่อม	0.17	.570*	.699*	.519**	1.00

* $p < .01$

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ กับพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	Beta	Std. Error	Beta		
ความรู้	-.036	.030	-.072	-1.191	.236
ทักษะคิด	.426	.170	.202	2.505	.013*
แรงจูงใจ	.685	.107	.532	6.377	.000*
การเปิดรับสื่อ	.114	.111	.082	1.028	.306
ค่าคงที่ (Constant)	-.965	.510		-1.890	.061

หมายเหตุ R = .727, R² = .529, F = 36.709, p-value = .05, *p < .01

สามารถเขียนเป็นสมการทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น (Z_{Behavior}) ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) ได้ดังนี้

$$Z_{\text{Behavior}} = -.072 Z_{\text{Knowledge}} + .202 Z_{\text{Attitudes}} + .532 Z_{\text{Motivation}} + .082 Z_{\text{Media exposure}}$$

Watson ได้ เท่ากับ 1.848 6) การแจกแจงของความคลาดเคลื่อนเป็นNormality โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 52.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .529, p < .01$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ด้านแรงจูงใจ ($Beta = .532, p < .01$) รองลงมาด้าน ทักษะคิด ($Beta = .202, p < .01$) ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.96, S.D. = 0.97) ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 9.85, SD = 1.92, mean = 3.42, S.D. = 0.46 ตามลำดับ) ส่วน ปัจจัยแรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ อยู่ในระดับมาก (mean = 3.53, S.D. = 0.75, mean = 3.60, S.D. = 0.70 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Choden et al., (2018) พบว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา และส่วนใหญ่เพื่อนมีอิทธิพลต่อการใช้กระท่อมวัยรุ่นเหล่านี้จึงได้เห็นเพื่อนใช้ หรือถูกเพื่อนชักชวน สาเหตุจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ มีความอยากรู้อยากลอง ต้องการความตื่นเต้น สนุกสนาน

ครีกรีน และต้องการเป็นที่ยอมรับจากเพื่อนและคนรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Khalid et al., (2023) วัยรุ่นมีทัศนคติเกี่ยวกับเพื่อนเป็นอิทธิพลต่อการใช้กระท่อมครั้งแรกมากที่สุด และต้องการเป็นที่ยอมรับจากเพื่อน และพบว่ากลุ่มวัยรุ่นผู้ใช้กระท่อมมีความรู้สูงกว่ากลุ่มไม่ใช้กระท่อม จากการที่วัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระท่อมถึงรูปแบบการบริโภค ข้อควรระวัง ผลกระทบทางบวกและลบของกระท่อม ซึ่งเป็นปัจจัยการสร้างแรงจูงใจด้วยเหตุผลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับกระท่อม (Srisittiyanon et al., 2023) และปัจจัยด้านการเปิดรับสื่อ เนื่องจากการติดต่อสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ส่งผลทำให้วัยรุ่นเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายขึ้น (ประเวช สังข์วงษ์, 2564) มีหลากหลายช่องทาง มีความสะดวก รวดเร็ว เข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา รวมถึงสามารถสื่อสาร แสดงความคิดเห็น และส่งต่อข้อมูลกับเพื่อน ๆ ได้ อีกทั้งยังพบว่ามีร้านขายกระท่อมเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งอำนวยความสะดวกและเป็นการสร้างกระแสที่ดึงดูดความสนใจของวัยรุ่นที่ได้พบเห็นตามมา จึงนำไปสู่พฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นในที่สุด

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ และการเปิดรับสื่อ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นได้ร้อยละ 52.90 นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ($Beta =$

532, $p < .01$) จากผลการวิจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นมีแนวโน้มเริ่มใช้กระท่อมจากแรงจูงใจทางบวก เช่น ผ่อนคลายความไม่สบายใจ เพื่อสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงทนต่อการทำงาน หรือความอยากรู้อยากลอง ช่วยรักษาโรค เป็นต้น เป็นการคาดหวังผลเชิงบวกจากการใช้กระท่อม และมีผลต่อการใช้กระท่อมตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Grundmann et al., (2022) ผู้ใช้กระท่อมส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการใช้กระท่อมเพื่อบรรเทาอาการปวด ลดอารมณ์ทางลบ หรือปัญหาทางภาวะสุขภาพจิต การใช้หลังจากการหยุดใช้สารเสพติดอื่น ๆ และเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisittiyanon et al., (2023) วัยรุ่นจะมีแรงจูงใจด้านเหตุผลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กระท่อม ในด้านรูปแบบการใช้กระท่อม ข้อควรระวังในการใช้กระท่อม ผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบของการใช้กระท่อมอธิบายด้วยแนวคิดแรงจูงใจ ประกอบด้วยแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) เป็นการทำกิจกรรมโดยมุ่งเน้นความพึงพอใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลมากกว่าการทำเพื่อให้ได้ผลตอบแทน จะทำให้นักลมีความกระตือรือร้นที่จะกระทำสิ่งนั้นด้วยความสนุกหรือความท้าทายที่เกิดขึ้นในกิจกรรมนั้น ๆ และแรงจูงใจภายนอก (extrinsic motivation) เป็นการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองผลตอบแทน (Ryan & Deci, 2000) โดยแรงจูงใจทั้งภายนอกและภายในเหล่านี้เป็นความพึงพอใจของบุคคล และความคาดหวัง ผลตอบแทน สามารถกระตุ้นพฤติกรรม

ให้เกิดขึ้นตามมาได้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น รองลงมา คือ ด้านทัศนคติ ($Beta = 202, p < .01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของราธร อัญญัทรถาวร และ พิพัฒน์ นนทนาธรณ (2565) และการศึกษาของกุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ (2565) ทัศนคติส่งผลต่อการใช้กระท่อมของประชาชน ซึ่งจากผลการวิจัยทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นมีความเห็นเชิงบวกเกี่ยวกับการใช้กระท่อมเพื่อดูแลสุขภาพว่ามีประโยชน์นำมารักษาโรคได้ มีความปลอดภัย ไม่ทำให้เกิดการติดได้ การใช้กระท่อมเพื่อสันตนาการช่วยทำให้ผ่อนคลายความเครียด เป็นสิ่งที่ปลอดภัย เป็นที่สังคมยอมรับมากขึ้น และการใช้น้ำกระท่อมผสมสารอื่นอันตรายน้อยกว่าสารเสพติดชนิดอื่นๆ อธิบายตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior) เชื่อว่าการทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับเจตคติต่อพฤติกรรม โดยทัศนคติเป็นสิ่งที่บุคคลมีการประเมินเชิงบวกหรือลบต่อการกระทำ ถ้าบุคคลที่มีทัศนคติว่าการกระทำนั้นจะได้ผลเชิงบวกก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นๆตามมา (Nickerson, 2023)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นได้แก่ ด้านความรู้ และด้านการเปิดรับสื่อ อภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับกระท่อมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นได้ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กระท่อม แตกต่างกับงานวิจัยของราธร อัญญัทรถาวร

และ พิพัฒน์ นนทนาธรณ (2565) และการศึกษาของกุสุมาลย์ น้อยผา และคณะ (2565) ปัจจัยความรู้ส่งผลต่อการใช้กระท่อมของประชาชน และแตกต่างจากการศึกษาของปรกรณ์ ลิ้มโยธิน และคณะ (2564) พบว่า ปัจจัยความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติดในวัยรุ่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจากผลการศึกษาคั้งนี้มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่เป็นนักเรียนนักศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสารเสพติดในโรงเรียน แต่วัยรุ่นมีประสบการณ์การเรียนรู้การพิจารณาไตร่ตรองน้อย ไม่สามารถวิเคราะห์ผลดีผลเสียอย่างรอบคอบได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ มักถูกกระตุ้นจากสมองส่วนอารมณ์ ทำให้มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยงตามมา (ทยาวิวิ จันทรวิวัฒน์ และ ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao et al., (2018) และการศึกษาของ Sum et al., (2022) ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดเป็นปัจจัยปกป้องการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น แต่ถึงแม้ว่าวัยรุ่นจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดมากขึ้น แต่วัยรุ่นก็ยังคงมีความอยากรู้อยากเห็น มีจิตวิญญาณของการชอบความเสี่ยง ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับกระท่อมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น

ปัจจัยด้านการเปิดรับสื่อ จากผลการวิจัยพบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นได้ ซึ่งการเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้กระท่อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Odofin et al., (2023) พบว่า การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของ

กลุ่มนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา และ การศึกษาของ Davis et al. (2019) พบว่า การเปิดรับ สื่อมีความสัมพันธ์กับการใช้สารของวัยรุ่นและวัย ผู้ใหญ่ตอนต้นผ่านบรรทัดฐานการรับรู้เกี่ยวกับสุรา อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่ออยู่ใน ระดับมาก พฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นจึง เลียนแบบมาจากสื่อ ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้ทาง สังคมของแบนดูรา (Bandura & Walters, 1977) เชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนมาก เป็นการเรียนรู้ โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบจากตัวแบบ การเรียนรู้แบบนี้เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่จะ เกิดขึ้นตามมา ตัวแบบอาจมีชีวิตหรือเป็นสัญลักษณ์ เช่น คน สื่อโทรทัศน์ เกม รูปภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ สื่อแล้ว อิทธิพลต่อการใช้กระท่อมของวัยรุ่นส่วนใหญ่ จะเกี่ยวข้องกับเพื่อนถึงร้อยละ 65.44 พฤติกรรม การใช้กระท่อมของวัยรุ่นจึงเลียนแบบมาจากกลุ่ม เพื่อนร่วมด้วย การเปิดรับสื่อจึงไม่ส่งผลเกี่ยวข้อง โดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ สหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไป ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันพฤติกรรมการใช้ กระท่อมของวัยรุ่น ในการสร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับการ ลดการใช้กระท่อมร่วมกับการปรับทัศนคติที่ ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้กระท่อมให้สอดคล้องกับ บริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การสร้างแรงจูงใจ ภายในเกี่ยวกับเป้าหมายชีวิต การสร้างแรงจูงใจ ภายนอกเกี่ยวกับดนตรี กีฬา และการเสริมสร้าง

ความรู้ในเรื่องกระท่อม เพื่อปรับทัศนคติความ เข้าใจที่ถูกต้อง สร้างความตระหนัก และรู้เท่าทัน ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กระท่อม ซึ่งจะส่งผลต่อการ ตัดสินใจถึงผลจากการใช้กระท่อมที่จะเกิดขึ้น ตามมา

ด้านการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาที่ ได้ไปวางแผนประยุกต์และบูรณาการการจัดการ เรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกัน พฤติกรรมการใช้กระท่อมของวัยรุ่นต่อไป

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อ พัฒนาโปรแกรมการป้องกันการใช้กระท่อมของ วัยรุ่น เช่น ออกแบบให้มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ และปรับทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับ กระท่อมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุนวิจัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ 2567 และขอบคุณผู้เข้าร่วม การวิจัยทุกท่านในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมาลย์ น้อยผา, วิทวัส หมาดอี, สรายุทธ หวังเกตุ, และอนินธิดา คำกระ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ พืชกระท่อมในการดูแลตนเองของประชาชนในพื้นที่อำเภอ ขนอม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารหมอไทยวิจัย*, 8(2), 81-98.
- ทยาวิรุ จันทรวินน์, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ. (2561). การ เจริญสติในผู้ป่วยจิตเวชเสพติด: มุมมองทางด้านสมองและ ประสาทวิทยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 11(2), 166-175.

- บุญชม ศรีสะอาด. (2554). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 9). บริษัทสุวีริยาสาส์น.
- ปรกรณ์ ลิมโยธิน, เจนัสถุญ์สังขพันธ์, เก็ดดา บุญปรการ, ชิดชนก เจริญ, และอภิรักษ์ จันทวงศ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว ปัจจัยความรู้ และปัจจัยกลุ่มเพื่อนกับพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติดในการจำแนกกลุ่มเพศชายและเพศหญิงของเยาวชนไทยในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. ใน *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12* (น. 542-557). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- ประเวช สังข์ชัย. (2564). กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครูประจำชั้นในการป้องกันการแพร่ระบาดของสารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอแสดงหา จังหวัดอ่างทอง. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9), 175-194.
- พระราชบัญญัติพิษกระท่อม พ.ศ. 2565. (26 สิงหาคม 2565). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139 ตอนที่ 52 ก หน้า 1-15.
- ราชนธ อัญภัทรถาวร, และพิพัฒน์ นนทนารณ. (2565). ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการใช้กระท่อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 27(2), 150-165.
- สยามล เจริญรัตน์, อังคณา ชินเดช, อภินันท์ อร่ามรัตน์, และวัชรพงษ์ พุ่มชื่น. (2560). รายงานโครงการการสำรวจและติดตามสถานการณ์พิษกระท่อมในบริบทสังคมไทย เพื่อสร้างแนวทางการควบคุมพิษเสพติดอย่างบูรณาการจากชุมชน. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาวตรี อัยฉางค์กรชัย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อุรุยา, ไพศาล ลิมสิดิษฐ์, นิวัติ แก้วประดับ, สมสมร ชิตตระการ, จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล, เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์, สมชาย ศรีวิริยะจันทร์, ดาร์เนีย เจ๊ะหะ, วัชรพงษ์ พุ่มชื่น, และคาริกา ไสงาม. (2563). *บทสรุปของพิษกระท่อม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ลิโอติไซน์ แอนด์ พรีนส์.
- สุริยัน บุญแท้. (2563). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 - 65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. <https://cads.in.th/cads/content?id=130>
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. McGraw-Hill.
- Charoenratana, S., Anukul, C., & Aramrattana, A. (2021). Attitudes towards Kratom use, decriminalization and the development of a community-based Kratom control mechanism in Southern Thailand. *International Journal of Drug Policy*, 95, 103197.
- Choden, P., Hengudomsab, P., & Deoisres, W. (2018). Factors influencing substance use among adolescents in a higher secondary school in Thimphu, Bhutan. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(4), 60-69.
- Chongrattanakon, N., Thepthien, B. O., & Hong, S. A. (2018). Prevalence and psycho-social determinants of Kratom (*Mitragyna speciosa*) juice cocktail consumption among youth in Surat Thani Province, Thailand. *Journal of Substance Use*, 23(2), 144-153.
- Davis, J. P., Pedersen, E. R., Tucker, J. S., Dunbar, M. S., Seelam, R., Shih, R., & D'Amico, E. J. (2019). Long-term associations between substance use-related media exposure, descriptive norms, and alcohol use from adolescence to young adulthood. *Journal of youth and adolescence*, 48(7), 1311-1326.
- Grundmann, O., Veltri, C. A., Morcos, D., Knightes III, D., Smith, K. E., Singh, D., Corazza, O., Cinosi, E., Martinotti, G., Walsh, Z., & Swogger, M. T. (2022). Exploring the self-reported motivations of kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) use: a cross-sectional investigation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 48(4), 433-444.
- Khalid, K., Ku Md Saad, S., Soelar, S. A., Mohamed Yusof, Z., & Warijo, O. (2023). Exploring adolescents' practice and perspective on the use and misuse of kratom in northwest Malaysia. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 22(1), 121-132.

- Liao, J. Y., Huang, C. M., Lee, C. T. C., Hsu, H. P., Chang, C. C., Chuang, C. J., & Guo, J. L. (2018). Risk and protective factors for adolescents' illicit drug use: A population-based study. *Health Education Journal*, 77(7), 749-761.
- National council for mental wellbeing. (n.d.). *What you need to know about youth & kratom*. <https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2021/11/What-You-Need-to-Know-About-Youth-Kratom-1.pdf>
- Nickerson, C. (16 October 2023). Theory of reasoned action (Fishbein and Ajzen, 1975). *Simply Psychology*. <https://www.simplypsychology.org/theory-of-reasoned-action.html>
- Nunez-Smith, M., Wolf, E., Huang, H. M., Chen, P. G., Lee, L., Emanuel, E. J., & Gross, C. P. (2010). Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Substance Abuse*, 31(3), 174-192.
- Odofin, T., & Igabari, Q. (2023). Assessment of social media exposure and substance abuse among adolescent secondary school students in Delta State, Nigeria. *International Journal of Social Science and Education Research Studies*, 3(5), 845-851.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary educational psychology*, 25(1), 54-67.
- Schimmel, J., Amioka, E., Rockhill, K., Haynes, C. M., Black, J. C., Dart, R. C., & Iwanicki, J. L. (2021). Prevalence and description of kratom (*Mitragyna speciosa*) use in the United States: a cross sectional study. *Addiction*, 116(1), 176-181.
- Srisittayanon, J., Rakangthong, N. K., Ru-zhe, J., & Aujiropongpan, S. (2023). Knowledge and Understanding Kratom Consumption for Healthy of Teenagers in South of Thailand. *International Journal of multidisciplinary research and analysis*, 6(5), 2129-2136.
- Suhaimi, F. W., Zul Aznal, A. N., Mohamad Nor Hazalin, N. A., Teh, L. K., Hassan, Z., & Salleh, M. Z. (2023). Kratom (*M. speciosa*) exposure during adolescence caused long-lasting cognitive behavioural deficits associated with perturbed brain metabolism pathways in adult rats. *Behavioural Brain Research*, 446, 114411.
- Sum, T. S., Hamsan, H. H., Ma'rof, A. A., Abdullah, H., Rasdi, R. M., Omar, S. Z., & Sadiron, N. (2022). A Systematic Review of The Factors Contributing to Adolescent Illicit Drug Use within Asia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 12(12), 2125-2141.
- Zul Aznal, A. N., Mohamad Nor Hazalin, N. A., Hassan, Z., Mat, N. H., Chear, N. J., Teh, L. K., Salleh, M. Z., & Suhaimi, F. W. (2022). Adolescent kratom exposure affects cognitive behaviours and brain metabolite profiles in Sprague-Dawley rats. *Frontiers in pharmacology*, 13, 1057423.

PREDICTIVE FACTORS OF LONELINESS AMONG LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER (LGBT) POPULATION IN THAILAND

Priyoth Kittiteerasack, Ph.D. *, Pornphimon Phrommanat, M.N.S. **,

Panisara Panmunee, M.N.S. ***, Alicia K Matthews, Ph.D. ****

Abstract

Objective: To examine loneliness levels and its predictors among Thai LGBT populations.

Methods: This cross-sectional research study was conducted in collaboration with the Rainbow Sky Association of Thailand. Data collection was completed using online and in-person surveys. Convenience and snowball samplings were applied for study recruitment. This study selected, translated, and applied standardized measures related to the study framework, guided by the Minority Stress Model. These measures include measures of sociodemographic factors, health risk behaviors, minority-specific stressors, and loneliness inventory. T-test, ANOVA, Pearson Correlation and Multiple Regression were used for data analysis.

Results: There were 410 subjects with an average age of 29.5 years (SD = 7.4, range 18–53). The majority of participants reported being male (90.5%), homosexual (79.3%), and cisgender (76.6%). Almost half of LGBT participants (42.2%) (mean = 1.93, SD = .56) reported moderate to high levels of loneliness. The outcomes of bivariate analyses on loneliness were mixed. Significant correlations of loneliness included the experience of discrimination ($\beta = .03, p < .01$), victimization ($\beta = .14, p < .05$), concealment ($\beta = -.06, p < .001$), and internalized homophobia ($\beta = .06, p < .05$). In multivariate logistic regression, the combined influences of the minority-specific stress variables explained of the variance in loneliness scores ($F[12.081] = 20.48, p < .001$).

Conclusion: The prevalence of loneliness was common among Thai LGBT individuals. Influencing factors associated with loneliness were related to minority-specific stressors. Study findings have implications for psychiatric nursing practice and the development of intervention research.

Keywords: minority stress, loneliness, sexual and gender minority, LGBT

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of nursing, Thammasat University, e-mail: pornphimon050@nurse.tu.ac.th

***Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

****Professor, College of Nursing, Columbia University

Received: 23 April 2024, Revised: 23 March 2025, Accepted: 30 March 2025

ปัจจัยทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย

ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์, Ph.D. *, พรพิมล พรมนัส, พย.ม. **,
ปณิสรา ปานมณี, พย.ม. ***, Alicia K Matthews, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBT) ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศได้รับความร่วมมือจากสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ดำเนินการวิจัยโดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีตามสะดวกและแบบลูกโซ่ เก็บข้อมูลทั้งแบบออนไลน์และข้อเขียนในเดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2561 และใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเครียดของชนกลุ่มน้อยซึ่งได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเครียดของชนกลุ่มน้อย และแบบประเมินภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ T-test, ANOVA, Pearson Correlation และ Multiple Regression

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง ($n = 410$) มีอายุเฉลี่ย 29.5 ปี ($S.D. = 7.4$, range 18 - 53) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.5) รักเพศเดียวกัน (ร้อยละ 79.3) และรับรู้อัตลักษณ์ทางเพศตามเพศกำเนิด (ร้อยละ 76.6) โดยพบว่าภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ อยู่ในระดับปานกลางและสูงถึง 42.2% ($mean = 1.93$, $SD = .56$) และเมื่อทำการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT ได้แก่ การถูกเลือกปฏิบัติ ($B = .03$, $p < .01$), ความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อ ($B = .14$, $p < .05$), การปกปิดลักษณะทางเพศของตน ($B = -.06$, $p < .001$), และ ความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT ($B = .06$, $p < .05$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบรายคู่ พบว่าภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ($F[12.081] = 20.48$, $p < .001$)

สรุป : ภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สามารถพบได้บ่อยในกลุ่ม LGBT ในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างนั้นมีความสอดคล้องกับสาเหตุของความเครียดที่พบในชนกลุ่มน้อย ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่ม LGBT ที่ต้องเผชิญกับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : ความเครียดของชนกลุ่มน้อย, ภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง, ชนกลุ่มน้อยทางเพศ, ผู้มีความหลากหลายทางเพศ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, e-mail: pornphimon050@nurse.tu.ac.th

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

****ศาสตราจารย์, College of Nursing, Columbia University

วันที่รับ: 23 เมษายน 2567, วันที่แก้ไข: 23 มีนาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 30 มีนาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างเป็นปัญหาสุขภาพจิตส่วนบุคคล ด้านความคิดและความรู้สึกว่าตนเองขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น เช่น ความรู้สึกถูกแบ่งแยก ถูกทอดทิ้ง และการไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2020) จึงพบสูงขึ้นในผู้ที่มีคุณลักษณะบางอย่างที่คนส่วนใหญ่ไม่ยอมรับหรือเป็น “คนกลุ่มน้อย” ที่แตกต่างจากคนทั่วไป (Gorczynski & Fasoli, 2022; Jadvat et al., 2023) เช่น ผู้มีความหลากหลายทางเพศหรือกลุ่ม LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgender) ที่มีมิติทางเพศต่างจากคนทั่วไป โดยเฉพาะด้านรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศ และการที่ถูกมองว่าเป็นผู้มีปัญหาทางจิตในอดีต (ปริยศกิตติธีระศักดิ์ และคณะ, 2561) กลุ่ม LGBT จึงได้รับการตีตราและกลายเป็นคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสภาพ (Sexual and gender minority) ที่ถูกแบ่งแยกทางสังคม ทำให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างได้ง่าย (de Lange et al., 2022; Elmer et al., 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมใน 113 ประเทศพบว่าประชากรโลกต้องเผชิญกับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างทั้งในกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ (17.1, 12 และ 24.2% ตามลำดับ) (Surkalim et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบสูงถึง 39.1% ในประเทศสมาชิกอาเซียนและ 38% ในประเทศไทย (Peltzer & Pengpid, 2017; Statista Research Department, 2022) ซึ่งภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิต

จนกระทั่งส่งผลต่อการทำงานของสมอง เป็นต้น (Flentje et al., 2020; Garcia et al., 2020) องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเนื่องจากพบว่าทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นถึง 25% (World Health Organization, 2023) ในปี 2003 ได้มีการพัฒนารอบแนวคิดความเครียดในคนกลุ่มน้อย (Minority Stress Model: MST) ขึ้นเพื่ออธิบายกลไกที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของคนกลุ่มน้อย (Meyer, 2003) โดยกล่าวว่าผู้ที่มีอัตลักษณ์คนกลุ่มน้อยมักต้องเผชิญกับความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะตัวที่คนส่วนมากไม่เคยได้รับ เช่น การถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ความรู้สึกที่ตนเองตกเป็นเหยื่อ (Victimization) การปกปิดลักษณะของตน (Concealment) และความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT (Internalized Sexual Stigma) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง (Nelson et al., 2023; Hoy-Ellis, 2023) โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับคนกลุ่มใหญ่ของสังคม (Herrmann et al., 2023) ผลจากการศึกษาในช่วงที่ผ่านมาพบว่าภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ เช่น อายุ (Gorczynski & Fasoli, 2022) การศึกษา (Jefferson et al., 2023) ศาสนา (Gorczynski & Fasoli, 2022) รายได้ (Ribeiro-Gonçalves et al., 2022) และการมีส่วนร่วมในชุมชน (Gorczynski & Fasoli, 2022) เป็นต้น อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ (Kittiteerasack et al., 2021) การดื่มแอลกอฮอล์ (Shokoohi et al., 2022) และการใช้

ยา/สารเสพติด (Morrish et al., 2023)

สำหรับประเทศไทย งานวิจัยภาวะสุขภาพในกลุ่ม LGBT เป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตลักษณ์ทับซ้อนทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกิดมีความซับซ้อนและแก้ไขได้ยาก รวมถึงการยอมรับการมีบทบาทหน้าที่อย่างเท่าเทียม (วริษา องสุพันธุ์กุล, 2567) กรมสุขภาพจิตจึงได้ขานรับกับนโยบายสากลที่ต้องการสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพภายในปี 2573 (กรมสุขภาพจิต, 2562) แต่กลับพบว่าการศึกษาในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัดและรายงานถึงความสัมพันธ์ของภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างกับภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเท่านั้น (Yadegarfar et al., 2013; Yadegarfar et al., 2014) ยังไม่พบการศึกษาที่ทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT มาก่อน การทำความเข้าใจถึงปัจจัยทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง และศึกษาปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมและแนวปฏิบัติด้วยความเท่าเทียมต่อกลุ่ม LGBT ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความเครียดของคนกลุ่มน้อย (ปรียศ กิตติธีระศักดิ์

และ Alicia K. Matthews, 2562) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้อธิบายถึงปัจจัยอันหลากหลายที่มีอิทธิพลในการกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลที่ถูกแบ่งแยกจนกลายเป็นคนกลุ่มน้อยทางสังคมเนื่องจากมีคุณลักษณะบางอย่างที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ เช่น เพศ/เพศภาวะ เป็นต้น โดยคุณลักษณะดังกล่าวได้กลายเป็นตราใบที่ทำให้คนกลุ่มน้อยได้รับการตีตรา ถูกกีดกัน ไม่ได้รับการยอมรับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดที่เฉพาะตัวในกลุ่มบุคคลเหล่านี้ เช่น การถูกเลือกปฏิบัติ (discrimination) ด้วยความไม่เท่าเทียมทางสังคม ความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อ (victimization) จากบุคคลหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม การปกปิดลักษณะทางเพศของตน (concealment) เนื่องจากเกรงว่าจะได้รับตราใบจากสังคม และความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT (Internalized Sexual Stigma) เพราะรับรู้ว่าตนเองมีลักษณะทางเพศที่ไม่สอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคม เป็นต้น เห็นได้ว่าผลกระทบจากอคติและการถูกตีตราทางสังคมทำให้กลุ่ม LGBT คิดว่าตนเองแตกต่างไม่ผสมกลมกลืนไปกับสังคม เกิดความรู้สึกแปลกแยก ขาดคนเข้าใจ ขาดสิ่งสนับสนุน และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง (Moallef et al., 2022)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) นี้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะสุขภาพในกลุ่ม LGBT ชาวไทย โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็น

ข้อมูลจากโครงการวิจัยขนาดใหญ่ที่เก็บข้อมูลจากประชากรผู้มีความหลากหลายทางเพศชาวไทยทั่วประเทศที่มีอายุ 18 - 60 ปี ซึ่งมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 458 คน ยินยอมเป็นอาสาสมัครจำนวน 424 คน และระบุว่าตนเองมีรสนิยมทางเพศแบบรักเพศเดียวกัน รักได้ทั้งสองเพศหรือมากกว่า และอัตลักษณ์ทางเพศแบบคนข้ามเพศจำนวน 410 คน ซึ่งได้ถูกนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ (Kittiteerasacket et al., 2021) เก็บข้อมูลทั้งแบบออนไลน์และข้อเขียนบนเอกสาร ในช่วงเดือนมีนาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมตัวแปรต้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และ แบบสอบถามความเครียดของชนกลุ่มน้อย ส่วนที่ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมตัวแปรตาม ได้แก่ แบบประเมินภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลด้านอายุ การศึกษา ศาสนา ภูมิลำเนา รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย อายุที่รู้สึกว่าเป็น LGBT อายุที่เปิดเผยอัตลักษณ์ LGBT การมีส่วนร่วมในชุมชน และเพศ/เพศภาวะ โดยแบบสอบถามด้านเพศ/เพศภาวะนี้นำมาจากแบบวัดรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศ (sexual orientation and gender identity; SOGI) ที่ประกอบไปด้วยข้อคำถามหลัก 3 ข้อที่ใช้ประเมินเกี่ยวกับเพศกำเนิด อัตลักษณ์ทางเพศ และรสนิยมทางเพศ ซึ่งนำมาจาก

แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการประเมินและคัดกรองผู้มีความหลากหลายทางเพศและถูกใช้อย่างแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และคณะ, 2562)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด เพื่อประเมินรูปแบบพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ นำมาจากแบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด ฉบับภาษาไทย (Kittiteerasack et al., 2022) โดยข้อคำถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ สอบถามถึงสถานะการสูบบุหรี่ในปัจจุบันและมีคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ในปัจจุบันฉันสูบบุหรี่, ฉันเคยสูบบุหรี่ แต่ในปัจจุบันเลิกสูบแล้ว, ฉันไม่เคยสูบบุหรี่ ข้อคำถามพฤติกรรม ดื่มแอลกอฮอล์ สอบถามถึงความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์และคำตอบมี 4 ตัวเลือกคือ เกือบทุกวันต่อสัปดาห์, บ่อยๆ ครั้งใน 1 เดือน, 1 ครั้ง/เดือนหรือน้อยกว่า, และไม่ใช่ แอลกอฮอล์ ส่วนข้อคำถามพฤติกรรม การใช้สารเสพติด สอบถามถึงสถานะการใช้สารเสพติดในปัจจุบันและคำตอบมี 2 ตัวเลือกคือ ใช้และไม่ใช้

3. แบบสอบถามความเครียดของชนกลุ่มน้อย ได้แก่ เครื่องมือวิจัย 4 ชุดตามกรอบ MST ดังนี้

3.1 แบบสอบถามการถูกเลือกปฏิบัติ (Experiences of Discrimination Scale; EOD) ประเมินโดยแบบวัดประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ (Krieger et al., 2005; ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และคณะ, 2563) เพื่อใช้ประเมินความถี่ในการ

เผชิญเหตุการณ์ถูกเลือกปฏิบัติทางสังคมทั้งหมด 12 เหตุการณ์ เช่น บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน เป็นต้น โดยมีตัวเลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยมีประสบการณ์หรือไม่เคยเกี่ยวข้อง, 1 ครั้ง, 2 - 3 ครั้ง, และ 4 ครั้งหรือมากกว่า สามารถแปลผลโดยการนับรวมจำนวนสถานการณ์ (ไม่เคยมีประสบการณ์หรือไม่เคยเกี่ยวข้อง = 0, ตัวเลือกตอบอื่นๆ = 1) ทำให้แบบสอบถามชุดนี้มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0 - 12 คะแนน ผลรวมของคะแนนที่มากขึ้นหมายถึงจำนวนสถานการณ์ที่ได้รับการเลือกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

3.2 แบบสอบถามความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อ (Victimization Situation; VS) ประเมินโดยแบบวัด Gay, Lesbian, Straight, Education Network (GLSEN) National School Climate Survey (Hamburger et al., 2011; ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และคณะ, 2563) ทั้งหมด 5 ข้อที่ถามถึงประสบการณ์การถูกคุกคาม ล้อเลียน หรือทำร้ายจากการมีรสนิยม อัตลักษณ์ และวิถีทางเพศ/เพศภาวะที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ในสังคม ลักษณะตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เกิดขึ้น = 0, เกิดขึ้นในบางครั้ง = 1, เกิดขึ้นบ่อย ๆ = 2, และเกิดขึ้นเกือบทุกวัน = 3) สามารถแปลผลได้โดยคิดค่าคะแนนจากค่าเฉลี่ยของแบบสอบถามระหว่าง 0 - 3 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงระดับของประสบการณ์การตกเป็นเหยื่อที่มากขึ้น

3.3 แบบสอบถามการปกปิดลักษณะทางเพศของตนเอง (Outness Inventory ; OI) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินระดับการเปิดเผยการมีอัตลักษณ์ LGBT ต่อบุคคลรอบข้าง 11 กลุ่ม เช่น

พ่อ, แม่, พี่น้อง, สมาชิกในครอบครัว/เครือญาติ, หัวหน้างาน, คนแปลกหน้า/คนที่เพิ่งรู้จัก เป็นต้น ลักษณะตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าระดับ 1 - 7 (1 = บุคคลนั้น “ไม่รู้” เกี่ยวกับรสนิยมทางเพศของคุณ และ 7 = บุคคลนั้นรู้เกี่ยวกับรสนิยมทางเพศของคุณ และพูดถึง “อย่างเปิดเผย”) การแปลผลคิดคะแนนจากค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1 - 7 โดยค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นหมายถึงระดับของการเปิดเผยตัวเองต่อกลุ่มบุคคลต่างๆ มากขึ้น (Mohr & Fassinger, 2000)

3.4 แบบสอบถามความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT (Internalized Sexual Stigma; IHP-R) เป็นแบบประเมินความรู้สึกภายในจิตใจต่อการมีอัตลักษณ์ LGBT ของตัวเองเนื่องจากรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่สังคมยังไม่ให้การยอมรับ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เช่น ฉันไม่อยากจะเป็นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น ลักษณะตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างมาก แปลผลโดยคำนวณจากค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามระหว่าง 1 - 5 ซึ่งค่าคะแนนที่มากขึ้นหมายถึงระดับของความรู้สึกเกลียดตัวเองที่เป็น LGBT เพิ่มขึ้น (Kittiteerasack et al., 2021)

4. แบบประเมินภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง (Loneliness inventory) ประเมินโดยแบบประเมิน UCLA Loneliness Scale (UCLA-LS 3) ของ Russell (1996) ฉบับภาษาไทยโดย สุพรรณิ นันทชัย (2534) จำนวน 20 ข้อ ที่ใช้ประเมินความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างจากสถานการณ์ทางสังคมที่ทำให้รู้สึกว่า

ตนเองไม่มีคนสนใจ และขาดแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหาอื่นๆ โดยมีตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1 - 4 (1 = ไม่เคย และ 4 = บ่อยครั้ง) สามารถแปลผลได้จากคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม และสามารถแบ่งตามระดับของค่าคะแนนที่เป็นได้ (20 - 80 คะแนน) โดยคะแนนที่อยู่ในระดับ 20 - 40 คะแนน หมายถึง มีภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างระดับต่ำ 41 - 60 คะแนน หมายถึง มีภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างระดับปานกลาง และ 61 - 80 คะแนน หมายถึง มีภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างระดับสูง (สุพรรณิ นันทชัย, 2534)

สำหรับงานวิจัยนี้ แบบวัด EOD, VS, OI, IHP-R ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลแบบไปข้างหน้าและย้อนกลับผ่านวิธีการประชุมกรรมการกับผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานกับกลุ่ม LGBT และเชี่ยวชาญด้านการวิจัยจำนวน 4 ท่าน ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่ามีมาตรฐาน สามารถสะท้อนความแตกต่างด้านวัฒนธรรม แต่ยังคงไว้ซึ่งความเท่าเทียมระหว่างภาษาเป็นอย่างดี (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และคณะ, 2565) เมื่อทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดแล้วพบว่ามีคุณภาพอยู่ในระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1 และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง กล่าวคือ แบบวัด EOD, VS, OI, IHP-R และ UCLA-LS 3 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87, .81, .94, .87 และ .90 ตามลำดับ (Kittiteerasack et al., 2021; Kittiteerasack et al., 2021)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยแห่งอินลีนอยส์ รัฐชิคาโก (No. 2017-1182) และจากสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย (Rainbow Sky Association Of Thailand; RSAT) (No. 153/2560) ดำเนินการวิจัยภายใต้หลักจริยธรรม โดยการชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย การถามความสมัครใจ และการพิทักษ์สิทธิทั้งระหว่างและหลังเก็บข้อมูลด้วยการรักษาความลับ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และไม่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือจากสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย โดยใช้กลวิธีที่ผสมผสานทั้งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีตามสะดวกและแบบลูกโซ่ รวมทั้งเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์และแบบบุคคลเพื่อเข้าถึงกลุ่มประชากรที่หลากหลายและเข้าถึงได้ยาก ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับในงานวิจัยในกลุ่ม LGBT (Perrenoud et al., 2023) เริ่มจากการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านสื่อและช่องทางต่าง ๆ ทั้งแบบออนไลน์และแบบเอกสาร โดยมีการอธิบายข้อมูลสำคัญของโครงการวิจัย รวมทั้งลิงค์/QR Code เพื่อเข้าถึงชุดแบบสอบถามของโครงการวิจัยแบบออนไลน์และตารางการเข้าเก็บข้อมูลแบบข้อเขียนที่สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ผู้ที่เข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์ที่มีความสนใจในโครงการวิจัย มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยสามารถเลือกช่องทางในการทำแบบสอบถามได้ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบออนไลน์หรือแบบข้อเขียนตามวิธีการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ในการเก็บข้อมูลออนไลน์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมแล้วจะถูกนำเข้าสู่ชุดแบบสอบถามที่สร้างขึ้นด้วยโปรแกรม Qualtrics (Snow et al., 2012) ซึ่งเป็น โปรแกรมที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในงานวิจัยในหลายประเทศ สำหรับแบบข้อเขียน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือน มีนาคม ถึงสิงหาคม 2561 เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยเดินทางไปยังสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศตามตารางที่ระบุไว้ในสื่อประชาสัมพันธ์ หลังจากให้ข้อมูลและแสดงความยินยอมแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับชุดแบบสอบถามและทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้งแบบออนไลน์หรือแบบข้อเขียนเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการส่งต่อลิงก์/QR Code หรือไปปพลิเคชันเล็กที่มีข้อมูลของโครงการวิจัยให้กับเพื่อนหรือเครือข่าย LGBT ตามกระบวนการเก็บข้อมูลแบบลูกโซ่ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา(ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในการอธิบายคุณลักษณะของตัวแปรแต่ละตัว สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายคู่ของตัวแปรกับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างใช้สถิติ T-test, ANOVA, และ Pearson Correlation และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบ พหุคูณ Multiple Regression เพื่อทดสอบความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปรกับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT ชาวไทย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่าง ($n = 410$) มีอายุเฉลี่ย 29.5 ปี ($SD = 7.4$) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 59.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.8) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีรายได้น้อย ตามรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ร้อยละ 38.4) มีรายได้ 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 28.8) อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 38.0) และเกือบทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมทางสังคม (ร้อยละ 90.2) ทางด้านเพศและเพศภาวะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีเพศกำเนิดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.5) รับรู้อัตลักษณ์ทางเพศตรงกับเพศกำเนิด (ร้อยละ 76.6) และมีรสนิยมชอบบุคคลเพศเดียวกัน (ร้อยละ 79.3) โดยเริ่มรู้สึกว่าเป็น LGBT เมื่อมีอายุเฉลี่ย 14.88 ปี ($SD = 4.48$) และเปิดเผยว่าตนเองเป็น LGBT เมื่ออายุเฉลี่ย 17.76 ปี ($SD = 5.90$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 72.2) มีการใช้แอลกอฮอล์โดยเฉลี่ยเดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า (ร้อยละ 46.3) และไม่มีประวัติการใช้ยาและสารเสพติด (ร้อยละ 87.6)

ในภาพรวมของชนกลุ่มน้อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในระดับปานกลาง และสูง ($mean = 1.93, SD = 0.56$) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 42.2) และเมื่อศึกษาปัจจัยตามกรอบแนวคิดความเครียดของชนกลุ่มน้อย พบว่า การปกปิดตนเองว่าเป็น LGBT มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT การถูกเลือกปฏิบัติ และความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 410)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
อายุ			29.46	7.38	ศาสนา				
ระดับการศึกษา					ศาสนาพุทธ	364	88.80		
มัธยมศึกษาตอน	69	16.80			ศาสนาอื่น ๆ	46	11.20		
ปลาย/น้อยกว่า					รายได้				
อนุปริญญา	24	5.90			น้อยกว่า 10,000 บาท	84	20.50		
ปริญญาตรี	244	59.50			10,001 - 20,000 บาท	118	28.80		
สูงกว่าปริญญาตรี	73	17.80			20,001 - 30,000 บาท	88	21.50		
สมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วย					30,001 - 40,000 บาท	53	12.90		
อยู่คนเดียว	137	33.40			มากกว่า 40,001 บาท	67	16.30		
อยู่กับเพื่อน	54	13.20			การมีส่วนร่วมในชุมชน				
อยู่กับคูรัก	63	15.40			มี	370	90.50		
อยู่กับครอบครัว	156	38.00			ไม่มี	39	9.50		
เพศกำเนิด					การสูบบุหรี่				
ชาย	371	90.50			สูบ	47	11.50		
หญิง	39	9.50			เคยสูบ	67	16.30		
อัตลักษณ์ทางเพศ					ไม่เคยสูบ	296	72.20		
ตรงตามเพศกำเนิด	314	76.60			การใช้แอลกอฮอล์				
แตกต่างจากเพศ	96	23.40			เกือบทุกวันต่อสัปดาห์	33	8.00		
กำเนิด					บ่อยๆ ครั้งใน 1 เดือน	73	17.80		
รสนิยมทางเพศ					1 ครั้งเดือนหรือน้อยกว่า	190	46.30		
รักเพศตรงข้าม	23	5.60			ไม่ใช้แอลกอฮอล์	114	27.80		
รักเพศเดียวกัน	325	79.30			การใช้สารเสพติด/ สารกระตุ้น				
รักได้ทั้งสองเพศ	62	15.10			ใช้	51	12.40		
ความเครียดของชน					ไม่ใช้	359	87.60		
กลุ่มน้อย					ภาวะโรคเดียวอ้างอ้าง			1.93	0.56
การถูกเลือกปฏิบัติ			1.90	2.70	ระดับน้อย	237	57.80		
การตกเป็นเหยื่อ			.60	.51	ระดับปานกลาง	161	39.30		
การปกปิดตนเอง			4.67	1.72	ระดับสูง	12	2.90		
ความรู้สึกเกลียด			2.40	1.06					
ตนเอง									

* Mean = ค่าเฉลี่ย, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของกลุ่ม LGBT ($R^2 = .107$, $F = 12.08$)

ปัจจัย	ความสัมพันธ์แบบรายคู่					ความสัมพันธ์แบบพหุคูณ					
	1	2	3	4	5	B	SE B	B	Lower CI	Upper CI	p
(1) ภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง	1										
(2) การถูกเลือกปฏิบัติ	.18**	1				.03	.12	.14	.009	.050	.01
(3) ความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อ	.16**	.36**	1			.14	.01	.13	.033	.253	.01
(4) การปกปิดลักษณะทางเพศของตน	-.20**	.13*	.14**	1		-.06	.06	-.19	-.095	-.028	.00
(5) ความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT	.21**	.11*	.11*	-.38**	1	.06	.02	.11	.003	.111	.04

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

เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปกปิดตัวเองเท่ากับ 4.67 ($SD = 1.72$) และเลือกปิดบังมากที่สุดกับคนแปลกหน้า/เพื่อนใหม่ (ร้อยละ 62.3) และบุคคลทางด้านศาสนา (ร้อยละ 58.2) สำหรับความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT อยู่ที่ค่าเฉลี่ยระดับ 2.40 ($S.D. = 1.06$) โดยส่วนมากมีความรู้สึกปรารถนาที่จะเป็นเหมือนผู้ชายหรือผู้หญิงทั่วไปถึง 30.6% กลุ่มตัวอย่าง LGBT เกินกว่าครึ่งเคยได้รับการเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 56.5) ซึ่งพบบ่อยที่สุดในโรงเรียน (ร้อยละ 38.9) และบ้าน (ร้อยละ 24.3) และด้านค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อเท่ากับ .60 ($S.D. = .51$) ซึ่งการถูกล้อเลียนหรือถูกคุกคามส่วนมากเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี (ร้อยละ 71.5) โดยสาเหตุที่พบบ่อยเกิดจากรสนิยมทางเพศ (ร้อยละ 40.9) และการแสดงออกทางเพศ (ร้อยละ 39.7)

ตารางที่ 2 แสดงผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT สำหรับความสัมพันธ์รายคู่พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของชนกลุ่มน้อยทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง ได้แก่ การถูกเลือกปฏิบัติ ($r = .18$, $p = .01$), ความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อ ($r = .16$, $p = .01$), การปกปิดลักษณะทางเพศของตน ($r = -.20$, $p = .01$), และความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT ($r = .21$, $p = .01$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร โดยใช้สถิติ Multiple Regression วิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าอิทธิพลจากความเครียดของชนกลุ่มน้อยทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าคะแนนความโดดเดี่ยวอ้างว้างได้เท่ากับ 11% ($F[12.081] = 20.48$, $p < .001$) โดยภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของกลุ่มตัวอย่าง LGBT มีความสัมพันธ์กับการถูกเลือกปฏิบัติ ($\beta =$

.03, $p < .01$), ความรู้สึกว่าตนเองตกเป็นเหยื่อ ($\beta = .14, p < .05$), การปกปิดลักษณะทางเพศของตน ($\beta = -.06, p < .01$), และความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT ($\beta = .06, p < .05$)

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่ศึกษาภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT ชาวไทยทั่วประเทศที่ได้ประยุกต์กรอบแนวคิดและเครื่องมือที่มีมาตรฐาน และใช้วิธีการที่หลากหลายในการเข้าถึงประชากรที่เข้าถึงได้ยาก ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างของกลุ่มตัวอย่าง ($\text{mean} = 1.93, \text{S.D.} = .56$) มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ($\text{mean} = 2.08, \text{S.D.} = .51$; Yadegarfar et al., 2014) และเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 42.20) ต้องเผชิญกับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างมากกว่าที่พบในประเทศแคนาดา (13 - 24%; Salway et al., 2020) ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยทั้งหมดที่อยู่ภายใต้กรอบแนวคิด MST แสดงให้เห็นว่า MST เป็นกรอบแนวคิดที่สามารถใช้อธิบายกลไกการเกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT ได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ได้นำ MST ไปใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในกลุ่ม LGBT (Elmer et al., 2022; Mereish et al., 2014; Ramasamy et al., 2023; Shepp et al., 2023) เมื่อพิจารณาตามวัตถุประสงค์การวิจัยพบว่า การถูกเลือกปฏิบัติ ความรู้สึกที่ตนเองตกเป็นเหยื่อ การปกปิดลักษณะทางเพศของตน และความรู้สึก

เกลียดตนเองที่เป็น LGBT มีความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้าง โดยการถูกเลือกปฏิบัติเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่ม LGBT ไม่ได้ได้รับความเท่าเทียม ถูกแบ่งแยก และถูกลดทอนคุณค่าต่ำกว่าบุคคลอื่นเพราะไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคมและเกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างได้ (Meyer, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบในหลากหลายประเทศที่ผ่านมาที่รายงานภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติในกลุ่ม LGBT ($r = .19 - .0.28$; Mereish et al., 2017; Lin et al., 2024; Elmer et al., 2022)

ความรู้สึกที่ตนเองตกเป็นเหยื่อเนื่องจากเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงทั้งทางวาจาหรือพฤติกรรมข่มขู่ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดความรู้สึกเจ็บปวด คอยค่า จากการถูกล้อเลียนและได้รับการเลือกปฏิบัติเชิงลบ (de Lange et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการตกเป็นเหยื่อมีความสัมพันธ์ต่อระดับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Shepp et al., 2023) โดยเฉพาะหากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากการถูกตีตราทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย หวาดกลัว และแยกตัวเองออกจากสังคม (de Lange et al., 2022) ดังที่พบในงานวิจัยจำนวนมากที่รายงานว่ากลุ่ม LGBT ที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างได้มากขึ้น (Elmer, et al., 2022; Matthews et al., 2022; Mereish et al., 2014)

การมีอัตลักษณ์ LGBT ทำให้บุคคลรู้สึกแตกต่างจากคนในสังคมเพราะไม่สามารถผสม

กลมกลืนไปกับคนส่วนใหญ่ได้ (Thoma et al., 2021) และหากเปิดเผยตนเองก็อาจทำให้ไม่ได้รับการยอมรับเช่นกัน (de Lange et al., 2022) การปิดบังตัวตนจึงถูกใช้เป็นกลไกในการป้องกันตัวของกลุ่ม LGBT (Collins & Levitt., 2021) อย่างไรก็ตามผู้ที่ไม่สามารถเปิดเผยตัวตนที่แท้จริงได้ย่อมรู้สึกถึงการไม่ได้รับการยอมรับ ขาดคนเข้าใจ ไร้คนสนับสนุน และเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างตามมา (Kotwal et al., 2021) ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสอดคล้องกับข้อค้นพบในต่างประเทศ (Akdoğan & Çimşir, 2019; Elmer et al., 2022)

นอกจากนี้การที่กลุ่ม LGBT รับรู้ถึงตราบาปจากการมีอัตลักษณ์ที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่แต่กลับไม่สามารถปรับเปลี่ยนตัวเองให้สอดคล้องไปตามบรรทัดฐานทางเพศของสังคมได้ ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง เกลียดและกลัวตัวเองที่เป็น LGBT (Jadva et al., 2023) ทำให้รู้สึกไร้ค่า ไม่มีความหมาย นำมาสู่การแยกตัวและกระตุ้นให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างได้ (Lee & Miller, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่าความรู้สึกเกลียดตนเองที่เป็น LGBT มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างได้เช่นกัน (Elmer et al., 2022; Ramasamy et al., 2023)

นอกจากการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบในหลากหลายประเทศที่ผ่านมาที่รายงานว่า การถูกเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่มประชากร LBGT แล้ว (Elmer et al., 2022; Lee & Miller, 2020; Medina et al., 2021) ยังมีอีกหลายฉบับที่ศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างในกลุ่ม LGBT

เพิ่มขึ้นนอกจากปัจจัยตอบกรอบแนวคิด MST ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น ผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ในวัยที่อายุน้อยจะมีระดับความโดดเดี่ยวอ้างว้างมากกว่า (Hughes et al., 2016) ความรู้สึกจากการประเมินตนเองในด้านลบ (Jacobs et al., 2012) ความพึงพอใจในตนเองที่ลดลง (Chaney et al., 2008) และการมีความสัมพันธ์ในรูปแบบขาดความใกล้ชิด โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้กลุ่ม LGBT มีความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (Fish et al., 2019)

ถึงแม้การศึกษานี้จะมีจุดแข็งหลายประการ แต่ก็ยังมีประเด็นที่ควรคำนึงถึง เช่น การเก็บข้อมูลโดยไม่ผ่านการสุ่มอาจลดความเที่ยงตรงภายนอก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลายและครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจากทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มการกระจายตัวของข้อมูล นอกจากนี้การวิจัยแบบภาคตัดขวางอาจไม่สามารถอธิบายสาเหตุ/ผลกระทบระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามปัจจัยที่มีอิทธิพลตลอดช่วงอายุเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างของบุคคลกลุ่มนี้ให้มากขึ้น
2. ใช้การวิเคราะห์เส้นทางหรือโมเดลสมการโครงสร้างที่สามารถอธิบายกลไกของความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างได้อย่างครอบคลุม
3. นำผลการศึกษานี้ไปพัฒนารูปแบบกิจกรรมทางการบริการเพื่อลดปัญหาความเท่าเทียมในกลุ่ม LGBT ได้อย่างตรงประเด็นและเป็น

รูปธรรม เนื่องจากยังพบว่าเป็นข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพสำหรับกลุ่ม LGBT ในประเทศไทย (Ojanen et al., 2016)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยและกลุ่มตัวอย่าง LGBT ที่ให้ความร่วมมือจนโครงการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณหน่วยวิจัยด้านความเสมอภาคทางสุขภาพ การศึกษาและสังคมในด้านความหลากหลายทางเพศแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่สนับสนุนการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (28 มีนาคม 2562). ความหลากหลายทางเพศ (sexual diversity). <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2256>
- ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์, Alicia K. Matthews และ Alana Steffen. (2562). ความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบเชิงภาษาของแบบวัดทัศนคติและอัตลักษณ์ทางเพศฉบับแปลสำหรับใช้ในงานวิจัยในผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 46(4), 122-137.
- ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์, Alicia K. Matthews และ Chang Park. (2563). คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดประสบการณ์การเลือกปฏิบัติในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ ฉบับภาษาไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1).
- ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์, จินตนาภัฏ แสงงาม และ Alicia K. Matthews. (2561). หลักพื้นฐานของการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตและจิตสังคมในเด็กที่มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(1), 4-16.
- ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์, ธนิตา สุขสกุลวัฒน์, ศุภชัย รักแก้ว และ ทิพย์สุดา สำเนียงสนะ. (2565). การแปลด้วยวิธีการกรมการ: แนวปฏิบัติสำหรับการแปลเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(4), 80-90.

- ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์, และ Alicia K. Matthews. (2562). แบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย: กรอบแนวคิดของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตในคนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสถานะ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 1-17.
- วริษา อองสุพันธ์กุล. (2567). *SDG Updates | ทับซ้อนและทวีคูณ: คลื่นความรุนแรงที่ LGBTQI ต้องเผชิญ*. [https://www.sdgmovement.com/2023/06/28/sdg-updates-gender-equality-lgbtqi/#\[1\]](https://www.sdgmovement.com/2023/06/28/sdg-updates-gender-equality-lgbtqi/#[1])
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวาดหวั่นและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Akdoğan, R., & Çimşir, E. (2019). Linking inferiority feelings to subjective happiness: Self-concealment and loneliness as serial mediators. *Personality and Individual Differences*, 149, 14-20.
- Chaney, M. P. (2008). Muscle dysmorphia, self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. *International Journal of Men's Health*, 7(2).
- Cocochran, W. G. (1953). *Sampling Techniques*. (2nd ed). John Wiley and Sons.
- Collins, K. M., & Levitt, H. M. (2021). Heterosexism and the self: A systematic review informing LGBTQ-affirmative research and psychotherapy. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 33(3), 376-405.
- de Lange, J., Baams, L., van Bergen, D. D., Bos, H. M. W., & Bosker, R. J. (2022). Minority stress and suicidal ideation and suicide attempts among LGBT adolescents and young adults: A meta-analysis. *LGBT health*, 9(4), 222-237.
- Elmer, E. M., van Tilburg, T., & Fokkema, T. (2022). Minority stress and loneliness in a global sample of sexual minority adults: The roles of social anxiety, social inhibition, and community involvement. *Archives of Sexual Behavior: The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, 51(4), 2269-2298.

- Fish, J., & Weis, C. (2019). All the lonely people, where do they all belong? An interpretive synthesis of loneliness and social support in older lesbian, gay and bisexual communities. *Quality in Ageing and Older Adults*, 20(3), 130-142.
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673-694.
- Garcia, J., Vargas, N., Clark, J. L., Magaña Álvarez, M., Nelons, D. A., & Parker, R. G. (2020). Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Global Public Health*, 15(4), 497-519.
- Gorczyński, P. P., & Fasoli, P. F. (2022). Loneliness in sexual minority and heterosexual individuals: A comparative meta-analysis. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 26(2), 112-129.
- Hamburger, M. E., Basile, K. C., & Vivolo, A. M. (2011). *Measuring bullying victimization, perpetration, and bystander experiences; A compendium of assessment tools*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bullycompendium-a.pdf>
- Hoy-Ellis C. P. (2023). Minority stress and mental health: A review of the literature. *Journal of Homosexuality*, 70(5), 806-830.
- Hughes, M. (2016). Loneliness and social support among lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people aged 50 and over. *Ageing & society*, 36(9), 1961-1981.
- Jacobs, R. J., & Kane, M. N. (2012). Correlates of loneliness in midlife and older gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 24(1), 40-61.
- Jadva, V., Guasp, A., Bradlow, J. H., Bower-Brown, S., & Foley, S. (2023). Predictors of self-harm and suicide in LGBT youth: The role of gender, socio-economic status, bullying and school experience. *Journal of Public Health*, 45(1), 102-108.
- Jefferson, R., Barreto, M., Jones, F., Conway, J., Chohan, A., Madsen, K. R., Verity, L., Petersen, K. J., & Qualter, P. (2023). Adolescent loneliness across the world and its relation to school climate, national culture and academic performance. *The British Journal of Educational Psychology*, 93(4), 997-1016.
- Kittiteerasack, P., Matthews, A. K., & Park, C. (2021). Psychometric properties of the Thai version of the Internalized sexual stigma scale for research on lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) populations. *Psychology & Sexuality*, 15(3), 305-317.
- Kittiteerasack, P., Matthews, A. K., Steffen, A., Corte, C., McCreary, L. L., Bostwick, W., Park, C., & Johnson, T. P. (2021). The influence of minority stress on indicators of suicidality among lesbian, gay, bisexual and transgender adults in Thailand. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 656-669.
- Kittiteerasack, P., Matthews, A. K., & Steffen, A. D. (2022). Loneliness mediates the association of minority stress and depression in sexual and gender minority populations in Thailand. *Research in Nursing & health*, 45(5), 580-591.
- Kotwal, A. A., Fuller, S. M., Myers, J. J., Hill, D., Tha, S. H., Smith, A. K., & M Perissinotto, C. (2021). A peer intervention reduces loneliness and improves social well-being in low-income older adults: A mixed-methods study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(12), 3365-3376.
- Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1576-1596.
- Lee, H., & Miller, V. J. (2020). The disproportionate impact of COVID-19 on minority groups: A social justice concern. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6-7), 580-584.

- Matthews, T., Caspi, A., Danese, A., Fisher, H. L., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2022). A longitudinal twin study of victimization and loneliness from childhood to young adulthood. *Development and Psychopathology*, 34(1), 367–377.
- Medina, C., Mahowald, L., & Gruberg, S. (20 April 2021). *Millions will gain nondiscrimination protections under the equality act: State-by-state fact sheets*. <https://www.americanprogress.org/article/millions-will-gain-nondiscrimination-protections-equality-act/>
- Mereish, E. H., Katz-Wise, S. L., & Woulfe, J. (2017). Bisexual-specific minority stressors, psychological distress, and suicidality in bisexual individuals: The mediating role of loneliness. *Prevention Science*, 18(6), 716-725.
- Mereish, E. H., O'Cleirigh, C., & Bradford, J. B. (2014). Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychology, Health & Medicine*, 19(1), 1-13.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Moallem, S., Salway, T., Phanuphak, N., Kivioja, K., Pongruengphant, S., & Hayashi, K. (2022). The relationship between sexual and gender stigma and suicide attempt and ideation among LGBTQI+ populations in Thailand: Findings from a national survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(10), 1987-1997.
- Mohr, J., & Fassinger, R. (2000). Measuring dimensions of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33(2), 66–90.
- Morrish, N., Choudhury, S., & Medina-Lara, A. (2023). What works in interventions targeting loneliness: a systematic review of intervention characteristics. *BMC public health*, 23(1).
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. The National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/25663>
- Nelson, T., Brown, M. J., Garcia-Rodriguez, I., & Moreno, O. (2023). Gendered racism, anxiety, and depression: The mediating roles of gendered racialized stress and social isolation. *Ethnicity & Health*, 28(1), 12-28.
- Lin, P. C., Chang, Y. P., Chen, Y. L., & Yen, C. F. (2024). Mediating effect of loneliness on the associations of perceived and internalized sexual stigma with suicide in gay and bisexual men. *Journal of the Formosan Medical Association*.
- Ojanen, T., Ratanashevorn, R., & Boonkerd, S. (2016). Gaps in responses to LGBT issues in Thailand: Mental health research, services, and policies. *Psychology of Sexualities Review*, 7(1), 41-59.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2017). Loneliness and health risk behaviors among ASEAN adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(3).
- Perrenoud, M., Bataille, P., & Elchereth, G. (2023). Mixed method approaches for data collection in hard-to-reach populations. In D. Spini & E. Widmer (Eds.), *Withstanding Vulnerability throughout Adult Life: Dynamics of Stressors, Resources, and Reserves* (pp. 337-357). Springer Nature Singapore.
- Ramasamy, R. S., Subhi, N., & Rajaratnam, S. (2023). Relationship between minority stress towards loneliness among LGBT adults in Malaysia. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 13(12), 312-320.
- Ribeiro-Gonçalves, J. A., Pereira, H., Costa, P. A., Leal, I., & de Vries, B. (2022). Loneliness, social support, and adjustment to aging in older Portuguese gay men. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(1), 207-219.
- Russell, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.

- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502-509.
- Shepp, K., Drescher, C. F., Griffin, J. A., & Stepleman, L. M. (2023). Loneliness in sexual minority individuals in the Southeastern United States: The role of minority stress and resilience. *Journal of Homosexuality*, 70(5), 963-988.
- Shokoohi, M., Kinitz, D. J., Pinto, D., Andrade-Romo, Z., Zeng, Z., Abramovich, A., Salway, T., & Ross, L. E. (2022). Disparities in alcohol use and heavy episodic drinking among bisexual people: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Drug and Alcohol Dependence*, 235.
- Snow, J., & Mann, M. (2012). *Qualtrics Survey Software: Handbook for Research Professional*. Provo, UT: Qualtrics Labs.
- Statista Research Department. (14 December 2022). *Share of people experiencing loneliness in Thailand in 2022*. <https://www.statista.com/statistics/1345950>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*.
- Thoma, B. C., Eckstrand, K. L., Montano, G. T., Rezeppa, T. L., & Marshal, M. P. (2021). Gender nonconformity and minority stress among lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 16(6), 1165-1183.
- World Health Organization. (2021). *Social Isolation and Loneliness*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
- World Health Organization. (2023). *Loneliness and social isolation are health risks*. <https://www.who.int/multi-media/details/loneliness-and-social-isolation-are-health-risks>
- Yadegarfar, M., Ho, R., & Bahramabadian, F. (2013). Influences on loneliness, depression, sexual-risk behaviour and suicidal ideation among Thai transgender youth. *Culture, Health & Sexuality*, 15(6), 726-737.
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as Predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 347-363.

THE DEVELOPMENT OF AN INTEGRATED-NURSING PROGRAM ON RELAPSE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH HIGH RISK OF VIOLENCE

*Sirapussorn Limpitikiat, M.N.S. *, Anongnud Sasok, M.N.S. **, Siriluk Suesat, Ed.D. ****

Abstract

Objective: To develop an integrated nursing program for relapse prevention in schizophrenia with serious mental illness with high risk of violence, and to compare the differences in relapse rates between schizophrenia with serious mental illness with high risk of violence who received the integrated nursing program and those who received treatment as usual after the completion of the trial and discharge at months 1 and 3.

Methods: This is a research and development study consisting of 7 steps. The sample group includes 24 patients with schizophrenia who are at high risk of violent behavior, divided into an experimental group of 12 and a control group of 12. The assessment is conducted before the experiment, after the experiment, and at follow-up periods of 1 and 3 months. The instruments used in the study include: 1) A combined nursing program for relapse prevention in patients with schizophrenia who are at high risk of violent behavior. The consistency index or the degree of alignment between each activity and the underlying concept is 0.90, 2) A general information recording form, and 3) A psychiatric symptom assessment form. Data analysis is performed using descriptive statistics, t-tests, and Fisher's exact test, with statistical significance set at the 0.05 level.

Results: The developed program consists of case management combined with psychosocial therapy, including 4 sessions of relationship therapy, 2 sessions of psychoeducation, and 2 sessions of family psychoeducation, conducted as group activities over a total duration of 3 weeks. The experimental results showed that, after a 1-month follow-up, the experimental group had a significantly lower rate of relapse compared to the control group (p -value = 0.027). However, after a 3-month follow-up, there was no statistically significant difference in relapse rates between the experimental and control groups.

Conclusion: The integrated nursing program can prevent relapse of patients with schizophrenia who are at high risk of violence.

Keywords: integrated-nursing program, schizophrenic patients with high risk of violence

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Srithanya Hospital

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of nursing, Shinawatra University, e-mail: anongnud.s@siu.ac.th

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

Received: 15 March 2025, Revised: 8 September 2025, Accepted: 15 September 2025

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน ต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ศิริภัตสร ลิ้มปิทธิเกียรติ, พย.ม.*, อนงค์นุช ศาโศรก, พย.ม.**, สิริลักษณ์ ชื้อสัจย์, กศ.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการป่วยซ้ำระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานกับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังสิ้นสุดการทดลอง และจำหน่ายเดือนที่ 1 และ 3

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนา ทั้งหมด 7 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 และ 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้เท่ากับ 0.90 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินอาการทางจิตวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทิต และการทดสอบด้วยฟิชเชอร์เอ็กแซค กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา : โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การจัดการรายกรณีร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม คือ สัมพันธภาพบำบัด 4 ครั้ง สุขภาพจิตศึกษา 2 ครั้ง และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2 ครั้ง เป็นกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลา รวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ โดยผลการทดลองพบว่า การติดตามที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองกลับมาป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .027$) แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการป่วยซ้ำไม่แตกต่างกัน

สรุป : โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานสามารถป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน, ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร, e-mail: anongnuds@siu.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

วันที่รับ: 15 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 8 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 15 กันยายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึกลึกซึ้งทำให้เกิดข้อจำกัดในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะหนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ (กำทร ดานา, 2564) โดยอาการแสดงที่สำคัญแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ การดำเนินโรคมีลักษณะค่อยเป็น ค่อยไป มี 3 ระยะ คือ ระยะที่มีอาการ (prodromal phase) ระยะกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (มาโนช หล่อตะกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเวชแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชพบว่าโรคจิตเภท (schizophrenia) เป็น โรคที่พบบ่อย และเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ถึง ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยมีปัจจัยที่ทำให้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ โดยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน (ร้อยละ

0.32) ทั่วโลก (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2564 มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 273,817 คน 283,065 คน และ 284,273 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว การสูญเสียรายได้และต้นทุนทางการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (Chong et al., 2016) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่ออาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าวมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สินรวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ทั้งนี้ความชุกของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อความรุนแรงทั่วโลกพบร้อยละ 17 หรือประมาณการเกือบ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Iozzino et al., 2015) และร้อยละ 12 - 20 มีประวัติกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง (Walsh et al., 2003) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำรุนแรงกับผู้อื่นมากเป็น 2 - 6 เท่า และเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อผู้อื่นสูงมากเป็น 2 - 8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีอาการทางจิต (Rao et al., 2010) และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการที่

โรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วง 1 ตุลาคม 2564 - 31 พฤษภาคม 2566 มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ SMIV จำนวน 1,908 ราย (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2566)

พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกของบุคคลที่ส่งสัญญาณเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงการกระทำใด ๆ ของตนเองอย่างจงใจด้วยการใช้กำลัง วาจา ข่มขู่ หรือใช้อำนาจคุกคามที่มีเจตนามุ่งหวังให้เกิดอันตรายการบาดเจ็บ ตาย ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือความเสียหายแก่บุคคล รวมถึงทรัพย์สินของผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา (Harwood, 2017) พฤติกรรมรุนแรงเป็นการแสดงออกที่พบได้มาก และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวชมีอัตราความชุกในชุมชนร้อยละ 24.6 (เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2554) จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย เกิดความรู้สึกลึกซึ้งทุกข์ทรมานใจ เสียใจ วิตกกังวล เครียด และยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม เป็นที่รังเกียจหวาดกลัวที่จะได้รับอันตรายจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เป็นภาระในการดูแล (Tam et al., 1996) ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายยังคงมีพฤติกรรมรุนแรงนั้นอยู่เป็นครั้งคราวขณะอยู่ในโรงพยาบาลด้วย

การกลับมาป่วยซ้ำพบได้บ่อยในโรคทางจิตเวช (Jaramillo-Gonzalez et al., 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระบบสาธารณสุขเน้นให้มีการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่สั้นลง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีหลายการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วย

การป่วยซ้ำเป็นอัตราส่วนที่มีนัยสำคัญในโรงพยาบาลจิตเวช คิดเป็นจำนวนร้อยละ 22 - 80 (Jaramillo-Gonzalez et al., 2014) และมีอัตราที่สูง (Boaz et al., 2013) และสะท้อนถึงการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตามเป้าหมายตัวชี้วัดได้ (Durbin et al., 2007) จึงส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข เพราะเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้สูงขึ้น มีการศึกษาว่าถึงการกลับเป็นซ้ำว่าขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การเจ็บป่วยขณะอายุน้อย การไม่มีรายได้ ยากจน ขาดรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การใช้สารเสพติดร่วม ระยะเวลาในการรักษาอยู่โรงพยาบาล การมีประวัติป่วยหลายครั้งมาก่อน ความรุนแรงของโรค ร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังเหลืออาการบางส่วนอยู่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น (Jaramillo-Gonzalez et al., 2014) จากการศึกษาของณัฐพล บุตตะโยธี (2564) ซึ่งได้ศึกษากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และติดตามผลระยะสั้นเป็นเวลา 30 วัน พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภท 3 คน แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อติดตามผลระยะยาวเวลา 90 วัน ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยกลับเป็นซ้ำ โดยจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าสาเหตุของการป่วยซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติด รวมไปถึงการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และครอบครัวยังขาดความรู้ในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในปัจจุบัน จะดำเนินการตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยมีการบำบัดทางการพยาบาลเพียงหนึ่งโปรแกรม คือ การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการประสานงานและจัดการการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่แผนกผู้ป่วยในและจากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า การจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ครอบคลุมถึงการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการบำบัดที่ออกแบบเฉพาะกลุ่มและมีการวางแผนการติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา จะดำเนินการตามคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ด้วยระบบการจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียว และให้พยาบาลจิตเวชชุมชนเข้ามาดูแล (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท, 2563)

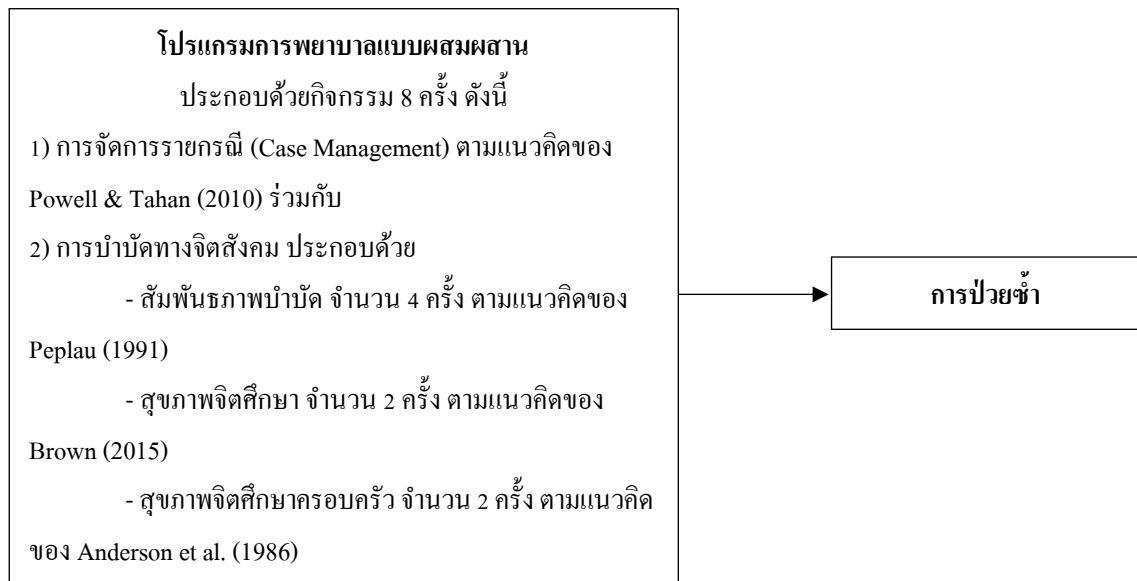
จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็น

พยาบาลจิตเวช ตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จึงวางแผนในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้ทำการสัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลจิตเวชที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังคงกลับมาป่วยซ้ำมากกว่าร้อยละ 50 และได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมจากงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานซึ่งเป็นการดูแลทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยนำรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ซึ่งเป็นการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลจิตเวชที่มุ่งสู่ความเชี่ยวชาญด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรงมีความยุ่งยากซับซ้อน ให้เป็นไปตามนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการป่วยซ้ำระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานกับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังสิ้นสุดการทดลอง และหลังการทดลองเดือนที่ 1 และหลังการทดลองเดือนที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา

เป็นการวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมี 3 กิจกรรมหลักคือ

1. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยใช้ข้อมูลจากรายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
2. การสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ว่าควรมีโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ สามารถจัดสรรและเป็นผู้ให้การบำบัดทางจิตสังคมที่หลากหลายรูปแบบได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา และตรงตามกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคลอันจะนำไปสู่การช่วยป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ เมื่อจำหน่ายกลับเข้าสู่ครอบครัว

3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบรูปแบบที่ป้องกันการป่วยซ้ำที่มีประสิทธิภาพในการลดการป่วยซ้ำจากความรุนแรงของอาการทางคลินิก คือ 1) การจัดการรายกรณี ร่วมกับสัมพันธ์ภาพบำบัด (Therapeutic relationship) (วัฒนาภรณ์ พิณุลาลักษณ์ และคณะ, 2561; Priebe et al., 2011) 2) สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Lay et al., 2015; Bhattacharjee et al., 2011) และ 3) การช่วยเหลือครอบครัว (Family Intervention) ที่เป็นลักษณะสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ในการจัดการแก้ปัญหา (Camacho-Gomez & Castellvi, 2020; วันวิสา โพธิ์อิม และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555; Niksalehi et al., 2019)

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลตามขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) มาประยุกต์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลรวมถึงการนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสารตำราทางวิชาการ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมาใช้วางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบผสมผสานโดยกำหนดแผนการจัดทำโครงสร้างขอบเขตกิจกรรมและ

เนื้อหาที่ประกอบด้วย 1) การจัดการรายกรณี ร่วมกับ 2) การบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย สัมพันธ์ภาพบำบัด สุขภาพจิตศึกษา และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง

การออกแบบโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ปฏิบัติตามแนวทางหลักการและวิธีการเขียนคู่มือการพยาบาล โดยชรัสนิกุล ยัมบุญณะ (2561) ประกอบด้วยส่วนนำ ส่วนกิจกรรม และส่วนประเมินผล โดยต้นร่างที่จัดทำขึ้นประกอบด้วยเนื้อหา 1) การจัดการรายกรณี ร่วมกับ 2) การบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย สัมพันธ์ภาพบำบัด สุขภาพจิตศึกษา และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ (ได้รับวุฒิบัตรสาขาจิตเวชศาสตร์ หรือสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลด้านจิตเวช ไม่น้อยกว่า 5 ปี) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์สอนไม่น้อยกว่า 5 ปี) และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ได้เท่ากับ 0.90 และเมื่อแก้ไขตามข้อเสนอแนะเรียบร้อยแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง และนำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 5 ราย ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา นำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม มาวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญความชัดเจนของภาษาที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายขึ้นและจัดทำเป็นฉบับปรับปรุง

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ในระบบมี 2 กิจกรรมหลัก คือ (ระยะเวลา 4 เดือน)

1. นำโปรแกรมฯ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอนที่ 4 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำนวน 5 ราย ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา นำผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรม มาวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อครอบคลุมในเนื้อหาสาระสำคัญความชัดเจนของภาษาที่สามารถทำให้เข้าใจง่ายขึ้นและจัดทำเป็นฉบับปรับปรุง

2. ดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน (ฉบับปรับปรุง) ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร คือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.30 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 คำนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คน และเพิ่ม drop out ร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

3) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี

4) มีอาการทางจิตระยะ Sub-acute phase หรือมีค่าคะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 39 คะแนน (เฟลีน เสียชชอยู่ และคณะ, 2566)

5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

6) พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือมีครอบครัวดูแลรับผิดชอบ

ผู้ดูแล

1) เป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป

3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย

1) มีความน่าสงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม

2) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เกิดจากระบบประสาทผิดปกติหรือความผิดปกติทางร่างกายได้แก่จากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain syndrome) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's

disease) โรคหลอดเลือดสมองหรือมีการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้

3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักหรือโรคร่วม ได้แก่ Autism และ Intellectual disability

ผู้ดูแล

1) มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการกำหนดคุณลักษณะประกอบด้วยหัวข้อ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับคะแนนอาการทางจิตและสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย

2) แบบประเมินระดับอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินการป่วยซ้ำ เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้บันทึกความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิต ทั้งอาการแสดงด้านบวก อาการแสดงด้านลบ และอาการแสดงออกทางอารมณ์ พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ วัดระดับความรุนแรงด้วยมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข 7 ระดับดังนี้ 7 = มากที่สุด 6 = มาก 5 = ก่อนข้างมาก 4 = ปานกลาง 3 = น้อย 2 = น้อยมาก 1 = ไม่มีคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามี

อาการของโรคระดับมาก และถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคระดับเล็กน้อย

3) การป่วยซ้ำทำการประเมินด้วยเครื่องมือ BPRS จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 4 (Conceptual disorganization (P) พุดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พุดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก), ข้อ 12 (Hallucination behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพุดด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกร/ประสบการณ์นี้ มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม) และข้อ 15 (Unusual thought content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย) ที่มีอย่างน้อยหนึ่งในสามข้อมีคะแนนระดับรุนแรงมาก (6 คะแนนขึ้นไป) จึงแปลความว่า “ป่วยซ้ำ” (Gleeson et al., 2005) (Nuechterlein et al., 1994)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญดังนี้

1) รูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) พัฒนาขึ้นตามกระบวนการจัดการรายกรณีตามแนวคิดของ Powell & Tahan (2010) มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดำเนินการ 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) การระบุผู้ป่วย 2) การประเมิน/การระบุปัญหา 3) การประสานความ

ร่วมมือทีมสหวิชาชีพ 4) การปฏิบัติการดูแลรายกรณีตามแนวปฏิบัติการพยาบาล 5) การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวน 6) การกำกับอย่างต่อเนื่องและ 7) การปิดกรณีและสิ้นสุดการจัดการรายกรณี

2) สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Peplau (1991) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความต้องการการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและการช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง โดยมีพยาบาลจิตเวชทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที

3) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Brown (2015) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดแบบกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที

4) แนวปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psycho-education) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1986) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดรายครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง

1) เตรียมความพร้อมของโครงร่างการวิจัย รวมไปถึงเครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการ

พยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการทางจิต

2) จัดทำโครงร่างวิจัยเสนอแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยจะมีการอธิบายโครงการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจโครงการวิจัย ทำหน้าที่สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับอาการทางจิต และการป่วยซ้ำ โดยผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

2.1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 3 ปี

2.2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

2.3) ยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

1) ส่งหนังสือแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย เรื่อง การขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัย และถ้ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20.X) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

ให้แจ้งกลับมายังผู้วิจัย

2) จับฉลากหอผู้ป่วยเพื่อกำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และป้องกันการส่งต่อวิธีการที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาับการรักษาแบบผู้ป่วยในตามเกณฑ์การคัดเลือก

4) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และลงลายมือชื่อในใบยินยอม

5) ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินอาการทางจิต โดยไม่ทราบว่าเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

6) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

7) การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

8) การติดตามกลุ่มตัวอย่างติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการวิจัย STY.IRB012/2567_full วันที่รับรองโครงการวิจัย 9 พฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักโดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบเมื่อได้รับ

อนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนการป่วยซ้ำ เดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 วิเคราะห์ด้วยสถิติ fisher' exact test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ pair t-test และ independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความ

เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนทำให้เกิดโปรแกรมดังกล่าว ประกอบด้วย การจัดการรายกรณีร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (สัมพันธภาพบำบัด 4 ครั้ง สุขภาพจิตศึกษา 2 ครั้ง และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2 ครั้ง) ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ โดยได้ค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) เท่ากับ 0.90 ดังตารางที่ 1

การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสาน (ฉบับปรับปรุง) ด้วยการศึกษาถึงทดลอง (quasi-experimental study)

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 37.9 (10.25) ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 66.7 จำนวนครั้งเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาก่อนหน้า 2.7 (0.99) ครั้ง ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.1 (3.34) ปี สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย คือ พ่อ/แม่ ร้อยละ 66.7 และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ทั้งระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่าง

ตารางที่ 1 โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สัปดาห์ที่	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์
	(13.00 - 14.00 น.)	(13.00 - 14.00 น.)	(13.00 - 14.00 น.)	(13.00 - 14.00 น.)	(13.00 - 14.00 น.)
การจัดการรายกรณี					
1	-	สัมพันธภาพบำบัด ครั้งที่ 1	-	สัมพันธภาพ บำบัด ครั้งที่ 2	-
2	สัมพันธภาพบำบัด ครั้งที่ 3	-	สัมพันธภาพ บำบัด ครั้งที่ 4	-	สุขภาพจิต ครอบครัว ครั้งที่ 1
3	กลุ่มสุขภาพจิต ศึกษา ครั้งที่ 1	-	กลุ่มสุขภาพจิต ศึกษา ครั้งที่ 2	-	สุขภาพจิต ครอบครัว ครั้งที่ 2

หมายเหตุ : ติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน และ 3 เดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน (n = 24)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง		1.164	22	.257
กลุ่มทดลอง	23.5 $\pm$ 1.83			
กลุ่มควบคุม	22.7 $\pm$ 1.67			
หลังการทดลอง		0.518	22	.610
กลุ่มทดลอง	23.3 $\pm$ 1.67			
กลุ่มควบคุม	23.0 $\pm$ 1.48			
ติดตามหลังการทดลอง 1 เดือน		-1.609	18.794	.124
กลุ่มทดลอง	24.9 $\pm$ 5.05			
กลุ่มควบคุม	29.3 $\pm$ 7.84			

* $p < .05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการกลับมาป่วยซ้ำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 24)

การติดตาม	จำนวนการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ (ร้อยละ)		p-value
	ป่วยซ้ำ	ไม่ป่วยซ้ำ	
การติดตาม 1 เดือน			.027*
กลุ่มทดลอง	1 (8.3)	11 (91.7)	
กลุ่มควบคุม	7 (58.3)	5 (41.7)	
การติดตาม 3 เดือน			.193
กลุ่มทดลอง	2 (16.7)	10 (83.3)	
กลุ่มควบคุม	6 (50.0)	6 (50.0)	

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบการกลับมาป่วยซ้ำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า การติดตามที่ 1 เดือน กลุ่มทดลองกลับมาป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .027$) แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน การป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

และจากการสัมภาษณ์การเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแลหรือญาติในการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในส่วนของกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงใจในระดับดีมากต่อโปรแกรมฯ ยังกล่าวเพิ่มเติมอีกว่า “สามารถทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น” รวมไปถึง “เข้าใจโรคจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น” และสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า “น่าจะมิกิจกรรมให้ญาติได้เข้าร่วมมากยิ่งขึ้น”

การอภิปรายผล

โปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้ผ่านวิเคราะห์ความต้องการหรือความจำเป็นในการพัฒนาในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าว ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน นอกจากนี้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร่วมในปัจจุบันมีการพยาบาลเพียงหนึ่งโปรแกรม คือ การจัดการรายกรณี (Case management) จากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย

จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า การจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมถึงการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควร ได้รับการบำบัดที่ออกแบบเฉพาะกลุ่ม และมีการวางแผนการติดตามผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา จะดำเนินการตามคู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรุนแรง ยุ่งยาก ชับซ้อน ด้วยระบบการจัดการรายกรณีเพียงอย่างเดียว และให้พยาบาลจิตเวชชุมชนเข้ามาดูแล (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท, 2563) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ของ Powell & Tahan (2010) เพื่อจัดระบบการดูแล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณี ร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Peplau (1991) เพื่อค้นหาความต้องการการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและการช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Brown (2015) เพื่อให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1986) เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้บำบัดรายครอบครัว ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่ม

ทั้งหมด ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมแต่ละข้อกับแนวคิดที่ใช้ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขจากนั้นนำโปรแกรมที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

จากผลการทดสอบประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานฯ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมหดลดกล่าวสามารถป้องกันการป่วยซ้ำหลังติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .027$) แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการป่วยซ้ำไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสินธิ์ อนันทวัฒน์ (2565) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 35 ราย เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี สาเหตุที่มีอาการรุนแรงในครั้งนี้ คือ ใช้สารเสพติดอย่างเดียวมากที่สุดร้อยละ 54.3 และจากการวิเคราะห์พบว่าการกำเริบซ้ำเกิดจากใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลยังไม่เข้าใจในการดูแล และระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบคะแนน

อาการทางจิตและคะแนนความสามารถโดยรวม หลังการติดตามที่ 0, 3 และ 6 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบกำเริบซ้ำ 2 ราย และจากการศึกษาของวัฒนภรณ์ พิบูลาลักษณ์ และคณะ (2561) ศึกษาผลของการจัดการรายกรณี โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20 - 60 ปี จำนวน 67 คน โดยใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดและสุขภาพจิตศึกษา 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการวางแผนการจำหน่าย พบว่าการจัดการรายกรณีร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดและสุขภาพจิตศึกษา มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำได้มากกว่า การวางแผนการจำหน่าย นอกจากนี้จากการศึกษาของ Camacho-Gomez & Castellvi (2020) ได้ทำการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทอายุ 16 - 40 ปี ทั้งสิ้นจำนวน 1,360 คนพบว่า family intervention for psychosis มีประสิทธิผลในการป้องกันการป่วยซ้ำโดยช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาลดซ้ำช่วยลดอาการทางจิต และเพิ่มการทำหน้าที่เมื่อเปรียบเทียบกับบริการแบบผู้ป่วยนอกตามมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไปทดลองนำร่อง (Pilot study) ซ้ำในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น ก่อนจะมีการนำโปรแกรมไปใช้จริง

2. การนำโปรแกรมการพยาบาลแบบผสมผสานต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวสามารถป้องกันการป่วยซ้ำหลังติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน แต่เมื่อติดตามที่ 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการป่วยซ้ำไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญและเน้นกิจกรรมในระยะ 1 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. พรอสเพอริสพลัส.
- กรมสุขภาพจิต. (24 สิงหาคม 2565). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2562-2564*. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>.
- กัทธ ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 406-414.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. (2563). *คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน (SMI) ด้วยระบบการจัดการรายกรณี ตามแนวคิด Recovery Oriented Service (ปรับปรุงครั้งที่ 2)*. โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ชรินทร์กุล ชื่นบุญนะ. (3 มิถุนายน 2561). *หลักการและวิธีการเขียนคู่มือการพยาบาล*. <http://drive.google.com/file/d/0B4a84Ctm67PbHINWFqRbk1KeGM/view>.
- ณัฐพล นุดะโชติ. (2564). กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9), 77-88.

- เพลิน เสี่ยงโชคอยู่, วัฒนกรณ์ พิบูลอาลักษณ์, สาวิตรี สุริยะฉาย, และสาวิตรี แสงสว่าง. (2566). การพัฒนารูปแบบผสมผสาน การพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ เมทาแอมเฟตามีน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 17(2), 62-77.
- มานิช หล่อตะกุด และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ งามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนกรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ชูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรกรร, และวีรพล อุณหศรี. (2561). ผลของการจัดการรายกรณี โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 5-18.
- วันวิสา โพธิ์อ้อม, และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2555). ผลของ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 50-61.
- เวนิช บุราชนินทร์, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 24-37.
- สินธิ์ อนันต์วัฒน์. (2565). *การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุขภาพ*. <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001154-0000001411.pdf>
- Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family a practitioner's guide to psychoeducation and management*. A division of Guilford publications.
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K. & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 33-39.
- Boaz, T. L., Becker, M. A., Andel, R., VanDorn, R. A., Choi, J. & Sikirica, M. (2013). Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking antipsychotic medications. *Psychiatric services*, 64(12), 1225-1229.
- Brown, W. N. (2015). *Psychoeducational groups: process and practice*. Taylor and Francis Group.
- Camacho Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First Episode Psychosis Until 24 Months of Follow up: A Systematic Review with Meta analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 98-109.
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 357-373.
- Durbin, J., Lin, E., Layne, C. & Teed, M. (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?. *The journal of behavioral health services & research*, 34(2), 137-150.
- Gleeson, J. F., Rawlings, D., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2005). Early warning signs of relapse following a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, 80(1), 107-111.
- Harwood, R. H. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(2), 176-182.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 10(6), e0128536.
- Jaramillo-Gonzalez, L. E., Sanchez-Pedraza, R. & Herazo, M. I. (2014). The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry*, 2(14), 161.

- Lay, B., Blank, C., Lengler, S., Drack, T., Bleiker, M. & Rossler, W. (2015). Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care using psychoeducation and monitoring: feasibility and outcomes after 12 months. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265, 209-217.
- Niksalehi, S., Namazi, S., Tashk, M., Bavaghar, S., Afandi, M. & Jamalizadeh, F. (2019). Impact of Family Psychoeducation Intervention on Relapse Prevention in Hospitalized Psychiatric Patients. *Hormozgan Medical Journal*, 23(4), e86970.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., Mintz, J., & Bartzokis, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 382, 58-64.
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10(3), 799-812.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing.
- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2010). *Case management: A practical guide for education and practice* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(2), 70-77.
- Rao, C., Porapakham, Y., Pattaraarchachai, J., Polprasert, W., Swampunyalert, N. & Lopez, A. D. (2010). Verifying causes of death in Thailand: Rationale and methods for empirical investigation. *Population Health Metrics*, 8(11), 1-13.
- Tam, E., Engelsmann, F. & Fugere, R. (1996). Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility. *Psychiatric Services*, 47(1), 86-88.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R. M. & Fahy, T. (2003). Prevalence of violent victimization in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 233-238.
- World Health Organization. (10 January 2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

THE EFFECT OF CARING WITH “7- COLOR PING-PONG PROGRAM” ON DEPRESSION OF NURSING STUDENTS*

*Sukjai Charoensuk, Ph.D. **, Kanyawee Mokekhaow, Ph.D. ****

Abstract

Objective: To study the effect of caring with “7- color Ping-pong Program” on depression of nursing students.

Methods: This research is quasi-experimental research (two groups pretest- posttest design). The sample was 40 voluntary nursing students who participated in the study. They were randomly selected into the experimental and control group for 20 each. The experimental group participated in the program for 6 weeks, while the control group received care according to the college's mental health problems guidelines. The instruments used consisted of a Personal information questionnaire, 11Q depression questionnaire and a “7- Color Ping-pong Program”. The instruments have been validated by 3 experts. The 11Q depression questionnaire has been evaluated for reliability using Cronbach's alpha coefficient, and it was equal to .84. Data were collected at before and after an experiment from November 2023 to January 2024 and analyzed using descriptive statistics: mean, standard deviation and t-test.

Results: After the experiment, the experimental group had an average depression score of 8.24 (S.D.= 4.82), while the control group had an average depression score of 15.10 (S.D.= 7.81). The average depression score of an experimental group between pre- experimental and post-experimental was significantly different. ($t= 4.95, p < .01$). The average depression score of the experimental group was significantly less than the score of the control group. ($t= -3.34, p < .01$).

Conclusion: The caring with “7- Color Ping-pong Program” was effective to reduce depressive symptoms of nursing students by early screening and provide appropriate intervention based on the severity of depression. This innovative program would be useful not only for nursing students, but also other teenagers.

Keywords: nursing student, 7- color ping-pong program, depression

**This research was funded by Faculty of Nursing, Baromarajonani College of Nursing, Chonburi*

***Assistant Professor, Praboromarajchanok Institute, Faculty of Nursing, Baromarajonani College of Nursing, Chonburi*

****Corresponding author: Assistant Professor, Praboromarajchanok Institute, Faculty of Nursing, Baromarajonani College of Nursing, Chonburi, e-mail: kanyawee@bnc.ac.th*

Received: 31 July 2024, Revised: 25 February 2025, Accepted: 3 March 2025

ผลของโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีต่อภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาล*

ศุภกรใจ เจริญสุข, Ph.D. **, กัญญาวิณี โมกขาว, Ph.D. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลอง (แบบสองกลุ่มวัดก่อน หลังการทดลอง) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตของวิทยาลัย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q และโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบจากทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้นำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .84 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลง โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 8.24 (S.D.= 4.82) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.10 (S.D. = 7.81) กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย ระยะก่อนทดลอง และหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.95, p < .01$), และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.34, p < .01$)

สรุป : โปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นการคัดกรองในระยะเริ่มต้นและให้การดูแลตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โปรแกรมนี้นับเป็นนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ไม่เพียงแต่สำหรับนักศึกษาพยาบาล แต่สามารถประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล, ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี, ภาวะซึมเศร้า

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

e-mail: kanyawee@bnc.ac.th

วันที่รับ: 31 กรกฎาคม 2567, วันที่แก้ไข: 25 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่ตอบรับ: 3 มีนาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้จากรายงานองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (World Health Organization, 2023) ที่มีผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกถึง 300 ล้านคน ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดโรค (วิภาวี เฝ้ากันทรารกร และนภางิรัฐจินตนา, 2564) สำหรับการเกิดภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่าจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสะสม และเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในปี 2564 ถึง 1,111,938 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2565) ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก ทั้งด้านอารมณ์ เช่น เศร้า หดหู่ ร้องไห้ ด้านความคิด เช่น มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตพบแต่ความผิดพลาด ล้มเหลว มองสิ่งรอบตัวและมองอนาคตในทางลบ มีความคิดฆ่าตัวตาย (โกวิท นพพร, 2561) ด้านพฤติกรรม เช่น หลงลืมง่าย เหม่อลอย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หลับยาก เบื่ออาหาร ด้านความสัมพันธ์ เช่น เก็บตัว สัมพันธภาพกับผู้อื่นรอบข้างแย่ลง ขาดงานบ่อย หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือมีอาภาทางจิตร่วมด้วย ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และหวาดระแวง (มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561) และในปัจจุบันพบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น มีรายงานการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถึงร้อยละ 30.11

(วาสนา ศิริศรีจิรัส และคณะ, 2562) นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายตามวัย มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมจากการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยจากบ้านมาอยู่ในหอพัก การปรับตัวกับสถานที่และสังคมใหม่ ต้องอยู่ในกฎข้อบังคับของสถาบันการศึกษา การเรียนมีการเปลี่ยนแปลงที่มีความเฉพาะทาง ต้องรับผิดชอบมากขึ้น และนำความรู้ไปปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับอาจารย์ผู้สอน กลุ่มเพื่อน สิ่งเหล่านี้ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดสะสม เก็บกดความรู้สึกรัก บางคนใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบโทษตนเอง ซึ่งอาจเปลี่ยนเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (โกวิท นพพร, 2561) สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.21 (พริกมล เพ็ชรกุล และพัชรบุรณ ศรีวิชัย, 2563) ผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32 (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2563)

ภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลกระทบถึงการดำเนินชีวิต จึงจำเป็นต้องมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับการดูแลและรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทันทั่วทั้งที่ (กรมสุขภาพจิต, 2561) เมื่อได้ผลจากการคัดกรอง

แล้วจำเป็นต้องหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งก่อนหน้านี้มีการศึกษาวิธีการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังจากได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแล้วโดยใช้วิธีดูแลนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการเดียวกันในทุกระดับ ความรุนแรงอาจทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงมากกว่านักศึกษาพยาบาลคนอื่นยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในการดูแลนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า จึงได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิด สบซ โมเดล ซึ่งเป็นแนวคิดของศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร (วิชัย เทียนถาวร, 2556) ซึ่งทำการคัดกรองภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อได้ผลการคัดกรองแล้วทำการแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงเป็นสี่ของป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี ได้แก่ กลุ่มปกติสีขาว กลุ่มเสี่ยงสีเขียวอ่อน กลุ่มป่วยสีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ จากนั้นให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงตามระดับสี่ของป้องกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีการบำบัดรักษาทั้งทางชีวภาพ และทางจิตสังคม ในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ แต่ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า สามารถให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมได้ มีการศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดโดยใช้สติ (mindfulness-based therapy) ทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และบุคคลทั่วไปโดยการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis)

และพบว่า การบำบัดโดยใช้สติช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Reangsing et al., 2024; Fu et al., 2024) เช่นเดียวกับวิธีการบำบัดโดยปรับความคิด (cognitive therapy) ตามแนวคิดของ เบค (Beck et al., 2024) ที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการนำมาใช้ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าตามปกติให้ผลดีกว่า การรักษาโดยไม่ใช้ดนตรีบำบัด (Aalbers et al., 2017) และการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและให้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการบำบัดแบบอื่น (Muhammad Khir., 2024) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีการนำแนวคิดของการบำบัดโดยใช้สติและการปรับความคิดมาใช้ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น คุณฤๅ จิรศิริกุลวิทย์ และคณะ (2558) ได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (mindfulness-based cognitive therapy) เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในระยะสิ้นสุดกิจกรรมและต่อเนื่อง 3 เดือน นอกจากนี้ วิชาวิ เฝ้ากันทรากกร และณภาพิรุฐจินตนา (2564) ได้มีการพัฒนาโปรแกรมสติบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรง

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ตามแนวคิดป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งทำได้โดยการคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้า และให้การดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จัดกลุ่มไว้เป็น 7 สีของปิงปองจราจรชีวิต โดยนำแนวคิด การบำบัดโดยใช้สติ (mindfulness-based therapy) การบำบัดโดยปรับความคิด (cognitive therapy) การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) และเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน และดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จะทำให้นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

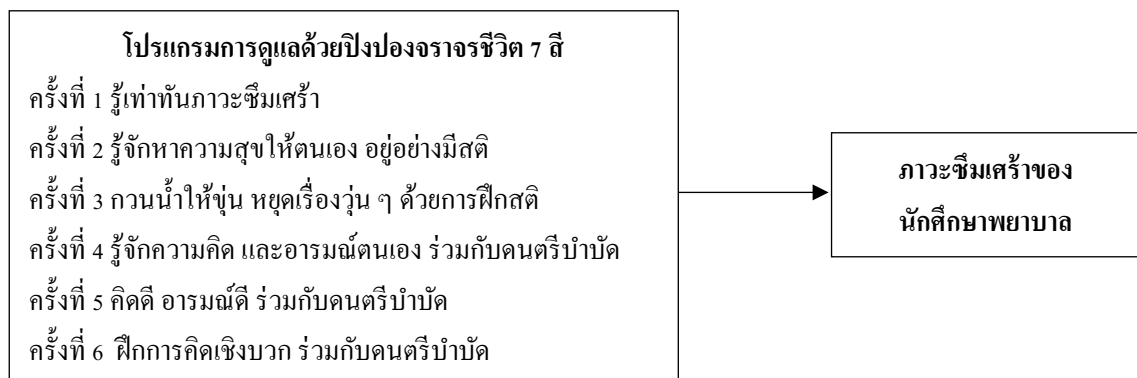
ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจร 7 สี นักศึกษาพยาบาลมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจร 7 สี กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจร 7 สี กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) ชนิดสองกลุ่มแบบวัดก่อนหลังการทดลอง (two group pretest- posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2566 ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ G* power กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ใช้ค่า effect size 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป 2) สนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 52 คน ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกครั้ง 2) ไม่สนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ทั้งหมด 40 คน จึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ทำการจับคู่ (match paired) จากคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกัน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากให้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการรักษา และการได้รับยาโรคซึมเศร้า

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

8Q (กรมสุขภาพจิต, 2557) มีจำนวนข้อ 11 ข้อ โดยข้อ 1 ถึงข้อ 8 แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย = 0 คะแนน, เป็นบางวัน (1-7 วัน) = 1 คะแนน, เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) = 2 คะแนน และเป็นทุกวัน = 3 คะแนน ส่วนข้อ 9- 11 แบ่งคำตอบเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” ถ้าตอบใช่ในข้อ 9 ได้ = 6 คะแนน, ข้อ 10 = 8 คะแนน, ข้อ 11 = 10 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 48 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ < 7 คะแนน สีขาว กลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือกลุ่มปกติ

7 - 12 คะแนน สีเขียวอ่อน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือสีเขียวเข้ม กลุ่มมีภาวะซึมเศร้าที่ควบคุมอาการได้ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

13 - 18 คะแนน สีเหลือง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

19 - 22 คะแนน สีส้ม กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง มีความคิดอยากตาย

23 - 30 คะแนน สีแดง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีแผนการฆ่าตัวตาย

> 30 คะแนน สีดำ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

3. โปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ที่พัฒนาขึ้นโดยนำแนวคิดการบำบัดโดยใช้สติ (mindfulness-based therapy) การบำบัดโดยปรับความคิด (cognitive therapy) การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ออกแบบเป็นกิจกรรม 6 กิจกรรม เพื่อให้การดูแลตามระดับสีของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า”

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง

กิจกรรมที่ 2 “รู้จักหาความสุขให้ตนเอง อยู่อย่างมีสติ” วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจเกี่ยวกับการสร้างความสุขให้กับตนเอง ด้วยวิธีง่ายๆ และดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ควบคุมอารมณ์ ได้ ตามหลักการบำบัดโดยใช้สติ

กิจกรรมที่ 3 “กวนน้ำให้ขุ่น หยุดเรื่องวุ่น ๆ ด้วยการฝึกสติ” วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจถึงสภาวะจิตใจของตนเองในปัจจุบัน ควบคุมอารมณ์ตนเองด้วยการฝึกสติ ตามหลักการบำบัดโดยใช้สติ

กิจกรรมที่ 4 “รู้จักความคิด และอารมณ์ตนเอง” วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้เท่าทัน ความคิด และอารมณ์ของตนเอง ฝึกคิดทางบวก ตามหลักการบำบัดทางความคิด และการใช้ดนตรีบำบัด

กิจกรรมที่ 5 “คิดดี อารมณ์ดี” วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการปรับความคิด และ อารมณ์ของตนเองไปในทางบวก ฝึกการเบี่ยงเบน ความคิดเมื่อตนเองมีความคิดทางลบตามหลักการ บำบัดทางความคิด ร่วมกับการใช้ดนตรีบำบัด

กิจกรรมที่ 6 “การฝึกคิดบวก” วัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับความคิดทางบวก มากขึ้น และมีทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิด ทางลบให้เป็นความคิดทางบวก ตามหลักการบำบัด ทางความคิด ร่วมกับการใช้ดนตรีบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q และ โปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจรจรชีวิต 7 สี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล จิตเวช 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือการวิจัย ทางกายภาพ 1 ท่าน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 1 และ 0.92 ตามลำดับ ผู้วิจัย ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ไป ทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำไปหาค่าความ เทียงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการทำวิจัยใน มนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี เลขที่ BNC REC 03/2566 วันที่ 3 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัย ดำเนินการขอความยินยอมและความสมัครใจการ เข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแจ้ง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นไปตามความ สมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการเข้าร่วม การวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจและ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ ผู้วิจัยจะ พิจารณาให้ยุติการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มี ผลกระทบกับการเรียนการสอนใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูล ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และ

ไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ วิธีการ และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการทดลอง (pre-test) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า

ใกล้เคียงกัน แล้วทำการจับคู่จนให้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1 หลังจากการทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างหลังทำการทดลอง (post-test) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n=20)

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	Levene's test for equality of variance		mean	S.D.	df	t	p-value
	F	Sig					
ก่อนการทดลอง	.46	.50			38	.32	.75
กลุ่มทดลอง			15.65	9.59			
กลุ่มควบคุม			14.80	7.28			

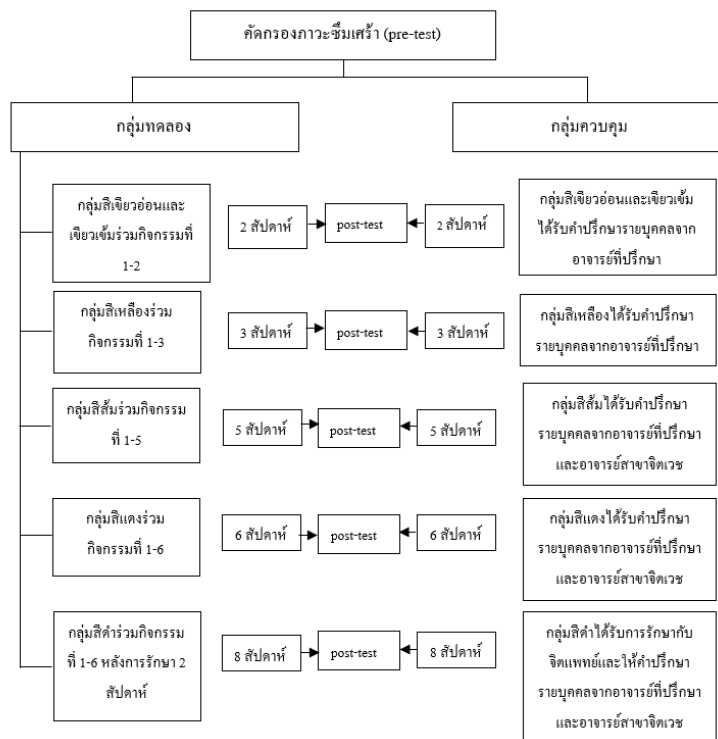
*p-value < .05, **p-value < .01

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองตามสีของปิงปอง จราจรชีวิต จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสีเขียว และสีเขียวเข้ม จำนวน 9 คน เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในวันจันทร์ ใช้เวลา 2 สัปดาห์ครั้งแรก 30 นาที และครั้งที่สอง 45 นาที 2) กลุ่มสีเหลือง จำนวน 4 คน เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 ในวันอังคาร ใช้เวลา 3 สัปดาห์ครั้งแรก 30 นาที

ครั้งที่สอง 45 นาที และครั้งที่สาม 30 นาที 3) กลุ่มสีส้มจำนวน 4 คนเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 5 ในวันพุธ ใช้เวลา 5 สัปดาห์ครั้งแรก 30 นาที ครั้งที่สอง 45 นาที ครั้งที่สาม 30 นาที ครั้งที่ 4 และ 5 ครั้งละ 45 นาที 4) สีแดง จำนวน 2 คน เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 ในวันพฤหัสบดี ใช้เวลา 6 สัปดาห์ครั้งแรก 30 - 45 นาที 5) สีดำ จำนวน 1 คน

หลังจากพบจิตแพทย์ และทำการรักษา จนอาการดีขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 ในวันศุกร์ ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทดลอง และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละกลุ่มย่อย และดำเนินการทดลองหลังได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลด้วยปึงปองจรรจรชีวิต 7 สี โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจิตเวช และเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เมื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละสีเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมของตนเองครบจึงทำการประเมินภาวะซึมเศร้า 11Q ทันทีหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (post-test) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตาม

แนวทางการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตของวิทยาลัยคือ การให้คำปรึกษารายบุคคลจากอาจารย์ที่ปรึกษาและการให้คำปรึกษารายบุคคลจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในรายที่เป็นกลุ่มสีส้ม สีแดง และสีดำ แล้วจึงทำการประเมินภาวะซึมเศร้า 11Q ซ้ำตามระดับสี (post-test) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกลุ่มไว้เหมือนกลุ่มทดลอง และนัดประเมินแยกกันในแต่ละกลุ่มย่อย หลังจากศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแล้วพบว่า ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมนี้กับกลุ่มควบคุมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้กับกลุ่มควบคุม



ภาพที่ 1 แผนภาพการดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลด้วยปึงปองจรรจรชีวิต 7 สี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดสอบสมมุติฐานเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test มีค่ามากกว่า .05 ซึ่งแสดงว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติพาราเมตริก ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูล 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired- t-test และ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง (n = 20) ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19 - 20 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 19.78 ปี มีประวัติการได้รับยาต้านซึมเศร้า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ก่อนการทดลอง แบ่งกลุ่มตาม

ระดับสติปัญญาได้เป็นสีเขียว จำนวน 8 คน สีเขียวเข้ม จำนวน 1 คน สีเหลือง จำนวน 4 คน สีส้ม จำนวน 4 คน สีแดง จำนวน 2 คน และสีดำ จำนวน 1 คน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.65 (S.D. = 9.59)

กลุ่มควบคุม (n = 20) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95 ส่วนใหญ่มีอายุ 19 - 20 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 19.72 ปี ประวัติการได้รับยาต้านซึมเศร้า 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ก่อนการทดลอง แบ่งกลุ่มตามระดับสติปัญญาได้เป็นสีเขียว จำนวน 9 คน สีเขียวเข้ม จำนวน 2 คน สีเหลือง จำนวน 3 คน สีส้ม จำนวน 4 คน สีแดง จำนวน 2 คน และสีดำ จำนวน 1 คน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.10 (S.D. = 7.81)

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่จำแนกเป็นกลุ่มสติปัญญา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกออกเป็นสติปัญญา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สติปัญญาจรจรวิต 7 สี	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
สีขาว	-	8	-	-
สีเขียวอ่อน	8	9	9	8
สีเขียวเข้ม	1	1	2	2
สีเหลือง	4	2	3	2
สีส้ม	4	-	4	5
สีแดง	2	-	2	2
สีดำ	1	-	1	1

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง และหลังการทดลองทันที (n = 20)

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	mean	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	15.65	9.59	19	4.95	.000**
หลังการทดลอง	8.25	4.82			

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

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	Levene's test for		mean	S.D.	df	t	p-value
	equality of variance						
	F	Sig					
หลังการทดลอง	8.55	.006			31.64	-3.34	.002**
กลุ่มทดลอง			8.25	4.82			
กลุ่มควบคุม			15.10	7.81			

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

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลอง และหลังการทดลองทันที พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลตามสมมุติฐานที่หนึ่ง

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เป็นกลุ่มสีเขียว เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า และสีเขียวเข้มที่เคยมีภาวะซึมเศร้าและสามารถควบคุมอาการได้ อย่างคงที่ เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การสังเกตอาการของตนเอง และแนวทางการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง จึงทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง และบริหารจัดการกับอารมณ์ของตนเองเบื้องต้นได้ กลุ่มทดลองที่เป็นสีเหลือง สีส้ม และสีแดง นอกจากจะได้รับความรู้

เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีการผสมผสานการฝึกสติให้จิตใจอยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้อารมณ์และความคิดของตนเอง และฝึกทักษะการคิดเชิงบวกในสถานการณ์เดิม ซึ่งเรื่องการฝึกสติและการฝึกการคิดเชิงบวกมีงานวิจัยที่สนับสนุนได้แก่ งานวิจัยของพาร์เม็นเทียร์ และคณะ (Parmentier et al., 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกสติกับอารมณ์ซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า การฝึกสติทำให้นักลมีกรคิดทบทวนและเปลี่ยนเป็นความคิดในมุมมองทางบวก จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ การศึกษาของสปินโฮเวนและคณะ (Spinhoven et.al., 2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเชิงลบเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการฝึกการคิดเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และการศึกษาของปวิมล มหายสนันท์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า การฝึกทักษะการคิดเชิงบวกโดยใช้การพูดกับตนเองทางบวก สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ส่วนการฝึกการผ่อนคลายด้วยดนตรีบำบัด ซึ่งมีงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของอัลเบอร์ส และคณะ (Aalbers et al., 2017) พบว่า ดนตรีบำบัดช่วยให้อารมณ์ซึมเศร้าที่ค่อนข้างรุนแรงได้บรรเทาลง จึงมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้า ส่วนกลุ่มทดลองที่เป็นสื่อ ผู้วิจัยได้ประสานงานให้เข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ และดูแลให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ จนกระทั่งอาการดีขึ้นจนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี จึงให้เข้าร่วมโปรแกรม

เหมือนกับกลุ่มอื่น ๆ แต่เพิ่มเติมในเรื่องการฝึกทักษะการคิดเชิงบวกตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน กิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และเนื่องจากไม่พบบงานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยปิงปองจราจร 7 สี โดยตรงในประเทศไทย แต่มีงานวิจัยที่มีกิจกรรมในโปรแกรมคล้ายคลึงกับโปรแกรมการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยปิงปองจราจร 7 สี เช่น ในเรื่องของหลักการบำบัดโดยใช้สติ มีการศึกษาของเกษราภรณ์ เคนบุปผา และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่ออารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีอารมณ์ซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องของหลักการบำบัดความคิด มีการศึกษาของศิรินชา รอดเจริญ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการคิดเชิงบวก และการปรับเปลี่ยนความคิด กลุ่มทดลองมีอารมณ์ซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของอัจฉริยาน้อยทรง และคณะ (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความคิดทางลบลดลง ทำให้มีอารมณ์ซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลตามสมมุติฐานที่สอง
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลัง
การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลด้วยป้องกันจรรยา
ชีวิต 7 สี น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ซึ่งอภิปรายผลได้จากแนวคิดการคัดกรองและ
เฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ป้องกันจรรยา
ชีวิต 7 สี ของวิชัย เทียนถาวร (2556) ที่ใช้ในการ
สร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม”
ส่งเสริมในเรื่อง 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)
3 ล (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดความอ้วน) และมีเป้าหมาย
ไม่ให้อีกกลุ่มปกติสีขาวเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนกลุ่ม
เสี่ยงสีเขียวเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มป่วย
สีเหลือง สีส้ม สีแดง ลดความรุนแรงของโรค
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รับประทานยาตาม
แผนการรักษา ร่วมกับการสร้างสุขภาพ เน้นการมี
ส่วนร่วมและสร้างความตระหนักของบุคคลในการ
ดูแลตนเอง ซึ่งในโปรแกรมนี้นี้ได้สอดแทรกการ
ส่งเสริมสุขภาพในเรื่อง 3 อ 3 ล และเน้นกิจกรรม
ที่ช่วยในการจัดการกับอารมณ์ และพฤติกรรม
ได้แก่ การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองใน
ปัจจุบัน การสร้างความสุขให้กับตนเองแบบง่าย ๆ
การฝึกสติก่อนแสดงอารมณ์ด้านลบ การฝึกคิดบวก
มองทุกอย่างให้เป็นธรรมชาติ ฝึกการมีมุมมองใน
ทางบวกให้มากขึ้น บนฐานความเชื่อว่าทุกปัญหา
ทางออก ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายด้วยดนตรี
บำบัด กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้อีกกลุ่มตัวอย่างที่มี
ภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เพียงพอ
และเหมาะสมในแต่ละระดับความรุนแรง ซึ่งจาก
ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่ม
ที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมาก (สีดำ) กลุ่มป่วย

รุนแรง (สีแดง) กลุ่มป่วยอาการปานกลาง (สีส้ม)
เปลี่ยนไปเป็นกลุ่มป่วยที่มีอาการน้อย (สีเหลือง
และสีเขียวเข้ม) หรือเปลี่ยนเป็นกลุ่มเสี่ยง (สีเขียว)
ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
เปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ (สีขาว) แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม
ตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดภาวะ
ซึมเศร้าลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล
ตามแนวทางการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต
ของวิทยาลัย ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และ
เนื่องจากไม่พบการศึกษาที่น่าแนวคิด สบข. โมเดล
ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มาใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะ
ซึมเศร้า แต่พบว่ามีคนนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น กรม
สุขภาพจิต ได้ใช้แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ใน
การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น จัดกลุ่มความรุนแรงตาม
สีป้องกัน และให้การดูแลตามระดับความรุนแรง
ตั้งแต่การให้ความรู้กับผู้ดูแล การฝึกให้เด็กควบคุม
อารมณ์ และการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึง
ประสงค์ให้เด็กสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ (กรม
สุขภาพจิต, 2561) และพบผลการทบทวนวรรณกรรม
อย่างเป็นระบบของอัสนี วันชัย และคณะ (2566)
พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่แนะนำแนวคิด สบข. โมเดล
ไปใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย และพัฒนาแนว
ทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดระดับ
ความรุนแรงจากกลุ่มป่วยรุนแรง ให้เป็นกลุ่มป่วย
เล็กน้อยหรือกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพทางร่างกาย และสุขภาพจิต ซึ่ง
การนำแนวคิด สบข. โมเดล ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี
มาใช้ในการคัดกรอง และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย/
ประชาชน ถือว่าเป็นสิ่งใหม่ ซึ่งสามารถนำไปใช้

ประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือ และส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรมีการนำโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ไปใช้ให้กับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น นักเรียนมัธยมศึกษา ประชาชนวัยทำงาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. โปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี สามารถช่วยลดระดับซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงควรกำหนดนโยบายให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและใช้โปรแกรมนี้ในการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาล และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีพัฒนาต่อยอดงานวิจัย โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีต่อภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น นักเรียนมัธยมศึกษา ประชาชนวัยทำงาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น เป็นการขยายองค์ความรู้ให้กว้างขวางมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สีต่อภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ในกลุ่มที่คัดกรองตามระดับสีปิงปองทั้ง 7 กลุ่ม ซึ่งควรมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

เกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก น้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ทำให้การวิเคราะห์การแปลผลข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้มีความจำกัด

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (5 มิถุนายน 2561). กรมสุขภาพจิต ใช้ปิงปอง 7 สี จัดความรุนแรงอาการเด็ก สมาริสัน. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27975>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.

- ปวิมล มหายศนันท์, ดารารณ ต๊ะปิ่นตา, และวรุณ กิตสัมบันท์. (2563). โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่น โรคเรื้อรัง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 34-45.
- พริกมล เพ็ชรกุล และพัชรบูรณ์ ศรีวิชัย. (2563). ความเครียดภาวะซึมเศร้า และวิถีจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดพะเยา. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 51(1), 1-14.
- मुखड़ा ผดุงยาม. (2561). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์*. นิโอดิจิตอล.
- วาสนา ศิริศิริจิร, นงลักษณ์ พิมพ์และราตรี โพธิ์ระวัช. (2562). ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 78-94.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่3). ศรีศิลปการพิมพ์.
- วิภาวี เผ่ากันทรกรร และนภา จิรัฐจินตนา. (2564). ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(4), 286-296.
- ศรินยา รอดเจริญ. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อัจฉริยา น้อยทรง, นิตยา ดากวิริยะนันท์ และโอภาส ไตรตานนท์. (2561). ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 498-508.
- อัสนี วันชัย, จิตติพร ศรียะเกด และวิชัย เทียนถาวร. (2566). การประยุกต์ใช้ปั๊มป้องกันโรคจิต 7 สีในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), e267915. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/e267915/e267915>
- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X. J., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. The Cochrane database of systematic reviews, 11(11), CD004517.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of depression*. (2nd ed.). Guilford Publications.
- Fu, Y., Song, Y., Li, Y., Sanchez-Vidana, D. I., Zhang, J. J., Lau, W. K., Tan, D. G. H., Ngai, S. P. C., & Lau, B. W. (2024). The effect of mindfulness meditation on depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 14(1), 20189.
- Muhammad Khir, S., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S. A., Mohd Sukor, M. S., & Nordin, N. A. (2024). Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 345-365.
- Parmentier, F. B. R., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A. M., Andrés, P., & Gili, M. (2019). Mindfulness and Symptoms of Depression and Anxiety in the General Population: The Mediating Roles of Worry, Rumination, Reappraisal and Suppression. *Frontiers in psychology*, 10, 506.
- Reangsing, C., Punsuwun, S., & Oerther, S. (2024). Effects of mindfulness-based interventions (MBIs) on depression in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 352, 51-59.
- Spinhoven, P., Klein, N., Kennis, M., Cramer, A. O. J., Siegle, G., Cuijpers, P., Ormel, J., Hollon, S. D., & Bockting, C. L. (2018). The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 106, 71-85.
- World Health Organization. (31 March 2023). *Depressive disorder [depression]*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression/>

SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN COMMUNITY

*Nardnapa Wongsin, M.N.S.**, *Tieanthong Harabuttra, M.N.S.***,

*Chutima Panyapinitnugoon, Ph.D.****, *Panida Ratanapairoj, M.N.S.*****

Abstract

Objective: To examine the quality of life among caregivers of psychiatric patients and identify factors associated with their quality of life in the community.

Methods: This cross-sectional descriptive study included 70 community-based caregivers of psychiatric patients diagnosed according to ICD-10 criteria. Data were collected using a three-part questionnaire: 1) demographic characteristics, 2) stress assessment, and 3) quality of life measurement. Content validity index was 0.97, with Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.70 to 0.83. Statistical analyses included Pearson correlation, Chi-square test, and Phi and Cramer's V for relationship testing.

Results: The quality of life of caregivers of psychiatric patients was found to be at a moderate level ($M = 88.76$, $SD = 12.61$). Variables related to the quality of life of caregivers of psychiatric patients include: Income ($r = .448^{**}$), Stress ($r = -.267^{*}$), and type of psychiatric disorders (Phi and Cramer's $V = .84$) were significantly related to the quality of life at the .05 level.

Conclusion: This study provides valuable information for planning and developing effective approaches to promote quality of life among caregivers of psychiatric patients in the community. The focus should be on economic support, stress management, disease-specific education, and social support network development, which will help improve the quality of life of psychiatric patient caregivers in the community and contribute to high-quality and sustainable patient care.

Keywords: quality of life, community psychiatric patients, psychiatric patient caregivers

*Registered Nurse, Bueng Nam Rak Subdistrict Health Promotion Hospital

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

***Dean, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

****Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

Received: 3 April 2024, Revised: 25 September 2025, Accepted: 1 October 2025

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

นาถนภา วงษ์ศิลป์, พย.ม.*, เทียนทอง หาระบุตร, พย.ม.**,
ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, ประ.ด.***, พนิดา รัตนไพโรจน์, พย.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

วิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 70 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวช ตามหลัก ICD-10 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเครียด และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต มีความตรงของเนื้อหา (IOC = 0.97) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.70 และ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Correlation Coefficient (r), Chi-square และทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Phi and Cramer's V

ผลการศึกษา : คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 88.76$, $SD = 12.61$) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตสูงสุด ($M = 97.92$, $SD = 10.31$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รายได้ ($r = .448^{**}$) ความเครียด ($r = -.267^{*}$) และประเภทของโรคของผู้ป่วยจิตเวช (Phi and Cramer's V = .84)

สรุป : ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมุ่งเน้นการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ การจัดการความเครียด การให้ความรู้เฉพาะตามประเภทของโรค และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนให้ดีขึ้น และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงนาราง

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

***คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

วันที่รับ: 3 เมษายน 2567, วันที่แก้ไข: 25 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 1 ตุลาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าในปี 2020 ประชากรโลกกว่าร้อยละ 11 จะประสบปัญหาทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภทที่มีความรุนแรงมากที่สุด และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกถึง 21 ล้านคน (World Health Organization, 2022) สถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนความรุนแรงของปัญหานี้อย่างชัดเจน ข้อมูลล่าสุดจากการประเมินสุขภาพจิตตนเองของกรมสุขภาพจิตในปี 2567 พบผู้มีความเครียดสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4.5 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 15.5 ในปี 2567 ผู้เสี่ยงซึมเศร้าเพิ่มจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 17.2 และผู้เสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มจากร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 10.6 (ไทยพีบีเอส, 2567) โรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแล จากสมาชิกครอบครัว โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.5) เป็นบิดามารดา ของผู้ป่วย รองลงมาคือคู่สมรสที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน (พรทิพย์ วชิรดิถ, 2565) การดูแลผู้ป่วยในระยะยาวเช่นนี้ต้องมีความอดทน และการปรับตัวในทุก ๆ วัน ภาระที่ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เผชิญอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 51.7 และ 64.5 ตามลำดับ) ระดับของภาระที่ผู้ดูแลต้องเผชิญมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มอายุและเพศ โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่า 2.43 เท่า (Munie et al., 2024)

การทบทวนวรรณกรรมระดับกว้างแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลครอบครัวประสบปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Raimondi (2023)

พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 50 รายงานว่าการดูแลเพิ่มระดับความเครียดทางอารมณ์ โดยผู้ดูแลเพศหญิงและวัยหนุ่มสาวมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่า และระดับของภาระที่ผู้ดูแลต้องเผชิญมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มอายุและเพศ โดยผู้ดูแลเพศหญิงมีระดับภาระสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Oikonomou et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharma et al. (2016) ได้ศึกษายานวิจัย 42 เรื่อง พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ (โดยปกติเป็นมารดา) ตามด้วยคู่สมรส และพี่น้องของผู้ป่วย ในชุมชนพบว่าผู้หญิงเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 82 โดยร้อยละ 90 เป็นมารดาของผู้ป่วย และร้อยละ 70 มีอายุเกิน 60 ปี และผู้ดูแลผู้ใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ย 32 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (National Alliance on Mental Illness : NAMI, 2023) ถึงแม้ปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าผู้ชายมีแนวโน้มที่จะรับหน้าที่การดูแลมากขึ้น แต่ผู้ดูแลหญิงรายงานภาระที่สูงกว่าการศึกษาของ Lohrasbi et al. (2023) พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย และการศึกษาของ Phillips et al. (2023) ผู้ดูแลหลักอาจเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการขาดสุขภาวะทางจิตและกายเชิงบวกจากการดูแล ในขณะที่การศึกษาในจีน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ว่างงานหรือดูแลมาเป็นเวลานาน (Leng et al. 2019) ด้วยสถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิต

ระดับชาติที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้านสุขภาพจิต 256,000 คน ในจำนวนนี้ต้องเข้ารับการรักษา 28,775 คน และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่บุคลากรทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิตกลับมีไม่เพียงพอ (ไทยพีบีเอส, 2567) ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ขาดไม่ได้

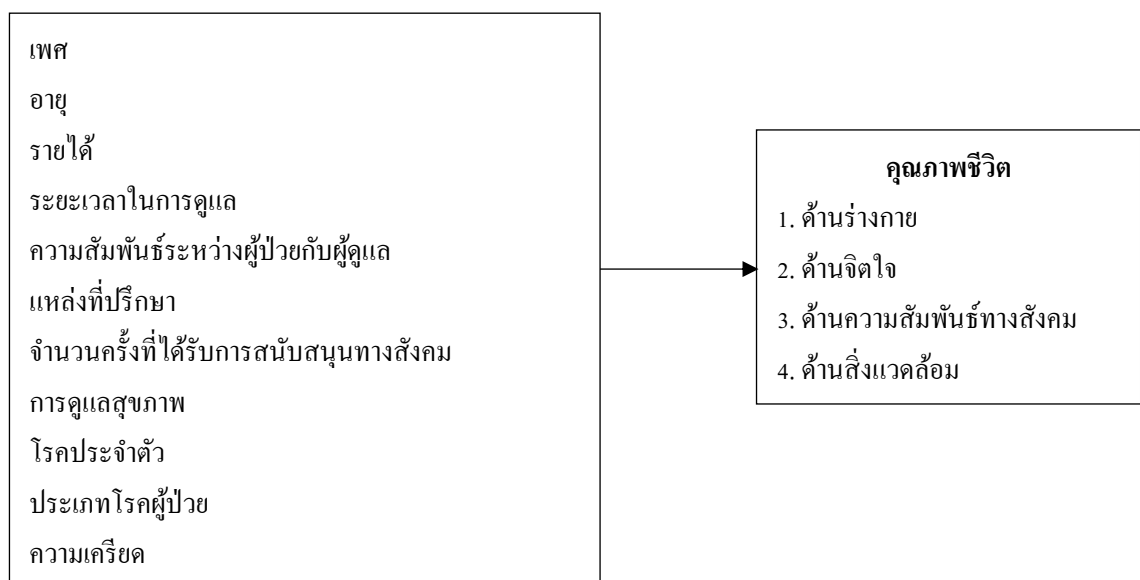
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ขาดการศึกษาในบริบทชุมชนขนาดเล็กที่มีลักษณะเฉพาะ การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการตรวจสอบปัจจัยที่หลากหลายอย่างเป็นระบบในบริบทเดียวกัน จึงมีความจำเป็นที่ผู้วิจัยต้องศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เพื่อเข้าใจสถานการณ์และความต้องการของ

ผู้ดูแลในพื้นที่ รวมถึงระบุปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยน การพัฒนาแนวทางสนับสนุน และแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการที่แท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกีดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แหล่งที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพ โรคประจำตัว ประเภทของโรคผู้ป่วย ความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกคนที่อยู่ในตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 15 หมู่บ้าน จำนวน 78 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามหลัก ICD-10

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในตำบลบึงน้ำรักษ์ จำนวน 70 คน จากประชากรทั้งหมด 78 คน โดยมีผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ 8 คน เนื่องจาก ผู้ป่วยและครอบครัวย้ายออกจากพื้นที่ 5 คน หาตัวผู้ดูแลไม่พบ 2 คน และไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร G*power กำหนดค่า effect size 0.3 ค่าแอลฟา 0.05 และค่า power 0.83 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 64 คนเพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยจึงตั้งเป้าหมายการเก็บข้อมูล 70 คน และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามเป้าหมาย คิดเป็นอัตราการตอบสนอง (response rate) ร้อยละ 89.7

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามหลัก ICD-10
2. สามารถสื่อสาร ตอบคำถามได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก
4. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
5. เป็นผู้ที่มีความร่วมมือและเต็มใจในการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. ได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช

3. ผู้ป่วยและครอบครัวย้ายออกจากพื้นที่การศึกษา

4. ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน จำนวน 41 ข้อ รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แหล่งที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพ โรคประจำตัว และประเภทของโรคผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5) พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปกิจ (2551) ประกอบด้วย 5 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี, คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง, คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง และ คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ การแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ คือความเครียดน้อย (0 - 4 คะแนน) ความเครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) ความเครียดมาก (8 - 9 คะแนน) ความเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาจากแบบวัดขององค์การ

อนามัยโลกมาเป็นฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

5. คุณภาพชีวิตโดยรวม (ข้อ 1, 26)

ข้อคำถามที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ ไม่เลย = 5 คะแนน เล็กน้อย = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้ ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน เปรียบเทียบผล ดังนี้ คะแนน 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96 - 130 คะแนน หมายถึงการมี

คุณภาพชีวิตที่ดี

เครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.9, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ มีค่าภาพรวมเท่ากับ 0.97 นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงจากแบบประเมินความเครียด เท่ากับ 0.70 และแบบวัดคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เมื่อได้รับใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. จัดเตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอกับจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

4. นัดหมายวันเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 70 ชุด

5. คัดเลือกแบบสอบถามที่ครบถ้วน สมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการ PH_CCO_REC 255/2566 วันที่รับรอง 6 มิถุนายน 2566 วันสิ้นสุดการรับรอง 6 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยในครั้งนี้ พร้อมหนังสือแจ้งความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยซึ่งได้ให้รายละเอียดต่าง ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แหล่งที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพ โรคประจำตัว และประเภทของโรคผู้ป่วย

2. ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล จำนวนครั้งที่ได้รับการสนับสนุน และความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3. ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยสถิติ

Chi-Square และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Phi and Cramer's V จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แหล่งที่ปรึกษา การดูแลสุขภาพ โรคประจำตัว และประเภทของโรคผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cohen, 1988)

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00 - 0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.20 - 0.39 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.40 - 0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.70 - 0.89 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.90 - 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 70 ราย ตอบแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.40) มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 34.29) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 25.71) และกลุ่มอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 20.00) ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 54.39 ปี (SD = 12.78) ด้านรายได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ของตนเอง (ร้อยละ 75.70) ระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.14) รองลงมาคือ 6 - 10 ปี (ร้อยละ 32.85) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการดูแลเท่ากับ

10.19 ปี (SD = 7.72)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเป็นแม่มากที่สุด (ร้อยละ 31.43) รองลงมาเป็นบุตร (ร้อยละ 17.24) แหล่งที่ปรึกษาส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว (ร้อยละ 91.42) มีการดูแลสุขภาพด้วยการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 74.57) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.67)

ประเภทของโรคผู้ป่วยจิตเวช พบ โรคจิตเภทมากที่สุด (ร้อยละ 31.43) รองลงมาก็คือ โรควิตกกังวล (ร้อยละ 17.14) และ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 14.29) น้อยที่สุดคือโรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 1.43)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.57) รองลงมาก็คือระดับดี (ร้อยละ 28.57) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ในภาพรวมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($M = 88.76$, $SD = 12.61$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 26.17$, $SD = 3.97$) รองลงมาก็คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ($M = 25.79$, $SD = 4.00$)

และด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 9.40$, $SD = 2.09$) โดยทุกด้านมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาตามประเภทของโรคผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตสูงสุด ($M = 97.92$, $SD = 10.31$) ในระดับดี ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตต่ำสุด ($M = 82.45$, $SD = 11.25$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายข้อ พบ ข้อมูลเพิ่มเติมที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย ($M = 25.79$, $SD = 4.00$) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจกับการนอนหลับมากที่สุด ($M = 3.91$, $SD = 0.82$) รองลงมาก็คือความพึงพอใจในความสามารถในการทำงาน ($M = 3.71$, $SD = 0.77$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดก็คือความเพียงพอของพลังงานในการดำเนินชีวิตประจำวัน ($M = 3.32$, $SD = 0.89$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลสามารถจัดการเวลาพักผ่อนได้ดี แต่ยังประสบปัญหาเรื่องความเหนื่อยล้าจากภาระการดูแลที่ต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (n = 70)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	2.0	2.85
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	48	68.57
คุณภาพชีวิตดี (96 - 130 คะแนน)	20	28.57
รวม	70	100.0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (n = 70)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	25.79	4.00	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	20.79	3.39	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.40	2.09	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	26.17	3.97	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตภาพรวม	88.76	12.61	ปานกลาง

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตแยกตามประเภทของโรคผู้ป่วยจิตเวช (n = 70)

ประเภทของโรคผู้ป่วยจิตเวช	จำนวน	ร้อยละ	คุณภาพชีวิต		ระดับคุณภาพชีวิต
			M	SD	
โรคจิตเภท	22	31.43	82.45	11.25	ปานกลาง
โรคจิต	9	12.86	84.78	10.97	ปานกลาง
โรคซึมเศร้า	10	14.29	86.30	12.43	ปานกลาง
โรคจิตเวชจากยาเสพติด	9	12.86	85.22	11.58	ปานกลาง
บุคลิกผิดปกติอ่อน	3	4.29	89.33	13.05	ปานกลาง
โรคสมาธิสั้น	1	1.43	92.00	0.00	ปานกลาง
โรควิตกกังวล	12	17.14	97.92	10.31	ดี
โรคอารมณ์ 2 ขั้ว	2	2.86	91.50	9.19	ปานกลาง
โรคจิตเวชอื่น ๆ	2	2.86	95.00	8.49	ปานกลาง
รวม	70	100.00	88.76	12.61	ปานกลาง

2. ด้านจิตใจ (M = 20.79, SD = 3.39) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจในตนเองมากที่สุด (M = 3.65, SD = 0.76) รองลงมาคือความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย (M = 3.60, SD = 0.81) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (M = 3.41, SD = 0.92) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความ

มั่นใจในตนเองและเห็นคุณค่าของบทบาทการดูแล แต่ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมยังมีพื้นที่สำหรับการปรับปรุง

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (M = 9.40, SD = 2.09) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจกับการสนับสนุนจากเพื่อนมากที่สุด (M = 3.37, SD =

0.89) รองลงมาคือความพึงพอใจในชีวิตทางเพศ ($M = 3.09$, $SD = 0.76$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ($M = 2.94$, $SD = 0.88$) ซึ่งบ่งชี้ว่าการสนับสนุนจากเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือทางจิตใจ แต่การสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นยังเป็นความท้าทาย อาจเนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ถูกใช้ไปกับการดูแลผู้ป่วย

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ($M = 26.17$, $SD = 3.97$) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมากที่สุด ($M = 3.59$, $SD = 0.78$) รองลงมาคือความรู้สึกลดลงภายในชีวิตประจำวัน ($M = 3.52$, $SD = 0.75$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจกับความเพียงพอของเงินที่ใช้จ่าย ($M = 2.88$, $SD = 0.97$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลมีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและความปลอดภัยที่ดี แต่ปัญหาทางการเงินยังเป็นเรื่องกังวลหลัก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าผู้ดูแล

ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ของตนเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า มี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4 และ 5 ดังนี้

1. รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .448^{**}$)

2. ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r = -.267^{*}$)

3. ประเภทของโรคผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (Phi and Cramer's $V = .84$)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ($n = 70$)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต (r)	p -value	แปลผล
1. อายุ	-.072	.553	ไม่มีความสัมพันธ์
2. รายได้	.448**	.000	ปานกลาง
3. ระยะเวลาในการดูแล	-.065	.594	ไม่มีความสัมพันธ์
4. จำนวนครั้งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม	-.113	.406	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ความเครียด	-.267*	.025	ค่อนข้างต่ำ

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

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (n = 70)

ปัจจัย	Chi-square	p-value	Phi and Cramer's V	แปลผล
1. เพศ	31.915	.663	.675	ไม่มีความสัมพันธ์
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล	287.766	.862	.681	ไม่มีความสัมพันธ์
3. แหล่งที่ปรึกษา	354.126	.577	.711	ไม่มีความสัมพันธ์
4. โรคประจำตัว	36.166	.461	.719	ไม่มีความสัมพันธ์
5. การดูแลสุขภาพ	39.422	.750	.319	ไม่มีความสัมพันธ์

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมี 3 ปัจจัย ได้แก่ รายได้ (ความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง) ความเครียด (ความสัมพันธ์ทางลบระดับค่อนข้างต่ำ) และประเภทของโรคผู้ป่วยจิตเวช (ความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 88.76$, $SD = 12.61$) โดยทุกด้านมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของเอมิกากลยนิ และคณะ (2558) และ อัมรา บุญสาห์ราย (2563) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากจากการดูแลที่ต้องเผชิญในแต่ละวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายที่ประสบปัญหาเรื่อง

ความเหนื่อยล้าจากการดูแลที่ต่อเนื่อง ด้านจิตใจต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ที่การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันและขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางสังคมหรือพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น และด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความกังวลในปัญหาทางการเงิน แต่ในขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพึงพอใจกับการนอนหลับ พึงพอใจในตนเอง พึงพอใจกับการสนับสนุนจากเพื่อน และพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมากที่สุด ทำให้ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

รายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าภาระทางการเงินเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เช่น การศึกษาล่าสุดของ Raimondi (2023) ที่พบว่าผู้ดูแลครอบครัวเฉลี่ย 78% มีค่าใช้จ่ายส่วนตัว จากการดูแลเป็นประจำ

โดยเฉลี่ย \$7,242 ต่อปี ซึ่งคิดเป็น 26% ของรายได้ครัวเรือน รายได้ที่เพียงพอทำหน้าที่เป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดผลกระทบของความเครียด และ Teachers Insurance and Annuity Association Institute: TIAA Institute (2023) พบว่าผู้ดูแลมีระดับสินทรัพย์ทางการเงินที่ต่ำกว่าและมีหนี้สินมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแล

ความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต การสำรวจของ Raimondi (2023) พบว่า 50% ของผู้ดูแลรายงานว่าการดูแลเพิ่มระดับความเครียดทางอารมณ์ โดยผู้ดูแลเพศหญิงและวัยหนุ่มสาวมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่า ซึ่งความเครียดที่ไม่ได้รับการดูแลมีโอกาพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ดังข้อมูลจาก Centers for Disease Control and Prevention : CDC (2024) แสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดชีวิตในกลุ่มผู้ดูแล (25.6%) สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ดูแล (18.6%) อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Oikonomou et al. (2024) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับองค์ประกอบด้านจิตใจของคุณภาพชีวิต

ประเภทของโรคผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Caqueo-Urizar et al (2017) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดูแลที่ซับซ้อนและมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การศึกษาล่าสุด Cham et al. (2022) รายงานว่าอัตราการเกิดภาวะผู้ดูแลโดยรวมในผู้ดูแลบุคคลที่มีโรคจิตเวชอยู่ที่ 31.67% โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการะสูงกว่า (35.88%)

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ซึ่งความซับซ้อนของอาการและความไม่คาดเดาได้ของโรคจิตเภททำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการรับมือกับตราบาปทางสังคมที่มีต่อโรคจิตเวชในประเทศไทย

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมี 8 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแล แหล่งที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพ โรคประจำตัวของผู้ดูแล

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ว่าเพศใด ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Radu et al. (2022) ที่พบว่าเพศไม่ได้เป็นตัวทำนายสุขภาวะ (well-being) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าจะเป็นตัวทำนายภาระการดูแลในบางการศึกษา อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของภาระการดูแลระหว่างเพศอาจเกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมมากกว่าปัจจัยด้านเพศโดยตรง การรับรู้ทางอารมณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของผู้ดูแลมากกว่าลักษณะทางประชากรอื่น ๆ รวมถึงเพศ

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahmani et al. (2022) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

โดยรวมอาจไม่แตกต่างกันมากในกลุ่มวัยกลางคน และการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 50 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยกลางคนที่มีความรู้และประสบการณ์ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาได้และมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีทรัพยากรและเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับการจัดการกับภาระการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (2006) ที่อธิบายว่าประสบการณ์ช่วยให้สามารถปรับบทบาทในการดูแลที่เกิดจากการรู้คิด และความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล นอกจากนี้การศึกษาของ Van der Lee et al. (2014) ยังอธิบายว่าระยะเวลาการดูแลไม่ได้เป็นตัวทำนายภาระการดูแลโดยตรง เนื่องจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการทบทวนของ Cham et al. (2022) ที่อธิบายว่าแม้ลักษณะความสัมพันธ์จะแตกต่างกัน แต่สายสัมพันธ์ทางครอบครัวและความผูกพันที่มีต่อกันอาจมีความสำคัญมากกว่า ในสังคมไทยที่มีวัฒนธรรมครอบครัวเข้มแข็ง การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความ

สัมพันธ์แบบใดก็ตาม ผู้ดูแลมักมีแรงจูงใจในการดูแลที่มาจากความรักและผูกพันทางครอบครัว อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Bongelli et al. (2024) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพทางจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าคุณภาพของความสัมพันธ์อาจสำคัญกว่าประเภทของความสัมพันธ์

แหล่งที่ปรึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีที่ปรึกษาเป็นบุคคลภายในครอบครัว (ร้อยละ 91.42) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Krämer and Bleidorn (2024) ที่พบว่าแม้จะมีการสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการจากสมาชิกครอบครัว แต่ผู้ดูแลยังคงประสบกับการลดลงของความพึงพอใจในชีวิตและอารมณ์ รวมทั้งเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเหงา โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีแรกของการดูแล การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากผู้ดูแล 28,663 คนใน 3 ประเทศ (เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี และออสเตรเลีย) ตลอดระยะเวลา 20 ปี พบว่าการสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการภายในครอบครัวอาจไม่เพียงพอต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ให้การสนับสนุนนั้น มักเป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกันที่อาจประสบกับความเครียดและภาระคล้ายคลึงกัน

จำนวนครั้งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bongelli et al. (2024) ที่พบว่าคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพทางจิตใจของผู้ดูแลมากกว่าปริมาณของการสนับสนุน ในบริบทของชุมชนไทย

โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีความเป็นเครือญาติสูง การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นเหตุให้จำนวนครั้งของการสนับสนุนจึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

การดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเองดีอยู่แล้ว ดังข้อมูลที่พบว่าส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ (ร้อยละ 66.67) ซึ่งการศึกษาของ Oikonomou et al. (2024) อธิบายว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอาจเป็นเพียงปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายเท่านั้น ในขณะที่คุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

โรคประจำตัวของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahmani et al. (2022) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาวะของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญ ทำให้คุณภาพการดูแลลดลง อาจเนื่องมาจากการปรับตัวและการยอมรับต่อสภาพสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลที่มีการปรับตัว ที่ดีและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองอาจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว แม้ว่าจะมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางกายมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแล ประกอบกับประเทศไทยที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีสามารถช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. การสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาการให้การสนับสนุนรายได้ เช่น การสร้างโอกาสในการหารายได้เสริม เบี้ยยังชีพผู้ดูแลผู้พิการ

2. การจัดการความเครียด ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ และการสร้างสมดุลในชีวิต

3. การให้ความรู้ตามประเภทของโรค ควรจัดอบรมและให้ความรู้เฉพาะตามประเภทของโรคจิตเวช โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาระการดูแลสูง

4. การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแล เพื่อรับฟังและบรรเทาความเครียดของผู้ดูแล รวมถึงได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะแตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและสร้างองค์ความรู้เฉพาะบริบทไทย

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เช่น การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ทักษะจิตใจของชุมชนต่อโรคจิตเวช (stigma) และความรุนแรงของอาการผู้ป่วย

3. ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพ

ของโปรแกรมสนับสนุนเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยใช้ผลการศึกษานี้เป็นฐานข้อมูลเบื้องต้น

4. การศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลในเชิงลึก

5. การศึกษาแบบติดตาม (Longitudinal study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลตามระยะเวลา

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในพื้นที่เดียว ซึ่งอาจจำกัดการนำไปใช้ทั่วไป นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังไม่ได้รวมตัวแปรด้านระบบสุขภาพ และปัจจัยทางจิตสังคมที่ซับซ้อน เช่น ความรุนแรงของอาการ ทักษะการรับมือ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่าน และคณาจารย์ของมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา กรุณาให้คำสำคัญในการดำเนินงานวิจัยสำเร็จด้วยดีเสมอมา และสามารถช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รับรู้ปัญหาชุมชน และร่วมมือ ในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

ไทยพีบีเอส. (19 กุมภาพันธ์ 2567). ความสุขคนไทยลด ปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น. <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-16>

ไทยพีบีเอส. (27 พฤษภาคม 2567). คาดคนไทยป่วยสุขภาพจิตมากกว่าผู้รับการรักษา 5 เท่า. <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35>

พรทิพย์ วชิรดิตร. (2565). ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตลี้ภัยกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 2(1), 77-89.

สุวัฒน์ มหัตถ์รัตนกุล, วิระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

อัมรา บุญสาหร่าย. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 3(3), 35-45.

เอมิกา กลยนิ, เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ, และอริยวรรณ อ่วมธานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 128-140.

อรรณพ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.

Raimondi, A. (2023). *A Look at U.S. Caregivers' Mental Health*. Bongelli, R., Busilacchi, G., Pacifico, A., Fabiani, M., Guarascio, C., Sofritti, F., Lamura, G., & Santini, S. (2024). Caregiving burden, social support, and psychological well-being among family caregivers of older Italians: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1474967.

Phillips, R., Durkin, M., Engward, H., Cable, G., & Iancu, M. (2023). The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: a scoping review. *Health promotion international*, 38(3), daac049.

Caqueo-Urizar, A., Alessandrini, M., Urzúa, A., Zendjidian, X., Boyer, L., & Williams, D. R. (2017). Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 76.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Mental health disparities among adults*. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/mentalhealth/health_disparities/index.htm

- Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalamani, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., Visvalingam, U., Roslan, S., Abd Rahman, F. N., & Lee, K. W. (2022). Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(12), 2423.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Krämer, M. D., & Bleidorn, W. (2024). The well-being costs of informal caregiving. *Psychological Science*, 35(12), 1382-1394.
- Leng, A., Xu, C., Nicholas, S., Nicholas, J., & Wang, J. (2019). Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: Evidence from China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 23-29.
- Lohrasbi, F., Alavi, M., Akbari, M., & Maghsoudi, J. (2023). Promoting psychosocial health of family caregivers of patients with chronic mental disorders: A review of challenges and strategies. *Chonnam medical journal*, 59(1), 31-47.
- Munie, B. M., Birhan, Z., Legas, G., Asnakew, S., Belete, A., Beyene, G. M., Shiferaw, K., Mulu, A. T., Kassie, Y. T., Aytenew, T. M., & Tedla, A. (2024). Predictors of depression among caregivers of patients with severe mental illness in Northwest Ethiopia, 2023: An explanatory sequential mixed-method study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1422104.
- National Alliance on Mental Illness. (2023). *Mental health by the numbers*. NAMI. <https://www.nami.org/about-mental-illness/mental-health-by-the-numbers/>
- Oikonomou, V., Gkintoni, E., Halkiopoulos, C., & Karademas, E. C. (2024). Quality of Life and Incidence of Clinical Signs and Symptoms among Caregivers of Persons with Mental Disorders: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(2), 269.
- Orem, D. E. (2006). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Radu, M., Ciucă, A., Crișan, C. A., Pinte, S., Predescu, E., Șipos, R., Moldovan, R., & Băban, A. (2022). The impact of psychiatric disorders on caregivers: An integrative predictive model of burden, stigma, and well-being. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2372-2382.
- Rahmani, F., Roshangar, F., Gholizadeh, L., & Asghari, E. (2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing Open*, 9(4), 1995-2002.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17.
- Teachers Insurance and Annuity Association Institute. (2023). *Financial challenges of caregiving*. <https://www.tiaainstitute.org/publication/financial-challenges-caregiving>
- Van der Lee, J., Bakker, T. J., Duivenvoorden, H. J., & Dröes, R. M. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 15, 76-93.
- World Health Organization. (8 June 2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>