



วารสาร

# การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ISSN 3027-8031 (Online)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

Vol.40 No.1 January - April 2026

## บทความวิจัย

- สุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด  
ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, ศิรดา เกษรศรี, สุดใจ จิตตยานนท์, สมใจ กาญจนางค์กุล
- มุมมองการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี  
เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, ปวีดา โพธิ์ทอง, สุนทรี ขะชาตย์, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, อุษณียาภรณ์ จันทร์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสกพัญชาของนักเรียน  
อาชีวศึกษา  
ชญาณิษฐ์ ทิศพรหม, ดรุณี รุจกรกานต์
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อความรอบรู้สุขภาพจิตและ  
ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า  
ศิริญา ชาญสุข, จิติมาวรรณ บำรุงรส, กชนิภา ขาววงษ์
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจของมารดา  
เด็กออทิซึมสเปกตรัม  
ศศิมา แผลมดิกกล้า, รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา, เกสร มุ้ยจิน
- ภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา  
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี  
กชพงศ์ สารการ, มะลิสตา งามศรี, ดรุณี ใจสว่าง, มณฑิชา รักศิลป์
- การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว  
ในเด็กประถมศีกษาปีที่ 1 – 3  
พัชริน คุณคำชู, ศจี รุกขวัฒน์กุล, กรกนก นาคประเสริฐ
- การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมใน  
จังหวัดสตูล  
คาริน ธนปัญญาบุรณ์



## วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

## THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

### จุดประสงค์

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

### กำหนดการออก

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

### เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### สำนักงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา  
เลขที่ 112 ถนนสมเด็จพระยา 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

## คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

### ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์  
 รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์  
 รศ.สมศรี เชื้อหิรัญ  
 นางวิชราภรณ์ อุทโยภาส  
 นางกัลยา กักคิมงคล  
 นางกาญจนา เหมะรัต  
 รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย  
 ศ.ดร.มรรยาท รุจิวิษัญญ์  
 ดร.มยุรี กลั้ววงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย  
 นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

### บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

### รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
 นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง  
 รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ  
 นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นดา  
 รศ.ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย  
 อ.นรินทร์ญา นฤพันธ์  
 ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ  
 ผศ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิรินฤทธิ์  
 อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิดย์  
 ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์  
 ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระยุทธ เกิดสังข์  
 ดร.สุนทร ศรีโกสย  
 ดร.กฤษณ์ชลิ เพียรทอง  
 นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง  
 นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา  
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
 สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต  
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต  
 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทยทหารเรือ  
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

### ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง  
 นายกฤตคนัย แก้วยศ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต  
 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

## คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

<p><b>กรรมการที่ปรึกษาอดีตมศักดิ์</b></p> <p><b>กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย</b></p> <p><b>กรรมการที่ปรึกษา</b></p>	<p>อธิบดีกรมสุขภาพจิต</p> <p>นายเสรี สุวรรณ</p> <p>นายกสภาการพยาบาล</p> <p>นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย</p> <p>ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา</p> <p>รองศาสตราจารย์ สมสร เชื้อหิรัญ</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์</p> <p>รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย</p> <p>ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชญ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้</p> <p>รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก</p> <p>ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร</p>
--	--

## คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

นางสาวบุรี กลั้ววงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงศักดิ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชรินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัฒนทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสรยา สุขโรจน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงดา กุศลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรียญกิตติมศักดิ์
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกิตติมศักดิ์
นางสาวพิมพ์ขานา ศรีเหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรียญกิตติมศักดิ์
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโรกร	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางเพ็ญ เลี้ยงโชคอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงษ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวิณา วิทย์เจียกขจร	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอัชฌา ทรัพย์ลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนริรัตน์ รุจิรพิพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันธญา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ด.หญิง ชูวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลีมฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

## บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1/2569 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 8 เรื่อง ประกอบด้วย 1) สุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่น โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) มุมมองการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสกัญชาของนักเรียนอาชีวศึกษา 4) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อความรอบรู้สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในระดับปริญญาตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า 5) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึม สเปกตรัม 6) ภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 7) การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึษาปีที่ 1 - 3 และ 8) การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าทันในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย โรค ปลอดภัยชนะคะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม  
บรรณาธิการ

## สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

	หน้า
<b>บทความวิจัย</b>	
สุขภาพทางจิตใจของวัยรุ่นโรคเมริงที่ได้รับยาเคมีบำบัด	1 - 17
ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, ศิรดา เกษรศรี, สุดใจ จิตตยานนท์, สมใจ กาญจนางค์กุล	
มุมมองการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี	18 - 30
เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, ปวีดา โพธิ์ทอง, สุนทรี ชะชาติย์,	
สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, อุษณียาภรณ์ จันทร	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติดของ	31 - 46
ของนักเรียนอาชีวศึกษา	
ชญานิษฐ์ ทิศพรหม, ดรุณี รุจกรกานต์	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อความรอบรู้สุขภาพจิต	47 - 68
และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	
ศริญญา ชาญสุข, จิติมาวรรณ บำรุงรส, กชนิกา ขาว	
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจ	69 - 85
ของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม	
ศศิมา แหลมดิกคำ, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, เกสร มัยจิน	
ภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า	86 - 104
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี	
กชพงศ์ สารการ, มะลิสางามศรี, ดรุณี ใจสว่าง, มณฑิชา รักศิลป์	
การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว	105 - 127
ในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3	
พัชริน คุณคำชู, ศจี รุกขวัฒน์กุล, กรกนก นาคประเสริฐ	
การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วม	128 - 146
ในจังหวัดสตูล	
คาริน ธนปัญญาบุรณ์	

## PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH CANCER UNDERWENT CHEMOTHERAPY\*

*Piyarat Samantarath, Ph.D.\*\**, *Sirada Kesornsri, Ph.D.\*\*\**,  
*Sudchai Jittayanont, B.N.S.\*\*\*\**, *Somjai Kanchanapongkul, M.D.\*\*\*\*\**

### Abstract

**Objective:** To describe psychological well-being among adolescents underwent cancer chemotherapy and compare psychological well-being among those with different age group, gender, type of cancer, and treatment status.

**Methods:** This research is a cross-sectional descriptive study. Participants were 100 adolescents diagnosed with cancer who were in follow-up treatment or undergoing chemotherapy at Pediatric Hemato-Oncology clinic, a tertiary hospital in Bangkok. The research instrument consisted of The Demographic and Medical Record Form and the Ryff's Psychological Well-Being Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and one way-ANOVA.

**Results:** The results revealed that the adolescents underwent cancer chemotherapy reported moderate level of psychological well-being (mean = 77.30, S.D. = 8.66). Adolescents' psychological well-being scores were significantly varying by age group ( $F_{2,97} = 3.136, p < .05$ ). Furthermore, psychological well-being scores were not significantly varying by gender, type of cancer, and treatment status.

**Conclusion:** Health care professionals and parents should concern about the mental health problems including anxiety, stress and problem-solving skills in order to maintain psychological well-being among adolescents diagnosed with cancer.

**Keywords:** psychological well-being, adolescent with cancer, chemotherapy

---

\*This research project was supported by Huachiew Chalermprakiet University

\*\*Police Major, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

\*\*\*Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: sirada.kas@mahidol.edu

\*\*\*\*Registered Nurse, Professional Level, Queen Sirikit National Institute of Child Health

\*\*\*\*\*Assistant Professor, Advisory Level, Queen Sirikit National Institute of Child Health

Received: 24 May 2022, Revised: 20 July 2025, Accepted: 27 July 2025

# สุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด\*

ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, ป.ร.ค. \*\*, ศิรดา เกษรศรี, ป.ร.ค. \*\*\*,  
สุใจ จิตตานนท์, พย.บ. \*\*\*\*, สมใจ กาญจนางค์กุล, พ.บ. \*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีอายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง และอยู่ในระยะของการรักษาแตกต่างกัน

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 100 คน รับการรักษาที่คลินิกโรคลือดและมะเร็งในเด็ก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลโรคและการรักษา และแบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา t-test และ one way ANOVA

**ผลการศึกษา :** สุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 77.30 (S.D. = 8.66) ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,97} = 3.136, p < .05$ ) โดยไม่พบการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจ แตกต่างกัน ในปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง และระยะของการรักษา

**สรุป :** บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้ปกครอง ควรติดตาม สังเกตถึงความวิตกกังวล ความเครียด และการจัดการปัญหาของวัยรุ่น เพื่อช่วยให้วัยรุ่นปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เข้ากับแผนการรักษาโดยพยายามคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตใจที่ดีที่สุด

**คำสำคัญ :** สุขภาวะทางจิตใจ, วัยรุ่นโรคมะเร็ง, เคมีบำบัด

\*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\*พินิจรางวัลหญิง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: sirada.kas@mahidol.edu

\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

\*\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่รับ: 24 พฤษภาคม 2565, วันที่แก้ไข: 20 กรกฎาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 27 กรกฎาคม 2568

## ความสำคัญของปัญหา

การได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์โรคมะเร็งจะพบได้ไม่บ่อยในเด็กและวัยรุ่นเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ โดยพบอยู่ร้อยละ 17.3 - 19.1 ของอุบัติการณ์ในประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ (Imsamran et al., 2018) แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี รองลงมาจากอุบัติเหตุและโรคติดเชื้อ โดยอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 11.8 รายต่อแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากผลกระทบโดยตรงทางกายที่ตามมาจากระบวนการวินิจฉัยและการรักษาวัยรุ่นยังเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อในระยะยาว จากการสำรวจสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2561 พบว่าวัยรุ่นและเยาวชน (10 - 24 ปี) มีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (25 - 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มนี้ยังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 18,628 รายในปีพ.ศ.2556 เป็น 131,260 รายในปี พ.ศ.2561 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ ร่วมกับการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย ด้วยเหตุนี้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้บุคลากรด้านสุขภาพจึงต้องไม่ละเลยการประเมิน เฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตั้งแต่

ระยะของการรักษาโรคมะเร็ง

ในระยะของการรักษาพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องเผชิญกับอาการหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน โดยอาการปวดซึ่งเป็นผลมาจากยาเคมีบำบัด การเจาะหลัง หรือการเจาะเลือด อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และผมร่วงเป็นอาการที่พบบ่อย (Kestler & LoBiondo-Wood, 2012; Samantarath et al., 2018) ซึ่งรบกวนคุณภาพชีวิต (Samantarath et al., 2018) และด้านจิตใจวัยรุ่น ได้แก่วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดความมั่นใจ รู้สึกแตกต่างและกังวลว่าจะกลับมาเป็นโรครีก (Castellano-Tejedor et al., 2015; Fahangi et al., 2015) การได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคร้ายแรงในวัยนี้ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสังคมของวัยรุ่น เพราะความเจ็บป่วยทำให้วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง และพึ่งพิงผู้ปกครองมากขึ้น นอกจากนี้วัยรุ่นที่หายจากโรคมะเร็งยังรายงานถึงผลกระทบระยะยาว ได้แก่ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์และด้านความจำมากกว่าเมื่อเทียบกับพี่น้องที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง (Prasad et al., 2015)

การที่บุคคลมีสุขภาพจิตดีไม่ได้หมายความว่าเพียงแค่นั้นปราศจากความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรืออาการทางจิตอื่น ๆ ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาแนวคิดสุขภาวะทางจิตใจเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจมากขึ้นเนื่องจากสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับความเครียดหรือเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตได้ สุขภาวะทางจิตใจสะท้อนถึงความราบรื่นในการ

ดำเนินชีวิต เป็นส่วนผสมระหว่างความรู้สึกที่ดีกับการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Huppert, 2009) และถือเป็นมิติหนึ่งของสุขภาวะโดยรวม ซึ่งหมายถึงการมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง เปิดใจกว้างที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มองโลกในแง่ดี และมีความหวัง (Adams et al., 1997) สุขภาวะทางจิตใจเป็นสภาวะที่บุคคลปราศจากปัญหาสุขภาพจิตและการมีสภาวะที่สมบูรณ์ในสมรรถนะแห่งตน (Ryff & Keyes, 1995) การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจึงหมายถึงบุคคลนั้นสามารถดึงเอาปัจจัยภายในของตนเองมารับมือกับอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินชีวิต สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตได้

การศึกษาสุขภาวะทางจิตใจในวัยรุ่นโรคซึมเศร้ายังมีอยู่อย่างจำกัด มีเพียงหนึ่งการศึกษาที่ประเมินสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะการรักษา ตามกรอบแนวคิดของ Ryff โดยพบว่าสุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจสูง จะมีคะแนนผลกระทบของโรคต่อภาวะจิตสังคมต่ำ (Bogdan & Gherasim-Diaconu, 2018) อีกหนึ่งการศึกษาประเมินสุขภาวะทางจิตใจเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต และพบว่าสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่หยุดการรักษาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนเฉลี่ย 51.66 (SD = 8.89) ซึ่งสูงกว่าสุขภาวะทางกายคะแนนเฉลี่ย 47.83 (SD = 7.31) (Castellano-Tejedor et al., 2015) ในการศึกษาหนึ่ง สุขภาวะทางจิตใจประเมินจากตัวแปรที่

แตกต่างออกไป ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depression) อาการทางกายโดยไม่ทราบสาเหตุ (somatization) และภาวะวิตกกังวล (anxiety) โดยพบว่าระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าเมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้นแนวโน้มสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น (Tremolada et al., 2020) อีกการศึกษาหนึ่งสุขภาวะทางจิตใจประเมินจากอาการซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง วัยรุ่นที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและอยู่ระหว่างการติดตามหลังการรักษา มีอาการซึมเศร้า น้อย มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตใจซึ่งประเมินจากอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r = -.54, p < .01$ ) ในขณะที่สุขภาวะทางจิตใจซึ่งประเมินจากความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r = .56, p < .01$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าชนิดของโรคซึมเศร้าและการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Ho et al., 2021)

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคซึมเศร้ายังมีอยู่จำกัดและประเมินจากตัวแปรที่แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของโรคซึมเศร้า และระยะของการรักษา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคซึมเศร้า และเพื่อทำความเข้าใจและสามารถรวบรวมองค์ความรู้ไปใช้ในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตใจและส่งผลให้วัยรุ่นที่ป่วย

เป็น โรคกระแรงแรงสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นและไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่น โรคกระแรงแรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่น โรคกระแรงแรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของโรคกระแรงแรง และระยะของการรักษา

### สมมติฐานวิจัย

ผู้ป่วยวัยรุ่น โรคกระแรงแรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มี อายุ เพศ ชนิดของโรคกระแรงแรง และระยะของการรักษาแตกต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้กรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being) ของ Ryff (1989) ซึ่งหมายถึงสภาวะที่บุคคลปราศจากปัญหาสุขภาพจิตและการมีสภาวะที่สมบูรณ์ในสมรรถนะของตน อันประกอบด้วย 6 มิติ (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989) ได้แก่ 1) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นลักษณะของการที่มีความสามารถในการตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง 2) การเรียนรู้และรู้จักสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) เป็นลักษณะที่บุคคลมีความสามารถที่จะเลือกหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของตัวเอง 3) การมีเป้าหมายของชีวิต

(purpose in life) คือการ ที่บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีจุดมุ่งหมายและมีคุณค่า 4) การรู้จักและยอมรับตัวเอง (self-acceptance) เป็นลักษณะของการมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง การเข้าใจ และยอมรับแง่มุมที่มีความหลากหลายของตนเองและมีความรู้สึกทางบวกกับชีวิตที่ผ่านมาของตน 5) มีการเติบโต (personal growth) การที่บุคคลยังมีการพัฒนาตนเองเต็มที่ เพื่อการเจริญเติบโตของงานในความเป็นมนุษย์ 6) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นรอบข้าง (positive relations with others) คือ การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความรู้สึกร่วมในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ห่วงใยความรู้สึกของผู้อื่น มีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ และเข้าใจการเป็นผู้ให้และผู้รับ ดังนั้นวัยรุ่นที่มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจะสามารถสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข เรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ เมื่อเผชิญปัญหาสามารถแก้ไขผ่านไปได้ ไม่เกิดอาการทางจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (A cross-sectional descriptive study)

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคกระแรงแรงที่เคยได้รับหรืออยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่มาตรวจติดตามการรักษาหรือรับยาเคมีบำบัดที่คลินิกโรคเลือดและมะเร็งในเด็ก และหอผู้ป่วยเด็ก

โรคเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลัก เรื่อง “ประสบการณ์ด้านอาการ ภาวะวิตกกังวล ความยืดหยุ่น และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยหลักใช้วิธีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากค่า Square multiple correlation ( $R^2$ ) ความสามารถของประสบการณ์ด้านอาการในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ซึ่งมีค่า  $R^2 = .33$  (Samantarath et al., 2018) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .49 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับใหญ่ กำหนดระดับนัยสำคัญ  $\alpha = .05$  อำนาจการทดสอบ  $1 - \beta = .80$  จำนวนตัวแปรทำนาย = 3 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่าง 76 คน แต่เพื่อให้ขนาดตัวอย่างเพียงพอที่จะวิเคราะห์  $R^2$  ที่มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 10.0 - 15.0 ขนาดตัวอย่าง 100 คน เป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม (Hair et al., 2009)

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ได้แก่ อายุระหว่าง 10 - 19 ปี ได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เคยได้รับหรืออยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย** (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงและยังไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หรือมีอาการซึมเศร้า

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โรค และการรักษา ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การหยุดเรียนระหว่างการรักษา ลักษณะที่พังกออาศัย การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวขณะได้รับการรักษา และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ วันที่ได้รับการวินิจฉัย ชนิดของโรคมะเร็ง การได้รับการวินิจฉัย (diagnosis status) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก หรือ โรคมารับ/กลับเป็นซ้ำ ระยะของโรค (status of disease) ได้แก่ อยู่ระหว่างการรักษา หรือ ระยะโรคสงบ การรักษาตามแนวทาง ของชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย ที่ได้รับ (treatment protocol) ระยะของการรักษา (treatment phase) ชนิดของการรักษาที่ได้รับ (type of treatment) ได้แก่ เคมีบำบัด รังสีรักษา การผ่าตัด เป็นต้น และชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

2) แบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being Scale, PWBS) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย Klainin-Yobas และคณะ (2020) จาก Psychological Well-Being Scale ของ Ryff and Keyes (1995) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being) ของ Ryff (1989) ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง การยอมรับตนเอง การมีความองงามในตน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ

และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่อตนเองในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งได้ใช้วัดสภาวะทางจิตใจของนักเรียนมัธยมจำนวน 624 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของทั้ง 6 ด้าน รวมเท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแต่ละองค์ประกอบ เท่ากับ .68-.81 (Klainin-Yobas et al., 2020) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้ค่าคะแนนจาก 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมากถึง 6 = เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 108 โดยที่ค่าคะแนนที่สูงสะท้อนถึงสภาวะทางจิตใจที่สูงทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .71 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้รวมทั้ง 6 ด้านเท่ากับ .75 ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้ไม่ได้วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแต่ละองค์ประกอบ เนื่องจากแบบประเมินที่ใช้เป็นรูปแบบสั้น (Short form version) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม รวมถึงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นกลุ่มเปราะบาง เพื่อลดการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กแต่เพียงพอในการวิเคราะห์ทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์ด้านอาการ ภาวะวิตกกังวล ความ

ยึดหยุ่น และสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” (REC.061/2562 (5 กุมภาพันธ์ 2562) และ อ.675/2561 (25 มิถุนายน 2561)) การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ โดยผู้วิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการในแต่ละหน่วยเป็นผู้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระบบเลือดตามเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัยดังกล่าว และแจ้งชื่อต่อผู้วิจัย เพื่อแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบในการขออนุญาตนำคนไข้เข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการของแต่ละหน่วยเป็นผู้เชิญชวนอาสาสมัครและผู้ปกครองที่มารับการตรวจและรักษาพยาบาล ขณะที่รอรับการตรวจ หรือหลังรับการตรวจเรียบร้อยแล้ว หรือขณะได้รับยาเคมีบำบัดหรือการรักษาอื่น ขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้ป่วยและผู้ปกครองสนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะพาอาสาสมัครไปยังสถานที่ส่วนตัวที่ทางหัวหน้าแผนกจัดเตรียมไว้ แนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับอาสาสมัครและผู้ปกครอง จากนั้นชี้แจงโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ การขออนุญาตใช้เวชระเบียน ระยะเวลาการสัมภาษณ์ การปกป้องข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย โดยระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา หากอาสาสมัคร และผู้ปกครอง มีข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยให้แก่

อาสาสมัครได้อ่านและให้เวลาซักถามและตัดสินใจประมาณ 15-30 นาที จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากยืนยันเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อาสาสมัครและผู้ปกครอง ลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร และหนังสือยืนยันเจตนาเข้าร่วมวิจัย

ในกรณีที่อาสาสมัครมีปัญหาทางสายตามองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านเอกสารให้อาสาสมัครฟัง สำหรับการลงนาม ผู้วิจัยใช้การประทับลายนิ้วมือของอาสาสมัครแทน พร้อมทั้งให้พยาบาลวิชาชีพ หรือ ญาติ/ผู้ดูแลลงนามเป็นพยาน เมื่อการลงนามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลบริเวณมุมหนึ่งของหน่วยตรวจที่เป็นส่วนตัวและสะดวกในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในแบบสอบถามใช้คำว่า “โรคเลือด” แทน คำว่า “มะเร็ง” เพื่อเป็นการป้องกันภาวะกระทบกระเทือนในใจในอาสาสมัครตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูลไม่พบกลุ่มตัวอย่าง ขอดอนตัว แสดงท่าทีอึดอัดใจ หรือไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ณ คลินิกโรคเลือดและมะเร็งในเด็ก และหอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลช่วงวันจันทร์ถึงศุกร์ ตามเวลาที่แต่ละแผนกเปิดให้บริการ

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยใช้เวลาสัมภาษณ์โดยประมาณ 15 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างการเก็บข้อมูล สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเองตามลำดับดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา และ 2) แบบวัดสุขภาพทางจิตใจ ระหว่างการสัมภาษณ์ หากผู้เข้าร่วมวิจัย รู้สึกอึดอัด อ่อนล้า ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพักจนกว่าอาการจะดีขึ้น หากพักแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการดีขึ้นและยินดีเข้าร่วมการวิจัยต่อ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ต่อ แต่หากพักแล้วอาการของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลที่หน่วยตรวจรักษา เพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป หากภายหลังการตรวจรักษาและมีอาการเป็นปกติแล้ว และผู้เข้าร่วมวิจัยยินดี จะดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ หากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ต่อแผนการรักษาพยาบาล และผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงได้รับการตรวจรักษาจากเจ้าหน้าที่ตามมาตรฐาน
- 2) เมื่อสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถาม จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน และผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีตอบให้ครบ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยอีกครั้งจนครบ

### ระยะสิ้นสุดการวิจัย

หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หากผู้วิจัยประเมินพบภาวะเสี่ยง ปัญหาสุขภาพ หรือ ปัญหาด้านจิตใจ จากแบบสอบถามส่วนประสบการณ์ อาการ อาการวิตกกังวล และสภาวะทางจิตใจ ผู้วิจัยสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยถึงความต้องการการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์เจ้าของไข้หรือทีมสุขภาพ ดำเนินการประสานงานแพทย์เจ้าของไข้หรือกับทีมสุขภาพ หากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการการดูแลรักษา หากไม่พบภาวะเสี่ยง ปัญหาสุขภาพ หรือ ปัญหาด้านจิตใจ ผู้วิจัยสิ้นสุดการสัมภาษณ์และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย และประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการตรวจรักษาตามลำดับคิวตรวจต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในการทดสอบสมมติฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง และ ระยะของการรักษา โดยใช้สถิติ t-test และ one way ANOVA

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งหมดจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 59 อายุเฉลี่ย 12.8 ปี (S.D. = 2.3) ประมาณครึ่งหนึ่ง

ของกลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 51) หนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่างหยุดพักการเรียนเพื่อรักษาโรค (ร้อยละ 25) ปู่ย่า ตายาย เป็นบุคคลที่วัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือระหว่างการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 32) รองลงมา คือ แม่ (ร้อยละ 23) และทั้งพ่อและแม่ (ร้อยละ 21) ลักษณะที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเอง (ร้อยละ 79) สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างชนิดของมะเร็งส่วนใหญ่ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (ร้อยละ 72) รองลงมาได้แก่ มะเร็งต่อมไทรอยด์ (ร้อยละ 12) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมาประมาณ 5 - 10 ปี (ร้อยละ 39) และประมาณหนึ่งในห้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะ 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย (ร้อยละ 23) ส่วนใหญ่อยู่ในระยะโรคสงบ (ร้อยละ 81) เกือบครึ่งอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 44) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเดียว (ร้อยละ 88)

การรับรู้สภาวะทางจิตใจโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 77.3 (S.D. = 8.7) อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการเติบโต (personal growth) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 13.6 (S.D. = 2.2) และด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 11.8 (S.D. = 1.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบสภาวะทางจิตใจจำแนกตาม อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง และ ระยะของการรักษา แสดงในตารางที่ 2 ในด้านอายุพบว่า วัยรุ่นตอนปลาย (> 17 ปี - 19 ปี) มีคะแนนเฉลี่ย

### ตารางที่ 1 การรับรู้สุขภาวะทางจิตใจ โดยรวมและรายด้าน (n = 100)

สุขภาวะทางจิตใจ	คะแนนรวม		mean	S.D.
	ค่าเป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
ความเป็นตัวของตัวเอง	3-18	8-16	11.78	1.57
การเรียนรู้และรู้จักสิ่งแวดล้อม	3-18	8-18	12.95	2.06
มีการเติบโต	3-18	8-18	13.58	2.16
มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นรอบข้าง	3-18	8-18	13.05	2.27
การมีเป้าหมายของชีวิต	3-18	6-17	12.75	1.89
การรู้จักและยอมรับตัวเอง	3-18	6-18	13.19	2.20
การรับรู้สุขภาวะทางจิตใจโดยรวม	18-108	61-95	77.30	8.66

สุขภาวะทางจิตใจมากที่สุด 83.0 คะแนนน้อยที่สุดคือวัยรุ่นตอนกลาง (>14 ปี -17 ปี) 73.7 คะแนน ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอายุแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ มีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,97} = 3.1, p < .05$ ) และจากการเปรียบเทียบพหุคูณพบว่า มีเพียงวัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลายมีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

#### การอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สุขภาวะทางจิตใจมีคะแนนเฉลี่ย 77.30 (S.D. = 8.66) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียน พบว่า วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป (ซุติมา จิรัฐิเกรียงไกร และคณะ, 2564; ฐินิรัตน์ ถาวร และคณะ, 2561) อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็น

สถานการณ์ในชีวิตที่ทำให้วัยรุ่นซึ่งตามปกติจะต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระหว่างพัฒนาการ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์และสังคม แต่เมื่อรับรู้ว่าเป็นตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทำให้วัยรุ่นมีการจัดลำดับความสำคัญในชีวิตใหม่ โดยมีการตัดสินใจว่า ยอมรับความเจ็บป่วย และพยายามเข้ารับการรักษา เพื่อให้หายจากโรค เรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของตนเอง ตั้งเป้าหมายในชีวิตว่าจะต้องหายจากโรค อีกทั้งตระหนักว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญและคอยดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และพยายามที่จะปรับตัวให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่มีความยากลำบากนี้ให้ได้ จึงเป็นเหตุผลที่วัยรุ่นที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสเปน ที่พบว่า ผลกระทบด้านบวกของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นสะท้อนให้เห็นได้แก่ การเปลี่ยนมุมมองในชีวิต

**ตารางที่ 2** สุขภาวะทางจิตใจ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง และระยะของการรักษา (n = 100)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	N	mean	S.D.	F	t	p
อายุ	10 - 14 ปี	75	77.75	8.69	3.130		.048*
	>14 - 17 ปี	19	73.74	7.63			
	>17 - 19 ปี	6	83.00	8.25			
เพศ	ชาย	59	76.74	7.94		-.770	.450
	หญิง	41	78.10	9.66			
ชนิดของมะเร็ง	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	72	76.40	8.05	1.480		.230
	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	12	78.83	9.75			
	มะเร็งชนิดอื่น	16	80.19	10.21			
ระยะการรักษา	กำลังได้รับเคมีบำบัด	44	77.39	8.09			
	หยุดยาเคมีบำบัดแล้ว	56	77.23	9.15			

\* $p < .05$

(การลำดับความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต) การยอมรับตนเอง (รู้สึกสงบ เป็นผู้ใหญ่และจิตใจเข้มแข็ง) ความรู้สึกดีกับความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเป็นประสบการณ์ที่มีค่าในชีวิต (Castellano-Tejedor et al., 2015) นอกจากนี้ จากการศึกษาค่าเฉลี่ยรายด้านของสุขภาวะทางจิตใจพบว่าด้านมีการเติบโต (personal growth) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการรู้จักตนเอง และยอมรับตัวเอง (self-acceptance) ตามลำดับ โดยด้านความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในวัยรุ่นทั่วไปที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมปลาย (ฐิณีรัตน์ ถาวร และคณะ, 2561) อธิบายได้จากทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson (1968) วัยรุ่นตอนต้นจะมีลักษณะเป็นการเริ่มต้น

ความรู้สึกแข่งขันและแสวงหาความมั่นใจในกิจกรรมต่าง ๆ (sense of industry) และในวัยรุ่นตอนกลางขึ้นไป เด็กจะแสวงหาสิ่งที่บ่งบอกความเป็นตนเองหรือการแสวงหาอัตลักษณ์ (sense of identity) แต่ในขณะที่เดียวกันจากลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัวตามวัฒนธรรมในประเทศอาเซียน และจากความเจ็บป่วยที่ทำให้วัยรุ่นต้องกลับมาพึ่งพาครอบครัวมากขึ้นอาจทำให้รู้สึกขัดแย้งในใจ ในขณะเดียวกัน ด้านการรู้จักตนเองและยอมรับตัวเอง ที่มีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับสอง สะท้อนให้เห็นถึงระดับการยอมรับตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ryff (1989) ที่ระบุว่า self-acceptance คือการรู้จักและยอมรับทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง การที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับโรคร้าย เช่น มะเร็ง ทำให้พวกเขามีโอกาสพบทวน

คุณค่าและความหมายของชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ อาจเป็นปัจจัยเสริมให้พวกเขาพัฒนาการยอมรับตนเองได้ในระดับสูง ทั้งนี้ งานวิจัยของ Zebrack et al. (2002) ยังพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นมะเร็งมีแนวโน้มที่จะพัฒนา self-concept และความยึดหยุ่นทางจิตใจได้มากกว่าวัยรุ่นทั่วไปในบางกรณี เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการเผชิญความทุกข์ยากอย่างลึกซึ้ง

นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยและการต้องใช้เวลาในรักษาตัว ทำให้มีโอกาสนในการแสวงหาตัวตนน้อยลง ไม่เหมือนกับวัยรุ่นปกติทั่วไป จึงทำให้รู้สึกถึงความเป็นตัวของตัวเองลดลง งานวิจัยของ Zebrack et al. (2002) ยังระบุว่า วัยรุ่นที่เป็นมะเร็งมีแนวโน้มจะรู้สึก “สูญเสียอำนาจในการควบคุมชีวิต” (loss of control) มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป ส่งผลให้รู้สึกว่าคุณสมบัติในการเลือกทางเดินชีวิตน้อยลง ซึ่งอาจสะท้อนออกมาในรูปแบบคะแนนความเป็นตัวของตัวเองที่ต่ำ อีกทั้งทั้งจากมุมมองของ พัฒนาการวัยรุ่น วัยรุ่นช่วงต้นถึงกลาง (early to mid-adolescence) ยังไม่ได้พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระเต็มที่ตามพัฒนาการทางสมองและสังคม (Casey et al., 2008) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงนี้จึงยิ่งรบกวนกระบวนการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองมากกว่าวัยอื่น ๆ

ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยวัยรุ่นมะเร็งจำนวนมากรายงานว่าพวกเขามีบทบาทน้อยในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในระบบสุขภาพที่เน้นการตัดสินใจโดยผู้ใหญ่หรือ

ผู้ปกครอง ซึ่งอาจทำให้พวกเขาไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองมีความเป็นเจ้าของในชีวิตหรือการรักษาของตนเอง (Coyne et al., 2011)

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตใจตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า

อายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอายุแตกต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,97} = 3.136, p < .05$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยพบว่า อายุที่แตกต่างกันส่งผลให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีสุขภาวะทางจิตใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมปลายซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ (จูนิรัตน์ ถาวร และคณะ, 2561) แต่ผลการศึกษาต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศจีนที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็กที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ (Ho et al., 2021) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาในอิตาลีที่พบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาในปีแรกที่มีอายุแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิตใจซึ่งประเมินจากภาวะซึมเศร้า อาการทางกายโดยไม่ทราบสาเหตุ และภาวะวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (Tremolada et al., 2020) จากแนวคิดสุขภาวะทางจิตใจของ Ryff อธิบายว่า อายุส่งผลต่อการหล่อหลอมทางด้านจิตใจในแต่ละช่วงชีวิต บุคคลในแต่ละช่วงวัยมี

พัฒนาการของบุคคลโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของความเป็นตัวของตัวเอง เรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีการเติบโต มีสัมพันธภาพทางบวกกับบุคคลอื่น และยอมรับตนเองที่แตกต่างกัน (Ryff, 1989) โดยในการศึกษาค้นคว้าพบว่า วัยรุ่นตอนกลาง และ วัยรุ่นตอนปลาย มีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนวัยรุ่นตอนต้น-วัยรุ่นตอนกลาง และ วัยรุ่นตอนต้น-วัยรุ่นตอนปลาย มีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจไม่แตกต่างกัน อธิบายได้จากทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget (Wadsworth, 1989) วัยรุ่นอยู่ในระยะที่เริ่มมีการเข้าถึงถึงสิ่งที่เป็นนามธรรมมากขึ้น (formal operational stage) จากเดิมที่เคยเข้าใจเพียงระดับรูปธรรมในวัยเด็ก (concrete operational stage) วัยรุ่นจะเริ่มเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก ความดีงามหรือจริยธรรมมากขึ้น ในบางครั้งวัยรุ่นเกิดความสับสนเนื่องจากตีความถึงความรู้สึกของคนรอบข้างมากเกินไป สำหรับวัยรุ่นตอนต้น (11 - 14 ปี) ยังคงมีความคิดเป็นรูปธรรมมากกว่านามธรรม มองอนาคตแบบอุดมคติ ยังมีการเพื่อฝันหรือจินตนาการแบบเด็ก ยังไม่มีการใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจและอาจยังไม่เข้าใจผลกระทบจากตัดสินใจของตนเอง ทำให้การรับรู้สุขภาวะทางจิตใจซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมสูง อาจยังไม่สะท้อนถึงความเข้าใจในตนเองอย่างแท้จริง จึงทำให้การรับรู้สุขภาวะทางจิตใจวัยรุ่นตอนต้น ไม่แตกต่างจากวัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย สำหรับวัยรุ่นตอนกลาง (15 - 17 ปี) เริ่มมีความคิดเป็นนามธรรมมากขึ้น สามารถคิดวิเคราะห์ โดยมีเหตุผลประกอบ แต่อาจมีการใช้อารมณ์ใน

การตัดสินใจบ้าง เริ่มเข้าใจและยอมรับผลของการกระทำของตนเอง รู้จักเข้าใจผู้อื่นและสามารถมองเหตุการณ์ตามความเป็นจริง ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย (18 - 21 ปี) สามารถคิด วิเคราะห์ตัดสินใจโดยใช้เหตุผลมากขึ้น มีความเข้าใจศีลธรรมจริยธรรม มีจุดยืนของตนเอง เลยเป็นเหตุผลให้วัยรุ่นตอนปลาย มีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจสูงกว่าวัยรุ่นตอนกลาง เพศ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่น โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดเพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจไม่แตกต่างกัน ( $t_{98} = -.77, p > .05$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มวัยรุ่นชาวจีนที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็ก (Ho et al., 2021) และ ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น โรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาในปีแรกในประเทศอิตาลี (Tremolada et al., 2020) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมปลาย (ฉุนิรัตน์ถาวร และคณะ, 2561) ที่พบว่าวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจไม่ต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pumpuang และคณะ (2020) ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศในโมเดลพยากรณ์สุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นชั้นมัธยม ตามที่ Ryff (1991) อธิบายไว้ว่าอายุที่แตกต่างกันจะส่งผลกระทบต่อการหลอหลอมทางด้านจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน คือ 10 - 19 ปี จึงเป็นผลให้ความผันแปรของสุขภาวะทางจิตใจไม่ต่างกันมากระหว่างเพศชายและหญิง

ชนิดของ โรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งต่างชนิดกัน มีการรับรู้สภาวะทางจิตใจไม่แตกต่างกัน ( $F_{2,97} = 1.48, p > .05$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาในปีแรก ซึ่งพบว่าชนิดของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของสภาวะทางจิตใจที่ประเมินจากภาวะซึมเศร้า อาการทางกายโดยไม่ทราบสาเหตุและภาวะวิตกกังวล (Tremolada et al., 2020) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ho et al. (2021) ที่พบว่า ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับสภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็กที่ประเมินจากความรู้สึที่มีคุณค่าในตัวเอง และอาการซึมเศร้า โดยชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตัวเอง ( $r = .30, p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า ( $r = -.26, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างในมะเร็งแต่ละชนิดไม่เท่ากันอาจมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษา นอกจากนี้ โรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักในมะเร็งทุกชนิดโดยใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดในการรักษาอาจเป็นเหตุผลการประสพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกชนิดรับรู้ถึงอาการที่เป็นผลจากโรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งที่คุกคามที่ทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ว่าคุณค่าในตัวเองไม่เหมือนเดิม อยู่ในอันตราย และจะพยายามที่จะเอาชนะต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามนั้น

เพื่อควบคุมให้จิตใจกลับมาอยู่ในภาวะสมดุลอีกครั้ง โดยในขั้นตอนการประเมิน หากวัยรุ่นโรคมะเร็งประเมินว่า ประสพการณ์ด้านอาการที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่เป็นอันตรายหรือเป็นการคุกคาม ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นโรคมะเร็ง เกิดความเครียดหรือมีภาวะวิตกกังวล และมีการนำปัจจัยภายในตนเอง กล่าวคือความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต มาช่วยในการเผชิญความเครียด ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และมีสภาวะทางจิตใจไม่แตกต่างกัน

ระยะของการรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มที่หยุดยาเคมีบำบัดแล้ว มีการรับรู้สภาวะทางจิตใจไม่แตกต่างกัน ( $t_{98} = .088, p > .05$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัด และกลุ่มที่หยุดยาเคมีบำบัดแล้ว มีสภาวะทางจิตใจไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับชนิดของโรคมะเร็ง ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระยะของการรักษาและสภาวะทางจิตใจอย่างจำกัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจอธิบายผลการศึกษานี้ได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระหว่างอายุ 10 - 19 ปี ผู้ป่วยได้รับประสพการณ์จากการเจ็บป่วย การวินิจฉัย และการรักษาไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการทำหัตถการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือด การเจาะไขกระดูก การให้ยาเคมีบำบัดและการติดตามอาการของโรค ถึงแม้ว่าจะหยุดยาเคมีบำบัดแล้ว

ผู้ป่วยก็ยังคงต้องได้รับการเจาะเลือดและเจาะไขกระดูกเป็นระยะเพื่อติดตามการรักษา อีกทั้งผลข้างเคียงระยะยาวของยาเคมีบำบัดและการรักษาโรคมะเร็ง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) อยู่ในระยะโรคสงบซึ่งผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าตนเองอยู่ในสภาวะที่เซลล์มะเร็งในร่างกายลดลงจนไม่สามารถตรวจพบได้ ตลอดจนอาการของโรคดีขึ้นอย่างมากจนไม่มีสัญญาณของโรคมะเร็งให้เห็น จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่น โรคมะเร็งกลุ่มที่กำลังได้ยาเคมีบำบัด และกลุ่มที่หยุดยาแล้ว มีการรับรู้สภาวะทางจิตใจไม่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าสภาวะทางจิตใจด้านความเป็นตัวของตัวเองของวัยรุ่นโรคมะเร็งต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ควรส่งเสริมให้วัยรุ่นกลุ่มนี้ได้พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง โดยบุคลากรด้านสุขภาพควรเน้นให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัว และแนะนำให้ผู้ปกครองสังเกตถึงความวิตกกังวล ความเครียด และการจัดการปัญหาของวัยรุ่นและช่วยให้วัยรุ่นปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เข้ากับแผนการรักษาโดยพยายามคงไว้ซึ่งวิถีชีวิตเดิมก่อนเจ็บป่วย ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้เข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจ อีกทั้งพูดคุยเรื่องแผนการเรียนหรืองานในอนาคตที่วัยรุ่นวางแผนไว้เมื่อหายจากโรค

2. จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าช่วงวัยที่แตกต่างกันของวัยรุ่นมีผลต่อสภาวะทางจิตใจ โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย ควรมี

การศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ หรือในวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น เพื่อเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสภาวะทางจิตใจในกลุ่มวัยรุ่น

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2561*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติทางสุขภาพ พ.ศ. 2563*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- ชุติมา จิรัฐเกรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย, และสุภาภัก เกตุราสุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายสภาวะทางจิตใจในวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2), 77-89.
- ฐินิรัตน์ ถาวร, สาธกา พิมพ์รุณ, และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิทยาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(3), 59-70.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจสถานการณ์ทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิตของประชาชน พ.ศ. 2561*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208-218.
- Bogdan L, Gherasim-Diaconu LR. (2018). Psychological well-being and adjustment to illness of adolescents with cancer. *Annals of A.I.I. Cuza University. Psychology Series*, 27, 45-59.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). *The adolescent brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111-126.
- Castellano-Tejedor, C., Eiroa-Orosa, F-J., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., Sánchez de Toledo, J. S., & Blasco-Blasco, T. (2015). Perceived positive and negative consequences after surviving cancer and their relation to quality of life. *Scandinavian journal of psychology*, 56(3), 306-314.

- Coyne, I., & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of clinical nursing, 20*(15-16), 2334-2343.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton.
- Farhangi, H., Badiei, Z., & Moharreri, F. (2015). Prevalence of psychiatric symptoms in ALL patients during maintenance therapy. *Iranian journal of pediatric hematology and oncology, 5*(2),77-82.
- Hair Jr., J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis. 7<sup>th</sup> ed*, Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Ho, L., Li, W., Cheung, A. T., Ho, E., Lam, K., Chiu, S. Y., Chan, G., & Chung, J. (2021). Relationships among hope, psychological well-being and health-related quality of life in childhood cancer survivors. *Journal of health psychology, 26*(10), 1528-1537.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-Being: Evidence Regarding Its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 1*(2), 137-164.
- Imsamran, W., Pattatang, A., Supattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Namthaisong, K., Wongsena, M., & Buasom, R. (2018). *Cancer in Thailand, Volume IX: 2013-2015*. Bangkok: National Cancer Institute, Ministry of Public Health. Retrieved from [https://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/In%20Cancer%20in%20Thailand%20IX%20OK.pdf](https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/In%20Cancer%20in%20Thailand%20IX%20OK.pdf).
- Kestler, S. A., & LoBiondo-Wood, G. (2012). Review of symptom experiences in children and adolescents with cancer. *Cancer nursing, 35*(2), E31-E49.
- Klainin-Yobas, P., Thanoi, W., Vongsirimas, N., & Ying, L. (2020). Evaluating the English and Thai-versions of the psychological well-being scale across four samples. *Psychology, 11*(1),71-86.
- Ministry of Public Health. *Public health statistics A.D. 2019*. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2020. 146 p. (in Thai).
- National Statistical Office. (2018). *The national survey of social, cultural situation, and mental health*. Bangkok: National Statistical Office.
- Nolan, V. G., Krull, K. R., Gurney, J. G., Leisenring, W., Robison, L. L., & Ness, K. K. (2014). Predictors of future health-related quality of life in survivors of adolescent cancer. *Pediatric Blood & Cancer, 61*, 1891-1894
- Pumpuang, W., Vongsirimas, N., & Klainin-Yobas, P. (2021). Do Gender Differences Affect the Psychological Well-being of High Schoolers in Thailand?. *Journal of Population and Social Studies [JPSS], 29*(-), 207-222.
- Prasad, P. K., Hardy, K. K., Zhang, N., Edelstein, K., Srivastava, D., Zeltzer, L., Stovall, M., Seibel, N. L., Leisenring, W., Armstrong, G. T., Robison, L. L., & Krull, K. (2015). Psychosocial and Neurocognitive Outcomes in Adult Survivors of Adolescent and Early Young Adult Cancer: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 33*(23), 2545-2552.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging, 6*(2), 286-295.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology, 69*(4), 719-727.

- Samantarath, P., Pongthavomkamol, K., Olson, K., Sriyuktasuth, A., & Sanpakit, K. (2018). Multiple symptoms and their Influences on health-related quality of life in adolescents with hematologic malignancies undergoing chemotherapy. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 319-331.
- Tremolada, M., Taverna, L., Chiavetta, I. T., Bonichini, S., Putti, M. C., & Biffi, A. (2020). Psychological wellbeing in adolescents with leukaemia: a comparative study with typical development peers. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 567.
- Wadsworth, B. J. (1989). *Piaget's theory of cognitive and affective development*. New York: Longman.
- Zebrack, B. J., Zeltzer, L. K., Whitton, J. Mertens, A. C., Odom, L., Berkow, R., Robison, L. L. (2002). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and Non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics*, 110(1): 42-52.

# PERSPECTIVE OF EMPOWERING CAREGIVERS OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS LIVING IN THE COMMUNITY OF SUPHANBURI PROVINCE

*Saowalak Sripho, M.N.S.\**, *Prawida Photong, M.N.S.\*\**, *Soontaree Khachat, M.N.S.\*\*\**,  
*Supattra Chansuvarn, M.N.S.\*\*\**, *Ausaniyaphon Chantorn, M.N.S.\**

## Abstract

**Objective:** To describe the empowerment of caregivers of children with special needs living in the community of Suphanburi Province.

**Methods:** This study employed a descriptive qualitative design. The participants consisted of 30 community members involved in the care of children with special needs, selected through purposive sampling. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews conducted in February 2025. The data were analyzed using content analysis.

**Results:** Participants' perspectives on caregiver empowerment were divided into two main issues: The first issue was related to the perceived problems of parents' attitudes, which were further divided into two sub-issues: 1) parents' lack of knowledge about caring for children with special needs, and 2) parents' concerns about their children's future. The second issue involved seeking ways to support caregivers, which was divided into three sub-issues: 1) providing parents with training in caring for children with special needs, 2) supporting parents' mental health, and 3) promoting the use of technology to assist parents. The caregivers' perspectives on empowerment in mental health included two issues: 1) prioritizing self-care (physical and mental well-being), and 2) ensuring that the child's development is positive, which in turn supports the caregivers' mental health.

**Conclusion:** This study emphasizes the importance of providing support to caregivers of children with special needs in areas such as knowledge, skills, and mental health, to empower them to care effectively for their children.

**Keywords:** empowering, caregivers of children with special needs

---

*Funding: Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute*

*\*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute*

*\*\*Corresponding author: Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail: prawida@snc.ac.th*

*\*\*\*Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute*

Received: 20 February 2024, Revised: 15 February 2025, Accepted: 22 February 2025

## มุมมองการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต ที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.\*, ปวีดา โพธิ์ทอง, พย.ม.\*\*, สุนทรี ชะชาคย์, พย.ม.\*\*\*,  
สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, พย.ม.,\*\*\*, อุษณียาภรณ์ จันทร์, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อบรรยายการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี

**วิธีการศึกษา :** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย ผู้ให้ข้อมูลหลักในชุมชน คือ ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กพิเศษในชุมชน จำนวน 30 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการศึกษา :** มุมมองของผู้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล มี 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก รับรู้ปัญหาของผู้ปกครองด้านทัศนคติของผู้ปกครอง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กพิเศษ และ 2) ผู้ปกครองกังวลต่ออนาคตของเด็ก ประเด็นที่สอง แสวงหาวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล มี 3 ประเด็นย่อย 1) สนับสนุนให้ผู้ปกครองได้รับการอบรมการดูแลเด็กพิเศษ 2) สนับสนุนให้ผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต 3) สนับสนุนให้ใช้เทคโนโลยีในการช่วยเหลือผู้ปกครอง มุมมองของผู้ดูแลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในสุขภาพจิต มี 2 ประเด็น 1) ดูแลกายและใจของตนเองก่อน และ 2) พัฒนาการของเด็กดี จิตใจก็ดีตาม

**สรุป :** การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนผู้ดูแลเด็กพิเศษทั้งด้านความรู้ ทักษะ และสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต

---

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

e-mail: prawida@snc.ac.th

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับ: 20 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่แก้ไข: 15 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่ดอรับ: 22 กุมภาพันธ์ 2568

## ความสำคัญของปัญหา

การเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองสามารถตัดสินใจควบคุมชีวิตของตนเอง มีพลัง มีความสุข มีอิสระในการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต สามารถดำเนินกิจกรรมที่เป็นการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจของตนได้อย่างต่อเนื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลให้มีพลังอำนาจ มีศักยภาพในการรับรู้ทำให้ตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรมในการแสวงหาข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ ตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุ คำนึงถึงศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหา มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค การรักษา ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจรณ์ญาณ (Critical reflection) เป็นการทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อทำความเข้าใจให้ชัดเจนขึ้น แสวงหาทางเลือก เพื่อให้เกิดมุมมองในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มั่นใจ และมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุดกับตนเอง (Taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Commitment) ได้แก่ การมีพฤติกรรม การดูแลที่มีประโยชน์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป (Gibson, 1995) สามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

(สุบิน สมีน้อย และคณะ, 2564) สามารถมองเห็นคุณค่าในตนเอง (ศิริเพ็ญ วารวินิช และธนิดา ผาติสนะ, 2563) เป็นต้น การศึกษายังพบอีกว่า ผู้ดูแลที่มีแบบแผนการเผชิญปัญหาที่ดี จะสามารถทำนายความพึงพอใจในครอบครัวของผู้ดูแลได้ร้อยละ 35.3 ( $R^2 = .353, p < .001$ ) (วิจารย์ธน ธีรวัชร, 2562) สนับสนุนครอบครัวให้สามารถรักษาสิทธิของเด็กและเข้าถึงการศึกษที่เหมาะสมได้ (Szlanka et al., 2024) อีกทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีพลังอำนาจจะสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตน มาใช้ในการแก้ปัญหา ช่วยเสริมสร้างความสามารถ การมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมในครอบครัวและชุมชนได้ (กิตติยาพร จันท์ชมและคณะ, 2564) แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลมั่นใจในความสามารถที่จะทำกิจกรรมการดูแลได้ดีขึ้นเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองมีพลัง ลดความเศร้า มองเห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมภายใต้การมีส่วนร่วมของอำนาจ (กรกฎ เจริญสุข และคณะ, 2562) ซึ่งครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และชุมชนก็มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลเด็กให้มีความสามารถในการดูแลเด็กเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นการดำเนินงานเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเบื้องต้น และ

แหล่งสนับสนุนหรือขอรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งจากบททบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแลเด็กพิเศษสามารถรับรู้แหล่งพลังอำนาจของตนเองที่มีอยู่ทั้งด้านลบและด้านบวก วิเคราะห์ปัญหาแยกแยะ และมีการฝึกทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา รู้จักการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการพัฒนาตนเองในด้านคุณลักษณะการเสริมสร้างคุณค่าให้กับตนเอง จนพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่ครอบคลุมการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านสุขภาพจิตในภาพรวมที่มาจากความร่วมมือทุกภาคส่วน และผลักดันนโยบายให้กับผู้ดูแลเด็กพิเศษต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ.สุพรรณบุรี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการบรรยายการให้ความหมายของพลังอำนาจในด้านสุขภาพจิต ตามมุมมองของผู้ดูแลเด็กพิเศษโดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นกระบวนการการรับรู้พลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจารณ์ญาณ

(Critical reflection) 3) สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ (Taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Commitment) เพื่อให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจควบคุมชีวิตของตนเอง มีพลัง มีความสุข มีอิสระในการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ในการดำรงชีวิต สามารถดำเนินกิจกรรมที่เป็นการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจของคน ได้อย่างต่อเนื่อง

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive Qualitative Research) เพื่อศึกษามุมมองของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ปกครองเด็กที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จนข้อมูลอิ่มตัวจำนวน 30 คน (ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์ และประสพชัย พสุนนท์, 2559) โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักโดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรู้สึกมีอิสระในการให้ข้อมูล พูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลด้วยความจริงใจที่แสดงออกทางสีหน้า แววตา และการแสดงออกอื่น ๆ ทางบุคลิกภาพให้มีความสอดคล้องกับอารมณ์เรื่องราวของผู้ให้ข้อมูล และให้เกียรติผู้ให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญ เป็นอาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตเวช โดยได้ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการศึกษาวิจัยเชิง

คุณภาพไม่น้อยกว่า 5 เรื่อง มีเครื่องบันทึกเสียงแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ผู้ให้ข้อมูล และประสบการณ์ดูแล แบบจดบันทึกภาคสนาม (field note) ประกอบด้วย การจดบันทึกสั้น ๆ ในแต่ละเหตุการณ์ร่วมด้วย และแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กพิเศษ จำนวน 1 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามหลักการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ได้แก่ การสร้างเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตคืออะไร ตามความเข้าใจของท่าน การดูแลเด็กพิเศษที่ผ่านมาผู้ดูแล/ผู้ให้บริการพบปัญหาใด เมื่อท่านมีปัญหาดังกล่าว จะมีวิธีการหรือแนวทาง แก้ไขอย่างไรบ้างป้องกันอย่างไรบ้าง ท่านคิดว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตในตนเองมีความสำคัญ หรือเกิดผลดี หรือประโยชน์กับตนเองอย่างไร ท่านคิดว่าปัญหา/อุปสรรคอะไรที่ไปลดพลังอำนาจในผู้ดูแล ชุมชนหรือหน่วยงาน มีส่วนช่วยส่งเสริมพลังอำนาจด้านสุขภาพจิตอย่างไร และท่านมีความต้องการการช่วยเหลือเรื่องใดบ้าง ขอให้ท่านช่วยอธิบาย

### การหาคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากสร้างแนวคำถามขึ้นตามกรอบแนวคิด ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบ ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลควบคู่กันไป โดยมีการตรวจสอบภายในและการตรวจสอบภายนอก การตรวจสอบภายในเป็นการพิจารณาความเพียงพอและครอบคลุมของข้อมูล ความตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเหมาะสมของผู้ให้ข้อมูลที่เลือกมาศึกษา กับเรื่องและแนวคำถามในการวิจัย และตรวจสอบการนำเสนอวิธีการ ขั้นตอนของการทำงานในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน โปร่งใส ส่วนการตรวจสอบภายนอก เป็นการนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและวิจารณ์ เพื่อพิจารณาว่าข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องหรือตรงตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงใด

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี หนังสือรับรองเลขที่ EC 017/2567 ลงวันที่ 13 มกราคม 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี มีการชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อนจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลยินดีที่จะให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้แก่ผู้วิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเชื่อมโยงหรือระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด การนำเสนอผลการวิจัย จะเป็น

การนำเสนอในภาพรวมเพียงเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กพิเศษจากแหล่งข้อมูลเอกสารต่าง ๆ เพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย และสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในด้านสุขภาพจิต โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure) ระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปรับคำถามให้เหมาะสมและยืดหยุ่นตามสถานการณ์เพื่อให้คำตอบของผู้ให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ใกล้เคียงความจริง และอธิบายได้ชัดเจนมากขึ้นและมีการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตลอดช่วงของการเก็บข้อมูล นำข้อมูลบทสัมภาษณ์ซึ่งเป็นผลการศึกษาเบื้องต้นตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย และหลังจากการวิเคราะห์ตีความข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความเข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูลบางรายอีกครั้งเพื่อการให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม และยอมรับข้อมูลผลการศึกษาที่ได้

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 ราย ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง 29 คน (ร้อยละ 96.67) เพศชาย 1 คน (ร้อยละ 3.33) ส่วนใหญ่มีอายุ 40 - 50 ปี จำนวน 9

คน (ร้อยละ 30.00) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.67) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดูแลในช่วง 5 - 10 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) การศึกษาระดับปริญญาตรีมีมากที่สุด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือไม่ได้ศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลให้ข้อมูล จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) และรองลงมา ครูที่มีส่วนร่วมในการสอนเด็กพิเศษ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33)

2. ประเด็นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน จ. สุพรรณบุรี สามารถอธิบายได้ดังนี้

มุมมองของผู้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กพิเศษซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถด้านการแก้ไขปัญหาความสามารถในการจัดการและควบคุมตนเองทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะสามารถดูแลตนเองและทำงานได้ ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ

ประเด็นแรก รับรู้ปัญหาของผู้ปกครองด้านทัศนคติของผู้ปกครอง การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาและบทบาทของครอบครัว จะทำให้ครอบครัวมีทัศนคติต่อผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และคลายความกังวลในการดูแลเด็ก ตลอดจนสามารถส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น

ประเด็นย่อยที่ 1 ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กพิเศษ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลขาดความรู้จะส่งผลให้ไม่สามารถดูแลเด็กได้

อย่างถูกต้องเหมาะสม

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“บางครอบครัวที่ปล่อยให้ปู่ย่าตายายดูแลเด็ก ซึ่งอาจไม่มีความรู้เพียงพอ ซึ่งให้เด็กดูโทรทัศน์ เพราะเด็กจะได้ไม่ช่น อยู่หนึ่ง แต่พอมารโรงเรียนเด็กพูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่เป็นภาษาเลย” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2568)

“ผู้ดูแลควรมีความรู้ในการจัดการพฤติกรรมของเด็ก นะคะ เพราะเมื่อปิดเทอมแล้วเปิดเรียนมาเด็กจะมีพฤติกรรมรุนแรง แบบไม่รู้ว่ถ้าเขาโกรธไม่พอใจก็จะทำร้ายตนเอง ทำร้ายข้าวของ ซึ่งก็ต้องมาฟื้นฟู มาปรับพฤติกรรมกัน ซึ่งก็ต้องแจ้งผู้ปกครองในเรื่องนี้ตลอดค่ะ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2568)

“เด็กชอบนอนคว่ำ แล้วเหมือนมีอารมณ์ทางเพศ ตอนนี้ง้ามุมโต๊ะเขาก็จะไปดู ๆ ใดเหมือนสุขสบาย ผู้ดูแลก็รู้ว่าต้องจัดการยังไง” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2568)

“ผู้ดูแลชอบซื้อพวกไก่ KFC เฟรนช์ฟรายส์ ขนมหวาน น้ำอัดลมเป็นประจำ เด็กก็มักจะมึนน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ค่ะ และชอบตามใจเด็กจนเกินไป” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2568)

**ประเด็นย่อยที่ 2** ผู้ปกครองกังวลต่ออนาคตของเด็ก ผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นพ่อและแม่มีความวิตกกังวลว่าต่อไปในอนาคตถ้าตนเองเสียชีวิตไปแล้วใครจะเป็นคนดูแลเด็กต่อไป ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“โตขึ้นจะหายไหม จะอยู่ยังไง ถ้าเราไม่อยู่ต่อจากนี้เขาจะอยู่ยังไง ก็เลยพาไปเรียนที่ศูนย์การศึกษาพิเศษนี่นะ เพื่อฝึกให้เขาดูแลตัวเอง

ได้ในระดับหนึ่งค่ะ” (ผู้ปกครองคนที่ 4, 2568)

“ก็จะเครียด กังวลว่าเขาจะช่วยเลือกตัวเองได้เมื่อไหร่เมื่อไรจะเริ่มพูดได้ เมื่อไรจะบอกความต้องการของตัวเอง เหมือนว่าเราก็กังวลไปว่าเขาจะดูแลตัวเองเราก็กังวลตรงนี้ว่าถ้าไม่มีเราเขาจะอยู่ยังไง” (ผู้ปกครองคนที่ 6, 2568)

“บางคนเขาก็มีในเรื่องของแบบดูท้อแท้ใจหรือบางคนก็เคยมีพูดว่าแบบว่าแล้วเออถ้าเขาไม่อยู่ บางคนก็กังวล เป็นความกังวลว่าถ้าเขาไม่อยู่แล้วเด็กคนนี้นั้นจะอยู่ยังไง ถ้าเขาตายเด็กคนนี้จะอยู่ยังไง เพราะว่าอยู่ร่วมกับตาหรือกับยาย” (จิตแพทย์เด็ก, 2568)

“ปัญหาคือ ความกังวลของผู้ปกครอง ฉะนั้นจะ 70 ฉันทันแก่แล้วแล้วลูกจะทำยังไงดี ใครจะดูแลต่อไป” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2568)

**ประเด็นที่สอง** แสวงหาวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล จากความร่วมมือทุกภาคส่วน และผลักดันนโยบายให้กับผู้ดูแลเด็กพิเศษเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองและเด็กได้มีสุขภาพที่ดีทั้งกาย และใจ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย

**ประเด็นย่อยที่ 1** สนับสนุนให้ผู้ปกครองได้รับการอบรมการดูแลเด็กพิเศษ พ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งพวกเขาอาจได้รับข้อมูลกว้าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่ลูกเป็น แต่ในบางครั้งอาจไม่ได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงซึ่งพวกเขาคิดว่าจำเป็นต้องรู้ เช่น รายละเอียดด้านพัฒนาการและโรคการรับบริการต่าง ๆ เช่น การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม กิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด และ อรรถวชิบำบัด รวมถึงพวกเขาต้องการคำแนะนำ

เครื่องมือต่าง ๆ และวิธีการจัดการกับลูกอย่างถูกวิธี เพื่อเอื้อให้พวกเขาเข้าใจลูกและเกิดประโยชน์ในการเลี้ยงดูลูกมากยิ่งขึ้น

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“พี่ว่านะ ควรเพิ่มความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และแนวทางการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ถูกต้องและเหมาะสมค่ะ” (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2568)

“ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านจิตวิทยาเด็ก การจัดการพฤติกรรมเด็กและการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2568)

ประเด็นที่ 2 สนับสนุนให้ผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต พ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ทั้งการปรึกษารายบุคคล การปรึกษาแบบกลุ่ม หรือการช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ๆ จะช่วยให้พ่อแม่คลายกังวลได้ เพราะพวกเขาได้เปิดเผยเรื่องราวของตนเองและรับรู้ได้ว่ามีผู้รับฟังอย่างตั้งใจ นอกจากนี้การปรึกษาแบบกลุ่มเอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและแบ่งปันประสบการณ์ประเภทเดียวกัน พ่อแม่จะรู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง เกิดการสร้างเครือข่าย รวมทั้งได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ซึ่งสามารถเติมพลังกายพลังใจและกลับไปดูแลลูกอย่างมีประสิทธิภาพได้ต่อไป

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ควรมีกิจกรรมให้ความรู้

เกี่ยวกับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ว่าต้องจัดการยังไงและมีการแนะนำการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้นกับผู้ปกครอง” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2568)

“ผู้ปกครองบางครั้งเครียด กังวล บ้างก็บ่นปวดหัว ไม่รู้จะทำยังไง” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568)

“อยากให้มีการชมรม หรือศูนย์พักใจในการผ่อนคลาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองในด้านจิตใจ” (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขเมืองสุพรรณบุรี, 2568)

ประเด็นที่ 3 สนับสนุนให้ใช้เทคโนโลยีในการช่วยเหลือผู้ปกครอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของเด็กจากการใช้เทคโนโลยี จะช่วยขยายประสบการณ์และการเรียนรู้ของเด็กเพิ่มมากขึ้น

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“สนับสนุนให้มี สื่อออนไลน์ หรือเป็นคลิปสั้นๆ ในการ รับมือกับลูกเขา หรือว่า บุตรหลานของเขาเพื่อที่จะแชร์ไปได้ หรืออาจจะ เป็นดีท็อกแค้ 2-3 นาที สั้น ๆ” (ครูผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568)

“อาจจะตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแชร์ประสบการณ์ คุยกัน ให้กำลังใจกัน เป็นเพื่อนกัน ะไรยั้งนี้ สำหรับเทคโนโลยีมาช่วยแล้วก็ในส่วน ของสุขภาพจิต คือส่งข้อมูลเทคโนโลยีมาช่วย สามารถส่งแบบทดสอบได้เมื่อคุณมีความเครียด แล้วก็บอกช่องทางเขาไปว่าเวลาเครียดเศร้า หรือว่า ะไรสามารถที่จะโทรมาปรึกษาได้นะ ไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ใช้วิธีการก็โทรมา

ได้ แล้วก็ได้อยู่กับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนะ”  
(พยาบาลผู้ให้ข้อมูล, 2568)

มุมมองของผู้ดูแลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ สร้างแรงจูงใจ บอกความต้องการและอนาคตที่คาดหวังได้ด้วยตนเอง เกิดพลังในการขับเคลื่อนตนเองได้ มี 2 ประเด็น

**ประเด็นที่ 1** คุณลักษณะและใจของตนเอง ก่อน การดูแลจิตใจ เข้าใจและตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง เพื่อพัฒนาความสุขและให้สามารถปรับตัวในชีวิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะตามมา

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เราพยายาม ปรับตัว และหาข้อมูลในโทรศัพท์ พอเจอข้อมูลดี เชื่อถือได้เราก็จะเก็บข้อมูลไว้เพื่อมาปรับใช้ พยายามฝึกให้ลูกช่วยเหลือตัวเอง ได้มากที่สุด” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2568)

“ต้องให้กำลังใจกับตัวเองก่อนจะไปดูแลผู้อื่น ถ้าดูแลตัวเองไม่ได้จะไปดูแลใครได้ช่วยอย่าสุขภาพเราต้องดี” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2568)

“เราก็ทำใจนะ เราพยายามที่ทำยังไงให้ดีที่สุด ช่วยเหลือเขาให้ดีที่สุด ดูแลใจ ปรับใจให้ดี ให้แข็งแรง ให้กำลังใจตัวเอง เพื่อจะได้มีแรงเลี้ยงลูกต่อ” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568)

**ประเด็นที่ 2** พัฒนาการของเด็กดี จิตใจก็ดีตาม คือเมื่อเห็นเด็กเดินได้ พูดได้ เริ่มช่วยเหลือตัวเองได้บ้างผู้ดูแลก็รู้สึกมีพลัง มีความหวังว่าเด็กจะดีขึ้น

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“จะทำยังไงให้เขา จัดการกับปัญหาตรงนั้นได้ผ่านไปได้ด้วยดีเพื่อให้เขามีพลังในการที่จะดูแลตัวเองได้ ไม่รู้สึกท้อแท้ มีความมั่นใจ มีกำลังใจ และผ่านตรงนี้ไปได้” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2568)

“การที่เห็นน้องมีพัฒนาการที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการฝึกที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ โดยเฉพาะการเดินและการกินอาหาร แม้เพียงเล็กน้อยก็ทำให้ আমরা รู้สึกดีใจเมื่อเห็นน้องดีขึ้น มีพลังในตัวเองมากขึ้น” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2568)

“พอเรายอมรับแล้วเราก็คิดแค่แค่ตรงนี้ เราไม่ต้องการคิดว่าลูกเราจะต้องไปถึง 10 เอาแค่นี้มันก็โอเคแล้ว แล้วก็คิดไปว่าโตไปไม่เป็นภาระของคนอื่นก็พอแล้ว ให้เขาดูแลตัวเองได้ แค่นั้นก็ดีมากแล้ว” (ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, 2568)

### การอภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมดูแลเด็กพิเศษในชุมชนสัมภาระเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ 2 มุมมอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นกระบวนการการรับรู้พลังอำนาจ มี 4 ขั้นตอน 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างวิจรรณญาณ 3) สร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจควบคุมชีวิตของตนเอง มีพลัง มีความสุข มีอิสระในการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ในการดำรงชีวิต สามารถดำเนินกิจกรรมที่เป็นการรักษา

ไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจของคุณ ได้อย่างต่อเนื่อง สามารถอธิบายได้ดังนี้

**มุมมองของผู้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล** คือ การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลซึ่งจะเป็นการเสริมศักยภาพ สมรรถนะ ความสามารถ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจ การเข้าถึงและการจัดการทรัพยากรเพื่อให้สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ, 2564) ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ

**ประเด็นแรก รับรู้ปัญหาของผู้ปกครองด้านทัศนคติของผู้ปกครอง** เป็นการการค้นหาสภาพการณ์จริง เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ สร้างแรงจูงใจ บอกความต้องการและอนาคตที่คาดหวังได้ด้วยตนเอง เกิดพลังในการขับเคลื่อนตนเองได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลได้กล่าวถึงพลังอำนาจในด้านสุขภาพจิต (Gibson, 1995) แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กพิเศษ ทัศนคติของผู้ดูแลจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสังคมอารมณ์ และจิตใจของเด็กพิการผู้ปกครองที่มีเจตคติเชิงลบต่อเด็กอาจส่งผลต่อการเลี้ยงดูได้ (สุมาลี ดิจงจิตและคณะ, 2561) ซึ่งในทางกลับกันหากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ตลอดจนแนวทางการดูแลรักษาและบทบาทของครอบครัว จะทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อเด็ก ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มธุวดี อิงศิริโรธรัตน์ (2561) พบว่าความรู้ของผู้ปกครองมีคะแนนน้อยที่สุด ดังนั้น

ควรได้รับทราบและทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เพิ่มเติมทั้งในแง่ของสาเหตุ อาการ การรักษา และการดำเนินโรคซึ่งการที่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในตัวโรคดีขึ้น ทัศนคติต่อเด็กย่อมจะดีขึ้นเช่นกัน ทัศนคติที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ปกครอง นำมาซึ่งผลการรักษาที่ดีขึ้นต่อไป และการศึกษาของ เอกชัย อินหงษา และคณะ (2567) การรับรู้ ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษของผู้ปกครองเด็กหมายถึง ความคิดเห็นถึงผลดีหรือคุณค่าการปฏิบัติตนของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยเชื่อว่าวิธีการเลือกปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดภาวะคุกคามจากโรค และ 2) ผู้ปกครองกังวลต่ออนาคตของเด็ก เป็นความกังวลว่าเด็กจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคตได้หรือไม่ จะสื่อสารกับผู้อื่นได้หรือไม่ กลัวว่าเมื่อเด็กโตขึ้นอาจต้องเร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องคนอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ทาโสศ (2566) พบว่า ความวิตกกังวลนี้เกิดจากความรัก ความห่วงใยในตัวเด็ก จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของเด็ก

**ประเด็นที่สอง แสวงหาวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล** เป็นการสะท้อนคิดอย่างวิจรรณญาณและสร้างแนวทางสู่การปฏิบัติ คือการให้ข้อมูลสะท้อนคิดอย่างมีวิจรรณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อทำความเข้าใจ ให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้เกิดมุมมองในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็ง มั่นใจในตนเองมากขึ้น (Gibson, 1995) แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย 1) สนับสนุนให้ผู้ปกครองได้รับการอบรมการดูแลเด็กพิเศษ สอดคล้องกับการศึกษาของกุมารีและกิราน (Kumari & Kiran, 2024) พบว่าการให้ความรู้เป็นสิ่งสำคัญ เป็นกลยุทธ์ในการรับมือช่วยเสริมสร้างคุณภาพการดูแลและความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา 2) สนับสนุนให้ผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตสอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์ก-เทย์เลอร์ (Bourke-Taylor et al., 2022) การได้รับการพัฒนาสุขภาพจิตซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความพิการและเพิ่มความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรในระยะยาว และ 3) สนับสนุนให้ใช้เทคโนโลยีในการช่วยเหลือผู้ปกครอง สอดคล้องกับการศึกษาของมธุวดี อิงศิริโรรัตน์ (2561) พบว่า การให้ความรู้อาจทำเพิ่มเติมได้โดยผ่านสื่อความรู้หลากหลาย เช่น หนังสือ แผ่นพับ คลิปวิดีโอ เสียงตามสาย เว็บไซต์ และโซเชียลมีเดีย เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทครอบครัว ผู้ปกครองในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ร้อยละ 92.5 การศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักมีคะแนนด้านความรู้ขึ้น

**มุมมองของผู้ดูแลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในสุขภาพจิต** เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีพฤติกรรมดูแล ที่มีประโยชน์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป (Gibson, 1995) มี 2 ประเด็น

1) ดูแลกายและใจของตนเองก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของวิษุตา มังคะลี (2566) การไม่ตระหนักรู้เพื่อพิจารณาอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบภายในตนเอง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับการเห็นคุณค่าภายในตนเองลดลง ซึ่งในทางกลับกันการเพิ่มระดับการเห็นคุณค่าภายในตนเอง และพร้อมดูแลพัฒนาการของลูกที่มีสภาวะเด็กพิเศษให้เต็มที่และดีที่สุดของแต่ละครอบครัว “เผชิญหน้ากับความกลัวอย่างกล้าหาญ” ด้วยการยอมรับความแตกต่างอย่างสร้างสรรค์จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ดียิ่งขึ้น และ 2) พัฒนาการของเด็กดี จิตใจก็ดีตาม สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ทาโสด (2566) พบว่าส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองและความมั่นใจ โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้โดยให้แสดงทักษะที่ได้เรียนรู้อีกครั้ง ช่วยให้ผู้ดูแลตั้งความคาดหวังในตัวเด็กอย่างเหมาะสม ฟังพอใจกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นแม้เพียงเล็กน้อย ซึ่งการคาดหวังตามจริงจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ลดความกดดัน จากความคาดหวังที่ไม่สามารถเป็นจริงได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. พัฒนาโปรแกรมการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กพิเศษ โดยเน้นทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ
2. จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลเด็กพิเศษ เพื่อช่วยจัดการความเครียดและความวิตกกังวล

3. สร้างเครือข่ายสนับสนุนระหว่างผู้ดูแลเด็กพิเศษ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

4. จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลเน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ

#### ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

1. สนับสนุนการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น แอปพลิเคชันติดตามพัฒนาการเด็ก หรือระบบให้คำปรึกษาออนไลน์

2. จัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลทั้งเด็กพิเศษและผู้ดูแลแบบองค์รวม

3. พัฒนาระบบการประเมินและติดตามสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ

4. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น โรงเรียน หรือองค์กรชุมชน เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กพิเศษในระยะยาว

2. วิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการความเครียดและการดูแลตนเอง

3. พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการสนับสนุนผู้ดูแลเด็กพิเศษ

#### เอกสารอ้างอิง

กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณี แสงสาย, และ บรรเทิง พลสวัสดิ. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 5(2), 12-24.

กรกฎ เจริญสุข, สิริมา ชุ่มศรี, และ พรทิพา ศุภราศรี. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลเด็กที่มีการคิดเชื่อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. *วารสารหัวหินสุขภาพไกลกังวล*, 4(2).

ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์, และ ประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารปริชิต มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 29(2), 31-48.

มธุวดี อิงศิริรัตน์. (2561). ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองเด็กกลุ่มอาการออทิซึม ในโรงพยาบาลอุรธานี. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 26(2), 108-118.

วิษชุดา มังคะลี และ พัทธนี เชยจรยา. (2566). การออกแบบแนวทางการสื่อสารกับครอบครัวเด็กพิเศษเพิ่มการเห็นคุณค่าภายในคนผ่านกิจกรรมการสื่อสารจากหัวใจผ่านสมองเพื่อเยียวยาเรา. *วารสารนิเทศศาสตร์และนวัตกรรม*, 10(2), 34-59.

วิยคาร์ตัน ชีรวรวัชร. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการเผชิญปัญหากับความผาสุกในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(3), 145-158.

สุกัญญา ทาโส และ พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง. (2566). การลดความเครียดในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิซึมสเปกตรัม: บทบาทพยาบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 24(2), 112-124

สุบิน สมิน้อย, วิภาดา คณะไชย, อังรา ภาษา, สาคร นุบผาเฮ้า, และรัชชะญา ธารจันทร์. (2564). ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(1), 22-33.

ศิริเพ็ญ วารวินิช, และ ธนิดา ผาดีเสนาะ. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 111-118.

เอกชัย อินหงษา บวร ไชยยา และธีรวิฑูลี เอกะกุล. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษของผู้ปกครองเด็กในจังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 5(1), 29-40.

Bourke-Taylor, H. M., Joyce, K. S., Grzegorzczyn, S., & Tirlea, L. (2021). Mental health and health behaviour changes for mothers of children with a disability: Effectiveness of a health and well-being workshop. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 508-521.

Kumari, S., & Kiran, M. (2024). Empowering families through psychoeducation: A study on caregivers of children with intellectual disabilities. *Indian Journal of Health Social Work*, 6(1),48- 54.

Szlamka, Z., Ahmed, I., Genovesi, E., Kinfé, M., Hoekstra, R. A., & Hanlon, C. (2024). Caregiver-centred empowerment for families raising autistic children: A qualitative case study from Argentina. *Autism*, 28(11), 2768–2778.

## FACTORS RELATED TO PERCEIVED CANNABIS REFUSAL SELF-EFFICACY AMONG VOCATIONAL STUDENTS

*Chayanit Thisprom, B.N.S.\*, Darunee Rujkorakarn, Ed.D.\*\**

### Abstract

**Objective:** This study aimed to investigate the relationships between resilience, family connectedness, social support, and perceived cannabis refusal self-efficacy among vocational students.

**Methods:** The sample comprised 332 male and female vocational certificate students from a province under the Office of the Northeastern Vocational Education Commission in Thailand. Data were collected using questionnaires on personal information, resilience, family connectedness, social support, and cannabis refusal self-efficacy. The internal consistency reliability (Cronbach's alpha) of the instruments was .97, .93, .95, and .97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients.

**Results:** Resilience, family connectedness, and social support were found to have a moderate positive correlation with perceived cannabis refusal self-efficacy, with statistical significance ( $r = .45, .47, .50, p < .01$ , respectively).

**Conclusion:** The findings suggest that resilience, family connectedness, and social support are important factors associated with vocational students' perceived ability to refuse cannabis use. These results can be utilized in the development of intervention programs aimed at enhancing students' self-efficacy in resisting cannabis.

**Keywords:** self-efficacy, cannabis refusal, vocational students

---

\*Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

\*\*Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: drdarunee@gmail.com

Received: 15 March 2025, Revised: 20 July 2025, Accepted: 27 July 2025

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการเสพกัญชาของนักเรียนอาชีวศึกษา

ชญาณิชฐ์ ทิศพรหม, พย.บ.\*, ครุณี รุจกรกานต์, Ed.D.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพกัญชาของนักเรียนอาชีวศึกษา

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายและหญิงที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 332 คน จากจังหวัดหนึ่งในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพกัญชา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือเท่ากับ .97, .93, .95 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

**ผลการศึกษา:** พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพกัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .45, .47, .50, p < .01$  ตามลำดับ)

**สรุป:** ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความสามารถในการรับรู้ของนักเรียนอาชีวศึกษาในการปฏิเสธการเสพกัญชา ผลลัพธ์เหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนา โปรแกรมการแทรกแซงที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของนักเรียนในการต่อต้านการใช้กัญชา

**คำสำคัญ:** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การปฏิเสธการเสพกัญชา, นักเรียนอาชีวศึกษา

\*นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: drdarunee@gmail.com

วันที่รับ: 15 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 20 กรกฎาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 27 กรกฎาคม 2568

## ความสำคัญของปัญหา

กัญชาเคยถูกจัดเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ภายใต้พระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2522 ของประเทศไทย ซึ่งมีการควบคุมอย่างเข้มงวด ทำให้ไม่สามารถใช้กัญชาได้ทั้งเพื่อสันตนาการและเพื่อการแพทย์ (ชัย สมรภูมิ และคณะ, 2566) ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ได้มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายโดยถอดถอนกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดประเภทที่ 5 และอนุญาตให้ใช้ได้ทั้งในทางการแพทย์และการวิจัย ส่งผลให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้นอย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายดังกล่าว แม้วัดอุปสรรคเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการพัฒนาประเทศ แต่ก็ก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากทางการแพทย์ ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้กัญชาอย่างเสรีในอนาคต แม้ว่าการใช้เพื่อสันตนาการจะยังไม่ได้รับการอนุญาตอย่างเป็นทางการ ข้อมูลจากบางประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายในลักษณะคล้ายกันพบว่า การใช้กัญชาเพื่อสันตนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึง 10 เท่า (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2567)

แม้กัญชาจะถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดแล้ว แต่สารออกฤทธิ์ในกัญชายังคงมีคุณสมบัติของสารเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ การใช้กัญชาจึงอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ใช้ครอบครัว และสังคม รวมถึงเพิ่มภาระให้กับบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมการผลิต

การจำหน่าย การครอบครอง และการโฆษณาอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังพบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ที่เคยทดลองใช้กัญชามักบริโภคในรูปแบบของอาหารหรือเครื่องดื่มผสมกัญชา และเกือบทั้งหมดใช้เพื่อสันตนาการร่วมกับเพื่อนหรือในงานสังสรรค์ (วิไลลักษณ์ ลังกา และสุภวรรณ สัจจพิบูล, 2567) เพื่อเป็นการป้องกันผลกระทบจากการบริโภคกัญชา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศเรื่องสมุนไพรควบคุม (กัญชา) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2565 (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2566) จากผลการสำรวจเกี่ยวกับการใช้กัญชาหลังการปลดล็อก พบว่า ร้อยละ 24.9 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านสันตนาการ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากเดิม (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2566) โดยมีรายงานว่า ร้อยละ 1.5 มีอาการแสดงออกทางจิต เช่น หูแว่วและเห็นภาพหลอน (วิศมน กัลยาศิริ และสกล ศรีสุขล้อม, 2563)

สิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือ หากเด็กและเยาวชนใช้กัญชาเพื่อสันตนาการอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมอง โดยอาการที่อาจพบได้ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความสับสน วุ่นวายทางความคิด การพูดผิดปกติ ประสาทหลอน ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือพฤติกรรมอย่างรุนแรง อาการทางจิตเวช ชัก ปวดศีรษะ และเวียนศีรษะ อาการเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับสารออกฤทธิ์สำคัญในกัญชา คือ Tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และอาจก่อให้เกิด

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่า การใช้กัญชาอาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต เช่น โรควิตกกังวล ความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงผลกระทบต่อสมอง โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ใช้กัญชาเป็นประจำ อาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านความคิด ความจำ สมาธิสั้น และการตอบสนองที่ผิดปกติ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ อาจรุนแรงและเป็นอันตรายมากกว่าตัวสารกัญชาของ หากไม่มีการควบคุมดูแลอย่างเหมาะสม จึงมีความจำเป็นที่การใช้กัญชากควรอยู่ภายใต้การดูแลของ แพทย์อย่างใกล้ชิด (สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาวังวงศ์ และคณะ, 2567) ในกรณีบางราย ผลกระทบจากการใช้กัญชาสามารถรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (วิชัย โขทวิวัฒน์, 2562) อีกทั้ง ยังพบแนวโน้มการแพร่ระบาดของสารเสพติดที่เพิ่มขึ้น โดยจากการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีเยาวชนจำนวนกว่า 11 ล้านคน ใช้กัญชาเพื่อความบันเทิง เทียบกับปี พ.ศ. 2564 ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 1.89 ล้านคน เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.4 โดยความชุกของการใช้เพิ่มจากร้อยละ 4.3 เป็นร้อยละ 24.94 สาเหตุของการใช้กัญชาในหมู่เยาวชนส่วนหนึ่งมาจากความอยากรู้อยากลอง การทำตามเพื่อน ความเชื่อผิด ๆ ที่ได้รับจาก ครอบครัวหรือผู้ใหญ่ซึ่งใช้กัญชาในการปรุงอาหาร และความเข้าใจผิดว่ากัญชาไม่ใช่ยาเสพติด อีกทั้ง บางรายเห็นว่าการเสพกัญชาไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นเดียวกับยาเสพติดประเภทอื่น แต่กลับทำให้รู้สึกสนุกสนาน พุดคุยและหัวเราะร่วมกับเพื่อน จึงเกิดพฤติกรรมการชักชวนกันใช้กัญชาในหมู่เพื่อนฝูงเพื่อความสนุก (สุพัทธ์ คำมูล และสมจิต แคนสีแก้ว, 2562)

ในพ.ศ. 2567 รัฐบาลได้ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดให้กัญชาและกัญชงกลับมาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 อีกครั้ง หลังจากที่ประเทศไทยได้เปิดเสรีกัญชาให้สามารถ ใช้เพื่อสันตนาการ ได้มาเป็นระยะเวลากว่า 2 ปี แม้ว่าหลักการเบื้องต้นของการปลดล็อกกัญชาจะ เน้นการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และ ส่งเสริมเศรษฐกิจ แต่ผลกระทบจากการใช้กัญชา เพื่อสันตนาการกลับปรากฏชัดเจนในสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน จากการสำรวจพบว่า วัยรุ่นและเยาวชนส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อสันตนาการมากกว่าการใช้เพื่อรักษาโรค เนื่องจากสามารถ เข้าถึงได้ง่าย มีจุดจำหน่ายอยู่ใกล้ชุมชน ส่งผลให้ เยาวชนรับรู้ถึงความเสี่ยงจากการใช้กัญชาน้อยลง และมองว่ากัญชาเป็นสารเสพติดที่มีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดผิดกฎหมายประเภทอื่น ถึงแม้จะ ทราบว่ากัญชาสามารถทำให้เกิดการเสพติดได้ แต่ โดยส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบ ที่แท้จริง งานวิจัยของวุฒิชัย ไชยรินคำ และคณะ (2565) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้กัญชามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้กัญชา ซึ่งยิ่งรับรู้ว่างัญชาไม่เป็นอันตรายมากนัก ยังมี แนวโน้มที่จะใช้มากขึ้น ดังนั้นการสร้างความเข้าใจ และการป้องกันการใช้กัญชาในกลุ่มเยาวชนจึงเป็น สิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ดังนั้น จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมของบุคคล ตามแนวคิดของ Bandura (1997) บุคคลที่มีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง มีความพยายามและอดทนต่ออุปสรรค และมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ (ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมลีลา, 2562) และการศึกษาของอรพรรณ วรยาน และคณะ (2563) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการใช้กัญชา โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ดังนั้น การส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยง

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการใช้กัญชา ได้แก่ ความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเยาวชน โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในระบบการศึกษาที่มีโครงสร้างและรูปแบบแตกต่างจากนักเรียนสายสามัญ กล่าวคือ นักเรียนสายสามัญมักมีข้อจำกัดทางวิชาการที่มากกว่า มีการควบคุมและกฎระเบียบที่เข้มงวดกว่า จึงมักไม่รวมกลุ่มกันมากนัก ขณะที่นักเรียนอาชีวศึกษามีความเป็นกลุ่มมากกว่า ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมกลุ่ม เช่น การเสพยาเสพติดหรือความขัดแย้งกันเอง (เสาวลักษณ์ สาบุตร และคณะ, 2560) แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดในวัยรุ่นจำนวนมากในประเทศไทยที่ผ่านมา แต่ยังมีช่องว่างขององค์ความรู้

เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการใช้กัญชา โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการใช้กัญชาอย่างไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักเรียน เพื่อป้องกันการใช้กัญชาและสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีลักษณะเสี่ยงในลักษณะเดียวกัน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยความแข็งแรงในชีวิตกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาของนักเรียนอาชีวศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความผูกพันในครอบครัวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาของนักเรียนอาชีวศึกษา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาของนักเรียนอาชีวศึกษา

### สมมติฐานการวิจัย

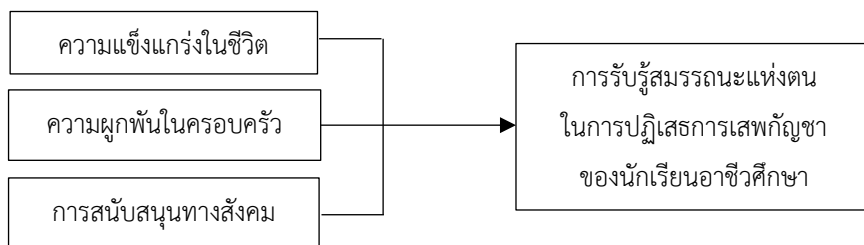
1. ความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาของนักเรียนอาชีวศึกษา
2. ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาของนักเรียนอาชีวศึกษา
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสช  
การเสพกัญชาของนักเรียนอาชีวศึกษา

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

กรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์มา  
จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived  
self-efficacy) ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-  
efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่ง  
กล่าวไว้ว่าเป็นความเชื่อของบุคคลเรื่อง  
ความสามารถในการกระทำให้สิ่งหนึ่งด้วย  
ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) มีอิทธิพลที่จะ  
ช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้พื้นฐาน  
แนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
นั้นเกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์โดยมีเงื่อนไขและ  
สิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่  
พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจาก  
กระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่าง  
เช่น พันธุกรรม สภาพแวดล้อมทางสังคม  
ประสบการณ์ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคล  
ผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินว่าพฤติกรรมนั้น  
ๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะถ้าหากบุคคลมี  
การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-  
efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ

(Outcome expectations) บุคคลจะแสดงซึ่ง  
พฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดย  
สาเหตุมาจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้น Bandura จึงมี  
ความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและ  
เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม  
แต่เพียงอย่างเดียว จะมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย  
และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้อง  
ร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน กับปัจจัย  
ทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเรียกว่า  
Reciprocal Determinism ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัย  
ได้แก่ พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง องค์ประกอบ  
ของบุคคล และองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมที่ทำ  
หน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน แต่ไม่ได้หมายความว่า  
ทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกัน  
และกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพล  
มากกว่าอีกปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น  
ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ต้องอาศัยเวลาในการที่  
ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ  
ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้  
สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) มาเป็น  
กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research design)

**ประชากร** คือ นักเรียนทั้งเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 3 ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในจังหวัดหนึ่ง ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 9,608 คนทั้งหมด 8 แห่ง

**จำนวนกลุ่มตัวอย่าง** คือ นักเรียนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 15 - 18 ปี ที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 3 ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือในจังหวัดหนึ่ง ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 เลือกจาก 8 แห่งเหลือ 4 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 332 คน

**กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานทางเดียว (One tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล .20 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .95 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) คำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 276 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วม และป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 332 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย สถานภาพสมรสของบิดามารดา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ได้รับจากผู้ปกครอง การเสพกัญชาของบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เพื่อนสนิทหรือกลุ่มเพื่อนที่เสพกัญชา และการเสพกัญชาของกลุ่มตัวอย่าง

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ของ พัชรินทร์ นินทจันทร์และคณะ (2555) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด Resilience ของ Edith Henderson Grotberg (1995; 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่าง การแปลผลคะแนน มีค่าคะแนนรวมทั้ง 28 ข้อ ตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน โดยค่าคะแนนสูง แสดงว่า มีความแข็งแกร่งในชีวิตมากค่าคะแนนต่ำแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อย มีค่าความเชื่อมั่นจากการศึกษาครั้งนี้ .97

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว ของวัชรินทร์ กระแสศักดิ์ และคณะ (2554) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินความผูกพันในครอบครัวตามแนวคิด Resnick et al (1997) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน โดยการรวม

คะแนนในแต่ละด้าน ค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความผูกพันในครอบครัวในระดับสูงค่าคะแนนยิ่งน้อยแสดงว่ามีความผูกพันในครอบครัวในระดับต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นจากการศึกษาครั้งนี้ .93

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมิน Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet et al (1988) แปล โดยชยง จันทราวงศา (2558) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ จากคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึง 7 คะแนนหมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน โดยค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ค่าคะแนนยิ่งน้อยแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นจากการศึกษาครั้งนี้ .95

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาเสพติดฉบับภาษาไทย (Thai Cannabis Refusal Self-Efficacy Questionnaire: Thai-CRSEQ) ใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Young, R. M. et al. (2012) และแปลโดยครุณี รุจกรกานต์ และคณะ (2567) เครื่องมือนี้มีเนื้อหาครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาเสพติดเกี่ยวกับการยับยั้งใจต่อการสูบกัญชาประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบมี 6 ตัวเลือก แบบออสกู๊ด (Osgood's semantic differential scales) จากคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 โดย 1 หมายถึง ฉันมั่นใจมากกว่าฉันไม่สามารถยับยั้งใจต่อการสูบกัญชาได้ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง ฉันมั่นใจมากกว่าสามารถยับยั้งใจต่อการสูบกัญชาได้

การแปลผลคะแนน โดยค่าคะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาเสพติดในระดับสูง ค่าคะแนนยิ่งน้อยแสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาเสพติดในระดับต่ำมีค่าความเชื่อมั่นจากการศึกษาครั้งนี้ .97

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการยื่นเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัย สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาทั้ง 4 แห่ง

2. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยทั้ง 4 แห่งแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับครูประจำชั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีระยะเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระภายใน 1 วันก่อนถึงวันนัด หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้นำเอกสารไปให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตส่งคิวอาร์โค้ดของแบบสอบถามซึ่งอยู่ในรูปแบบของ Google form ให้กลุ่มตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างสแกนคิวอาร์โค้ดผ่านมือถือหรือคอมพิวเตอร์เพื่อเข้าไปดำเนินการตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้อย่างเป็นอิสระใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทุกขั้นตอน

โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำวิจัยตลอดจนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งได้รับการอนุมัติจริยธรรมเลขที่ 489-136/2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ การตอบรับและปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียน ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวบุคคล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในปฏิบัติการสหกิจศึกษาของนักเรียนอาชีวศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ค่าระดับความสัมพันธ์ (สมถวิล วิจิตรวรรณ, 2565) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

จำนวน 245 คน (ร้อยละ 73.80) อายุเฉลี่ย 16.53 ปี (SD = 0.96) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 128 คน (ร้อยละ 37.05) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) 2.99 (SD = 0.51) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพี่น้องร่วมกัน 2 คน จำนวน 183 คน (ร้อยละ 55.12) บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 193 คน (ร้อยละ 58.10) บุคคลที่พ่อกาอาศัยอยู่ด้วยส่วนใหญ่พ่อกาอาศัยอยู่กับบิดามารดา จำนวน 165 คน (ร้อยละ 49.70) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ได้รับจากผู้ปกครอง 4,083.13 บาท (SD = 1,713.38) ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันมีพฤติกรรมการเล่นกีฬา จำนวน 216 คน (ร้อยละ 65.06) เพื่อนสนิทหรือกลุ่มเพื่อนไม่มีพฤติกรรมการเล่นกีฬา จำนวน 226 คน (ร้อยละ 68.07) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการเล่นกีฬา จำนวน 250 คน (ร้อยละ 75.30)

2. ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในปฏิบัติการสหกิจศึกษา

2.1 ความแข็งแกร่งในชีวิต จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมเฉลี่ย 33.47 (SD = 5.68) อยู่ในระดับมาก คะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 68 - 138 คะแนน เมื่อแยกพิจารณารายด้าน ทั้ง 3 ด้าน พบว่า แหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) มีค่าเฉลี่ย 33.21 (SD = 5.09) ด้านความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (I am) มีค่าเฉลี่ย 36.70 (SD = 6.32) และด้านทักษะในการจัดการกับ ปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่าง

บุคคล (I can) มีค่าเฉลี่ย 33.49 (SD = 5.63)

2.2 ความผูกพันในครอบครัว จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนความผูกพันในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (SD = 0.90) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 22 - 55 คะแนน เมื่อนำมาพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับสูงสุด คือ ข้อที่ 6 สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่านมีค่าเฉลี่ย 3.85 (SD = 0.85) รองลงมา คือ ข้อที่ 1 เมื่อมีปัญหา ท่านมักปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 3.58 (SD = 0.96) และข้อที่ 9 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยทราบว่าท่านชอบหรือต้องการอะไรมีค่าเฉลี่ย 3.52 (SD = 0.90)

2.3 การสนับสนุนทางสังคม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 4.68 (SD = 1.01) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การสนับสนุนจากเพื่อน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.89 (SD = 1.06) รองลงมา คือ การสนับสนุนจาก ครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 (SD = 0.95) และการสนับสนุนจากคนสำคัญอื่น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD = 1.02)

2.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลของนักเรียนอาชีวศึกษา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.15 (SD = 1.04) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1 เมื่อเวลาที่ฉันอยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์มี

ค่าเฉลี่ย 4.57 (SD = 1.07) รองลงมา คือ ข้อที่ 3 เมื่อเวลาที่ฉันอยากให้ตัวเองมีความมั่นใจมากขึ้นมีค่าเฉลี่ย 4.49 (SD = 0.93) และข้อที่ 12 เมื่อเวลาที่เพื่อนของฉันกำลังสูบบุหรี่ฉันอยู่มีค่าเฉลี่ย 4.47 (SD = 1.08) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 2 เมื่อเวลาที่มีคนเชิญชวนให้ฉันสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ย 1.95 (SD = 0.21) อยู่ในระดับต่ำ

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล ( $r = .450, p < .01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล ( $r = .470, p < .01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล ( $r = .500, p < .01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งระบุว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลของนักเรียนอาชีวศึกษา

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติด (n = 332)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความแข็งแกร่งในชีวิต	1	.712**	.563**	.450**
2. ความผูกพันในครอบครัว		1	.526**	.470**
3. การสนับสนุนทางสังคม			1	.500**
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติด				1

\*\* $p < .01$

โดยผลการวิเคราะห์พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .45, p < .01$ ) แสดงให้เห็นว่า หากนักเรียนอาชีวศึกษามีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ก็มีแนวโน้มที่จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการใช้กัญชา แม้ว่าจะเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกชักจูงหรือกดดันจากสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้าง ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy) ของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองจะมีความมั่นใจและมีแนวโน้มที่จะดำเนินพฤติกรรมใด ๆ ให้สำเร็จภายใต้เงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่ท้าทาย ซึ่งในบริบทของการวิจัยนี้หมายถึง การที่นักเรียนอาชีวศึกษามีศักยภาพในการปฏิเสธการใช้กัญชา แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่อาจมีแรงกดดันหรือการชักชวนจากเพื่อนหรือสื่อแวดล้อม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรภัทร พุ่มฉายา (2566) ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีระดับความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้ม

ที่จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้พฤติกรรมเสี่ยงลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558 อ้างใน ภาคิณี เดชชัยยศ และคณะ, 2564) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงสามารถรับมือกับปัญหาและสถานการณ์กดดันได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเป็นทางออกของปัญหา นอกจากนี้ พุทธิพร พงศ์นันท์ทุกกิจ และคณะ (2561) ยังสนับสนุนว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีบทบาทสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะการใช้สารเสพติดและการศึกษาของ วิลาวัณย์ สายสุวรรณ และคณะ (2563) ก็ระบุเช่นกันว่า บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงสามารถเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดี มีแนวโน้มที่จะไม่ใช้สารเสพติดเป็นวิธีหลีกเลี่ยงปัญหาจากผลการวิจัยนี้ สามารถสรุปได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติด นักเรียนอาชีวศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะมีทักษะในการเผชิญปัญหา มีความสามารถในการปรับตัว และมีแนวโน้มที่จะใช้กลไกการเผชิญ

## ปัญหาที่เหมาะสม แทนการใช้กัญชา

ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งระบุว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .47, p < .01$ ) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหมายความว่า ถ้านักเรียนอาชีวศึกษามีความผูกพันในครอบครัวจะมีแนวโน้มปฏิเสธการเสพติดอธิบายได้ว่า ความผูกพันในครอบครัวเกิดจากความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันต่อบิดามารดา การรับรู้ถึงการเอาใจใส่มีความพอใจในสัมพันธภาพภายในครอบครัว รู้สึกถึงการเป็นที่รักและเป็นที่ยอมรับของครอบครัว (Resnick et al., 1997) นักเรียนอาชีวศึกษาที่มีความผูกพันในครอบครัวจะทำให้มีทักษะความสามารถในการปรับตัวและจัดการกับปัญหาท่ามกลางสถานการณ์คับขัน ได้ดีเมื่อต้องเผชิญอย่างเหมาะสม สมมติฐานดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพติดที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่าพฤติกรรมของนักเรียนอาชีวศึกษาไม่ได้มีสาเหตุเกิดขึ้นจากปัจจัยที่มีอิทธิพลภายในตัวของนักเรียนอาชีวศึกษาเพียงเท่านั้น ยังเกิดขึ้นจากการได้รับปัจจัยที่มีอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวของนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งพัฒนาขึ้นมาภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนของครอบครัว รวมไปถึง

สถานการณ์ต่าง ๆ ที่วัยรุ่นมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา แต่ละปัจจัยไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ถ้านักเรียนอาชีวศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้อาจเกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากความผูกพันของบุคคลในครอบครัวจะส่งผลให้มีแนวโน้มปฏิเสธการเสพติดโดยเฉพาะภายใต้สถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การเสพติดสามารถป้องกันการเสพติดต่อไปในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล (2554) พบว่า ความผูกพันในครอบครัวเริ่มต้นจากการอบรมเลี้ยงดูด้วยความรัก ความเข้าใจ สนับสนุนในสิ่งที่สนใจและพัฒนาความคิด ถ้าครอบครัวมีความอบอุ่นจะทำให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพจิตใจที่ดี ส่งผลต่อความเชื่อ พหุติกรรมที่เป็นทางบวกต่อตนเองและครอบครัว (पाल ศรีจันทร์ และรังสรรค์ โฉมยา, 2564) ส่งผลทำให้ปรับตัวได้เป็นอย่างดีเมื่อต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น พบว่า ครอบครัวที่มีความผูกพันต่อกันจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ต่อกัน มีการสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการติดตามกันและกัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว จึงช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้ (Olson et al., 1983) ซึ่งวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความผูกพันในครอบครัวมากมีโอกาสเกิดปัญหาหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้น้อย ในทางตรงข้ามหากครอบครัวมีความผูกพันต่อกันน้อยหรือมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

จึงมีส่วนทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ (Fosco et al., 2020) แต่ผลการศึกษากลับมาไม่สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ความผูกพันในครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีพัฒนาการด้านสังคมมากขึ้น และต้องการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนที่ใกล้ชิดมากกว่าพ่อแม่ จึงใช้เวลาเพื่อนมากขึ้นและเริ่มแยกออกจากครอบครัว (พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ และคณะ, 2561) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ดังนั้นนักเรียนอาชีวศึกษามีความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวสูง มีการสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำให้นักเรียนอาชีวศึกษารู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวจึงช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมปฏิบัติเมื่อถูกชักชวนจากผู้อื่นให้เสพยาเสพติดและกัญชาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ส่งผลทำให้มีแนวโน้มปฏิเสธการเสพยา

ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาของนักเรียนอาชีวศึกษา โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยา

ของนักเรียนอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .50, p < .01$ ) ผลการวิจัยหมายความว่า ถ้านักเรียนอาชีวศึกษาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่นจะมีแนวโน้มปฏิเสธการเสพยา อธิบายผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในมิติต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อนและคนสำคัญอื่นที่มีส่วนช่วยสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม (กาญจนา ดีหมัด และทิพย์วัลย์ สุรินยา, 2566) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่ช่วยปกป้องบุคคลจากสถานการณ์ที่ไม่ดี (Grotberg, 2003) สมมติฐานดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพยาที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคมของเบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่า พฤติกรรมของนักเรียนอาชีวศึกษาไม่ได้มีสาเหตุเกิดขึ้นจากปัจจัยที่มีอิทธิพลภายในตัวของนักเรียนอาชีวศึกษาเพียงเท่านั้น ยังเกิดขึ้นจากการการรับรู้ว่าตนมีแหล่งสนับสนุนให้การช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญของนักเรียนอาชีวศึกษา ทั้งนี้ถ้านักเรียนอาชีวศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้มีแนวโน้มปฏิเสธการเสพยา สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม และทักษะชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับการยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของคนในครอบครัว ครู เพื่อน และสังคมที่แวดล้อมจากการได้รับการเอาใจใส่ ความห่วงใย

เวลาเจ็บป่วย การที่มีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจ และมีผู้รับฟังให้คำปรึกษา ความอบอุ่นใจเมื่อมีคนรักอยู่ใกล้ การดักเตือนถึงสิ่งที่ควรได้รับการปรับปรุงจะสามารถปรับตัวต่อปัญหา หรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กาญจนา ดีหมัด และทิพย์วัลย์ สุรินยา, 2566) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร พบว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ (ศราวุธ โภชนสมบัติ, 2565) สามารถสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมีพื้นฐานที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในการเลี้ยงดู เพื่อน ตลอดจนคนสำคัญ หากมีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีโอกาสเกิดปัญหาหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้น้อย (จจิตพันธ์ ธีรวัชร, 2563) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากกับนักเรียนอาชีวศึกษา โดยเฉพาะการเผชิญกับปัญหาในสภาวะการณ์ที่มีสิ่งรบกวนมากมายซึ่งจะมีส่วนช่วยในการลดความเครียด ความวิตกกังวล ผ่อนคลายความไม่สบายใจและความคับข้องใจ แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและสร้างความรู้สึกที่เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย ตลอดจนทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปรับตัวของนักเรียนอาชีวศึกษา ทำให้มีแนวโน้มปฏิเสธการเสพกัญชา

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

สถานศึกษาควรรีความสำคัญในการสร้างเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความแข็งแรงในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม อันส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการเสพกัญชาของนักเรียนอาชีวศึกษา เช่น ควรจัดบริการให้คำปรึกษาในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความสามารถในการต้านทานต่อพฤติกรรมเสี่ยงและสร้างเสริมพฤติกรรมเชิงบวกในระยะยาว และเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และมีแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถของนักเรียนในการปฏิเสธการเสพกัญชาและการป้องกันการเสพกัญชาของนักเรียนอาชีวศึกษา

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นตัวแทนของนักเรียนอาชีวศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากลุ่มเป้าหมายนี้และศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการเสพกัญชาของนักเรียนอาชีวศึกษาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมแทรกแซงและทำการวิจัยทดลองเพื่อทดลองประสิทธิผลของกิจกรรมหรือโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ดีหมัด, และทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2566). รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูการสนับสนุนทางสังคมและทักษะชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนศรีพฤฒา กรุงเทพมหานคร. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*, 13(2), 23-43.
- ขจิตพันธ์ ชีรวรวัชร. (2563). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกเชื่อมโยงทางสังคมและสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโดยมีกลวิธีการจัดการปัญหาเชิงรุกเป็นตัวแปรส่งผ่าน* [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรภัทร พุ่มฉายา. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นตอนต้น อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 3, 17-31.
- ชัย สมรภูมิ, เขาวินิ ผิวจันทร์ และอนุรัตน์ พรหมฤทธิ์. (2566). ปลดล็อกกัญชา: กฎหมายจากอดีตถึงปัจจุบัน. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 7(1), 285-302.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, วศิน พิพัฒน์ฉัตร, วรานิษฐ์ ลำไย, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, นิตาชล เดชเกรียงไกรกุล, และวีณา ธิดิประเสริฐ. (2566). บทความพิเศษ ข้อเท็จจริงและบทวิเคราะห์นโยบายกัญชาของประเทศไทย: มุมมองด้านสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(2), 375-388.
- บุญใจ ศรีสติตนารุณ. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- पालศรี จันดารี และรังสรรค์ โฉมษา. (2564). การศึกษาองค์ประกอบความผูกพันในครอบครัวของวัยรุ่น. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(4), 1594-1602.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ. (2555). โปรแกรมการเสริมสร้าง ความแข็งแกร่งในชีวิต. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และจิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้ยาเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 224-232.

- ภาลินี เดชชัยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และจิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส. (2564). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 15(2), 37-49.
- ภาสิต ศิริเทศ, และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.
- ยศยง จันทรวงศา. (2558). *การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม และความผูกพันในงาน* กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บนสายการบินแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัชรินทร์ กระแสศักดิ์, วรณิ เดียวอิศเรศ, และจินตนา วัชรสินธุ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ประเพณีครอบครัว ความผูกพันในครอบครัวกับความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น* จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัศมีน กัลยาศิริ, และสกก ศรีสุขล้อม. (2563). แคนนาบิสกับโรคจิตเวช : ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(4), 360-374.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2562). กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. 17(2), 324-340.
- วิลาวัณย์ สายสุวรรณ, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, และนันทิยา เอกอัครมกิจ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการรับรู้ความเครียด กับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 61-85.
- วิลัดักษณ์ ลังกา, และศุภวรรณ สัจจพิบูล. (2567). การสำรวจพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นการเข้าถึงความรู้และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 67, 1-290.

- วิไลลักษณ์ เสรีตระกูล, สุวิมล อังควานิช, บุญรอด วุฒิสาสตร์กุล และปพนณี จิตวัฒนา . (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็น ปีกแผ่นของครอบครัวตามทัศนคติของวัยรุ่น. *วารสารคหกรรม บัณฑิตทางสังคมศาสตร์*, 1, 41-52.
- วุฒิชัย ไชยรินคำ, พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, มัลลิกา มาตระกูล, และ สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร. (2565). ความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ กัญชาทางการแพทย์ของวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ใน จังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(2), 58-67.
- ศราวุธ โภชนสมบัติ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร. *วารสาร สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*, 7(1), 135-156.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2567, 29 มีนาคม). แผนงานวิจัยการประเมินสถานการณ์และจัดข้อเสนอแนะ เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมจากกัญชา และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง. สัมมนาสาธารณะเรื่องกัญชา ไทยจะ何去何ตน. [https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2024/05/Presentation\\_Cannabis.pdf](https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2024/05/Presentation_Cannabis.pdf)
- ศุภสิงห์ สมบัติ สุรนถาวรวงษ์, นงนุช เน้นอุดร, กาลิต ศิริเทศ, มนเทียร วงศ์เทียนหลาย, ชานนท์ ชูศรีวัน, Chankomadarathysak Duch, และอนันต์ จรรย์ชาติ. (2567). กัญชากับวัยรุ่น. *บูรพาเวชสาร*, 11(1), 115-127.
- สมถวิล วิจิตรวรรณ. (2565). สถิติความสัมพันธ์: เลือกใช้ อย่างไร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 8(2), 1-15.
- สุพัทธ์ คำมูล, และสมจิต แคนสีแก้ว. (2562). ผลการวิเคราะห์ แนวทางการป้องกันการใช้กัญชาโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 134-143.
- เสาวลักษณ์ สาบุตร. (2560). *ปัจจัยจำแนกประเภทนักเรียนที่เข้า ศึกษาต่อสายอาชีพและสายสามัญในจังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย ราชภัฏมหาสารคาม.
- อรพรรณ วรรณ, นิสากร กรุงไกรเพชร, และสุวรรณ จันทร์ ประเสริฐ. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง สมรรถนะแห่งคนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรม ตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมศึกษา. *วารสาร วิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 123-244.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84:191-215.
- Fosco, G. M., & Lydon-Staley, D. M. (2020). Implications of family cohesion and conflict for adolescent mood and well-being examining within-and between-family processes on a daily timescale. *Family Process*, 59(4), 1672-1689.
- Grotberg, E. (1997). *The International Resilience Project: Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions*. In B. Bain et al. (Eds) *Psychology and Education in the 21<sup>st</sup> Century: Proceedings of the 54<sup>th</sup> Annual Convention*. International Council of Psychologists. Edmonton: ICP Press 118-128.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversities*. Connecticut: Praeger Publishers.
- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family process*, 22(1), 69-83.
- Resnick, M.D., Harris, K.M., & Blum, R.W. (1997). The impact of caring and connectedness on Review of the infant-Mother. *Relationship Child Department*, 40, 969-1025.
- Young, R. M. et al., (2012). Development and validation of the Cannabis Refusal Self-Efficacy Questionnaire (CRSEQ) in adult cannabis users in treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 244-251.
- Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., & Farley G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

# THE EFFECT OF ENHANCING MENTAL HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM AMONG UNDERGRADUATED STUDENTS ON RISK GROUP TO DEPRESSIVE DISORDER

*Sarinya Chansuk, Ph.D. \*, Jitimawan Bumrungröse, M.N.S. \*\*, Kochanipa Kwawong, N.Sc. \*\*\**

## Abstract

**Objective:** This study aimed to investigate the effects of a mental health literacy enhancement program on mental health literacy and levels of depression.

**Methods:** This study employed a quasi-experimental, two-group repeated measures design. The sample consisted of 38 undergraduate students from Udon Thani Rajabhat University, selected through purposive sampling based on inclusion criteria, specifically those with moderate levels of depression. Participants were assigned into experimental and control groups using a matched-pair technique. The experimental group participated in a mental health literacy enhancement program comprising eight sessions, each lasting 60-90 minutes. The control group received training under the Social Engineer Project, which aimed to develop soft skills. Mental health literacy and depression levels were assessed at three time points: pre-intervention, post-intervention, and one-month follow-up. The instruments used included the Mental Health Literacy Scale, and depression screening and assessment tools (2Q and 9Q). Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

**Results:** The experimental group demonstrated significantly higher mental health literacy than the control group after receiving the program and at the one-month follow-up, with statistical significance at the  $p < .001$  level. Furthermore, the experimental group exhibited significantly lower risk of depression than the control group both post-intervention and at the one-month follow-up, also with statistical significance at the  $p < .001$  level.

**Conclusion:** The mental health literacy enhancement program represents a potential approach for reducing depression among university students and may serve as an alternative strategy for the prevention of depression in this group.

**Keywords:** undergraduate students, mental health literacy, depressive symptoms

---

\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

\*\*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima College, e-mail: jitimawan@nmc.ac.th

\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

Received: 7 July 2024, Revised: 12 September 2025, Accepted: 19 September 2025

# ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อ ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า

ศริญญา ชาญสุข, ปร.ค.\*, จิติมาวรรณ บำรุงรส, พย.ม.\*\*, กชนิภา ขาววงษ์, วท.ม.\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อระดับความรู้สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า

**วิธีการศึกษา :** รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จำนวน 38 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า โดยมีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลาง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีจับคู่เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต มีกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมโครงการวิศวกรสังคม เพื่อพัฒนาทักษะ Soft skill ประเมินระดับความรู้สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบวัดความรู้สุขภาพจิต แบบคัดกรองและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

**ผลการศึกษา :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม และในระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$  และความเสี่ยงโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$

**สรุป :** โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาได้ จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำมาใช้สำหรับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

**คำสำคัญ :** นักศึกษาระดับปริญญาตรี, ความรอบรู้สุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, e-mail: jitimawan@nmc.ac.th

\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

วันที่รับ: 7 กรกฎาคม 2567, วันที่แก้ไข: 12 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 19 กันยายน 2568

## ความสำคัญของปัญหา

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมโลก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรม ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่มีความเปราะบางทางจิต มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จนนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรควิตกกังวล การทำร้ายตนเอง และจิตเภท ซึ่งนักศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มจะเกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตสู่รั้วมหาวิทยาลัย (Montgomery & Côté, 2003) และเผชิญกับความท้าทายด้านพัฒนาการที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 24 ปี (Kessler et al, 2007) ได้แก่ การเกิดปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ไม่ดี (Hysenbegasi et al., 2005) และการเลิกเรียนกลางคัน (Megivern et al., 2003) โดยมีจำนวนนักศึกษาที่หยุดเรียนเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.0 เนื่องจากสุขภาพจิตไม่ดี ในช่วงสี่ปีที่ผ่านมา (Hubble & Bolton, 2020) ในช่วงการระบาดของ COVID-19 มีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่าโรควิตกกังวลเกิดขึ้นได้มากกว่าในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ น้อยหรือยากจนและชนชั้นแรงงาน ผิดคำหรือแอฟริกันอเมริกัน ละติน และเอเชีย ที่เป็นเพศหญิง คนข้ามเพศ และกลุ่มที่ไม่ใช่ไบนารี เกย์หรือเลสเบียน ไบเซ็กชวล เคียวรี ผู้ไม่เลือกเพศ กะเทย และผู้ดูแลเด็กหรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ (Chrikov et al., 2020)

ในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2565 สถาบัน

วิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ผลสำรวจพบว่า นักศึกษา 9,050 คน จาก 15 สถาบันทั่วประเทศ มีประเด็นความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยนักศึกษาร้อยละ 40 มีความเครียดอย่างมาก นักศึกษาสัดส่วนร้อยละ 4.3 ได้รับการวินิจฉัยว่า มีอาการทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล รวมไปถึงโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) กว่าร้อยละ 4 ของนักศึกษาทั่วประเทศ เคยคิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา และร้อยละ 12 เคยลงมือทำร้ายตนเอง ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 1.3 ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอยู่บ่อยครั้งถึงตลอดเวลาซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลในสัดส่วนสูงที่สุด (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566) รวมทั้งข้อมูลล่าสุด รายงานผลการประเมินสุขภาพจิตนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 เมื่อวันที่ 13 - 14 มิถุนายน 2566 โดยใช้เครื่องมือ MENTAL HEALTH CHECK IN เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566) พบว่า นักศึกษามีภาวะเครียดระดับรุนแรง จำนวน 117 คน มีภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรง จำนวน 28 คน และมีความคิดที่อยากฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง จำนวน 37 คน จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวน 2,231 คน (กรมสุขภาพจิต, 2566)

จังหวัดอุดรธานี เป็นเมืองใหญ่อันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเมืองศูนย์กลางการค้า การลงทุน การคมนาคมและขนส่ง โดย

เชื่อมโยงกับกลุ่มประเทศอนุภูมิภาคุ่มแม่น้ำโขง และในปี 2565 มีการเติบโตทางเศรษฐกิจ มูลค่าเศรษฐกิจ (GPP) 120,539 ล้านบาท มากเป็นอันดับ 4 ของอีสาน และมีรายได้ต่อหัว (GPP per capita) 96,546 บาท สูงเป็นอันดับ 5 ของอีสาน ซึ่งมีแนวโน้มการเติบโตของมูลค่าเศรษฐกิจและรายได้ต่อหัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานจังหวัดอุดรธานี, 2565) พบปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษา เช่นเดียวกัน ผลสำรวจภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.43 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฤทัยรัตน์ ชิดมมงคล และคณะ, 2563)

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะช่วยลดอุบัติการณ์ดังกล่าวได้เพราะความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นความรู้ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (Jorm et al., 2011) นอกจากนี้ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต ยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว บุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมี

ทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (Langslands et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของฤทัยรัตน์ ชิดมมงคล และคณะ (2563) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

เนื่องด้วยในประเทศไทย การศึกษาในประเด็นความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังอยู่ในวงจำกัด ประกอบกับ มีอุปสรรคในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นโปรแกรมจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (Beck, 1995) ร่วมกับแนวคิดกลุ่มของ Yalom (1995) และความรู้รอบรู้สุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ (2561) จึงมีความสำคัญ และจำเป็นต้องการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและลดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่จะเติบโตเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน

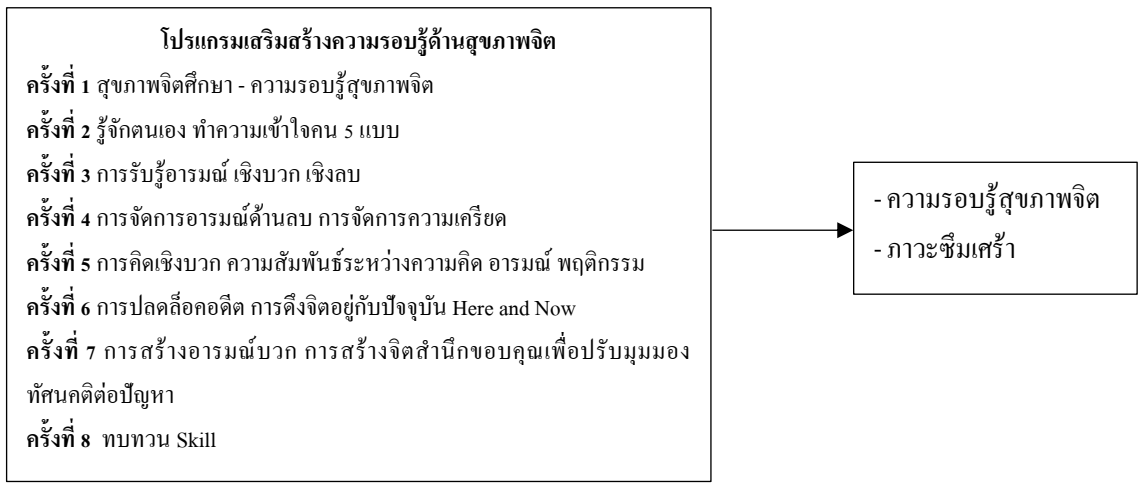
**สมมติฐานการวิจัย**

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Jorm et al. (2006) ที่สรุปว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ด้านความ

เชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต การรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (Langlands et al., 2008) รวมถึงความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของการรักษา การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2565 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จำนวนทั้งหมด 1,750 คน  
 กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1

ปีการศึกษา 2565 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อ. เมือง จ.อุดรธานี ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive selection) โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (คะแนน  $\geq 1$  คะแนน) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงระดับซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลาง (13 - 18 คะแนน) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม Winpepi กำหนดค่า Significant level 5% power of the test 90% ratio of sample 1:1 S.D. กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 0.75, S.D. กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 1.10 ความต่างของผล (effect size) เท่ากับ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 38 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกเข้าร่วมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 19 คน โดยการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติด้านเพศ อายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน คะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต และคะแนนระดับซึมเศร้าคล้ายคลึงกัน การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ อว 0622.7/221 และผู้วิจัยพบอาสาสมัคร สอบถามความสมัครใจและขอความอนุเคราะห์จากอาสาสมัคร เพื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวอาสาสมัครวิจัย และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่ หรือระบุชื่อผู้ให้

ข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง สามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และจะไม่นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวออกจากกรวิจัยมานำเสนอ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

##### 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ รายได้ต่อเดือน มีความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพ พื้นฐานอุปนิสัย ความเข้มแข็งในการใช้ชีวิต การปรับตัว ความภูมิใจในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว แบบแผนการเลี้ยงดู การสนับสนุนจากคนใกล้ชิด บุคคลที่ไว้วางใจ ความรู้ ความเข้าใจการดูแลจิตใจตนเอง และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ใช้ ผู้วิจัยหา content validity ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสม ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ศึกษา และวัตถุประสงค์การวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

##### 1.2 แบบ วัด ความ ร อบ ร ู้

สุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) พัฒนาขึ้นโดย ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะ (2561) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

##### องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับ

สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นคำถามเลือกตอบ ถูก ผิด (dichotomous key) การให้คะแนนให้ 1 คะแนน เมื่อตรงกับข้อถูกต้องที่เฉลยไว้ ส่วนข้อที่ไม่ตรงเฉลยและข้อไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน

จำนวน 15 ข้อ (คะแนนเต็ม 15) เกณฑ์การแปลผล นำคะแนนรวมมาแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนรวม 12 - 15 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับดี 2) คะแนนรวม 8 - 11 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง และ 3) คะแนนรวม 0 - 7 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับ ไม่ดี

องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิต คำถามประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และเชิงลบ จำนวนข้อ 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1 - 4 ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

เลือกข้อ 4 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 4 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 1

เลือกข้อ 3 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 3 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 2

เลือกข้อ 2 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 2 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 3

เลือกข้อ 1 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 1 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 4

แล้วนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ และแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.00 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับไม่ดี

องค์ประกอบที่ 3 ความสามารถ

ในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต คำถาม ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1 - 4 ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนน ดังนี้

เลือกข้อ 4 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 4 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 1

เลือกข้อ 3 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 3 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 2

เลือกข้อ 2 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 2 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 3

เลือกข้อ 1 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 1 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 4

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์ และแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.00 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการ

## ปัญหาทางจิต อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการ ปัญหาทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพแบบวัดความรอบรู้ สุขภาพจิต โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย

การนำแบบประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิต ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มี คุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

1.3 แบบคัดกรอง โรคซึมเศร้า (2Q) เป็นแบบเลือกตอบด้วยตนเอง (Self-report inventories) 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี ให้ 0 คะแนน มี ให้ 1 ลักษณะคำถาม ประเมินอารมณ์ความรู้สึก ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้

การแปลผล ถ้า ตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้า คำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้ม ที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า (9Q) คุณภาพเครื่องมือ มีความไว ร้อยละ 96.5 ความจำเพาะร้อยละ 44.6 แต่ถ้าตอบ มี ทั้ง 2 ข้อ จะ เพิ่มความจำเพาะสูงขึ้น ถึงร้อยละ 85.1 สามารถ นำไปค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ในชุมชนได้ (สุวรรณอรุณไพศาล และคณะ, 2550)

## 1.4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า

(9Q) เป็นแบบเลือกตอบด้วยตนเอง (Self-report inventories) ใช้ในการช่วยวินิจฉัยโรค และใช้ ประเมินเพื่อจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับอาการที่ เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้า ภายใน 2 สัปดาห์ โดย คำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มี เป็นบางวันในตลอดสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวันให้ 3 คะแนน

เกณฑ์แปลผล นำคะแนนรวมทั้ง ฉบับ มาแปลผล 4 ระดับ ได้แก่

1) คะแนนรวม < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการ ของโรคซึมเศรียรระดับน้อยมาก

2) คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับน้อย

3) คะแนนรวม 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับปานกลาง

4) คะแนนรวม  $\geq 19$  คะแนน หมายถึง อาการของโรคซึมเศรียรระดับรุนแรง

คุณภาพเครื่องมือ มีค่าความไว ร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.12 ค่าความ ถูกต้องร้อยละ 83.29 เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในสถาน บริการสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2554)

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต ลักษณะ เป็นโปรแกรมจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (Beck, 1995) ร่วมกับแนวคิด

กลุ่มของ Yalom (1995) และความรอบรู้สุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ (2561) ลักษณะของโปรแกรมเป็นกิจกรรมให้สุขภาพจิตศึกษา และจิตบำบัดประคับประคอง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที มีรายละเอียด กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ปฐมนิเทศ ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และ Pre-test (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง - การรู้จักตนเอง การเข้าใจตนเอง (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้อารมณ์เชิงบวก เชิงลบ (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4 การจัดการอารมณ์ลบ และการจัดการความเครียด (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5 การคิดเชิงบวก (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 6 การปลดปล่อยอดีต การวิเคราะห์ปมอดีต การตั้งจิตสู้ปัจจุบัน (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 7 การสร้างอารมณ์บวกด้วยจิตสำนึกแห่งการขอบคุณ การยืนยันคำพูดทางบวกแก่ตนเองเพื่อสร้างพลังชีวิต (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 8 ทบทวน skill (1 ชั่วโมง)

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลทางจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และลำดับของเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนี IOC (Item-Objective Congruence Index) ซึ่งได้ค่า IOC มากกว่า

.67

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย** ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนการคัดเลือกอาสาสมัคร

1) ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยทางเครือข่าย สังคมออนไลน์ ในกลุ่มนักศึกษา และให้ผู้สนใจ register ทาง Google form เพื่อทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบคัดกรองซึมเศร้า โดยให้ระบุตัวตนเพียง ID Line email address และหมายเลขโทรศัพท์

2) ทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างมาจำนวนทั้งหมด 38 คน คือ ผู้ที่มีคะแนนคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) ตั้งแต่ 1 - 2 คะแนน และคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) มีคะแนนตั้งแต่ 13 - 18 คะแนน จัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 19 คน ใช้วิธีจับคู่ตามลักษณะบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับชั้นปี รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ คะแนนความรู้สุขภาพจิต และคะแนนระดับซึมเศร้ามัลคล้ายคลึงกัน

3) ทีมวิจัยติดต่อกลับอาสาสมัครเพื่อชี้แจงรายละเอียดข้อตกลงและเงื่อนไขในการเข้าร่วมวิจัย และให้ลงนามใน หนังสือขอความยินยอม

2. ระยะดำเนินการทดลอง (ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - 5 ธันวาคม 2566) ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 60 -90 นาที รวมเวลาที่ใช้ประมาณ 8 ชั่วโมง มีรายละเอียด กิจกรรม ดังนี้

1) ดำเนินการ Pre test ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยประเมินกลุ่มทดลอง

ก่อน และตามด้วยกลุ่มควบคุมทีหลัง แล้วเก็บรวบรวมคะแนนไว้เพื่อวิเคราะห์ผล

2) กลุ่มทดลอง เข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต กิจกรรม 8 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 2 คน มีบทบาทหน้าที่ช่วยหัวหน้าโครงการวิจัยในการเก็บรวบรวม

รวมข้อมูล pre-test, post- test และดำเนินกิจกรรมย่อยของ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ตามที่ได้รับมอบหมาย โดยหัวหน้าทีมวิจัย จะเป็น ผู้ฝึกอบรมการเป็นผู้นำดำเนินกิจกรรมให้ผู้ร่วมวิจัย ตามตารางกิจกรรมที่กำหนดไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1	เปิดกลุ่ม	เพื่อสร้างความเข้าใจ และชี้แจงข้อมูล กระบวนการวิจัย และกำหนดการตาม โปรแกรม	1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ โครงการ	กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจการเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต
<b>Part 1 สุขภาพจิตศึกษา</b>				
1	- ความหมายของโรคจิต อารมณ์เศร้า - สาเหตุ โรคจิต โรคซึมเศร้า - อาการ การเจ็บป่วยทางจิต - การส่งเสริมสุขภาพจิต - การป้องกันปัญหาทางจิต	เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจสาเหตุ อาการ การเจ็บป่วยทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การ ป้องกันปัญหาทางจิต	- ซึมเศร้าคืออะไร - โรคจิต คืออะไร - สาเหตุปัจจัย - การส่งเสริมสุขภาพจิต - การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต	กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจสาเหตุ อาการ การเจ็บป่วยทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต
<b>Part 2 กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง</b>				
2	2.1 รู้จักตนเอง ทำความเข้าใจคน 5 แบบ	เพื่อเสริมสร้าง ความสามารถในการ รับรู้ปัญหาการ ป้องกัน และการ จัดการปัญหาทางจิต	- หน้าต่าง โจ ฮารี - คน 5 แบบ - วิเคราะห์ตนเอง	กลุ่มเป้าหมายมีความ เข้าใจและตระหนักรู้ใน ตนเอง
3	2.2 รับรู้อารมณ์ เชิงบวก เชิงลบ (สมาธิ บำบัด)	- เพื่อสร้างการ ตระหนักรู้อารมณ์ ตนเอง และ ความสำคัญของการ จัดการอารมณ์ลบ - จำแนกความคิด อารมณ์ พฤติกรรม - ปรับเปลี่ยนอารมณ์ เชิงลบเป็นอารมณ์	- อารมณ์คืออะไร - ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม - ผลของอารมณ์ลบต่อ ความคิด พฤติกรรม	- กลุ่มเป้าหมาย ตระหนักรู้อารมณ์ ตนเอง และความสำคัญ ของการจัดการอารมณ์ ลบ - จำแนกความคิด อารมณ์ พฤติกรรมได้

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
		เชิงบวกได้		
4	2.3 การจัดการอารมณ์ลบ		- การจำแนกอารมณ์ บวก อารมณ์ลบ - การดึงอารมณ์ลบมาสู่ อารมณ์บวก	- กลุ่มเป้าหมายจำแนก อารมณ์บวก อารมณ์ลบ ได้ และปรับอารมณ์ กลับมาในเชิงบวกได้
5	2.4 การคิดบวก		- ความหมายของการ คิดบวก - ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อ การดำเนินชีวิต - การปรับแนวคิดจาก ลบสู่การคิดบวก	- กลุ่มเป้าหมายจำแนก ความคิดบวกและ ความคิดลบได้ - วิเคราะห์สถานการณ์ และปรับจากคิดลบสู่ แนวคิดบวกได้
6 - 7	การปลดลืออดีต 1) การวิเคราะห์ปมในอดีต 2) ความคาดหวัง คิดบวก วางเป้าหมาย ชีวิต 3) การดึงจิตอยู่กับปัจจุบัน Here and Now 4) การสร้างอารมณ์บวก ด้วยการสร้าง จิตสำนึกขอบคุณเพื่อปรับมุมมอง ทัศนคติต่อปัญหา 5) การสร้างคำยืนยันเชิงบวกแก่ตนเอง	- เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจสาเหตุ อาการ การเจ็บป่วย ทางจิต การส่งเสริม สุขภาพจิต การ ป้องกันปัญหาทางจิต - เพื่อเสริมสร้าง ความสามารถในการ รับรู้ปัญหาการ ป้องกัน และการ จัดการปัญหาทางจิต	- การตระหนักรู้ปัญหา ของตนเองในอดีต - การเข้าใจผลของปม อดีตที่ส่งผลต่อชีวิต ปัจจุบัน - การใช้เหตุผลเพื่อดึง อารมณ์กลับสู่ปัจจุบัน - การสร้างความเชื่อมั่น ในตนเองโดยการตั้ง จิตสำนึกผ่าน Self- talk	- รับรู้และเข้าใจอารมณ์ ตนเอง เข้าใจ ความสัมพันธ์เชื่อมโยง ระหว่างปมอดีตที่ สะสมอารมณ์ลบๆ จน เกิดปัญหาทางจิต และสามารถดึงการรับรู้ ต่อตนเองในเชิงลบ กลับสู่เชิงบวกใน ปัจจุบันได้ มีความเข้มแข็ง ที่จะ เผชิญปัญหา และตั้ง คำถามทางจิตได้
8	ทบทวน Skill และ Post test	- เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ - เพื่อสร้างความ ชำนาญในการ ตระหนักรู้ในตนเอง การจัดการ อารมณ์ ลบ การคิดเชิงบวก	- ทบทวนความรู้ สุขภาพจิต 3 องค์ประกอบ - ทบทวน skill 3 ด้าน การตระหนักรู้อารมณ์ การรู้จักและเข้าใจ ตนเอง การจัดการ อารมณ์ลบ การคิดบวก	- มีความรู้ ความเข้าใจ ความรอบรู้ สุขภาพจิตทั้ง 3 องค์ประกอบ - ตระหนักรู้อารมณ์ ตนเอง และความสำคัญ ของการจัดการอารมณ์ ลบ - ปรับเปลี่ยนการรับรู้ ต่อตนเองในเชิงลบ

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
				กลับสู่เชิงบวกใน ปัจจุบันได้ มีความ เข้มแข็ง ที่จะเผชิญ ปัญหา และสิ่งคุกคาม ทางจิตได้

กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมโครงการ  
วิศวกรสังคม เพื่อพัฒนาทักษะ Soft skill (ทักษะนักคิด  
นักประสาน นักสื่อสาร นักนวัตกรรม) หาก  
นักศึกษาต้องการรับคำปรึกษา หรือสอบถามข้อมูล  
ด้านสุขภาพจิต รวมทั้งมีศูนย์ UDRU care plus  
บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ให้คำปรึกษา  
และหากเกินศักยภาพในการดูแล ได้จัดบริการส่ง  
ต่อไปยังสถานพยาบาลตามความเร่งด่วน และ  
จำเป็นต่อไป

ส่วนการป้องกันการส่งต่อวิธีการที่ได้รับ  
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัย และผู้  
ร่วมวิจัย ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง  
ปกปิดข้อมูล และการติดต่อสื่อสาร ที่ได้รับจากการ  
เข้าร่วมกิจกรรม มิให้เผยแพร่ข้อมูล และทักษะ ไป  
ยังกลุ่มควบคุม

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตาม  
ผล 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะ  
ติดตามผล หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัย  
ประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต คัดกรองโรค  
ซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2Q ประเมินโรคซึมเศร้า  
ด้วยแบบประเมิน 9Q กับกลุ่มทดลอง และกลุ่ม  
ควบคุม และนำคะแนนทั้งหมดมาวิเคราะห์ผลการ  
ทดลอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** นำข้อมูลที่ได้มา  
วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติ  
จำแนกตามลักษณะข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ  
ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้  
สุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ใน  
ระยะก่อน หลัง และติดตามผล 1 เดือน หลังเข้าร่วม  
โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต โดยใช้  
สถิติทดสอบที่ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทาง  
สถิติ ที่ระดับ .05

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ  
65.00 รายได้ต่อเดือน ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด  
6,000 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,157.89 บาท มีความ  
เพียงพอของรายได้ ร้อยละ 73.70 ไม่มีปัญหา  
สุขภาพ ร้อยละ 94.70 พื้นฐานบุคลิกภาพ มีทั้งแบบ  
ร่าเริงและแบบเครียดง่ายปนกัน ร้อยละ 57.60  
ความเข้มแข็งในการใช้ชีวิต พึ่งพาคนอื่นบางอย่าง  
ร้อยละ 50.0 การปรับตัว ปานกลาง ร้อยละ 71.7  
ความภูมิใจในตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.15

สัมพันธภาพในครอบครัว ดีมาก ร้อยละ 50.7 แบบแผนการเลี้ยงดู ปานกลาง (ไม่ตามใจ ไม่ปล่อยปละละเลย) ร้อยละ 100 การสนับสนุนจากคนใกล้ชิด ปานกลาง ร้อยละ 78.94 บุคคลที่ไว้วางใจ สะดวกใจจะขอคำปรึกษา คือ เพื่อน ร้อยละ 87.61 ความรู้ความเข้าใจในการดูแลจิตใจตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.31 และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ใช้ คือ สื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 80.00

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.00 รายได้ต่อเดือน ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด 8,000 บาท ค่าเฉลี่ย 3417.58 บาท มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 73.70 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 100 พื้นฐานอุปนิสัย ร่าเริงและเครียดง่าย ปนกัน ร้อยละ 84.20 ความเข้มแข็งในการใช้ชีวิต พึ่งพาคนอื่นบางอย่าง ร้อยละ 52.60 การปรับตัว ปานกลาง ร้อยละ 73.70 ความภูมิใจในตนเอง ระดับมาก ร้อยละ 57.9 สัมพันธภาพในครอบครัว ดีมาก ร้อยละ 52.60 แบบแผนการเลี้ยงดู ปานกลาง (ไม่ตามใจ ไม่ปล่อยปละละเลย) ร้อยละ 100 มีการสนับสนุนจากคนใกล้ชิดดี ร้อยละ 50 มีบุคคลที่ไว้วางใจ ร้อยละ 84.20 มีความรู้ ความเข้าใจการดูแลจิตใจตนเอง ระดับดี ร้อยละ 63.20 และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ใช้ คือ สื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 89.50

## 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า ผลประเมินโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลประเมินความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2Q ผลประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตของกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านที่ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และด้านที่ 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาอยู่ในระดับดี ระยะหลังทดลอง ในด้านที่ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตและด้านที่ 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ส่วนด้านที่ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตคงที่ ส่วนผลคัดกรอง โรคซึมเศร้าด้วย 2Q ระยะก่อนทดลอง ผล Positive ร้อยละ 100 และระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เช่นเดียวกัน

ความรอบรู้สุขภาพจิต ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านที่ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และด้านที่ 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาอยู่ในระดับดี ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ความรอบรู้สุขภาพจิตในทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และมีความสัมพันธ์กับผลคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ระยะก่อนทดลอง ผล positive ร้อยละ 100.00 ระยะหลังทดลอง ผล positive ลดลง เป็นร้อยละ 42.10 ระยะติดตามผล positive ลดลงเป็น ร้อยละ 15.78

**ตารางที่ 1** ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า ผลประเมินโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n = 19)

องค์ประกอบความรอบรู้สุขภาพจิต	ระยะก่อนทดลอง		ระยะหลังทดลอง		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	mean	S.D.	mean	S.D.	mean	S.D.
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
<b>ด้านที่ 1</b> ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	9.89	.99	10.05	.69	9.78	.78
<b>ด้านที่ 2</b> ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	2.87	.26	2.87	.26	2.87	.26
<b>ด้านที่ 3</b> ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา	2.78	.32	2.87	.26	2.87	.26
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
<b>ด้านที่ 1</b> ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	9.89	.99	13.05	.84	14.42	.69
<b>ด้านที่ 2</b> ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	2.87	.26	3.59	.11	3.72	.13
<b>ด้านที่ 3</b> ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา	2.78	.32	3.74	.14	3.83	.11

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า ผลประเมินโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n = 19) (ต่อ)

ภาวะซึมเศร้า	ระยะก่อนทดลอง		ระยะหลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
<b>ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)</b>						
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
Negative	0	0.00	2	10.53	3	15.79
Positive	19	100.00	17	89.47	16	84.21
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
Negative	0	0.00	11	57.89	16	84.21
Positive	19	100.00	8	42.10	3	15.79
<b>ผลประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)</b>						
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ไม่มีอาการหรือซึมเศร้าระดับน้อยมาก	-	-	-	-	-	-
ซึมเศร้าระดับน้อย	-	-	4	21.05	5	26.31
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	19	100.00	15	78.95	14	73.69
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	-	-	-	-	-	-
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ไม่มีอาการหรือซึมเศร้าระดับน้อยมาก	-	-	13	68.42	17	89.47
ซึมเศร้าระดับน้อย	-	-	3	31.58	2	10.53
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	19	100.00	-	-	-	-
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	-	-	-	-	-	-

ในระยะหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีไม่มีอาการโรคซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก (คะแนน < 7) ร้อยละ 68.43 และมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 31.57 ระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีซึมเศร้าระดับน้อยมาก ร้อยละ 89.48 และมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 10.53 ระยะติดตามผล

ระยะหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับน้อยมาก (คะแนน < 7) ร้อยละ 68.43 อยู่ในระดับน้อย (คะแนนรวม 7-12 คะแนน) ร้อยละ 31.57 ระยะติดตามผล มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก (คะแนน < 7) ร้อยละ 89.48 ระดับน้อย (คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน) ร้อยละ 10.52

## 2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

จากตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผล 1 เดือน ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันทีภายในกลุ่มทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ( $n_1 = n_2 = 19$ ) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตหลังการทดลอง (mean = 13.05, S.D. = .848) สูงกว่าก่อนการทดลอง

(mean = 9.89, S.D. = .994) และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 14.42, S.D. = .692) สูงกว่าระยะหลังสิ้นสุดทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันทีภายในกลุ่มทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ( $n_1 = n_2 = 19$ ) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต หลังการทดลอง (mean = 3.59, S.D. = .117) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 2.87, S.D. = .267) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 3.72, S.D. = .031) สูงกว่าระยะหลังสิ้นสุดทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันทีภายในกลุ่มทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ( $n_1 = n_2 = 19$ ) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตหลังการทดลอง (mean = 3.74, S.D. = .143) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 2.78, S.D. = .32) และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 3.83, S.D. = .111) สูงกว่าระยะหลังสิ้นสุดทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้านในระยะก่อน ระยะหลัง ทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง (n = 19 คน)

องค์ประกอบความรู้สุขภาพจิต	Mean difference	Standard error	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-3.158	.175	-18.00	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	-1.368	.175	-7.839	.000***
2. ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-.73	.24	13.06	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	-.126	.08	-6.74	.000***
3. ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-.959	.36	-11.60	.000***
หลังทดลองติดตามผล	-.089	.05	-7.70	.000***

\*\*\* $p < .001$

### 3. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .001$

### 4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการเข้ารับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ระยะก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired sample t-test ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $< .001$

สรุปผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล 1 เดือน และความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มควบคุม (n = 19) และกลุ่มทดลอง (n = 19)

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
<b>ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต</b>						
ก่อน-หลัง	9.89	.99	9.42	1.21	1.31	.197
หลัง-ติดตามผล	13.05	.841	9.53	.96	11.97	.000***
<b>ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต</b>						
ก่อน-หลัง	2.87	2.61	2.87	.26	.000	1.000
หลัง-ติดตามผล	3.59	.117	3.12	.275	6.88	.000***
<b>ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา</b>						
ก่อน-หลัง	2.87	.26	2.99	.296	-1.40	.169
หลัง-ติดตามผล	3.74	.143	3.01	2.9	9.59	.000***

\*\*\* $p < .001$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง (n = 19)

ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	mean	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	.78947	.71328	4.825	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	.36842	.59726	2.689	.015*

\* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 19) และกลุ่มควบคุม (n = 19) ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ก่อนทดลอง- หลังทดลอง	.42	.51	1.47	.77	4.97*	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	.05	.23	1.68	.48	13.42*	.000***

\*\*\* $p < .001$

## การอภิปรายผล

1. คะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต หลังทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ความรอบรู้สุขภาพจิตที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคจิต อารมณ์เศร้า สาเหตุ โรคจิต โรคซึมเศร้า อาการเจ็บป่วยทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต 2) การทำความเข้าใจตนเอง ทำความเข้าใจผู้อื่น 3) การฝึกการรับรู้อารมณ์เชิงบวกเชิงลบ 4) การจัดการอารมณ์ด้านลบ การจัดการความเครียด 5) การฝึกคิดคิดเชิงบวก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม 6) การปรับทัศนคติต่อตนเอง ปลดปล่อยอดีต การดึงจิตอยู่กับปัจจุบัน Here and Now และการสร้างอารมณ์บวก การสร้างจิตสำนึกขอบคุณ เพื่อปรับมุมมอง ทัศนคติต่อปัญหา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถรับรู้ความผิดปกติทางจิตใจของตนเองได้ และมีความรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิต มีความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหา มีความรู้ถึงแหล่งประโยชน์ ที่จะขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับตนเองได้ และสามารถที่จะค้นหาความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ จึงทำให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Newcomb-Anjo (2019) ที่ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเรื่องภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน พบว่าการเพิ่มพูน ความรู้และ

การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ และส่งเสริมพฤติกรรมมารับรู้ความสามารถของตนเองในการขอความช่วยเหลือ จะเพิ่มกระบวนการรับรู้ และอารมณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของวัยรุ่น จะทำให้วัยรุ่นรับรู้ถึงปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือได้เหมาะสมและรวดเร็ว ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเกิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zare et al. (2022) ที่ศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักเรียนหญิง พบว่าหลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมการฝึกอบรมแล้ว กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้เพิ่มพูนความรู้ด้านกลยุทธ์การช่วยเหลือตนเอง ทำให้เกิดความตระหนัก ซึ่งอาจนำไปสู่การแสวงหาความช่วยเหลือที่ทัน่วงที และเหมาะสมได้

2. กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน เป็นผลสืบเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจสุขภาพจิต การเจ็บป่วยทางจิต สามารถรับรู้ความผิดปกติทางจิตใจของตนเองได้ และมีความรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิต รวมทั้งความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหา สามารถขอความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับตนเองได้และสามารถที่จะค้นหาความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตได้ ทำให้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรลักษณ์ อินทร์เดช (2565) พบว่าหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษา

ตอนปลายกลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ แสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพผล นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และคณะ (2563) ที่พบว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.62; p = .000$ ) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและ

การรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตาม ประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้สุขภาพจิต และประเมิน โรคซึมเศร้า
2. ควรใช้เครื่องมือประเมิน โรคซึมเศร้าประเภทอื่น ในการศึกษาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่น ๆ

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน และได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2554). *คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติการฆ่าตัวตาย*. [https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat\\_prov.as](https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.as)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ตรวจสุขภาพใจ*. <https://checkin.dmh.go.th/publichealth>
- ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, รัตติกร เหมือนนาคอน, สุมัทธนา แก้วมา, และวีระพงษ์ เรียบพร. (2563). ภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 21(2), 40-51.
- วรัลภณ อินทร์เดช. (2565). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิวิธร พัวศิริ, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภาศรี ทุ่งมีผล, และ วินัย รอบคอบ. (2561). การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 10(2), 97-109.
- สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส).
- สำนักงานจังหวัดอุดรธานี. (2565). *รายงานผลการดำเนินงานจังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ 2565*. อุดรธานี: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด.
- สุวรรณ อรุณ ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, จินดา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนนุปลา, และสิริธร บุตรวงศ์. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 138-148.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. Guilford Press.
- Chrikov, I., Soria, K. M., Horgos, B., & Jones-White, D. (2020). *Undergraduate and graduate students' mental health during the COVID-19 pandemic*. <https://escholarship.org/uc/item/80k5d5hw>
- Hubble, S., & Bolton, P. (2020). *Support for students with mental health issues in higher education in England*. UK Parliament Briefing paper. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3874416>
- Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *The Journal of mental health policy and economics*, 8(3), 145-151.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5.
- Jorm, A. F. (2011). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 31, 1-13.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Langlands, R. L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2008). First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of affective disorders*, 105(1-3), 157-165.
- Megivern, D., Pellerito, S., & Mowbray, C. (2003). Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 217-231.
- Montgomery, M. J., & Côté, J. E. (2003). College as a transition to adulthood. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 149-172). Blackwell Publishing. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00784-008>

- Newcomb-Anjo, S.E. (2019). Applying What is Known About Adolescent Development to Improve School-Based Mental Health Literacy of Depression Interventions: Bridging Research to Practice. *Adolescent Research Review*, 4(3), 235-248.
- Yalom, J. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4<sup>th</sup> ed. Basic Books.
- Zare, S., Kaveh, M. H., Ghanizadeh, A., Nazari, M., Asadollahi, A., & Zare, R. (2022). Adolescent Mental Health Literacy Questionnaire: Investigating Psychometric Properties in Iranian Female Students. *BioMed research international*, 7210221.

## THE EFFECTS OF A FAMILY RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER\*

*Sasima Laemdeeklam, B.N.S. \*\*, Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D. \*\*\*, Kasorn Muijeen, Ph.D. \*\*\*\**

### Abstract

**Objective:** To investigate the effect of a family resilience enhancement program on psychological well-being among mothers of children with autism spectrum disorder.

**Methods:** This research is quasi-experimental research, pretest-posttest research design. The sample group is Mothers of children with autism spectrum disorder 58 mothers divided into the experimental group and control group for 29 each. The instruments consisted of the psychological well-being 18 scale (reliability is 0.85), and the family resilience program. This program consisted of seven sessions, 60 minutes per session, once a week and analyzed by using the chi-square test and the t-test.

**Results:** The mean score of psychological well-being of mothers of children with autism spectrum disorder among the experimental group after the treatment were higher than before the treatment with statistical significance ( $t = 11.58, p < .05$ ) and higher than that of the control group with statistical significance (Mean difference = 5.10,  $t = 28.58, p < .05$ ).

**Conclusion:** A family resilience enhancement program was developed to improve the psychological well-being of mothers of children with autism spectrum disorder.

**Keywords:** family resilience, psychological well-being, mothers of children with autism spectrum disorder

---

\*Thesis, Master of Nursing Science Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

\*\*Student, Master of Nursing Science Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

\*\*\*Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, e-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

\*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received: 15 June 2024, Revised: 12 September 2025, Accepted: 19 September 2025

# ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจ ของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม\*

ศศิมา แผลมดิกกล้า, พย.บ.\*\*, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D.\*\*\*, เกสร ม้วยจิ้น, Ph.D.\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม

**วิธีการศึกษา :** ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือมารดาของเด็กออทิสซึมสเปกตรัมจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และกลุ่มควบคุม 29 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความผาสุกทางจิตจำนวน 18 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85 และเครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว จำนวน 7 ครั้ง ดำเนินการทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที รวม 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที

**ผลการศึกษา :** ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $t = 11.58, p < .05$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 5.10,  $t = 28.58, p < .05$ )

**สรุป :** โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวช่วยเพิ่มความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม

**คำสำคัญ :** ความเข้มแข็งของครอบครัว, ความผาสุกทางใจ, มารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม

\*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*\*ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, e-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับ: 15 มิถุนายน 2567, วันที่แก้ไข: 12 กันยายน 2568, วันที่ดอรับ: 19 กันยายน 2568

## ความสำคัญของปัญหา

ภาวะออทิสซึม (Autism Spectrum Disorder: ASD) เป็นความบกพร่องของพัฒนาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง โดยมีอาการแสดงที่เป็นลักษณะความบกพร่อง 2 ด้านคือ ความบกพร่องด้านการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และด้านการมีพฤติกรรมความสนใจ กิจกรรมที่แคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ (Mughal & Saadabadi, 2023) อาการเหล่านี้ สามารถพบได้ก่อนอายุ 3 ขวบ (นิโลบล ชกกรเลิศ, 2563) การศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) เกี่ยวกับระบาดวิทยาของภาวะออทิสซึมหรือออทิสติก ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2566 พบว่าความชุกของภาวะออทิสซึม ในปี พ.ศ.2555 - 2566 เพิ่มขึ้นจาก 14.5 คน เป็น 27.6 คน ในเด็ก 1,000 คน ส่วนประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยเด็กออทิสติกหรือเด็กที่มีภาวะออทิสซึม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะออทิสซึม เข้ารับบริการที่สถาบันราชานุกูลในแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2563 - 2566 เพิ่มขึ้นจากจำนวน 7,889 7,136 9,060 เป็นจำนวน 11,327 คน ตามลำดับ (สถาบันราชานุกูล, 2566) ซึ่งสะท้อนถึงจำนวนมารดาที่ต้องดูแลบุตรที่มีภาวะออทิสซึม โดยมารดาอาจต้องเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กเป็นระยะเวลานาน เช่น การไม่ตอบสนอง มีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์เศร้า หรือมีความกังวล ซึ่งอาจส่งผลให้มารดาารู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้มารดาเด็กที่มีภาวะออทิสซึม ส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาทางสังคม เช่น ถูกสังคมตำหนิ

ถูกแบ่งแยกทางสังคม หรือญาติและสังคมเพิกเฉย (Acharya & Sharma, 2021) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาและครอบครัว รวมทั้งได้รับผลกระทบด้าน การเพิ่มภาระงานบ้าน มีปัญหาสถานะการเงิน ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ และสุขภาพร่างกายของสมาชิกในครอบครัวเป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

จากการศึกษาวิจัยพบว่า มารดาเด็กที่มีภาวะออทิสซึมส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง (แสงนภา บารมี, 2566) โดยเป็นผลจากการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมเป็นระยะเวลานาน ผนวกกับการแบกรับภาระต่าง ๆ ยิ่งกระทบปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การงาน การเงินและการปรับตัวในการใช้ชีวิตโดยพบมากกว่าร้อยละ 50 บางรายป่วยเป็นโรซึมเศร้า (ฉันทจุฑา ศุภศรีอรธรรม และคณะ, 2560) หรือความผาสุกทางใจในชีวิตลดลง (ฉันทจุฑา ชัยเสนา และคณะ, 2563) การศึกษาของค็อกซ์และคณะ (Cox et al., 2015) ระบุว่ามารดาที่มีความผาสุกทางใจลดลงอาจเนื่องจากความแตกต่างของประสบการณ์ของมารดาที่บุตรมีภาวะออทิสซึม และวิธีการจัดการกับบทบาทต่าง ๆ เช่น การเป็นผู้ดูแล ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้การศึกษา และการสนับสนุนทางอารมณ์สำหรับบุตรที่มีภาวะออทิสซึม โดยมารดาของเด็กที่มีภาวะออทิสซึม มักต้องปรับเปลี่ยนชีวิตส่วนตัวและอาชีพของตนเพื่อให้การสนับสนุนและดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมได้อย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นการนำไปสู่ความท้าทายบทบาทของชีวิตที่สำคัญ ในขณะที่มารดาบางคนเกิดความยากลำบากใน

การจัดสรรเรื่องงานและความรับผิดชอบในการดูแล มีการแยกตัวทางสังคม และความเครียดทางการเงินจากปัจจัยดังกล่าว มารดาเด็กที่มีภาวะออทิสซึม จึงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อช่วยให้สามารถจัดการบทบาทหน้าที่ที่ดีและจัดการกับความเครียดที่ต้องเผชิญ ดังนั้นมารดาที่รับบทบาทดูแลเด็กโดยตรงจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกครอบครัว (Divan et al., 2012; Begum & Mamin, 2019) โดยเฉพาะสามี ปู่ ย่า ตา และยาย ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ และต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลเหล่านี้

ความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์กับการรับมือกับความต้องการในการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึม และการดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lecavalier, et al., 2017; Singla, et al., 2022) ลักษณะของมารดาที่มีความผาสุกทางใจลดลง แสดงให้เห็นได้จากการมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง มีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการมีบุตรที่มีภาวะออทิสซึม ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาและการจัดการกับความเครียดลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพนำไปสู่การลดคุณภาพการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึม ดังนั้น การส่งเสริมมารดาให้มีความผาสุกทางใจอาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้มารดาสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึม ได้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการมีความสามารถในการปรับตัว รับรู้การมีความหมายในชีวิต และการมีมุมมองทางบวก ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ

กับชีวิต ภูมิภาคที่เพียงพอ และแสดงถึงสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งสามารถบรรลุเป้าหมายการดูแลเด็กออทิสซึมสเปกตรัม (Bashir et al., 2011) โดยผลการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวที่แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่น โดยการปรับตัวให้เข้ากับความท้าทายของภาวะออทิสซึมในเด็ก การมีมุมมองเชิงบวก และการสนับสนุนทางสังคม และมีแนวโน้มความผาสุกทางใจในระดับที่สูงขึ้น (Berliner & Benard, 1995) ดังนั้นความเข้มแข็งครอบครัวจะส่งผลให้มารดาเด็กที่มีภาวะออทิสซึม มีความเข้มแข็งในตัวสูงและสามารถจัดการกับปัญหาผลกระทบด้านต่าง ๆ และปรับตัวได้ในสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดี ปรับเปลี่ยนความคิดเชิงบวกส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ (Walsh, 2012) และเพิ่มความผาสุกทางใจให้กับมารดาและสมาชิกครอบครัว

นอกจากนี้ผลการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัวยังสามารถจัดการความเครียด การสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ของครอบครัว โดยมีการประเมินติดตามผลอย่างน้อยสองเดือน ผลลัพธ์พบว่ามารดายังคงมีความผาสุกที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าการศึกษามีจำนวนน้อยในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว เนื่องจากเด็กออทิสซึมสเปกตรัมเป็นโรคที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของเด็กออทิสซึมสเปกตรัมและความผาสุกทางใจของครอบครัว พบว่าการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม มีอิทธิพลต่อรูปแบบการรับมือของพ่อและแม่ ความสามารถ

ในการเรียนรู้ของเด็กออทิสซึมสเปกตรัม มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของมารดา ในขณะที่สภาวะทางจิตใจของมารดามีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของบิดา พี่น้อง ปู่ย่าตายาย และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กออทิสซึมสเปกตรัม (Paz & Wallander, 2017) นอกจากนี้ผลการวิจัยของ Liu et al. (2021) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการเลี้ยงดูบุตรผ่านแอปพลิเคชันวีแชทของความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมในช่วงระบาดของโรคโคโรนาไวรัส ในรูปแบบออนไลน์ให้กับมารดาและเด็กออทิสซึมสเปกตรัม ที่มุ่งเน้นทักษะการสื่อสารทางสังคม การรับมือในการแก้ปัญหา คำแนะนำเกี่ยวกับโรคออทิสซึมสเปกตรัม กิจกรรมเกี่ยวกับการผ่อนคลาย มีการสอดแทรกภาพการ์ตูนในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้ปกครองง่ายต่อการทำความเข้าใจ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที พบว่า ในกลุ่มทดลองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ มารดามีความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรลดลง ตลอดจนเพิ่มความหวังให้กับมารดาที่มีลูกออทิสซึมสเปกตรัมในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส ซึ่งจากการศึกษาการเสริมสร้างความผาสุกทางใจที่ผ่านมา กิจกรรมการเลี้ยงดูบุตรผ่านแอปพลิเคชันวีแชท สามารถเพิ่มความผาสุกทางใจให้กับมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมได้แต่ในส่วนของการใช้แอปพลิเคชันดังกล่าวมีข้อจำกัดในด้านการใช้งานและความนิยมในบริบทการใช้สื่อโซเชียลในสังคมไทย และการจัดกิจกรรมรูปแบบออนไลน์ ทำให้ขาดการเผชิญหน้ากัน ทำให้ไม่สามารถเห็นถึงสภาพความ

พร้อมและการตอบสนองต่อกิจกรรมของแต่ละคนได้ละเอียดกว่าการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจส่งผลต่อคุณภาพและการได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมมาน้อยไม่เท่ากัน

ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่ประกอบด้วย ความรัก ความผูกพัน การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน การสื่อสาร การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน การมีความสามารถในการจัดการปัญหาและความขัดแย้ง ตลอดจนความทุกข์ใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน ถือเป็น การปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิต สุขภาพกาย และความสามารถในการฟื้นตัวทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำงานของหน่วยครอบครัวอย่างเหมาะสมที่สุด สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ สามารถจัดการได้โดยร่วมมือร่วมใจกัน เชื่อมมั่นในศักยภาพว่าครอบครัวสามารถร่วมกันเผชิญปัญหา ผ่านพ้นสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้ มีมุมมองเชิงบวก เพื่อสร้างความสุข เกิดความเข้มแข็ง และนำไปสู่การยอมรับตนเอง (สิทธิชัยทองวร, 2566)

แนวคิดความเข้มแข็งครอบครัวเป็นแนวคิดเชิงบวกที่มีความครอบคลุมทุกมิติ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับกระบวนการในการฟื้นคืนพลังใจของครอบครัวต่อการปรับตัวเปลี่ยนแปลง และฟื้นคืนสู่สภาวะปกติแม้ว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรค หรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นคงและเข้มแข็ง ตลอดจนสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวและพัฒนาให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตในชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยมี 3 องค์ประกอบ

ได้แก่ 1) ความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมุ่งเน้นการให้ความหมายและการตีความสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการมองไปข้างหน้าอย่างมีความหวัง การใช้ความเชื่อ ความศรัทธา และพลังแห่งจิตวิญญาณของครอบครัวในการฟื้นคืนพลังใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติ 2) การจัดการภายในครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่กล่าวถึงการจัดระบบโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับความยืดหยุ่นในการจัดโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการใช้ทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นแหล่งสนับสนุนเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติและ 3) การสื่อสารและการแก้ปัญหาในครอบครัว ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการส่งต่อข้อมูล ชุดความคิด ที่เชื่อมโยงทั้ง 3 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน (Walsh, 2012) โดยผลการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลเด็กออทิสซึมสเปกตรัม โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นโดยการปรับตัวให้เข้ากับความท้าทายของโรคออทิสซึมสเปกตรัม การมีมุมมองเชิงบวก และการสนับสนุนทางสังคม มีแนวโน้มความผาสุกทางใจในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งการพัฒนาและรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การบรรลุความสมดุลภายในครอบครัว และการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อสมาชิกแต่

ละคนสามารถปรับตัว แก้ไขปัญหาของครอบครัวจัดการกับความเครียด และฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว จะส่งผลดีต่อการทำงานโดยรวมของหน่วยครอบครัว (Berliner & Benard, 1995)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจของมารดาเด็กที่มีภาวะออทิสซึม ซึ่งคาดว่าจะทำให้มารดา สามารถมีความผาสุกทางใจส่งผลทำให้การดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึมและครอบครัวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต และมารดามีสุขภาพจิตที่ดีได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมหลังเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของ

มารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว จะแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดความเข้มแข็งครอบครัวของ วอลซ์ (Walsh, 2012) มาพัฒนาเป็นกระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับมารดาและสมาชิกในครอบครัวเพื่อเกิดการเรียนรู้การพัฒนาศักยภาพก่อให้เกิดการเจริญเติบโตส่วนบุคคล (personal growth) และการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) นำมาสู่การปรับตัวและสุขภาพจิตที่ดีในครอบครัวซึ่งส่งผลถึงความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม ซึ่งความเข้มแข็งครอบครัวประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อ 2) การจัดการครอบครัว และ 3) การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ส่งผลต่อความผาสุกทางใจ ดังนี้

1. ด้านระบบความเชื่อของครอบครัว โดยมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมมีการรับรู้ต่อสถานการณ์มีทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นว่าสามารถจัดการได้โดยรวมมีใจร่วมกัน เชื่อมั่นในศักยภาพว่าครอบครัวสามารถร่วมกันเผชิญปัญหาด้วยความศรัทธา ได้เรียนรู้ความสำคัญของการมีกันและกันในครอบครัว เข้าใจความหมายภาวะวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติ ที่จะเกิดขึ้นได้กับทุกครอบครัว เช่น การทราบถึงบุตรมีภาวะออทิสซึมสเปกตรัม ที่ต้องปรับเปลี่ยนการดูแล เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวได้ประเมินบทบาท การทำหน้าที่ และจัดระบบภายในครอบครัวช่วยให้มีความรู้สึก

เชื่อมโยงกัน มีมุมมองทางบวก เกิดการยอมรับและมีคุณค่าในตนเองนำไปสู่ความเข้มแข็งต่อความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การจัดการภายในครอบครัว โดยมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมมีกลวิธีในการแสดงออกและมีการจัดการภายในครอบครัวต่อสถานการณ์ความยากลำบากเกิดขึ้น แสดงบทบาทและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องเผชิญและมีความมุ่งมั่นที่จะผ่านอุปสรรคร่วมกัน เกิดความเข้มแข็งในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากภาวะวิกฤติการณ์ผลตามมาก็คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและเหตุการณ์วิกฤติ โดยสามารถปรับตัวเข้าสถานการณ์สิ่งแวดล้อมของครอบครัวตามที่ต้องการได้ มีความเคารพซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากในชีวิตไปได้โดยผ่านการสนับสนุนในทางปฏิบัติหรือการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์ระหว่างกัน

3. การสื่อสารและการแก้ปัญหา โดยมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมสามารถพูดคุย ส่งผ่านความรู้สึกต่อกันและกันกับสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การส่งข้อความที่ชัดเจนและสอดคล้องกันในครอบครัว ตลอดจนมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย แบ่งปันความรู้สึกและร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ โดยมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันที่ดี และสมาชิกสามารถเข้าใจสถานการณ์และทางเลือกของตนได้อย่างอิสระ เพื่อการแก้ปัญหาที่

มีประสิทธิภาพช่วยสร้างความคิดริเริ่ม ลดความเสียดและความเปราะบาง และเพิ่มความสามารถของแต่ละบุคคลในการปรับตัวให้เข้ากับความท้าทายในอนาคต มีเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถในการดูแลเด็กออทิสซึมสเปกตรัมในอนาคต

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมออกเป็น 7 กิจกรรม โดยทุกกิจกรรมจะแบ่งตามองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางครอบครัว เพื่อช่วยให้ดำเนินการผ่านกระบวนการกลุ่มของบุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะสังคมที่ถูกต้อง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความมั่นใจ มีการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิต และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มในด้านการกระทำ ความรู้สึก และความคิด รวมไปถึงการสร้าง ความหมายในชีวิตและมองเห็นคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีทัศนคติในการยอมรับตนเอง สามารถในการตัดสินใจสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระตามสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pre-posttest control group design)

**ประชากร** คือ มารดาของเด็กออทิสซึมสเปกตรัมที่พาเด็กมารับการส่งเสริมพัฒนาการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษา

พิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ มารดาของเด็กออทิสซึมสเปกตรัมที่ผ่านการคัดเลือก ตามเกณฑ์ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน ผู้วิจัยได้เลือกศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร หน่วยบริการจำนวน 3 แห่ง บริบทใกล้เคียงกันในด้านการดูแลตามปกติ เพื่อจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม โดยการดูแลตามปกติคือ กิจกรรมการดูแลมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม โดยให้ความรู้ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้การจับฉลากได้คือ กลุ่มทดลองเป็นหน่วยบริการที่ศูนย์ และกลุ่มควบคุมเป็นหน่วยบริการที่บ้าน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดในเกณฑ์การคัดเลือกได้กลุ่มทดลองจำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเท่ากับ 29 คน และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 29 คน โดยมารดาจะเป็นผู้เลือกสมาชิกครอบครัว 1 คนเข้าร่วมกิจกรรม

**เกณฑ์คัดเลือก** ประกอบด้วย 1) มารดาอายุ 20 - 59 ปี มีบุตรอายุ 3 - 6 ปี และได้รับการวินิจฉัย มีภาวะออทิสซึม 2) เลี้ยงดูบุตรตั้งแต่เกิด มีความผูกพันทางสายโลหิต 3) ให้การดูแลการดำเนินชีวิตประจำวันของบุตรที่มีภาวะออทิสซึม ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 4) สามารถสื่อสารด้วย

ภาษาไทยได้ทั้งการพูด ฟัง อ่าน และเขียน

**เกณฑ์การคัดออก** ประกอบด้วย 1) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เช่น โรคหัวใจ โรคหอบในระยะเวลาที่อาการกำเริบ 2) มีประวัติมีอาการทางจิตหรือภาวะซึมเศร้า หรืออยู่ระหว่างได้รับการรักษา ด้วยยาทางจิตเวช

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมประกอบด้วย 7 กิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 - 5 ดำเนินการ 1 กิจกรรมและ สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการ 2 กิจกรรม รวม 6 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลา 60 นาที/ครั้ง โดยกิจกรรมที่ 1 - 5 จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 - 5 และกิจกรรมที่ 6 - 7 จัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 และมอบหมายการบ้านสัปดาห์ละครั้ง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย นักจิตวิทยา จำนวน 1 คน พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจำนวน 1 คน และครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 1 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ รายละเอียดเนื้อหาความเหมาะสม ความถูกต้องตามโครงสร้าง/มโนทัศน์/กรอบคูลม เนื้อหาของกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความถูกต้องของภาษาที่ใช้และการออกแบบให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และมีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับความครอบคลุมตามกรอบแนวคิด หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับ

กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันจำนวน 5 ครอบครัว และนำไปปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา จำนวนบุตร โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว อาชีพ และรายได้ 2) แบบวัดความผาสุกทางจิต (Psychological well-being) ฉบับภาษาไทย (อาภากรณ์ เปรี๊ยวนิม, 2563) จำนวน 6 ด้าน คือ อิสระแห่งตนหรือความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ความงอกงามส่วนบุคคลหรือการเติบโตภายในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเองด้านละ 3 ข้อ ด้านบวก 9 ข้อ ด้านลบ 9 ข้อ รวมมี 18 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1 - 6 โดยคะแนน 18 - 48 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 49 - 78 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 79 - 108 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตอยู่ในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 1.0 ทั้ง 18 ข้อ หลังจากนั้นนำแบบมาตรวัดความผาสุกทางจิตไปทดลองใช้กับกับมารดาเด็กออทิสซึม สเปกตรัม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .85

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการทำวิจัย

ในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ หมายเลขรับรอง 002/2567 วันที่ 2 มกราคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ โดยขออนุญาตบันทึกที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เพื่อความสะดวกในการนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกรณีมีข้อสงสัยหรือข้อคำถาม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2567 ภายหลังประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย หลังจากที่ได้รับทราบการประเมินและรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

2) เตรียมความพร้อมของเครื่องมือการวิจัยและ โปรแกรมเสริมสร้างความ

เข้มแข็งของครอบครัวที่พัฒนาขึ้น

3) เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย คือ นักจิตวิทยา เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก และให้คำปรึกษาครอบครัว 1 ท่านโดยชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจในโครงการวิจัย แนวคิด การใช้เครื่องมือการเชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งอำนวยความสะดวกในการทดลอง ส่วนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด

#### 2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก แล้วติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันก่อนจะดำเนินการวิจัยรวมถึงลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

2) ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในกลุ่มทดลอง และการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม

3) เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง คือก่อนการได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวครบจำนวน 6 ครั้ง

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามที่กำหนดไว้

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วิชา จำนวนบุตร โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย chi square test และ fisher's exact test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 55.2 และ 51.7 ตามลำดับ)

นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ด้านจำนวนบุตรมีจำนวนบุตร 1 - 3 คน (ร้อยละ 89.7 และ 93.1 ตามลำดับ) ด้านโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.3 และ 75.9 ตามลำดับ) ด้านระดับการศึกษา มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 41.5 และ 37.9 ตามลำดับ) ด้านลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 58.6 และ 72.4 ตามลำดับ) ด้านอาชีพ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 41.4) และด้านรายได้อาจมีรายได้ 10,000 - 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 37.9)

### การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (mean = 5.1, S.D. = .16) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 3.1, S.D. = .37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 29)

ระยะทดลอง	คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม			
	กลุ่มทดลอง			
	mean (SD)	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	3.11 (.37)	27.547	28	< .001
หลังการทดลอง	5.10 (.16)			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความ  
ผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม  
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง  
การทดลอง**

ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ย  
คะแนนความผาสุกทางใจของมารดาเด็กที่มีภาวะ

ออทิสซึมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง  
ที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของ  
ครอบครัว ( $D_1 = 2.0, S.D. = .38$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม  
ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $D_2 = .74, S.D. = .14$ )  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 28.586, p < .05$ ) ตาม  
ปรากฏตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจของมารดาเด็กที่มีภาวะออทิสซึม  
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ( $n = 58$ )

คะแนนเฉลี่ย	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	mean (S.D.)	$D_1$	S.D.	mean (S.D.)	$D_2$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	3.11 (.37)	2.0	.38	3.17 (.42)	.74	.14	28.586	< .001
หลังการทดลอง	5.10 (.16)			3.91 (.38)				

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**การอภิปรายผล**

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้าง  
ความเข้มแข็งของครอบครัวต่อความผาสุกทางใจ  
ของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม พบว่า มีผล  
การศึกษาสนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ค่าเฉลี่ยคะแนน  
ความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัม  
โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วม  
โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว  
ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความ  
ผาสุกทางใจของมารดาในกลุ่มทดลองหลังจากเข้า  
ร่วมโปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม  
ซึ่งหมายความว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ของครอบครัวมีผลในเชิงบวกต่อการลดความ  
เครียดและความเปราะบางทางจิตใจของมารดาเด็ก  
ออทิสซึมสเปกตรัม การเสริมสร้างความเข้มแข็งใน  
ครอบครัวช่วยให้มารดาที่มีความสามารถในการ  
รับมือกับความยากลำบากและสถานการณ์ที่มีความ  
เสี่ยงสูงได้ดีขึ้น โดยโปรแกรมนี้ช่วยให้ครอบครัว  
สามารถสร้างความเข้มแข็งภายในตัวเอง ส่งผลให้  
มารดาสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้นและมี  
ความผาสุกทางใจที่สูงขึ้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าว ได้  
เน้นความสำคัญของการทำความเข้าใจเพื่อส่งเสริม  
ความเข้มแข็งและช่วยให้ครอบครัวสามารถ  
ปรับตัวและรับมือกับความทุกข์ยากด้วยวิธีต่าง ๆ  
ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารเชิงบวก

ความสามารถในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ  
 ความสามารถในการรับมือกับความเครียด  
 ความรู้สึก ผูกพัน ความสามารถในการค้นหา  
 ความหมายและจุดประสงค์ในประสบการณ์ที่  
 ยากลำบาก การสนับสนุนทางสังคม ชุมชนด้วยเหตุ  
 นี้ความเข้มแข็งของครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับ  
 ความผาสุกทางใจในหลายมิติที่สามารถจัดการกับ  
 ความท้าทายและวิกฤติต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุข  
 ภาวะทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว สำหรับใน  
 บริบทของครอบครัวที่มีเด็กเด็กออทิสซึมสเปกตรัม  
 ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสำคัญยิ่งในการ  
 ช่วยให้ผู้สมาชิกครอบครัวสามารถรับมือและ  
 เอาชนะความท้าทายที่ต้องเผชิญที่สามารถเป็น  
 ตัวกลางในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างความ  
 ยึดหยุ่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ  
 ผู้ปกครองเด็กออทิสซึมสเปกตรัมให้เกิดความผาสุก  
 ทางใจ โปรแกรมความเข้มแข็งครอบครัวได้พัฒนา  
 กิจกรรมโดยใช้องค์ประกอบของความ เข้มแข็ง  
 ของครอบครัว ซึ่งแต่ละองค์ประกอบของความ  
 เข้มแข็งของครอบครัว ได้แก่ ระบบความเชื่อของ  
 ครอบครัว การจัดการภายในครอบครัว การสื่อสาร  
 และการแก้ปัญหา ครบทั้ง 7 กิจกรรม จะก่อให้เกิด  
 การเสริมสร้างความผาสุกทางใจผ่านในแต่ละ  
 องค์ประกอบของความเข้มแข็งของครอบครัวดัง  
 รายละเอียด ดังนี้

1) องค์ประกอบที่ 1 ระบบความเชื่อของ  
 ครอบครัว โดยใช้กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและ  
 เรียนรู้ครอบครัว เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์ภาพ  
 เพื่อให้มารดาและสมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ต่อ  
 สถานการณ์สามารถร่วมกัน เผชิญปัญหา ด้วยความ

ศรัทธา ได้เรียนรู้ความสำคัญของการมีกันและกัน  
 ในครอบครัว ตลอดจนสามารถผ่านพ้นสภาวะ  
 วิกฤติที่เกิดขึ้นได้ (Antonovsky, 1987) นอกจากนี้  
 ผู้วิจัยยังใช้กิจกรรมรู้จักภาวะวิกฤติเพื่อปรับเปลี่ยน  
 เป้าหมายสู่ศักยภาพของครอบครัวส่งผลให้สมาชิก  
 ครอบครัวมีการปรับเป้าหมายตามความเชื่อที่  
 เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดระบบความเชื่อของ  
 ครอบครัว ซึ่งการที่สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ต่อ  
 สถานการณ์มีทัศนคติต่อสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ได้  
 เรียนรู้ความสำคัญของการมีกันและกัน ใน  
 ครอบครัว ช่วยให้มีความรู้สึกเชื่อมโยงกันนำไปสู่  
 ความเข้มแข็งในการมองโลก การมีมุมมองเชิงบวก  
 (positive outlook) ของครอบครัว จะส่งผลเกิดความ  
 ผาสุกในครอบครัวที่สูงขึ้น

2) องค์ประกอบที่ 2 การจัดการภายใน  
 ครอบครัว โดยใช้กิจกรรมปรับสมดุลสู่ความ  
 เข้มแข็งครอบครัว โดยมุ่งเน้นให้มารดาและสมาชิก  
 ครอบครัวมีกลวิธีการแสดงออกต่อการเผชิญ  
 สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ที่พร้อมจะแก้ปัญหา เกิดการ  
 เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว  
 นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายของครอบครัวที่  
 ชัดเจนมากขึ้น การเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองให้  
 สามารถเข้ากับบุคคลอื่นได้ อย่างถูกต้องและ  
 เหมาะสม การเปิดโอกาสให้คิด วิเคราะห์แก้ปัญหา  
 และตัดสินใจ รับผิดชอบตนเองอย่างถูกต้องได้  
 อย่างเหมาะสม (Ryff, 1995) นอกจากนี้กิจกรรม  
 เรียนรู้การจัดการของสมาชิกครอบครัวและ  
 กิจกรรมชุมพลังครอบครัว ในการปรับเปลี่ยน  
 ความคิดในทางบวกช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย  
 ความเครียด เพื่อใช้ชีวิตอย่างมีความสุขหรือมองใน

กรอบใหม่และเกิดความผาสุกทางใจได้ เกิดการยอมรับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติกสอดคล้องกับความผาสุกทางใจช่วยป้องกันการเริ่มต้นของโรคจิตเภท และเป็นการป้องกันความเครียด ด้วยการสร้างการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Serrano & Andreu, 2016) สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการภายในครอบครัว เมื่อมีการจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและมีความงอกงามภายในตน ก็จะมีพัฒนาการทางใจที่ดีมีความมั่นคงทางจิตใจ

3) องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารและการแก้ปัญหา ด้วยการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย แสดงความรู้สึกให้สอดคล้องกลมกลืนกันอย่างแท้จริง โดยใช้กิจกรรมเรียนรู้การสื่อสาร อย่างไม่ให้เรารู้จากหัวใจ โดยสมาชิกในครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้การสื่อสาร ทั้งภาษากายและภาษาพูดในการสื่อสารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีทัศนคติทางบวกในการสื่อสาร ทำให้เกิดการรับรู้ความต้องการการสื่อสารของบุคคลในครอบครัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ สอดคล้องกับแนวคิดความผาสุกทางใจในด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหา กล่าวว่าสมาชิกครอบครัวสามารถพูดคุยส่งผ่านความรู้สึกต่อกันและกัน รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเปิดเผย แบ่งปันความรู้สึกและร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ (ฮาญัร อะหมัด, 2564) นอกจากนี้ยังใช้กิจกรรมการบรรลุเป้าหมายการดูแลเด็กออทิสติก โดยสมาชิก

เกิดทักษะทางความคิดที่เป็นระบบ มีลำดับขั้นตอนกระบวนการคิดอย่างเป็นขั้นตอน มองโลกที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม มีทักษะความคิดสู่เป้าหมายในการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึม ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว ด้วยเป้าหมายการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสซึม จำเป็นต้องสร้างความศรัทธาและจิตวิญญาณจากการเรียนรู้ถึงความสำคัญของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อที่เป็นพลังบวกและเข้าใจปัญหามากขึ้น (Luthar et al., 2017) นอกจากนั้นผลการศึกษามุ่งเน้นไปที่การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของครอบครัวและความผาสุกทางใจในมารดาของเด็กที่มีภาวะออทิสซึม พบว่า มารดาสามารถยอมรับตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้อื่น สามารถเรียนรู้สิ่งแวดล้อม จุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Desiningrum et al., 2019)

**สมมติฐานการวิจัยที่ 2** ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวมีการปรับตัวในทางที่ดีขึ้น โดยผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางใจของมารดาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเกิดจากการที่โปรแกรม

เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวได้รับการออกแบบตามองค์ประกอบของแนวคิดความเข้มแข็งครอบครัว (Walsh, 2012) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้าง 1) ระบบความเชื่อของครอบครัว 2) การจัดการภายในครอบครัว และ 3) การสื่อสารและการแก้ไขปัญหาภายในครอบครัว (ฮาญัร อะหมัด, 2564) ซึ่งส่งผลให้มารดาเด็กออทิสซึมสามารถรับมือกับความเครียดและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้ดีขึ้น และมีความผาสุกทางใจที่สูงขึ้นในที่สุด เนื่องจากการเข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวนี้ ได้จัดกระทำตามองค์ประกอบของแนวคิดความเข้มแข็งครอบครัว (Walsh, 2012) ที่มุ่งเน้นในการสร้าง 1) ระบบความเชื่อของครอบครัว 2) การจัดการภายในครอบครัว และ 3) การสื่อสารและแก้ไขปัญหา (ฮาญัร อะหมัด, 2564)

จากผลการทดสอบสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว มีประสิทธิผลในการสร้างความผาสุกทางใจในกลุ่มทดลองให้เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสมาชิกครอบครัวมีกลวิธีในการแสดงออกและมีการจัดการภายในครอบครัวต่อสถานการณ์ความยากลำบากเกิดขึ้น เกิดความยืดหยุ่นในครอบครัว ความเชื่อมโยงในครอบครัว ทรัพยากรทางสังคม และเศรษฐกิจของครอบครัว การสื่อสารและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ แก้ปัญหาได้ดี ส่งผลให้เกิดความสมดุลการทำหน้าที่ครอบครัว นำไปสู่ความผาสุกทางใจ สอดคล้องกับผลการศึกษา โปรแกรมการจัดการของครอบครัวหลังการทดลอง

พบว่า มีคุณภาพชีวิตของครอบครัวสูงขึ้นและมีภาวะผู้ดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทำให้ครอบครัวมีผลลัพธ์ที่ดีมากยิ่งขึ้น (Mai & Chaimongkol, 2021) และซึ่งสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัวเด็กออทิสติก พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความต้องการใช้เวลาในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการศึกษา (จันทฐตา สุภศรี และคณะ, 2560)

### ข้อเสนอแนะ

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดอบรมการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวให้กับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีบริการสำหรับเด็กที่มีภาวะออทิสซึมในการนำไปช่วยเหลือเพิ่มความผาสุกทางใจของมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมได้อย่างทั่วถึง

#### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว โดยออกแบบกิจกรรมสำหรับมารดาเด็กออทิสซึมสเปกตรัมให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาทางการแพทย์ในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว โดยเปรียบเทียบระหว่างมารดาของเด็กออทิสซึมสเปกตรัม ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด

3. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรม

เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ในระยะการติดตามผล 1 เดือน หรือ 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

- จิณห์จุกา ชัยเสนา, นุชนาถ แก้วมาตย์, พิชามณูช ภูณ โนนทก, จันทนา เกิดบางเขม, สาวิตรี หลักทอง, และ ปณิชา พลพินิจ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลเด็กออทิสติกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(2), 31-36.
- จิณัฐตา สุกศรี, อรวรรณ หนูแก้ว, และวันดี สุทธิรัมย์. (2560). ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กออทิสติก: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุข ภาคใต้*, 4(4), 193-213.
- นิโลบล ชกกรเลิศ. (2563). กิจกรรมบำบัดในเด็กออทิสติก. *วารสารครุศาสตร์*, 14(4), 162-163.
- สถาบันราชานุกูล. (2566). ข้อมูลสถิติด้านการให้บริการ. <https://th.rajanukul.go.th>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *ครอบครัวมีลูก “ออทิสติก” ทำพ่อแม่เครียดสูง*. <https://www.thaihealth.or.th/?p=255511>.
- แสงนภา บารมี. (2566). มารดาเด็กที่มีภาวะออทิสซึมกับระดับความเครียด: การศึกษาเชิงประจักษ์. *วารสารจิตวิทยาพัฒนาการ*, 15(3), 45-60.
- สิทธิชัย ทองวร. (2566). ความเข้มแข็งของครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพจิตในสมาชิกครอบครัว. *วารสารจิตวิทยาและการพัฒนา*, 20(3), 123-134.
- อากาศ เป็รียวม, พูลพงศ์ สุขสว่าง และปิยะทิพย์ ประดุงพรหม. (2563). การพัฒนามาตรวัดความผาสุกทางจิต. *วารสารพยาบาล*, 69(2), 30-36.
- ฮาญัร อะหมัด. (2564). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของวัยรุ่นผู้ดูแลเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย]*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- Acharya, S., & Sharma, K. (2021). Lived Experiences of Mothers Raising Children with Autism in Chitwan District, Nepal. *Autism Research and Treatment*, 2021, 1-22.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4(1), 47-55.
- Arini, D., Saidah, I., Meridianti Putri, N., Dewi Praspawati, J., & Ernawati, D. (2022). Relationship Stress Levels and Parenting Mothers of Children with Autism. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 187(2), 1-15.
- Bashir, N. Y., Lockwood, P., Dolderman, D., Sarkissian, T., & Quick, L. K. (2011). Emphasizing jobs and trees: Increasing the impact of proenvironmental messages on migrants. *Basic and Applied Social Psychology*, 33(3), 255-265.
- Begum, R., & Mamin, F. A. (2019). *Impact of Autism Spectrum Disorder on Family*. <https://www.longdom.org>.
- Berliner, D. C., & Benard, B. (1995). Fostering resilience in children and youth. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 38(8), 570-575.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People. <https://www.cdc.gov/>
- Cox, C. R., Eaton, S., Ekas, N. V., & Van Enkevort, E. A. (2015). Death concerns and psychological well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 45-46, 229-238.
- Desiningrum, D. R., Suminar, D. R., & Surjaningrum, E. R. (2019). Psychological well-being among mothers of children with autism spectrum Disorder. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 1(1), 1-7.
- Divan, G., Vajaratkar, V., Desai, M. U., Strik-Lievers, L., & Patel, V. (2012). Challenges, Coping Strategies, and Unmet Needs of Families with a Child with Autism Spectrum Disorder in Goa, India. *Autism Research*, 5(3), 190-200.
- Lecavalier, L., Pan, X., Smith, T., Handen, B. L., Arnold, E., Silverman, L., & Aman, M. G. (2017). *Parent stress in a randomized clinical trial of atomoxetine and parent training for children with autism spectrum disorder*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6070148/>.

- Luthar, S. S., Crossman, E. J., Small, P. J. (2017). *Resilience and Adversity*. [https://www.researchgate.net/publication/286529886\\_Resilience\\_and\\_Adversity](https://www.researchgate.net/publication/286529886_Resilience_and_Adversity).
- Liu, G., Wang, S., Liao, J., Ou, P., Huang, L., Xie, N., He, Y., Lin, J., He, H., & Hu, R. (2020). The Efficacy of WeChat-Based Parenting Training on the Psychological Well-being of Mothers with Children with Autism During the COVID-19 Pandemic: Quasi-Experimental Study. *JMIR Mental Health*, 8(2), e23917.
- Mai, T. H. L. & Chaimongkol, N. (2021). *Relationships between Family Quality of Life and Burden among Family Caregivers of Children with Autism in Vietnam*. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/14125>.
- Mughal, A., & Saadabadi, H. (2023). Understanding Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental Psychology*, 45(2), 123-135.
- Paz, S., & Wallander, J. L. (2017). Family functioning and psychological well-being in families of children with autism spectrum disorder: A longitudinal study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(7), 2015-2026.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-10
- Singla, R., Mishra, A., Joshi, R., Sarma, P., Kumar, R., Kaur, G., & Medhi, B. (2022). Homotaurine ameliorates the core ASD symptomatology in VPA rats through GABAergic signaling: Role of GAD6. *Brain Research Bulletin*, 190, 122-133.
- Serrano, C., & Andreu, Y. (2016). Perceived Emotional Intelligence, Subjective Well-Being, Perceived Stress, Engagement and Academic Achievement of Adolescents. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 357-374.
- Walsh, F. (2012). Normal family processes: Growing diversity and complexity. *Family Relations*, 61(4), 666.

# DEPRESSION, IMPACTS FROM DEPRESSION AND FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS OF UBON RATCHATHANI RAJABHAT UNIVERSITY

*Kotchapong Sarakan, Ph.D. \*, Malisa Ngamsri, M.N.S. \*\*, Darunee Jaisawan, M.S. \*\*\*, Monthicha Raksilp, Ph.D. \*\*\*\**

## Abstract

**Objective:** This research aimed to examine the prevalence and impacts from depression and factors associated with depression among undergraduate students of Ubon Ratchathani Rajabhat University.

**Methods:** The study was a cross-sectional study. The samples were 560 undergraduate students of Ubon Ratchathani Rajabhat University, recruited by stratified random sampling. The data was collected by questionnaire, Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Thai Version and impacts from depression questionnaire. Descriptive statistics and multiple logistic regression were both used to analyze the data.

**Results:** The results revealed that the prevalence of depression among students was 29.5 %. Factors associated with depression were as follows: adequacy of spending (OR = 1.86, 95%CI = 1.22 - 2.82), health problems from studying (OR = 1.62, 95%CI = 1.07 - 2.44), fatigue (OR = 2.12, 95%CI = 1.41 - 3.18) difficulties in daily life (OR = 2.24, 95%CI = 1.46 - 3.45) academic achievement (OR = 1.73, 95%CI = 1.18 - 2.55) satisfaction with the university support system (OR = 0.27, 95%CI = 0.11-0.69), good feelings about the environment, lectures and friends (OR = 1.72, 95%CI = 1.11-2.67), sleeping patterns (OR = 1.88, 95%CI = 1.29 - 2.74) and exercise (OR = 3.80, 95%CI = 1.15 - 12.55).

**Conclusion:** The results showed that the students had the most severe stress and most primary depression. Universities should provide mental health promotion or stress management activities for students including the establishment of a mental health consultation clinic to provide services to students.

**Keywords:** depression, impacts from depression, undergraduate students

---

\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

\*\*Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, e-mail: malisa1020@hotmail.com

\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

\*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Received: 30 March 2025, Revised: 3 September 2025, Accepted: 10 September 2025

# ภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กชพงศ์ สารการ, พย.ค.\*, มะลิสางามศรี, พย.ม.\*\*, ครุณี ใจสว่าง, วท.ม.\*\*\*, มณฑิชา รักศิลป์, ต.ค.\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 560 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

**ผลการศึกษา :** ความชุกภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ร้อยละ 29.5 ผลกระทบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา คือ ความเพียงพอของการใช้จ่าย (OR = 1.86, 95%CI = 1.22 - 2.82) ปัญหาสุขภาพจากการเรียน (OR = 1.62, 95%CI = 1.07 - 2.44) ภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย (OR = 2.12, 95%CI = 1.41 - 3.18) ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน (OR = 2.24, 95%CI = 1.46 - 3.45) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (OR = 1.73, 95%CI = 1.18 - 2.55) ความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย (OR = 0.27, 95%CI = 0.11 - 0.69) ความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อมอาจารย์และเพื่อน (OR = 1.72, 95%CI = 1.11 - 2.67) แบบแผนการนอน (OR = 1.88, 95%CI = 1.29 - 2.74) และการออกกำลังกาย (OR = 3.80, 95%CI = 1.15 - 12.55)

**สรุป :** ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้จัดกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา เพื่อช่วยเหลือนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น

**คำสำคัญ :** ภาวะซึมเศร้า, ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า, นักศึกษามหาวิทยาลัย

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, e-mail: malisa1020@hotmail.com

\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วันที่รับ: 20 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 3 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 10 กันยายน 2568

## ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มวัยรุ่นรวมถึงนักศึกษามหาวิทยาลัยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ (Ebert et al., 2019) รวมทั้งเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญที่ใช้ประเมินสภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นและเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลทั่วไปในทุกประเทศทั่วโลก ในปัจจุบันความชุกภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชากรทั่วโลก (Luo et al., 2024) ในประเทศแถบเอเชีย ได้มีการสำรวจติดตามผลและการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าจากนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 1,401 คน ในประเทศจีน เป็นเวลา 4 ปีติดต่อกันพบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 20 ถึง 40 ส่วนในประเทศกลุ่มอาเซียน จากการศึกษาของ Dessauvagie et al. (2022) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย 6 ประเทศอาเซียน (กัมพูชา ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.4 ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้น จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ค่อนข้างสูง ระหว่างร้อยละ 20 - 45 (สายฝน สีนอเพี้ย และ รุจิรา ดวงสงค์, 2564; กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2563; พัชรารัตน แก้วกันทะ และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ,

2558) ซึ่งภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและเพศชายมีโอกาสไม่แตกต่างกัน (Seminario, 2022) ส่วนใหญ่พบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็น 2.59 เท่าของกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 (สายฝน สีนอเพี้ย และ รุจิรา ดวงสงค์, 2564) ส่วนด้านสุขภาพพบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Phomprasith, et al., 2022) และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ มีภาวะซึมเศร้า เป็น 3.05 เท่า ของกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (สายฝน สีนอเพี้ย และ รุจิรา ดวงสงค์, 2564) ด้านครอบครัว พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาที่มีครอบครัวเศรษฐกิจไม่ดีมากกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดี (Mofatteh, 2021) โดยพบในนักศึกษาที่มีสัมพันธ์กับบิดา-มารดาไม่ดี (กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2563) ด้านสถาบันการศึกษา พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาที่มีสัมพันธ์กับเพื่อนในสถานศึกษาไม่ดี โดยการไม่สามารถพูดคุยกับเพื่อนได้เมื่อมีปัญหา ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง (Estrella-Proañó et al., 2024) ด้านจิตใจ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีความทุกข์ใจ (Luo et al., 2024) เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับแฟน (กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2563) รวมทั้งการมีเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบมีอิทธิพลทางบวกกับภาวะ

ซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัย และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กาญจนา สุทธิเนียม และ อุบล สุทธิเนียม, 2563) ด้านการใช้ชีวิต พบว่า แบบแผนการนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2563) โดยกลุ่มที่มีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อนมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อน เป็น 5.38 เท่า (สายฝน สีนอเพีย และ รุจิรา ดวงสงค์, 2564) และระดับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ผกผันกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Alhemedi et al., 2023)

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เป็นมหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ มีรูปแบบการศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยรูปแบบการเรียนการสอนนั้นประกอบไปด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมไปถึงให้นักศึกษามีการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมของนักศึกษา นักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในการดำรงชีวิตในมหาวิทยาลัย จากการสำรวจเบื้องต้น ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี พบว่า นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 59 และมีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 11 และมากกว่าร้อยละ 80 ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและครอบครัวมีอาชีพเกษตรกร (กชพงศ์ สารการ, 2565) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าที่

ผ่านมา ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยของสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มวิชาที่มีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าได้มากเนื่องจากการเรียนการสอนทั้งวิชาทฤษฎีและปฏิบัติทำให้เกิดความเครียดและการแข่งขันทางวิชาการสูง (พัชรี พรรณพานิช และคณะ, 2564) และที่ผ่านมามีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาชั้นปี 1 ซึ่งมองว่าเป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวเข้ากับการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา แต่จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นนักศึกษาทุกชั้นปี (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญและคณะ, 2557) ยังขาดการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่มีความหลากหลายสาขาวิชาและชั้นปี นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังขาดการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าทั้งด้านลักษณะทั่วไป ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสถาบันการศึกษา ด้านจิตใจ และด้านการใช้ชีวิต ทั้งนี้การป้องกันภาวะซึมเศร้าจะให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ข้อมูลปัจจัยดังกล่าวของนักศึกษามีความสำคัญ เนื่องจากมีความแตกต่างกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาได้ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยต่างๆ มาเป็นตัวแปรต้นสำหรับการศึกษารั้งนี้ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าอันจะเป็นการลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ

อุปสรรชานานี้ ส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ให้รุนแรงมากยิ่งขึ้น

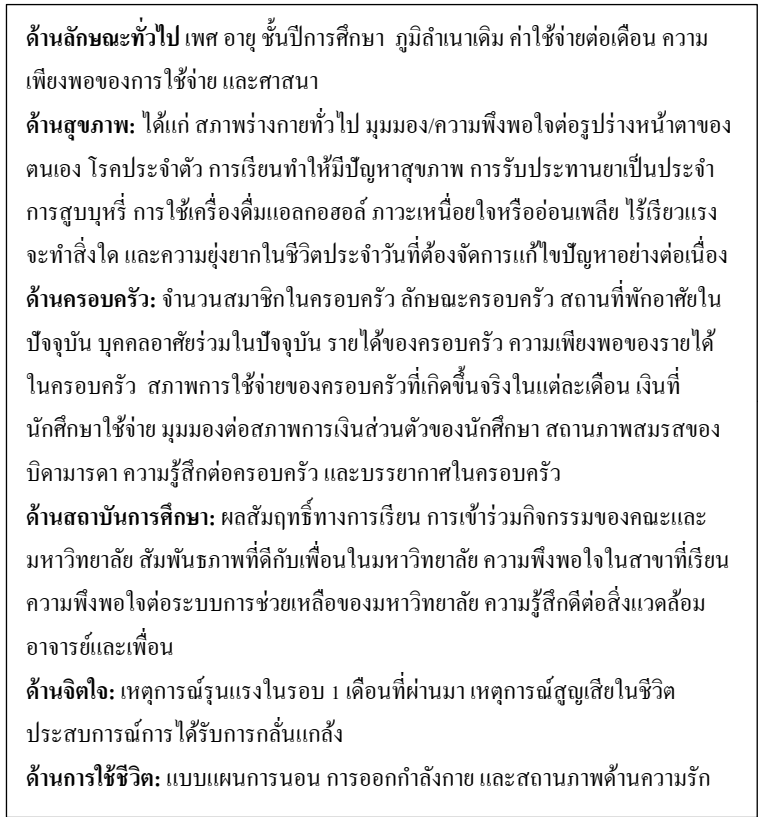
**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ภาวะซึมเศร้าได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย

ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม นักศึกษาที่เรียนในระดับอุดมศึกษาจึงต้องเผชิญกับการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาเมื่อนักศึกษาปรับตัวไม่ได้เกิดความเครียดส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ลักษณะทั่วไป และผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าทั้งด้านลักษณะทั่วไป ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสถาบันการศึกษา ด้านจิตใจ และด้านการใช้ชีวิต ดังภาพที่ 1



ภาวะซึมเศร้า

**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional study)

**ประชากร** คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1 ถึง 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ในปีการศึกษา 2565

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีในคณะต่าง ๆ กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1 ถึง 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 560 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นปีที่ 1 - 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2) มีความยินยอมเต็มใจในการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีภาคพิเศษ โดย ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

เมื่อ N = จำนวนประชากร เท่ากับ 17,695 คน

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ .03

$Z_{\alpha/2}$  = ค่าคะแนนปกติมาตรฐานที่ระดับ  $\alpha = 0.05 = 1.96$

p = ค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.32 (สุภาภรณ์ เจริญประดับ และคณะ, 2563)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ

หลายขั้นตอน (multistage random sampling) ซึ่งมีขั้นตอน การสุ่มดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มคณะจากกลุ่มสาขาวิชาในกลุ่มละ 1 คณะ จาก 3 กลุ่มสาขาวิชา โดยใช้ วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สุ่มได้คณะพยาบาลศาสตร์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี สุ่มได้คณะคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม และกลุ่ม สาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สุ่มได้คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

2. ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งตามคณะที่สุ่มได้ตามสัดส่วน

3. ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ในประชากรจำนวน นักศึกษาทุกชั้นปี ทั้งหมด 4,278 คน แบ่งสัดส่วนตามจำนวน นักศึกษาของคณะทั้ง 3 คณะ เพื่อจะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 560 คน ประกอบด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 46 คน คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม จำนวน 93 คน และคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 412 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม (questionnaire) 3 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีการศึกษา ภูมิลำเนาเดิม ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเพียงพอของการใช้จ่าย และศาสนา เป็นลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ประเมิน โดยแบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล

และคณะ (Lotrakul et al., 2008) ซึ่งนิยมใช้ในการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ที่มาจากข้อต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของ DSM-IV คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) ค่าคะแนน รวมมีตั้งแต่ 0 ถึง 27 ได้ทำการศึกษาค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) และค่าความเที่ยงตรง (validity) ของแบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยไทยพบว่า ผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 ขึ้นไป ถือว่าเป็นภาวะซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77) (Lotrakul et al., 2008) โดยแบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับในระดับสากลในการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric Properties) ที่ดี (Carroll et al., 2020) ในประเทศไทย มีการนำแบบประเมินไปใช้ในการวิจัย PHQ-9 จากการวิเคราะห์ห่อภิมานโดย Levis และคณะ มีการใช้ PHQ-9 กับนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทย ค่า Cronbach 0.85 (Kaggwa et al., 2022) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ในที่พื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient methods) ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.81 โดยมีคำถามทั้งสิ้น 33 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวที่สอดคล้องกับตนเองมากที่สุด เช่น

มี/ไม่, มาก/ปานกลาง/น้อย, เคย/ไม่เคย ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ 5 ด้าน

3. แบบสอบถามผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำถามทั้งสิ้น 33 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวที่สอดคล้องกับตนเองมากที่สุด เช่น มี/ไม่, มาก/ปานกลาง/น้อย, เคย/ไม่เคย ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ 5 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ สภาพร่างกายทั่วไป มุมมอง/ความพึงพอใจต่อรูปร่างหน้าตาของตนเอง โรคประจำตัว การเรียนทำให้มีปัญหาสุขภาพ การรับประทานยาเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเหนื่อยใจหรืออ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรงจะทำสิ่งใด และความยุ่งยากในชีวิตประจำวันที่ต้องจัดการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง 2) ด้านครอบครัว จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน บุคคลอาศัยร่วมในปัจจุบัน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สภาพการใช้จ่ายของครอบครัวที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเดือน เงินที่นักศึกษาใช้จ่าย มุมมองต่อสภาพการเงินส่วนตัวของนักศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ความรู้สึกต่อครอบครัว และบรรยากาศในครอบครัว 3) ด้านสถาบันการศึกษา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรมของคณะและมหาวิทยาลัย สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนในมหาวิทยาลัย ความพึงพอใจในสาขาที่

เรียน ความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย ความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อม อาจารย์ และเพื่อน 4) ด้านจิตใจ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เหตุการณ์รุนแรงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เหตุการณ์สูญเสียในชีวิต ประสบการณ์การได้รับการกลั่นแกล้ง และ 5) ด้านการใช้ชีวิต จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ แบบแผนการนอน การออกกำลังกาย และสถานภาพด้านความรัก (ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดค่าคะแนนและการแปลผล)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความตรงและความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเที่ยงหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient methods) ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.77

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE 662008 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะเวลาที่ใช้ โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยผู้วิจัยจะปกปิดเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยผู้วิจัยจะแสดงความยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการ

วิจัยก่อนทำการตอบแบบสอบถาม

### การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับ การ อนุมัติ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีแล้ว ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังคณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการยินยอมแล้วผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเก็บข้อมูล และช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง รวมไปถึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมและสมัครใจในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้พร้อมทั้งชี้แจงเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธก็ได้ตามความสมัครใจ ผลการตอบแบบสอบถามไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยทั้งสิ้นหากมีการเปลี่ยนใจในระหว่างการตอบแบบสอบถามสามารถยกมือเพื่อออกจากกระบวนการการวิจัยได้ทันทีและตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

4. ดำเนินการแจกแบบสอบถามพร้อมอธิบายตอบข้อซักถามข้อสงสัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้

เข้าใจทุกประการ และให้เวลาในการคิดและตัดสินใจในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีข้อจำกัดเวลา หรือการบังคับใด ๆ หากมีข้อสงสัยในระหว่างการทำแบบสอบถามสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

5. เมื่อมีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบตามจำนวนข้อสมมุติ ผู้ช่วยวิจัยเน้นย้ำให้ผู้ตอบแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอีกครั้ง

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำเสนอโดยภาพรวม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด หลังจากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ multiple logistic regression

#### ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีจำนวน 560 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.3 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.23 ปี (SD = 1.50) อยู่ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 33.9 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 63.6 ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อเดือนเท่ากับ 6,874.50 บาท (SD = 3,618.07) มีความเพียงพอของการใช้จ่าย ร้อยละ 58.0 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.9

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบจาก

### ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

1. ด้านสุขภาพ: พบว่าส่วนใหญ่ สภาพร่างกายทั่วไปปกติร้อยละ 100.0 มีความพึงพอใจต่อรูปร่างหน้าตาของตน ร้อยละ 85.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.6 ไม่มีปัญหาสุขภาพจากการเรียนร้อยละ 72.9 ไม่เคยรับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 84.3 ไม่สูบบุหรี่หรือยาสูบ ร้อยละ 80.3 ไม่เคยใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 49.1 ไม่มีภาวะเหนื่อยอ่อนเพลียร้อยละ 62.0 และไม่มีความยุ่งยากในชีวิตประจำวันร้อยละ 69.1

2. ด้านครอบครัว: พบว่าส่วนใหญ่ จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 คน (SD = 1.77) อยู่อาศัยแบบครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 65.0 พักอยู่ในหอพักเอกชนร้อยละ 47.3 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 42.3 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 24,388.93 บาท (SD = 20,605.96) รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอร้อยละ 50.2 มีสภาพการใช้จ่ายของครอบครัวพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 42.9 แหล่งเงินที่นักศึกษาใช้จ่ายมาจากบิดามารดา ร้อยละ 87.3 มุมมองต่อสภาพการเงินส่วนตัวของนักศึกษาพอใช้ ไม่มีหนี้สินร้อยละ 59.1 ปัจจุบันบิดามารดาอยู่ร่วมกันร้อยละ 71.6 รู้สึกมีความสุขดีต่อครอบครัวร้อยละ 72.0 และรักใคร่กันดีเป็นประจำร้อยละ 62.7

3. ด้านสถาบันการศึกษา: พบว่าส่วนใหญ่ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 (SD = 0.49) ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมของคณะและมหาวิทยาลัยร้อยละ 61.6 มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนในมหาวิทยาลัยระดับมากร้อยละ 51.6 มีความ

พึงพอใจในสาขาที่เรียนระดับมากร้อยละ 61.8 มีความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัยระดับปานกลางร้อยละ 51.3 และมีความรู้สึกลึกต่อสิ่งแวดล้อม อาจารย์และเพื่อนระดับมากร้อยละ 54.5

**4. ด้านจิตใจ:** พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดรุนแรงในรอบ 1

เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 82.9 ไม่มีเหตุการณ์สูญเสียในชีวิตร้อยละ 81.1 และไม่มีประสบการณ์การได้รับการกลั่นแกล้งร้อยละ 85.9

**5. ด้านการใช้ชีวิต:** พบว่าส่วนใหญ่ นอนหลับเพียงพอร้อยละ 51.3 ไม่ได้ออกกำลังกายร้อยละ 31.8 และสถานภาพด้านความรัก โสดแต่ไม่เหงาร้อยละ 35.5

**ตารางที่ 1** ความชุกของภาวะซึมเศร้า (n = 560)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	210	37.5
มีความผิดปกติแต่ยังไม่มีภาวะซึมเศร้า	185	33.0
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	114	20.4
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	36	6.4
มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	15	2.7

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า 1) ด้านลักษณะทั่วไปพบว่า อายุ ค่าใช้จ่ายต่อเดือน ความเพียงพอของการใช้จ่าย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.019, 0.041, 0.001$  ตามลำดับ) 2) ด้านสุขภาพ พบว่า มุมมอง/ความพึงพอใจต่อรูปร่าง หน้าตาของตนเอง โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพจากการเรียน การรับประทานยาเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย และความยุ่งยากในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001, 0.015, 0.001, 0.001, 0.032, 0.003,$

$0.001, 0.001$  ตามลำดับ) 3) ด้านครอบครัว พบว่า สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน บุคคลอาศัยร่วมในปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สภาพการใช้จ่ายของครอบครัวที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเดือน มุมมองต่อสภาพการเงินส่วนตัวของนักศึกษา ความรู้สึกต่อครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001, 0.001, 0.001, 0.001, 0.001, 0.015, 0.001$  ตามลำดับ) 4) ด้านสถาบันการศึกษา พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรมของคณะและมหาวิทยาลัยสัมพันธ์กับภาพที่ดีกับเพื่อนในมหาวิทยาลัย ความพึง

พอใจในสาขาที่เรียน ความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย ความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อม อาจารย์และเพื่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001, .038, .001, .001, .001$  ตามลำดับ) 5) ด้านจิตใจพบว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดรุนแรงในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เหตุการณ์สูญเสียในชีวิต

ประสบการณ์การได้รับการก่อกำเนิด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001, .001, .013$  ตามลำดับ) และ 6) ด้านการใช้ชีวิต พบว่าแบบแผนการนอน การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001, .001$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าจำแนกเป็นการวิเคราะห์แบบรายตัวแปร (Univariable analysis) และหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n = 560)

ปัจจัย	การวิเคราะห์รายตัวแปร	การวิเคราะห์หลายตัวแปร	p-value
	OR (95%CI)	adjust OR (95%CI)	
ความเพียงพอของการใช้จ่าย			
เพียงพอ	1	1	
ไม่เพียงพอ	2.71 (1.98-3.72)	1.86 (1.22-2.82)	0.003*
ปัญหาสุขภาพจากการเรียน			
มี	2.95 (2.08-4.18)	1.62 (1.07-2.44)	0.021*
ไม่มี	1	1	
ภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย			
มี	4.43 (3.17-6.19)	2.12 (1.41-3.18)	< 0.001*
ไม่มี	1	1	
ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน			
มี	5.59 (3.93-7.96)	2.24 (1.46-3.45)	< 0.001*
ไม่มี	1	1	
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน			
< 3.00	1.90 (1.39-2.59)	1.73 (1.18-2.55)	0.005*
≥ 3.00	1	1	
ความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย			
น้อย	2.70 (1.35-5.39)	0.27 (0.11-0.69)	0.006*
ปานกลาง	2.49 (1.80-3.43)	0.86 (0.55-1.35)	0.519
มาก	1	1	

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าจำแนกเป็นการวิเคราะห์แบบรายตัวแปร (Univariable analysis) และหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n = 560) (ต่อ)

ปัจจัย	การวิเคราะห์รายตัวแปร	การวิเคราะห์หลายตัวแปร	p-value
	OR (95%CI)	adjust OR (95%CI)	
ความรู้สึกลึกลับต่อสิ่งแวดล้อม อาจารย์และเพื่อน			
น้อย	7.86 (2.40-25.72)	1.75 (0.45-6.81)	0.416
ปานกลาง	2.96 (2.15-4.06)	1.72 (1.11-2.67)	0.014*
มาก	1	1	
แบบแผนการนอน			
เพียงพอ	1	1	
ไม่เพียงพอ	3.35 (2.44-4.61)	1.88 (1.29-2.74)	0.001*
การออกกำลังกาย			
ไม่ได้ออกกำลังกายเลย	7.17 (2.48-20.74)	3.80 (1.15-12.55)	0.028*
1 ครั้ง/สัปดาห์	3.68 (1.27-10.64)	3.07 (0.93-10.14)	0.065
2 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	3.25 (1.11-9.45)	2.61 (0.78-8.68)	0.116
4 - 5 ครั้ง/สัปดาห์	4.06 (1.29-12.75)	2.63 (0.72-9.54)	0.139
6 - 7 ครั้ง/สัปดาห์	1	1	

\*p-value < .05

สำหรับการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) นำเสนอค่า Adjusted Odds ratio และ 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เมื่อควบคุมผลกระทบของปัจจัยอื่น จากตารางที่ 2 พบว่า ความเพียงพอของการใช้จ่าย ปัญหาสุขภาพจากการเรียน ภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย ความรู้สึกลึกลับต่อสิ่งแวดล้อมอาจารย์และเพื่อน แบบแผนการนอน และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05

### การอภิปรายผล

#### 1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.5 สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ร้อยละ 19.6

(กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ และคณะ, 2557), ร้อยละ 45.3 (กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2563), ร้อยละ 42.8 ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ร้อยละ 30, 8.57 และ 4.29 ตามลำดับ (ภรณ์ทิพย์ ชัยสว่าง และคณะ, 2563), ร้อยละ 32.8 (พัชรี พรรณพานิช และคณะ, 2564), ร้อยละ 23.3 (อิษชาติ โรจนะหัสดิน และ จันทิมา อังคพนิชกิจ, 2564), ร้อยละ 20.7 (Srisopa et. al., 2023) จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูงอาจเป็นผลมาจากความกดดันด้านต่าง ๆ การห่างจากครอบครัว การปรับตัวให้เข้ากับบริบทของมหาวิทยาลัย การเรียนในแต่ละหลักสูตร ปัญหาที่พบจากการบริการสุขภาพ การประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งทางตรงและส่งผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัว โดยความกดดันมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น แม้ใกล้สำเร็จการศึกษา เพราะหลังจากสำเร็จการศึกษาต้องเผชิญกับความท้าทายในการเข้าสู่ตลาดงานสถานการณ์เหล่านี้ทำให้เกิดการพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา (Deng et al., 2022; Zhao et al., 2024)

## 2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี พบว่า

1. ความเพียงพอของการใช้จ่ายจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาที่มีการใช้จ่ายไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.86 เท่าของนักศึกษาที่มีการใช้จ่ายเพียงพอ (OR = 1.86, 95%CI = 1.22 - 2.82) อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 6,000

บาทต่อเดือน และนักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.88 เท่าของนักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนน้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท (OR = 1.88, 95%CI = 1.02 - 3.42) ประกอบกับรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน ซึ่งอาจส่งผลต่อนักศึกษาไม่พอเพียงต่อการใช้จ่ายรายเดือนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 42 และทำให้นักศึกษามีความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการศึกษาหรือบางคนเกิดความวิตกว่าจะไม่สามารถศึกษาได้สำเร็จ ส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Assari (2018) และ Tancredi et al. (2022) พบว่า ความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายสำหรับนักศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2. ปัญหาสุขภาพจากการเรียนจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจากการเรียนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.62 เท่าของนักศึกษาที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจากการเรียน (OR = 1.62, 95%CI = 1.07 - 2.44) สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ (2563) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเป็น 2.86 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (OR = 2.86, 95% CI = 1.37 - 5.97,  $p = 0.004$ )

3. ภาวะเหนื่อยอ่อนเพลียจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาที่มีภาวะเหนื่อยอ่อนเพลียโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.12

เท่าของนักศึกษาที่ไม่มีภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย (OR = 2.12, 95%CI = 1.41 - 3.18) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก นักศึกษามีความเหนื่อยล้าจากการเรียนการสอน การทำกิจกรรมในมหาวิทยาลัย ความเหนื่อยล้ามาจากความเครียดสะสมและส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งความเครียดเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการเกิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Srisopa et al., 2023)

4. ความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน จากการศึกษานี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาที่มีความยุ่งยากในชีวิตประจำวันมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.24 เท่าของนักศึกษาที่ไม่มีความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน (OR = 2.24, 95%CI = 1.46 - 3.45) อาจอธิบายได้ว่า การศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นการศึกษาในชั้นสูงจะต้องใช้สติปัญญาและทักษะในการศึกษามากจึงทำให้นักศึกษาเกิดความวิตกกังวลและเกิดปัญหาได้จากการมีภาระหน้าที่ในการเรียนเพิ่มขึ้น รวมไปถึงภาระความรับผิดชอบในครอบครัวและในงานกิจกรรมอื่น ๆ ของสถาบันการศึกษา ซึ่งในบางคนอาจต้องมียุทธศาสตร์ที่หลากหลายทั้งในสถาบันการศึกษาและครอบครัว เช่น บทบาทการเป็นนักศึกษา บทบาทการเป็นลูก เป็นต้น ซึ่งนับเป็นความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลมักจะไม่สามารถประสบความสำเร็จในการจัดการความยุ่งยากในชีวิตประจำวันได้ จึงส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมตามมา และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Chang et al., 2021; Aydin & Suslu, 2023)

5. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จากการศึกษานี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.73 เท่าของนักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 3.00 (OR = 1.73, 95%CI = 1.18 - 2.55) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ (2563) และ March-Amengual, et al., (2022) พบว่า นักศึกษาที่มีปัญหาการเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

6. ความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย จากการศึกษานี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาที่มีความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัยน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 0.27 เท่าของนักศึกษาที่มีความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัยมาก (OR = 0.27, 95%CI = 0.11 - 0.69) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ความพึงพอใจในระบบช่วยเหลือเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่สำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษา ความพึงพอใจดังกล่าวสะท้อนว่า นักศึกษามีระบบที่พร้อมช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา หน่วยแนะแนว หรือสายด่วนให้คำปรึกษา จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล และความสิ้นหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า (Alsubaie et al., 2019) ซึ่งถ้าระบบสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยไม่เพียงพอทั้งด้านวิชาการและการใช้ชีวิตในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ชีวิตมหาวิทยาลัยจะนำไปสู่การมีปัญหาด้าน

สุขภาพจิตได้ (Vicary et al., 2024)

7. ความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อม อาจารย์และเพื่อน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาที่มีความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อม อาจารย์และเพื่อนปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.72 เท่าของนักศึกษาที่มีความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อม อาจารย์และเพื่อนมาก (OR = 1.72, 95%CI = 1.11 - 2.67) สอดคล้องกับศึกษาของ สายฝน สีนอเพ็ช และ รุจิรา ดวงสงค์ (2564) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีระดับปัจจัยสิ่งแวดล้อมระดับไม่ ดีมีภาวะซึมเศร้า มากกว่านักศึกษาที่มีระดับปัจจัย สิ่งแวดล้อมระดับดี เป็น 4.96 เท่า ซึ่งจากการศึกษา ของ Liu et al. (2022) พบว่า นักศึกษามีการแสวงหา ความช่วยเหลือกับเพื่อนและอาจารย์ที่ตนเอง ไว้วางใจเพื่อขอคำแนะนำให้คำปรึกษาเวลามี ปัญหาทางจิตใจ

8. แบบแผนการนอน จากการศึกษา ครั้งนี้พบว่า จากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาที่นอน หลับไม่เพียงพอในแต่ละคืนมีโอกาสเกิดภาวะ ซึมเศร้าเป็น 1.88 เท่าของนักศึกษาที่นอนหลับ เพียงพอในแต่ละคืน (OR = 1.88, 95%CI = 1.29 - 2.74) อาจเนื่องมาจาก นักศึกษามีการนอนหลับไม่ เพียงพอ ร้อยละ 48.8 ประกอบกับการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) พบว่า นักศึกษาที่นอนหลับไม่เพียงพอใน แต่ละคืนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.35 เท่า ของนักศึกษาที่นอนหลับเพียงพอในแต่ละคืน (OR

= 3.35, 95%CI = 2.44 - 4.61) ซึ่งแบบแผนการนอน หลับเป็นตัวบ่งชี้ในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ การนอนหลับไม่เพียงพอในกลุ่มนักศึกษาปริญญา ตรีนั้นอาจเป็นผลมาจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ เพิ่มขึ้น เช่น เนื้อหาบทเรียน การร่วมกิจกรรมของ มหาวิทยาลัย รูปแบบการเรียนการสอนที่เป็นแบบ active learning เรียนรู้ด้วยตนเอง การอ่านตำราเรียน การเตรียมตัวสอบ การทำงานกลุ่ม เป็นต้น ภาระ งานเหล่านี้ต้องใช้ทั้งในและนอกเวลาเรียนส่งผลให้ เกิดความเครียดและส่งผลต่อปัญหาการนอนหลับ ไม่เพียงพอได้ ซึ่งความเครียดทางร่างกายที่เกิด ขึ้นกับนักศึกษาส่งผลต่อระบบนาฬิกาชีวิตภายใน ร่างกาย (internal clock system) ซึ่งทำหน้าที่กำหนด เวลาว่าเมื่อใดควรนอนหลับและเมื่อใดควรตื่นตัว จะถูกรบกวน ประกอบกับปริมาณของฮอร์โมน คอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น (Dube & Babar, 2024) ส่งผลให้นอนไม่หลับ หรือหลับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับ วรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ (2563) พบว่า การมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดโดยเฉพาะความกดดันจากการเรียน และภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้เกิดความ เครียดได้ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Srisopa et al. (2023) ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยทำนาย ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียดของ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ในภาคตะวันออกเฉียง ประเทศไทย พบว่า ความเครียดเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ ในการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน สีนอเพ็ช และ รุจิรา ดวงสงค์ (2564) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีปัญหา ในการนอนหลับพักผ่อนมีภาวะซึมเศร้ายิ่งกว่า

นักศึกษาที่ไม่มีปัญหาในการนอนหลับพักผ่อน เป็น 5.38 เท่า ซึ่งนักศึกษาที่มีปัญหาการนอนน้อยมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ (กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ และคณะ, 2563; Fauzi, et al., 2021; Mofatteh, 2020)

9. การออกกำลังกาย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า จากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.80 เท่าของนักศึกษาที่ออกกำลังกาย 6 - 7 ครั้ง/สัปดาห์ (OR = 3.80, 95%CI = 1.15 - 12.55) อาจเนื่องมาจาก มีนักศึกษาไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 31.8 และออกกำลังกายเพียง 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 31.4 ประกอบกับจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) พบว่า นักศึกษาที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 7.17 เท่าของนักศึกษาที่ออกกำลังกาย 6 - 7 ครั้ง/สัปดาห์ (OR = 7.17, 95%CI = 2.48 - 20.74) นักศึกษาที่ออกกำลังกาย 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.68 เท่าของนักศึกษาที่ออกกำลังกาย 6 - 7 ครั้ง/สัปดาห์ (OR = 3.68, 95%CI = 1.27 - 10.64) ซึ่งการออกกำลังกายส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยลดลงได้ (Zhang et al., 2022) เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นการกระตุ้นสารสื่อประสาทในสมองให้การหลั่งสารซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีความสำคัญสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (Gujral et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน สีนอเพีย และรุจิรา ดวงสงค์ (2564) ซึ่ง

พบว่า นักศึกษาที่ไม่ออกกำลังกายมีแนวโน้มที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่านักศึกษาที่ออกกำลังกายถึง 2.29 เท่า โดยเฉพาะระดับของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและผกผันกับภาวะซึมเศร้า (Alhemedi et al., 2023) ซึ่งสถาบันวิจัยทางสุขภาพแห่งชาติประเทศ อังกฤษ (National Institute of Health Research [NIHR], 2020) ได้ระบุว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้า

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติ

1. จากการศึกษาพบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.5 ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาทุกคณะเป็นประจำอย่างน้อย ทุกภาคการศึกษาหรืออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน มีปัญหาสุขภาพจากการเรียน มีภาวะเหนื่อยอ่อนเพลีย และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการจัดตั้งหน่วยงานบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาเพื่อพัฒนาเป็นระบบการติดตาม ดูแลช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่นักศึกษาทั้งด้านวิชาการและการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งเสริมให้อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ผู้สอนเพิ่มเวลาของให้คำปรึกษา เช่น จัดทำตารางนัดพบนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอและสร้างช่องทางการติดต่อเพื่อให้

นักศึกษาเข้าถึงระบบการให้คำปรึกษามากขึ้น

3. จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมสันทนาการหรือพื้นที่กิจกรรมทางกาย เพื่อให้ให้นักศึกษาได้พักผ่อน และพบปะสังสรรค์ผ่อนคลายเครียด และระหว่างอาจารย์และนักศึกษาเพื่อสร้างความรู้จักคุ้นเคยสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

4. จากการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีการใช้จ่ายไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ควรมีการสนับสนุนให้ความรู้กับนักศึกษาเกี่ยวกับการทำบันทึกการรายรับและรายจ่าย ซึ่งอาจารย์ที่ปรึกษาสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้นักศึกษามีทักษะการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายส่วนตัวและเป็นข้อมูลสำหรับการพิจารณาการให้ทุนการศึกษาด้วย

4. ควรมีการพัฒนากิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) ให้นักศึกษาในด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น เช่น การนอนพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนและอาจารย์ การส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นต้น

### ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา โดยเฉพาะด้านสถาบันการศึกษา ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจต่อระบบการช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย ความรู้สึกดีต่อสิ่งแวดล้อมอาจารย์และเพื่อน

2. ควรทำการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมกิจกรรมทางกายที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (วนน. 2566) ให้ความอนุเคราะห์ทุนสนับสนุนการวิจัย คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้สนับสนุนการดำเนินการวิจัยตลอดมา ขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

- กชพงศ์ สารการ. (2565). *ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- กนกวรรณ ลิ่มศรีเจริญ, ณสมพล หาญดี, และสุดสบาย จุลกัทพิพะ. (2557). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 ของคณะแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 29-40.
- กรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 343-354.
- กาญจนา สุทธิเนียม, และอุบล สุทธิเนียม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 43-61.
- พัชรารวรรณ แก้วกันทะ, และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร*, 42(4), 48-64.

- พัชรี พรรณพานิช, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, แพรววรินทร์ ว่องสุภักดิ์ พันธุ์, และลติพร อุดมสุข. (2564). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(3), 287-294.
- ภรณ์ทิพย์ ชัยสว่าง, ภรณ์ทิพย์ ชัยสว่าง, ปาริชาติ อ้นองอาจ, สกฤตลา เฟื่องแจ่ม, เนติพงษ์ เวฬุวนารักษ์, และ ศรัณย์ อินทกุล. (2563, 23 พฤษภาคม). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาลัยนครราชสีมา [นำเสนอปากเปล่า]. ประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 7, นครราชสีมา.
- สายฝน สีนอเพ็ช, และรุจิรา ดวงสงค์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(3), 10-23.
- สุภาภรณ์ เจริญประดับ, ขวัญธิดา พิมพการ, พจนารต เกื้อสกุล, และกิตติ เกื้อสกุล. (2563). ภาวะซึมเศร้า ความเครียดกับการจัดการปัญหาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. *มนุษยศาสตร์สาร*, 21(2), 103-119.
- อริชาติ โรจนะหัสดีน, และจันทิมา อังคพณิชกิจ. (2564). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. *วารสารเทคโนโลยีสุรนารี*, 15(1), 62-88.
- Alhemedi, A. J., Qasaimch, M. G., Abdo, N., Elsalem, L., Qaadani, D., Alomari, E., Lssa, Q., Alhadeethi, M., Abdul Kareem, H. M., Almasri, A., Elkhateeb, O., & Naser, A. Y. (2023). Depression among university students in Jordan after the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 4237-4249.
- Alsubaie, M. M., Stain, H. J., Webster, L. A. D., & Wadman, R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(4), 484-496.
- Assari, S. (2018). Financial distress, anxiety, depression, and suicide among American college students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 12(2), 84-90.
- Aydin, B. T., & Suslu, D. P. (2023). The mediating role of difficulties in emotion regulation in the relationship between childhood trauma and resilience among university students. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 13(70), 315-329.
- Carroll, H. A., Hook, K., Perez, O. F. R., Denckla, C., Vince, C. C., Ghebrehiwet, S., Ando, K., Touma, M., Borba, C. P. C., Fricchione, G. L., & Henderson, D. C. (2020). Establishing reliability and validity for mental health screening instruments in resource-constrained settings: Systematic review of the PHQ-9 and key recommendations. *Psychiatry Research*, 291, 113236.
- Chang, J. J., Ji, Y., Li, Y. H., Yuan, M. Y., & Su, P. Y. (2021). Childhood trauma and depression in college students: Mediating and moderating effects of psychological resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102824.
- Deng, Y., Cherian, J., Khan, N. U. N., Kumari, K., Sial, M. S., Comite, U., Gavurova, B., & Popp, J. (2022). Family and Academic Stress and Their Impact on Students' Depression Level and Academic Performance. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 869337.
- Dessauvagie, A. S., Dang, H. M., Nguyen, T. A. T., & Groen, G. (2022). Mental health of university students in Southeastern Asia: A systematic review. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 34(2-3), 172-181.
- Dube, S., Babar, A. (2024). Stress and insomnia - A vicious circle. *Current Medicine Research and Practice*, 14(2), 73-77.
- Ebert, D. D., Buntrock, C., Mortier, P., Auerbach, R., Weisel, K. K., Kessler, R. C., Cuijpers, P., Green, J. G., Kiekens, G., Nock, M. K., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2019). Prediction of major depressive disorder onset in college students. *Depress and Anxiety*, 36(4), 294-304.
- Estrella-Proañó, A., Rivadeneira, M. F., Alvarado, J., Murtagh, M., Guijarro, S., Alomoto, L., & Cañarejo, G. (2024). Anxiety and depression in first-year university students: The role of family and social support. *Frontiers in Psychology*, 15, 1462948.

- Fauzi, M. F., Anuar, T. S., The, L. K., Lim, W. F., James, R. J., Ahmad, R., Mohamed, M., Bakar, H. S. A., Yusof, F. Z. M., & Salleh, M. Z. (2021). Stress, anxiety and depression among a cohort of health sciences undergraduate students: The prevalence and risk factors. *Internal Journal of Environment Research and Public Health*, *18*, 3269, 1-14.
- Gujral, S., Aizenstein, H., Reynolds, C. F., Butters, M. A., & Erickson, K. I. (2017). Exercise effects on depression: Possible neural mechanisms. *General Hospital Psychiatry*, *49*, 2-10.
- Kaggwa, M. M., Arinaitwe, I., Nduhuura, E., Muwanguzi, M., Kajjimu, J., Kule, M., Ajuna, N., Machacha, I., Nkola, R., Najjuka, S. M., Wamala, N. K., Bongomin, F., Griffiths, M. D., Rukundo, G. Z., & Mamun, M. A. (2022). Prevalence and factors associated with depression and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic among university students in Uganda: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 842466.
- Liu, X. Q., Guo, Y. X., Zhang, W. J., & Gao, W. J. (2022). Influencing factors, prediction and prevention of depression in college students: A literature review. *World Journal of Psychiatry*, *12*(7), 860-873.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, *8*, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-46>
- Luo, M. M., Hao, M., Li, X. H., Liao, J., Wu, C. M., & Wang, Q. (2024). Prevalence of depressive tendencies among college students and the influence of attributional styles on depressive tendencies in the post-pandemic era. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1326582.
- March-Amengual, J. M., Cambra Badii, I., Casas-Baroy, J. C., Altarriba, C., Comella Company, A., Pujol-Farriols, R., Baños, J. E., Galbany-Estragués, P., & Comella Cayuela, A. (2022). Psychological distress, burnout, and academic performance in first year college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3356.
- Mofatteh M. (2021). Risk factors associated with stress, anxiety, and depression among university undergraduate students. *AIMS Public Health*, *8*(1), 36-65.
- National Institute of Health Research [NIHR]. *New study exploring impact of exercise in treating depression in teenagers launched*. <https://www.nihr.ac.uk/news>
- Phomprasith, S., Karawekpanyawong, N., Pinyopornpanish, K., Jiraporncharoen, W., Maneeton, B., Phinyo, P., & Lawanaskol, S. (2022). Prevalence and associated factors of depression in medical students in a northern Thailand university: A cross-sectional study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(3), 488.
- Seminario, P. E., (2022). *The sex difference in depressive symptoms among college students*. [Master's thesis, Seattle Pacific University]. [https://digitalcommons.spu.edu/rpsy\\_etd/1](https://digitalcommons.spu.edu/rpsy_etd/1)
- Srisopa, P., Moungkum, S., & Hengudomsub, P. (2023). Factors predicting depression, anxiety and stress of undergraduate students in the eastern region of Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*, *41*(3), 109-122.
- Tancredi, S., Burton-Jeangros, C., Ruegg, R., Righi, E., Kagstrom, A., Quesnel Vallee, A., Chiolero, A., Bracke, P., Buffel, V., Van De Velde, S., & Cullati, S. (2022). Financial loss and depressive symptoms in university students during the first wave of the COVID-19 pandemic: Comparison between 23 countries. *International Journal of Public Health*, *67*, 1604468.
- Vicary, E., Kapadia, D., Bee, P., Bennion, M., & Brooks, H. (2024). The impact of social support on university students living with mental illness: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Mental Health*, 1-13.
- Zhang, J., Zheng, S., & Hu, Z. (2022). The effect of physical exercise on depression in college students: The chain mediating role of self-concept and social support. *Frontiers in Psychology*, *13*, 841160.
- Zhao, M., Abdul Kadir, N. B., & Abd Razak, M. A. (2024). The relationship between family functioning, intelligence, loneliness, social support, and depressive symptoms among undergraduate students. *Behavioral Sciences*, *14*(9), 819.

## DEVELOPMENT OF A SELF-CONTROL SKILLS PROGRAM TO PREVENT BULLYING BEHAVIORS AMONG ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS IN GRADES 1 - 3

*Patcharin Khuncumchoo, M.S.\* , Sajee Rukkhawattanakul, M.S.\*\* , Kornkanok Nakprasert, M.S.\*\*\**

### Abstract

**Objective:** This research aimed to develop and examine the effects of a self-control skills enhancement program for preventing bullying behavior among primary school students in Grades 1 - 3.

**Methods:** The study employed a research and development design, comprising two phases. The first phase involved program development in collaboration with experts in child and adolescent mental health, Grade 1 - 3 primary school teachers, and school health personnel. The second phase involved program evaluation among a purposively selected group of teachers and students from a primary school in Samut Prakan Province. The research instruments included the self-control skills enhancement program, a teacher opinion questionnaire on the program, a teacher evaluation form of participating students, a strengths and difficulties questionnaire, and a peer interaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-Square Test to compare pre-program, post-program, and follow-up phase results.

**Results:** The program consisted of three lesson plans for teachers and three for students. The results indicated that the mean score of teachers' opinions about the program during the follow-up phase was higher than in the pre- and post-intervention phases. Students' mean knowledge scores showed statistically significant improvements between pre- and post-intervention and between pre- and follow-up phases ( $p < .05$ ). Likewise, skill scores showed significant differences between pre- and post-intervention and between pre- and follow-up phases ( $p < .05$ ). Statistically significant differences were also found in students' strengths and difficulties scores and in peer interaction scores specifically, regarding both being bullied and bullying others between the pre and follow-up phases ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** The program effectively enhanced teachers' knowledge, skills, and attitudes, while also improving student behavior and learning outcomes. This indicates that the program is a practical tool for promoting mental health and preventing bullying behavior among early primary school students.

**Keywords:** bullying behavior, primary school students (grades 1-3), self-control skills enhancement program

---

\*Corresponding author: Public Health Officer, Senior Professional Level, Division of Mental Health Promotion and Development, e-mail: koonpatrin2@gmail.com

\*\*Clinical Psychologist Senior Professional Level, Division of Mental Health Service Administration

\*\*\*Public Health Officer, Practitioner Level, Bureau of Mental Health Literacy

Received: 8 February 2025, Revised: 12 September 2025, Accepted: 19 September 2025

# การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกัน พฤติกรรมมารั้งแค้นในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3

พัชริน คุณคำชู, วท.ม.\*, ศจี รุกขวัฒน์กุล, วท.ม.\*\*, กรกนก นาคประเสริฐ, วท.ม.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกัน พฤติกรรมมารั้งแค้นในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย ระยะพัฒนาโปรแกรม ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่น ครูระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 และผู้รับผิดชอบงานวิจัย และระยะทดสอบผลโปรแกรมในกลุ่มครู และนักเรียน โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมมารั้งแค้นในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมและต่อนักเรียนที่เข้าร่วม โปรแกรมฯ แบบประเมินจุดแข็ง - จุดอ่อน และแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-Square Test เปรียบเทียบคะแนนก่อน - หลัง และติดตามผล

**ผลการศึกษา :** โปรแกรมที่พัฒนาประกอบด้วยแผนการสอนสำหรับครูและนักเรียน กลุ่มละ 3 แผน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ ในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านทักษะของนักเรียน ในระยะก่อนกับระยะหลัง และระยะก่อนกับระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงคะแนนเฉลี่ยจุดแข็ง - จุดอ่อน และคะแนนเฉลี่ยปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ด้านการเป็นผู้ถูกรังแค้นและด้านการเป็นผู้รังแค้นในระยะก่อนและระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป :** โปรแกรมนี้ช่วยส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทัศนคติของครู เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเรียนรู้ของนักเรียน จึงเป็นโปรแกรมทางเลือกในการนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันพฤติกรรมมารั้งแค้นในนักเรียนประถมศึกษาตอนต้น

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมมารั้งแค้น, เด็กประถมศึกษาปีที่ 1-3, โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง

\*ผู้ประสานงานบทความ: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, e-mail: koonpatrin2@gmail.com

\*\*นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

\*\*\*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอบรมผู้สุขภาพจิต

วันที่รับ: 8 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่แก้ไข: 12 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 19 กันยายน 2568

## ความสำคัญของปัญหา

องค์การเพื่อการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization : UNESCO, 2019) พบว่าเกือบ 1 ใน 3 ของนักเรียน (ร้อยละ 32) ในทุกภูมิภาคยกเว้นยุโรปและอเมริกาเหนือ เคยถูกเพื่อนรังแกที่โรงเรียนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงเดือนที่ผ่านมา ภูมิภาคเอเชียอยู่ที่ร้อยละ 30.3 สำหรับประเทศไทยความชุกของนักเรียนที่ถูกรังแกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การรังแกทางกายภาพเป็นรูปแบบการรังแกที่พบบ่อยที่สุด และการรังแกทางเพศเป็นรูปแบบที่พบเป็นอันดับสอง ในระดับโลก เด็กหญิงและเด็กชายมีโอกาสถูกกลั่นแกล้งเท่า ๆ กัน จากผลการประเมิน PISA ในปี 2022 โดยสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) พบว่าในระบบการศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงและนักเรียนมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนดีขึ้น นักเรียนจะรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น และเผชิญกับการถูกกลั่นแกล้งและความเสี่ยงอื่น ๆ ที่โรงเรียนน้อยลง สำหรับประเทศไทย นักเรียนหญิงร้อยละ 15 และนักเรียนชายร้อยละ 19 ถูกกลั่นแกล้งอย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบกับ PISA 2018 ประเทศไทยมีนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งลดลงสำหรับเด็กในระดับประถมศึกษา Hunt et al. (2013) พบว่าเด็กร้อยละ 14.3 ถูกระบุว่าเป็นผู้รังแก ร้อยละ 18.2 เป็นเหยื่อ และร้อยละ 19.0 เป็นทั้งผู้รังแกและเหยื่อ โดย Kartal (2008) พบว่าการรังแกทางคำพูดเป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา รองลงมาคือการรังแก

ทางร่างกาย และเด็กผู้ชายถูกรายงานว่าเป็นผู้กระทำการรังแกมากกว่าเด็กผู้หญิง สำหรับการศึกษานในประเทศไทย พงษ์สุดา ป้องสีดา (2564) พบว่านักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษา มีความชุกของการรังแกกันคิดเป็นร้อยละ 79 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.0 อยู่ในช่วงอายุ < 12 ปี ร้อยละ 70.7 ลักษณะการรังแกกันมีเด็กเป็นผู้กระทำ ร้อยละ 4.3 ถูกกระทำร้อยละ 55.1 เป็นทั้งผู้กระทำผู้ถูกกระทำ ร้อยละ 40.6 การรังแกกันครั้งแรกส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 44.3) การสำรวจของมูลนิธิริษัทไทย และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2563) พบนักเรียนประมาณ 1 ใน 3 ถูกรังแกเป็นประจำ โดยนักเรียนประถมศึกษาถูกรังแกร้อยละ 40.6 ซึ่งประสบการณ์รังแกมักเริ่มตั้งแต่อ่อนวัยเรียน แต่ความชุกสูงสุดในช่วงอายุ 11 - 15 ปี และลดลงเมื่ออายุมากขึ้น รูปแบบการรังแกมีแนวโน้มเปลี่ยนตามอายุที่มากขึ้นจากการเป็นเหยื่อไปเป็นผู้กระทำ (สุภรัตน์ เอกอัศวิน และจอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, 2560) สอดคล้องกับ Centre for Education Statistics and Evaluation (2017) พบว่าการรังแกกันจะพบได้มากที่สุดและรุนแรงที่สุดในช่วงที่เด็กเปลี่ยนผ่านจากชั้นประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษาและมีแนวโน้มลดลงในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย

พฤติกรรมกรังแกกันของนักเรียนส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมไทย ที่มองว่าเป็นการท้าทายและล้อเล่น (Sokantat et al., 2021) ผลกระทบที่เกิดจากการรังแกกัน ส่งผลมากมายทั้งนักเรียนที่เป็น

ผู้รังแก และนักเรียนที่เป็นเหยื่อ แบ่งได้เป็นผลกระทบด้านการศึกษา (educational consequences) โดยพบว่าเด็กที่ถูกรังแกบ่อยครั้งมักจะรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน (outsider at school) มากกว่าเด็กที่ถูกรังแกไม่บ่อยเกือบ 3 เท่า การรังแกในโรงเรียนส่งผลต่อความสำเร็จทางการศึกษาของนักเรียน ทั้งโรงเรียนโดยรวม นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพแวดล้อมของโรงเรียนที่ไม่ปลอดภัยและขาดระเบียบวินัยเกี่ยวข้องกับผลการเรียนที่ต่ำกว่า และผลกระทบด้านสุขภาพ (health consequences) พบว่า การรังแกอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก เด็กที่ถูกรังแกมีโอกาสประมาณสองเท่าที่จะรู้สึกโดดเดี่ยว นอนไม่หลับ ตอนกลางคืน และเคยคิดฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่ถูกรังแก (UNESCO, 2019) โดย Balayan and Verma (2021) พบว่านักเรียนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรังแก (ทั้งในฐานะผู้รังแกและเหยื่อ) มักประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยเหยื่อของการรังแกพบปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย ความวิตกกังวล ความเครียด ความมั่นใจในตนเอง และความนับถือตนเองต่ำ ความผิดปกติในการนอนหลับ รวมถึงปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกัน ผู้รังแกเองก็มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิตเช่นกัน เช่น อาการของภาวะซึมเศร้า ปัญหาการแสดงออกที่รุนแรง และพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) เด็กที่เป็นทั้งผู้ถูกรังแกและผู้รังแก มีคุณภาพสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรังแก นอกจากนี้ การรังแกยัง

เกี่ยวข้องกับอัตราการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้กัญชาที่สูงขึ้น รวมถึงประสบการณ์ทางเพศในวัยที่อายุน้อยกว่าอีกด้วย (UNESCO, 2019) ผลของการรังแกกันยังส่งผลต่อเนื่องถึงอนาคตพบว่า การรังแกในเด็กและวัยรุ่นมีผลตามมาทางด้านลบเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า ความกลัวที่สูง โรคแพนิก การฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และความผิดปกติของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Office of Juvenile and Delinquency Prevention, 2013) การถูกรังแกเพิ่มความเสี่ยงต่อความรุนแรงของชีวิตในภายหลังได้ถึง 1 ใน 3 และเพิ่มการเป็นผู้กระทำความผิดทางอาชญากรรม (Roberts & Morotti, 2000; Glew et al, 2000) มีการใช้สารเสพติดและสถานะทางการทำงานต่ำเมื่อเทียบกับเพื่อนที่ไม่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเป็นผู้ใหญ่ เหยื่อที่ถูกรังแกในโรงเรียนมีความเสี่ยงสูงของการถูกรังแกในที่ทำงาน (Office of Juvenile and Delinquency Prevention, 2013) เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ เด็กที่มีพฤติกรรมรังแกกันจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคู่สมรสและลูก บุคคลที่อยู่รอบข้างเด็ก เช่น ครู เพื่อน พ่อแม่ผู้ปกครอง โรงเรียน สังคม ก็อาจได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรังแกด้วย เช่น ปัญหาอาชญากรรม และการกระทำที่ผิดกฎหมาย (Roberts & Morotti, 2000)

เมื่อพิจารณาแนวทางที่จะจัดการหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว แนวทางที่มีประสิทธิภาพและได้ผลคือ การสร้างการรับมือกับปัจจัยเสี่ยงและการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง แม้ว่าเด็กวัยเรียนจะใช้เวลาในโรงเรียนแตกต่างกัน แต่โรงเรียนถือเป็นสถาบันหลักที่มีบทบาทสำคัญในการบ่มเพาะการ

พัฒนาด้านวิชาการ และการพัฒนาทักษะอารมณ์ และสังคม รวมทั้งสุขภาพแก่นักเรียน การลดความรุนแรงและส่งเสริมสุขภาพะทางอารมณ์ในโรงเรียนเป็นมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิผล (แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต, 2560) ซึ่ง โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 ถูกพัฒนาขึ้นเนื่องจากยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาในระดับนี้ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถเรียนรู้ความเป็นเหตุและผลได้ เพื่อเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองให้เด็กสามารถรู้จักควบคุมและจัดการอารมณ์ตนเอง รวมทั้งมีทักษะในการปกป้องตนเองจากการเป็นเหยื่อและรับมือกับการรังแกกัน เป็นเสมือนการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง และนำไปสู่การลดการเกิดพฤติกรรมรังแกกัน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

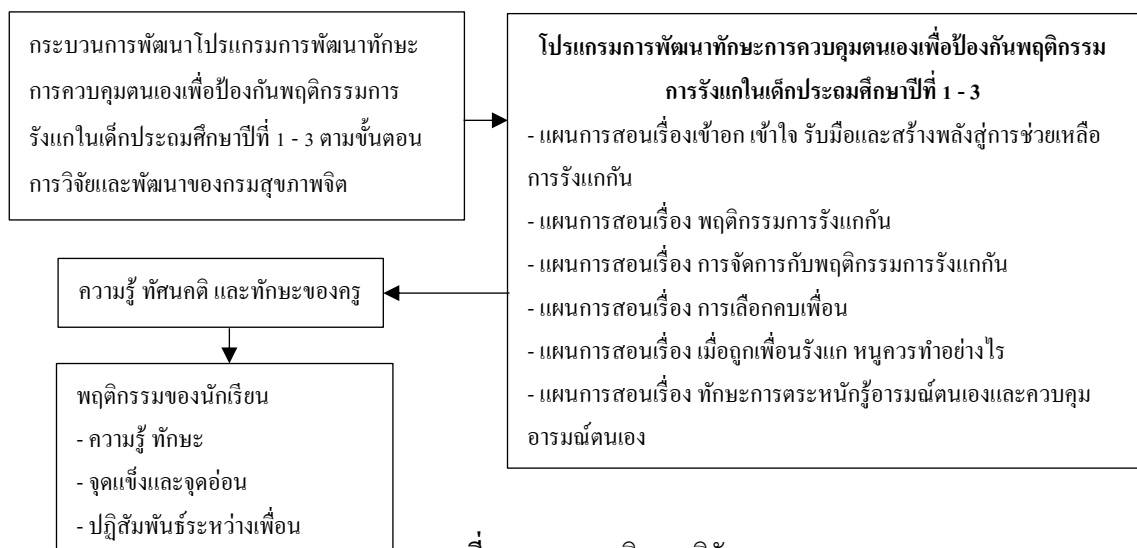
1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3

### สมมติฐานการวิจัย

ผลคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จุดแข็งและจุดอ่อน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 และระยะติดตามผล 3 เดือนมีความแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย แสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มี 2 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3 และ 2) ระยะเวลาทดสอบผลโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3**

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์การก้าวร้าวกันจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาสถานการณ์การก้าวร้าวกันในโรงเรียน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ พฤติกรรม สาเหตุและการดำเนินการเมื่อเกิดการก้าวร้าวกันในโรงเรียน และเป็นข้อมูลในการกำหนดกรอบและแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3

2) การออกแบบโปรแกรม โดยกำหนดกรอบแนวคิด ร่างเนื้อหา และรูปแบบของโปรแกรม โดยใช้ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการประชุมในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต

3) พัฒนาคุณภาพทางวิชาการของโปรแกรมฯ ใน 2 ขั้นตอนคือ

3.1) พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาในประเด็นความครอบคลุมและความถูกต้อง

ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 15 คน พิจารณาเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานวิจัยและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 คน

3.2) ทดลองใช้แผนการสอน ในกลุ่มผู้ใช้โปรแกรม ได้แก่ ครูระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานวิจัยทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 25 คน

4) ทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3 ในพื้นที่จริงดำเนินการใน 2 ขั้นตอนคือ

4.1) การนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3 ไปทดลองใช้ใน 4 พื้นที่

4.2) ประเมินผลการนำไปทดลองใช้ในพื้นที่จริงในกลุ่มผู้นำโปรแกรมฯ ไปใช้ใน 4 พื้นที่

**ระยะที่ 2 ระยะเวลาทดสอบผลโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวกันในเด็กประถมศึกษปีที่ 1 - 3**

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ single-group time series design ดังแบบแผนการทดลอง (อรพินทร์ ชูชม, 2562) ดังนี้

ทดสอบก่อน	ทดสอบ	ทดสอบหลัง
T <sub>1</sub> T <sub>2</sub> T <sub>3</sub> T <sub>4</sub> ...	x	T <sub>5</sub> T <sub>6</sub> T <sub>7</sub> T <sub>8</sub> ...

**ประชากร** ได้แก่ ครูและนักเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ เป็นกลุ่มครู จำนวน 4 ราย และกลุ่มนักเรียน จำนวน 52 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ครูและนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 ทั้งหมดในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 กลุ่มครู จำนวน 4 ราย เป็นครูในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1 ราย ครูระดับประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 2 ราย และครูระดับประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 1 ราย กลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 รวมจำนวน 47 ราย เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 10 ราย นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 23 ราย และนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 14 ราย

#### **เกณฑ์การคัดเข้า**

1. ครูในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 ได้แก่ ครูประจำชั้น ครูแนะแนวหรือครูที่ปรึกษา (ครูที่ดูแลระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน) ทุกคนที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. นักเรียนในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 ทุกคนที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### **เกณฑ์การคัดออก**

ครูและนักเรียน ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามกำหนด เช่น ป่วย ขาดโรงเรียน

#### **วิธีดำเนินการวิจัย**

1) ก่อนดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การวัดและประเมินผลแก่ผู้บริหารสถานศึกษา และร่วมกันกำหนดตารางเวลาในการเข้าร่วมทำการวิจัย

2) ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) ก่อนดำเนินการสอนตามแผนการสอนสำหรับครูในวันแรก ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การวัดและประเมินผลแก่ครู และให้ตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการสอนตามแผนการสอนสำหรับครูทั้ง 3 แผนการสอน ให้ครูในแต่ละระดับชั้นปีตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ

2.2) ก่อนดำเนินการสอนตามแผนการสอนสำหรับนักเรียนในวันที่สอง ให้ครูตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วม โปรแกรม ฯ ประเมินพฤติกรรมเด็กด้วยแบบประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) และแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ครูดำเนินการสอนตามแผนการสอน โดยนักเรียนที่เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้และฝึกทักษะร่วมกันในชั้นเรียน และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการสอนตามแผนการสอนสำหรับนักเรียนทั้ง 3 แผนการสอน ให้ครูในแต่ละระดับชั้นปีตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วม

โปรแกรมฯ และกรณีที่ผลการประเมินจากแบบประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) พบนักเรียนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีปัญหา ทีมผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ครูและนักเรียน หากพบว่าเป็นกลุ่มมีปัญหาจริง ส่งต่อข้อมูลให้ครูแนะแนวหรือครูประจำชั้นของโรงเรียน หรือครูในระบบดูแลช่วยเหลือเพื่อดูแลและส่งต่อตามระบบดูแลช่วยเหลือต่อไป ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบ 1 คน

3) ทีมผู้วิจัยติดตามผลภายหลังการเข้าโปรแกรม 3 เดือน โดยกลุ่มครูในแต่ละระดับชั้นปีให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ แบบสอบถามความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ แบบประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) และแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา

4) ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 พัฒนาโดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (2563) เป็น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ประกอบด้วยแผนกิจกรรมตามองค์ประกอบแผนกิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะคิด ความรู้และทักษะ จำนวน 6 แผนการสอน มีรายละเอียดดังนี้

**แผนการเรียนรู้สำหรับครู** จำนวน 3 แผนการสอน ได้แก่ 1) เข้าอก เข้าใจ รับมือและสร้างพลังสู่การช่วยเหลือการรังแกกัน เป็นแผนทัศนคติ เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อให้ครูเกิดความตระหนักในการป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 และเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขพฤติกรรมรังแกกันในเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 2) พฤติกรรมรังแกกัน เป็นแผนความรู้ เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที เพื่อให้ครูมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมรังแกกัน และสามารถประยุกต์ใช้แนวทางการแก้ไขและการจัดการพฤติกรรมรังแกกันเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในโรงเรียน และ 3) การจัดการกับพฤติกรรมรังแกกัน เป็นแผนทักษะ เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อให้ครูสามารถสังเกตพฤติกรรมรังแกกันจากสัญญาณเตือน และสามารถจัดการพฤติกรรมรังแกกันของนักเรียนได้

**แผนการเรียนรู้สำหรับนักเรียน** เป็นแผนความรู้และทักษะ จำนวน 3 แผนการสอน ได้แก่ 1) การเลือกคบเพื่อน เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อให้ให้นักเรียนรู้ถึงลักษณะเพื่อนที่ดีและเพื่อนที่ไม่ดี และสามารถประเมินและหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่มีแนวโน้มความรุนแรงหรือการรังแกกันในชั้นเรียน 2) เมื่อถูกเพื่อนรังแก หนูควรทำอย่างไร เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อให้ให้นักเรียนรู้วิธีการจัดการกับสถานการณ์เมื่อถูกรังแก และมีทักษะในการรับมือเมื่อถูกรังแก และ 3) ทักษะการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองและควบคุมอารมณ์ตนเอง เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อให้ให้นักเรียนสามารถตระหนักและรับรู้อารมณ์

ของตนเองเมื่อถูกรังแก และสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อถูกรังแก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง เพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครู จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่รับผิดชอบ ประสิทธิภาพในการสอน ประสิทธิภาพในการทำงาน และงานที่รับผิดชอบ และส่วนที่ 2 ข้อความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรวัด 10 ระดับ จากน้อยไปมาก ในประเด็นความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมรังแกกันที่เกิดขึ้นในโรงเรียน ความสำคัญของการป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในโรงเรียน ความสำคัญของครูในการป้องกันพฤติกรรมรังแกกัน ความรู้ของครูในเรื่องพฤติกรรมรังแกกัน การป้องกันพฤติกรรมรังแกกัน และแนวทางการแก้ไขและการจัดการเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในโรงเรียน ความสามารถของครูในการแก้ไขและการจัดการพฤติกรรมรังแกกันของนักเรียนเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในโรงเรียน การสังเกตสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรังแกกันในโรงเรียน และการพัฒนานักเรียนให้เกิดทักษะการรับมือพฤติกรรมรังแกกันในโรงเรียน

2.2) แบบสอบถามความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนา

ทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ ชั้นปี ฐานะครอบครัวของนักเรียน ผู้ที่พักอาศัยด้วย บุคลิกภาพของนักเรียนตามการรับรู้ของครู ลักษณะร่างกายของนักเรียน ภาวะสุขภาพของนักเรียนตามการรับรู้ของครู และผลการเรียนของนักเรียน และส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัด 10 ระดับ จากน้อยไปมาก ได้แก่ ความรู้ของนักเรียนในเรื่องลักษณะเพื่อนที่ดีและเพื่อนที่ไม่ดี วิธีการจัดการกับสถานการณ์เมื่อถูกรังแก ความสามารถของนักเรียนในการเลือกคบเพื่อน การหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่มีแนวโน้มการรังแกกันในโรงเรียน การรับมือเมื่อถูกรังแก และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อถูกรังแก

2.3) แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ฉบับครูประเมิน (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เลขา, 2560) มีค่า Cronbach's alpha ฉบับครู 0.76 และข้อคำถามทุกข้อมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ระดับสูง ใช้คัดกรองปัญหาพฤติกรรมในเด็กอายุ 4 - 16 ปี ในโรงเรียนหรือสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ “ไม่จริง” “จริงบ้าง” และ “จริงแน่นอน” ให้คะแนน ดังนี้ 1) ข้อคำถามที่ 1 - 6, 8 - 10, 12 - 13, 15 - 20 และ 22 - 24 “ไม่จริง = 0 คะแนน” “จริงบ้าง = 1 คะแนน” “จริงแน่นอน = 2

คะแนน” 2) ข้อคำถามที่ 7, 11, 14, 21 และ 25 “ไม่จริง = 2 คะแนน” “จริงบ้าง = 1 คะแนน” “จริงแน่นอน = 0 คะแนน” การแปลผล แบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน คะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) เพื่อแบ่งเด็กออกเป็น 3 กลุ่มคือ “กลุ่มปกติ” “กลุ่มเสี่ยง” และ “กลุ่มมีปัญหา” คะแนนรวมของกลุ่มที่ 1 - 4 เป็นคะแนนที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็กในด้านนั้น ๆ (Total Difficulties Score) ส่วนคะแนนในด้านที่ 5 เป็นคะแนนที่แสดงถึงจุดแข็งของเด็ก (Strengths Score) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพิจารณานำจุดแข็งมาใช้เพื่อให้การช่วยเหลือแก้ปัญหาในด้านอื่น ๆ ให้กับเด็กต่อไป และคะแนนด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นตัวบ่งชี้ให้ครูได้ทราบถึงความยากง่ายในการแก้ปัญหา

2.4) แบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา แปลมาจาก Peer Interactions in Primary School Questionnaire ซึ่งพัฒนาโดย Tarshis and Huffman (2007 cited in Hamburger et al., 2011) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นข้อคำถามด้านเหยื่อจากการรังแก (Victim subscale) จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามด้านผู้รังแก (Bully subscale) จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ “ไม่เคยเลย = 0 คะแนน” “บางครั้ง = 1 คะแนน” และ “บ่อย = 2 คะแนน” เมื่อรวมคะแนนในแต่ละหัวข้อย่อย ช่วงคะแนนสำหรับเหยื่อจากการรังแกคือ 0 - 24 คะแนน โดยคะแนนที่มากขึ้น บ่งชี้ถึงการเป็นเหยื่อจากการรังแก ส่วนช่วงคะแนนสำหรับผู้รังแกคือ 0 - 20

คะแนน โดยคะแนนที่มากขึ้น บ่งชี้ถึงการกระทำพฤติกรรมรังแก

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 021/2563 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อยินยอม ในแบบคำชี้แจงอาสาสมัครและแบบคำยินยอม ในกลุ่มครูลงลายมือชื่อยินยอมด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มนักเรียนให้ผู้ปกครองลงนาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะปกปิดเป็นความลับ และเปิดเผยข้อมูลเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือหน่วยงานใด รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยแล้วเสร็จ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มครู กลุ่มนักเรียน ความคิดเห็นของครูต่อ โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน และแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียน

ระดับประถมศึกษา ระยะก่อน ระยะหลัง และระยะติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

## ผลการวิจัย

### ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม

ต้นร่างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยแผนกิจกรรมตามองค์ประกอบแผนกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 14 แผนการสอน ได้แก่

1. แผนความรู้ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการรังแก/การใช้ความรุนแรงในเด็ก ป.1 - 3 และ 2) สัญญาณเตือนการใช้ความรุนแรงในเด็ก ป.1 - 3

2. แผนทัศนคติ ประกอบด้วย 1) ความเห็นอกเห็นใจผู้ถูกรังแก 2) แบบอย่างการรับมืออย่างสร้างสรรค์ และ 3) เสียงร้องที่ต้องการพลังในการช่วยเหลือ

3. แผนทักษะ ประกอบด้วย 1) แผนสำหรับพัฒนาครู ได้แก่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 1.2 การแก้ไขปัญหาความรุนแรงอย่างสร้างสรรค์ 1.3 การสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 1.4 ทักษะพัฒนาเด็กให้มี self-control 2) แผนสำหรับพัฒนาเด็ก ได้แก่ 1.1 การเคารพสิทธิผู้อื่นและปกป้องสิทธิตนเอง 1.2 ทักษะการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง ควบคุมอารมณ์ตนเอง เข้าใจอารมณ์ผู้อื่น 1.3 ทักษะการกล้าพูด กล้าบอก 1.4 ทักษะการสังเกตและการประเมินสถานการณ์ความรุนแรง และ 1.5 ทักษะการเลือกคบเพื่อน

ต้นร่างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จำนวน 14 แผนการสอนย่อย ถูกพัฒนาคุณภาพทางวิชาการ

และปรับแก้ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และทดลองใช้แผนการสอนในกลุ่มผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นครูระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวิจัยเรียนในเขตสุขภาพและกรมสุขภาพจิต ปรับแก้ในรายละเอียดภายหลังการทดลองใช้แผนการสอน และนำไปทดลองใช้จริงใน 4 พื้นที่ และปรับแก้ภายหลังประเมินผลการนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ ซึ่งโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมการรังแกกันในเด็กประถมศึกษาที่ 1 - 3 ที่พัฒนาสมบูรณ์ ประกอบด้วยแผนการสอนสำหรับครู จำนวน 3 แผนการสอน และแผนการสอนสำหรับครูใช้สอนนักเรียน จำนวน 3 แผนการสอน ดังนี้

### แผนการสอนสำหรับครู ได้แก่

1. แผนการสอนเรื่อง เข้าอก เข้าใจ รับมือ และสร้างพลังสู่การช่วยเหลือการรังแกกัน เป็นแผนทัศนคติ มีสาระสำคัญคือ เด็กประถมศึกษาตอนต้นมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการรังแกกันไม่น้อยไปกว่าเด็กประถมศึกษาตอนปลายหรือเด็กมัธยมศึกษา ซึ่งหากครูเพิกเฉยหรือมองว่าเป็นเพียงพฤติกรรมการแกล้งกันธรรมดาของเด็กนักเรียนย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก และหากปล่อยปัญหาไว้ในระยะยาว จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัวยุโรป โรงเรียนและสังคม เช่น ปัญหาความก้าวร้าวรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ดังนั้น ครูจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรังแกกัน โดยเฉพาะการเสริมสร้างการควบคุมตนเอง เพื่อให้เด็กตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง รู้จักควบคุมและจัดการอารมณ์

ตนเองอย่างเหมาะสม

2. แผนการสอนเรื่อง พฤติกรรมการรังแกกัน เป็นแผนความรู้ มีสาระสำคัญคือ พฤติกรรมรังแกกันคือ การกระทำของบุคคลทางด้านลบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลาย ๆ คน โดยเกิดขึ้นซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลเหล่านั้นไม่พึงพอใจ ไม่สุขสบาย เจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ หรือทำให้บุคคลรู้สึกแปลกแยก อับอาย ค้อยคุณค่า ซึ่งการกระทำดังกล่าวกระทำโดยทางร่างกาย วาจา หรืออย่างอื่น ซึ่งกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่นั้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรังแกกันมากกว่าระดับมัธยมศึกษา พฤติกรรมการรังแกกัน แบ่งเป็นพฤติกรรมการรังแกกันตามลักษณะของการกระทำ (การรังแกด้านร่างกาย การรังแกด้านวาจาและการรังแกด้านสังคม) และพฤติกรรมการรังแกกันตามทิศทางการกระทำ (การรังแกทางตรง และการรังแกทางอ้อม) สำหรับผลกระทบจะส่งผลทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ส่วนสาเหตุของพฤติกรรมการรังแกกันมีความเกี่ยวข้องกับด้านบุคคล ด้านครอบครัว และด้านโรงเรียน/ชุมชน การที่ครูเห็นความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจหลักการของการจัดการพฤติกรรมการรังแกกันของนักเรียน จะสามารถช่วยป้องกันพฤติกรรมการรังแกกันในนักเรียนได้

3. แผนการสอนเรื่อง การจัดการกับพฤติกรรมรังแกกัน เป็นแผนทักษะ มีสาระสำคัญคือ วิธีการสังเกตลักษณะเด็กที่มีแนวโน้มที่จะถูกเพื่อนรังแก และวิธีการสังเกตสัญญาณเตือนของเด็กที่ถูกรังแกในโรงเรียน จะเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการรังแกกันในโรงเรียน รวมทั้งมีวิธีการ

จัดการที่เหมาะสมเพื่อการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรังแกกันในโรงเรียน

แผนการสอนสำหรับนักเรียน เป็นแผนความรู้และทักษะ ได้แก่

1. แผนการสอนเรื่อง การเลือกคบเพื่อน มีสาระสำคัญคือ เพื่อนคือคนที่สร้างมิตรภาพที่ดีอยู่ด้วยแล้วมีรอยยิ้ม ช่วยปลอบใจ ไม่ทิ้งกัน ไม่ปล่อยหรือชักชวนให้เพื่อนหลงไปผิดทาง ปกป้องเพื่อน จากคำกล่าวที่ไม่จริง และพาเพื่อนไปในทางที่ดี การคบเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อจิตใจและการกระทำของนักเรียน เพราะนักเรียนมักจะทำตามเพื่อนโดยนึกว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่บางสิ่งก็เป็นสิ่งที่ไม่ดี เช่น การรังแกเพื่อนที่อ่อนแอกว่า การทำตัวเป็นหัวโจก เป็นต้น เพื่อนดี ๆ ถึงจะมีเพียงน้อยนิด แต่หากมีความจริงใจ คอยดูแลและแนะนำสิ่งดี ๆ ให้กัน จะมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของเรา นอกจากนี้ ทักษะการสังเกตและความสามารถในการประเมินสถานการณ์ที่มีแนวโน้มจะเกิดความรุนแรงหรือการรังแกกันได้ ในโรงเรียน จะช่วยให้นักเรียนสามารถป้องกันตนเองจากการเป็นเหยื่อของการรังแกกัน รวมทั้งสามารถช่วยบอกหรือเตือนเพื่อนไม่ให้ตกอยู่ในสถานการณ์เหล่านี้ได้

2. แผนการสอนเรื่อง เมื่อถูกเพื่อนรังแก หนูควรทำอย่างไร มีสาระสำคัญคือ เมื่อเข้าสู่โรงเรียน การได้พบกับเพื่อน ๆ ที่มาจากต่างครอบครัว บางครั้งอาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น ถูกข่มขู่ ถูกแกล้ง หรือถูกรังแก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่อต้าน กลัวสังคม กลัวเพื่อนและโรงเรียนจนไม่อยากมาโรงเรียน ดังนั้น

การเสริมสร้างให้นักเรียนมีวิธีการและทักษะในการรับมือเมื่อถูกรังแก จะช่วยให้เด็กสามารถดูแลและปกป้องตนเองจากบุคคลหรือสถานการณ์ที่ตกเป็นเหยื่อของการถูกรังแกได้อย่างสร้างสรรค์

3. แผนการสอนเรื่อง ทักษะการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองและควบคุมอารมณ์ตนเอง มีสาระสำคัญคือ ทักษะในการรับรู้อารมณ์โกรธหรือความรู้สึกไม่พอใจของตนเองจากการถูกรังแก จะช่วยให้นักเรียนรู้ตัวและไม่โต้ตอบด้วยความรุนแรง นอกจากนี้ ทักษะการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม จะทำให้นักเรียนมีวิธีการระบายอารมณ์และจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

## ระยะที่ 2 ทดสอบผลโปรแกรม

### ข้อมูลทั่วไปของครูที่เข้าร่วมโปรแกรม

ครูที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 4 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 มีอายุมากที่สุดในช่วง 21 - 30 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่สองมากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีประสบการณ์ในการสอนและประสบการณ์ในการทำงานในช่วง 1 - 10 ปี มากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีงานที่รับผิดชอบส่วน

ใหญ่เป็นครูประจำชั้น ครูแนะแนว และครูที่ปรึกษา มากที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0

### เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมในระยะก่อน ระยะเวลาหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

จากตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อ โปรแกรมในระยะก่อน ระยะเวลาหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ ในระยะติดตามผล (mean = 84.50) สูงกว่าระยะก่อน (mean = 66.75) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 80.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยรายด้านทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ และทักษะของครูในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

### ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรม

นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวนทั้งสิ้น 47 คน เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 มากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 รองลงมาคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 เป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 อายุ 8 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ 22 คน

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ ในระยะก่อน ระยะเวลาหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผล (n = 4)

ความคิดเห็น	ระยะก่อน	ระยะหลัง	ระยะติดตามผล
ด้านทัศนคติ	27.25	29.0	29.25
ด้านความรู้	18.50	26.25	27.50
ด้านทักษะ	21.0	25.25	27.75
คะแนนในภาพรวม	66.75	80.50	84.50

คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ อายุ 9 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 และอายุ 7 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 ฐานะทางครอบครัวของนักเรียนพหุมีพอใช้มากที่สุดจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมาคือ ฐานะยากจน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 นักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมาอาศัยอยู่กับปู่ย่า/ตายาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 นักเรียนมีบุคลิกภาพชอบเล่นกับเพื่อนมากที่สุดจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 น้อยที่สุดคือบุคลิกภาพแบบเก็บตัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 นักเรียนมีลักษณะร่างกายตัวเล็กกว่าวัย และสมวัยมากที่สุดจำนวนเท่ากันคือ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมา มีลักษณะร่างกายโตกว่าวัย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 31.9 นักเรียนส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7 นักเรียนมีผลการเรียนดีมากที่สุดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 36.2 รองลงมา ผลการเรียนปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8

**เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของนักเรียนระยะก่อน ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล**

เมื่อพิจารณาผลคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ จุดแข็งและจุดอ่อน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของนักเรียนในระยะติดตามผล (mean = 17.34) สูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมฯ (mean = 11.89) และระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (mean = 16.94) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของนักเรียนในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของนักเรียนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของนักเรียนระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ด้านทักษะของนักเรียน พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะของนักเรียนในระยะติดตามผล (mean = 33.70) สูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (mean = 23.79) และระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (mean = 32.98) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะของนักเรียนหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะของนักเรียนระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

2. จุดแข็งและจุดอ่อนของนักเรียน (SDQ) พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยจุดแข็งและจุดอ่อนของนักเรียนในระยะติดตามผล (mean = 7.02) น้อยกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (mean = 10.89) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนเข้า

ร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา พบว่า ในด้านการเป็นผู้ถูกรังแก ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนใน

ระยะติดตามผล (mean = 3.55) น้อยกว่าระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ (mean = 6.06) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผลพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านทักษะของนักเรียนในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล (n = 47)

คะแนนเฉลี่ย	mean	S.D.	T	Df	Sig (2-tailed)
<b>ด้านความรู้</b>					
ระยะก่อน 11.89	5.043	1.444	23.941	46	.000*
ระยะหลัง 16.94					
ระยะก่อน 11.89	5.447	1.987	18.793	46	.000*
ระยะติดตาม 17.34					
ระยะหลัง 16.94	.404	1.624	1.707	46	.095
ระยะติดตาม 17.34					
<b>ด้านทักษะ</b>					
ระยะก่อน 23.79	9.191	3.019	20.872	46	.000*
ระยะหลัง 32.98					
ระยะก่อน 23.79	9.915	4.048	16.793	46	.000*
ระยะติดตาม 33.70					
ระยะหลัง 32.98	.723	2.803	1.769	46	.083
ระยะติดตาม 33.70					

\*p-value < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจุดแข็งและจุดอ่อนของนักเรียน (SDQ) ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล (n = 47)

คะแนนเฉลี่ย	mean	S.D.	t	df	Sig (2-tailed)
ระยะก่อน 10.89	3.872	3.405	7.797	46	.000*
ระยะติดตาม 7.02					

\*p-value < .05

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ด้านการเป็นผู้ถูกรังแก และการเป็นผู้รังแกของนักเรียนระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผล (n = 47)

คะแนนเฉลี่ย	mean	S.D.	t	df	Sig (2-tailed)	
<b>ด้านการเป็นผู้ถูกรังแก</b>						
ระยะก่อน	6.06	2.51	1.208	14.249	46	.000*
ระยะติดตาม	3.55					
<b>ด้านการเป็นผู้รังแก</b>						
ระยะก่อน	4.66	2.83	1.20	16.163	46	.000*
ระยะติดตาม	1.83					

\*p-value < .05

ในด้านการเป็นผู้รังแกในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนในระยะติดตามผล (mean = 1.83) น้อยกว่าระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ (mean = 4.66) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการเป็นผู้รังแกในระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผลพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

#### การอภิปรายผล

1. โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมกรังแกกันในเด็กประถมศึกษาที่ 1 - 3 เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตามองค์ประกอบแผนกิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะคิด ความรู้ และทักษะ จำนวน 6 แผนการสอน เป็นแผนการเรียนรู้สำหรับครู 3 แผนการสอน ได้แก่ เข้าอก เข้าใจ รับมือและสร้างพลังสู่การช่วยเหลือการรังแกกัน พฤติกรรมกรังแกกัน และ การจัดการกับพฤติกรรมกรังแกกัน และแผนการเรียนรู้สำหรับครู

สอนนักเรียน 3 แผนการสอน ซึ่งเป็นแผนความรู้ และทักษะ ได้แก่ การเลือกคบเพื่อน เมื่อถูกเพื่อนรังแก หนุควรทำอะไร และทักษะการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองและควบคุมอารมณ์ตนเอง โปรแกรมผ่านการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาอย่างเข้มข้น ทั้งในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง การทดลองใช้แผนการสอนในกลุ่มผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและครูในระดับประถมศึกษา การนำโปรแกรมไปใช้จริงใน 4 พื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน และติดตามประเมินผลการนำไปใช้ มีการปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในพื้นที่ และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสังคม จนได้โปรแกรมต้นแบบในการป้องกันพฤติกรรมกรังแกกัน

ลักษณะโปรแกรมถูกออกแบบมาเพื่อใช้ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง โดยการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรังแกกันในโรงเรียน

และใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับกลุ่มติหรือกลุ่มเด็กนักเรียนทั่วไป โดยการให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรม การรังแกกัน เนื่องจากเด็กในวัยนี้สามารถเรียนรู้เรื่องความเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้นกว่าเด็กปฐมวัย (ศรีเรือน แก้วกัจจวน, 2545) การเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเอง จะช่วยให้เด็กสามารถรู้จักควบคุมและจัดการอารมณ์ตนเอง เคารพในสิทธิของผู้อื่น รวมทั้งมีทักษะในการปกป้องตนเองจากการเป็นเหยื่อและรับมือกับการรังแกกัน เป็นการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง และนำไปสู่ลดการเกิดพฤติกรรมรังแกกัน และมุ่งหวังให้ครูเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญในบทบาทของตนที่จะช่วยเฝ้าระวังพฤติกรรมรังแกกันในเด็กนักเรียน มีความรู้ที่ถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการแก้ไขเกี่ยวกับพฤติกรรมรังแกกัน รวมทั้งสามารถพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองในเด็กกลุ่มเป้าหมาย แม้ว่าเด็กวัยเรียนจะใช้เวลาในโรงเรียนแตกต่างกัน แต่โรงเรียนถือเป็นสถาบันหลักในการจัดเกลาทางสังคมของนักเรียน และยังเป็นหนึ่งในสถานที่สำคัญที่สุดสำหรับมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งนี้ต้นแบบที่สำคัญของนักเรียนในโรงเรียนคือครู ซึ่งเป็นผู้ที่จะรู้จักและใกล้ชิดกับเด็ก หากครูมีความเข้าใจมีความตระหนักและมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรังแกกัน รวมถึงมีแนวทางการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองแก่เด็ก จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงจากการเผชิญความก้าวร้าวรุนแรงและบาดแผลทางใจให้กับเด็ก ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากการถูกรังแก หรือลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของเด็กที่เป็นผู้กระทำ เมื่อเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ ซึ่ง

การศึกษาของชนัชชา วงษ์ทองคำ (2564) พบว่าการให้ความสำคัญถึงปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก กับทัศนคติต่อมาตรการการป้องกันและคุ้มครองการกลั่นแกล้งรังแกในสถานศึกษา

2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมรังแกกันในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 พบว่า ในกลุ่มครู มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ ในภาพรวมในระยะติดตามผล (mean = 84.50) สูงกว่าระยะก่อน (mean = 66.75) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 80.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยรายด้านทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ และทักษะของครูในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มนักเรียน คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของนักเรียนในระยะก่อนกับระยะหลัง และระยะก่อนกับระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของนักเรียนระยะหลัง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะในระยะก่อนกับระยะหลัง และระยะก่อนกับระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะของนักเรียนระยะหลัง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านทักษะของนักเรียนระยะหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ กับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยจุดแข็งและจุดอ่อนของนักเรียนในภาพรวม (SDQ) ในระยะก่อนและระยะติดตามผล

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเป็นผู้ถูกรังแกในระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผลพบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยด้านการเป็นผู้รังแกในระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ และระยะติดตามผลพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงในกลุ่มครู ผลการประเมินความคิดเห็นของครูต่อโปรแกรมฯ พบว่าหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการทุกด้าน ทั้งด้านทัศนคติ ด้านความรู้ และด้านทักษะ สะท้อนให้เห็นว่าครูมีทัศนคติ ความรู้ และทักษะต่อ โปรแกรมฯ ที่ดีขึ้น และยังคงสูงขึ้นในระยะติดตามผล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลต่อการพัฒนาทัศนคติ ความรู้ และทักษะของครู โดยเฉพาะด้านความรู้และทักษะที่คะแนนเฉลี่ยในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการที่ครูมีทัศนคติที่ดีขึ้นและได้รับความรู้และทักษะที่เหมาะสม แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการเสริมสร้างความสามารถในวิชาชีพของครู ซึ่ง Desimone (2009) ระบุว่า การพัฒนาวิชาชีพครูที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ครูสามารถปรับปรุงทักษะการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ครูมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในระยะติดตามผล และन्छชา วงษ์ทองคำ (2564) พบว่าการให้ความ

สำคัญถึงปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับทัศนคติต่อมาตรการป้องกันและคุ้มครองการกลั่นแกล้งรังแกในสถานศึกษาด้านแบบที่สำคัญในโรงเรียนสำหรับนักเรียนคือครู ซึ่งเป็นผู้ที่รู้จักและใกล้ชิดกับเด็ก หากครูมีความเข้าใจ ตระหนัก มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรังแกกัน รวมถึงมีแนวทางการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองแก่เด็ก จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงจากการเผชิญความก้าวร้าว รุนแรงและบาดแผลทางใจให้กับเด็ก ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากการถูกรังแก หรือลดพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าวของเด็กที่เป็นผู้กระทำเมื่อเด็กเติบโตขึ้นไป ซึ่งครูสามารถพัฒนาให้นักเรียนเรียนรู้หรือส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย ตลอดจนพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง และพัฒนาความคิดรวบยอดที่มีต่อตนเองได้ (ศรสลัก นิมบุตร และคณะ ,2565)

การเปลี่ยนแปลงในกลุ่มนักเรียน จากผลการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงกับนักเรียน โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ซึ่งนักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะ โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้านในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผลการเปรียบเทียบในระยะก่อนและระยะติดตามผลยังชี้ให้เห็นว่าคะแนนยังคงเพิ่มขึ้น ซึ่งบ่งบอกถึงผลกระทบของโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะของ

นักเรียน อาจเป็นผลจากการทำกิจกรรมจากแผนการสอนที่ให้นักเรียนได้เห็นทั้งภาพตัวอย่างผลกระทบและร่วมกันวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ตัวอย่างและประสบการณ์การพบเจอการกระทำ ความรุนแรง ทำให้นักเรียนเกิดความรู้จากการเห็นแบบอย่างและจากประสบการณ์ซึ่ง Piaget (1952) กล่าวว่าประสบการณ์การเรียนรู้ การสร้างโปรแกรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมและมีประสบการณ์ตรงสามารถช่วยให้นักเรียนพัฒนาความรู้และทักษะได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่านักเรียนมีพัฒนาการด้านความรู้และทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรสลัก นิมบุตร (2564) พบว่านักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้อารมณ์สังคมในการป้องกันการข่มเหงรังแกกันมีการป้องกันการข่มเหงรังแกกันในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีการป้องกันการข่มเหงรังแกกันที่สูงกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ วาสนา มั่งคั่ง และคณะ (2564) พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการป้องกันการข่มเหงรังแกผู้อื่นและการป้องกันการถูกข่มเหงรังแกของนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นหลังการใช้โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันการพฤติกรรมข่มเหงรังแกกันในโรงเรียนสูงกว่าก่อน

ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของธัญญากรณ์ อุปม์ยรัตน์ และคณะ (2562) ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนจังหวัดชายแดนใต้ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คะแนนด้านจุดแข็งและจุดอ่อนของนักเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะติดตามผลซึ่งบ่งบอกถึงการพัฒนาด้านพฤติกรรมของนักเรียนในหลายด้าน เช่น พฤติกรรมเกร อารมณ์ และความสัมพันธ์กับเพื่อน การลดลงของคะแนนนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยส่งเสริมให้นักเรียนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมและพัฒนาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการใช้ SDQ สามารถใช้ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกกันและปัญหาพฤติกรรมของเด็ก เช่น การศึกษาของ Wolke et al. (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกและการเป็นเหยื่อในโรงเรียนประถมศึกษา โดยใช้แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) ในการวัดพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของนักเรียน พบว่าการรังแกกันมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมด้านอารมณ์ที่ไม่มั่นคง และนักเรียนที่เป็นผู้รังแกมีปัญหาในด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมมากกว่านักเรียนทั่วไป การศึกษาของ Hawker & Boulton (2000) ถึงผลกระทบทางจิตใจของการถูกรังแกในโรงเรียนและใช้ SDQ

ในการประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนประถมศึกษา พบว่าการถูกรังแกมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ความกังวลและการถอนตัวทางสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของซุนินาด ศักรินทร์กุล และ อลิสา วัชรสินธุ (2557) ในกลุ่มนักเรียนอายุ 12 - 15 ปี พบว่าปัญหาสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกรและพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการข่มเหงรังแก

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียน การลดลงของคะแนนเฉลี่ยทั้งในด้านกรถูกรังแก และการเป็นผู้รังแกในระยะติดตามผลแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยลดความรุนแรงและการกระทำที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มนักเรียน การที่คะแนน ในด้านการถูกรังแกและการเป็นผู้รังแกลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตามผลนั้นชี้ให้เห็น ถึงประโยชน์ของโปรแกรมในการส่งเสริม ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนในโรงเรียน ซึ่งผล การทบทวนงานวิจัยกว่า 40 ปีเกี่ยวกับการรังแกใน โรงเรียนของ Hymel & Swearer (2015) พบความ สำคัญของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเพื่อน ในการลดพฤติกรรมกรรังแก การสร้างสภาพแวดล้อม ที่นักเรียนรู้สึกปลอดภัยและมีการสนับสนุนทาง สังคมจากเพื่อนสามารถลดการรังแกและส่งเสริม ความสัมพันธ์ที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรา ภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และคณะ (2561) พบว่า นักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ข่มเหงรังแก หลังจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษา กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการข่มเหงรังแกลดลงจากการ เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนที่ถูกข่มเหงรังแก

หลังจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มมีคะแนน เฉลี่ยการถูกข่มเหงรังแกลดลงจากการเข้าร่วม การให้คำปรึกษากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งการศึกษาของกิติรัตน์ สุวรรณรงค์ และคณะ (2565) พบว่า อิทธิพลจากเพื่อนที่มี พฤติกรรมข่มเหงรังแกสามารถทำนายความ แปรปรวนของพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่น ( $\beta = .200, p < .01$ ) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในโรงเรียน มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่ สนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมกรรังแก งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า การ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มนักเรียน และการปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน สามารถลดพฤติกรรมกรรังแกและเพิ่มความ ผูกพันในกลุ่มเพื่อน

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีผลกระทบใน เชิงบวกต่อทั้งครูและนักเรียน โดยช่วยพัฒนาทักษะ ความรู้ และทัศนคติของครู ขณะเดียวกันยังช่วย ส่งเสริมการปรับปรุงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ ระหว่างนักเรียน แสดงให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเรียนรู้ของ นักเรียนในระยะยาว รวมถึงความสามารถในการ เสริมสร้างศักยภาพและการทำงานของครู ซึ่งการ เสริมสร้างทัศนคติ ความรู้ และทักษะของครูเป็นสิ่ง สำคัญที่สามารถส่งผลต่อประสิทธิภาพในการสอน และการจัดการห้องเรียน

#### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความ หลากหลายมากขึ้น เช่น ครูและนักเรียนจาก

โรงเรียนในและนอกเขตเมืองที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเห็นความแตกต่างในบริบททางสังคมและการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิสัมพันธ์และการรังแกของนักเรียน นอกจากนี้ การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มอายุที่หลากหลาย เช่น นักเรียนในระดับมัธยมต้น อาจให้มุมมองที่ครอบคลุมมากขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการรังแกและผลกระทบระยะยาว

2. การศึกษาเพื่อวัดผลในมิติต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของนักเรียน การรับรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับบรรยากาศทางสังคมในโรงเรียน หรือการสัมผัสเชิงลึกลับกับนักเรียน ครู และผู้ปกครอง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของพฤติกรรมการรังแก

3. พัฒนาโปรแกรมการป้องกันที่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน เช่น กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน การสร้างกลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์ในโรงเรียน (peer support groups) หรือการพัฒนาความสามารถทางสังคม (social-emotional learning) เพื่อช่วยให้นักเรียนมีทักษะในการจัดการกับสถานการณ์การรังแกได้ดียิ่งขึ้น

4. ติดตามผลการศึกษาในระยะยาว โดยติดตามประเมินผลกระทบของโปรแกรมที่ใช้ เช่น ผลของการปฏิสัมพันธ์และพฤติกรรมการรังแกในระยะยาว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของนักเรียน

## เอกสารอ้างอิง

- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2563). *โปรแกรมการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง (self-control) เพื่อป้องกันพฤติกรรมกรังแกกัน (bullying) ในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1-3 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอสเพอริสพลัส.
- กิติรัตน์ สุวรรณรงค์, ยุณี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล, (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมข่มเหงรังแกผู้อื่นในเด็กวัยเรียนตอนปลาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(4), 13-25.
- ชุนิชา ศักรินทร์กุล, และอลิสา วัชรสินธุ. (2557). ความชุกของการข่มเหงรังแกและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(3), 221-230.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เลขา. (2560). *การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน*. <https://www.happyhomeclinic.com/Download/ebook/screening2560.pdf>.
- ธนัชชา วงษ์ทองคำ. (2564). *การศึกษามาตรการการป้องกันและคุ้มครองการแก้อั้งรังแกในสถานศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายในสังกัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ธัญญาภรณ์ อุปมัรัตน์, วินิภาญณ์ คงสุวรรณ, และวันดี สุทธรังษี. (2562). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อทัศนคติการใช้ความรุนแรง และพฤติกรรมการควบคุมตนเองในนักเรียนวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(3), 13-28.
- แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2560). *รายงานสรุป การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิผล*. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- พงษ์สุดา ป้องลีดา. (2564). ความชุกของการรังแกกันและปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้องในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษา จังหวัดน่าน. *เชิงวิจัยวารสาร*, 13(2), 102-119.

- พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์, วิไลลักษณ์ ลังกา, กัมปนาท บริบูรณ์, และ  
 วรรณิต แสนอุบล. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการ  
 การข่มเหงรังแกในโรงเรียน. *Veridian E-Journal, Silpakorn  
 University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์  
 และศิลปะ*, 11(1), 3653-3667.
- มูลนิธิรักษ์ไทย, และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น  
 พื้นฐาน. (2563). *นักเรียนก้าวทันยุคดิจิทัลในโรงเรียน  
 และโซเชียลมีเดีย*. <https://anyflip.com/xlwwg/vyiu/basic>
- วาสนา มั่งคั่ง, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, แลเว้งงา สูดินันท์  
 โอภาส. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการ  
 ป้องกันพฤติกรรมข่มเหงรังแกในโรงเรียน. *วารสาร  
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 13(2), 119-131.
- ศรสลัก นิมบุตร. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้าง  
 การเรียนรู้อารมณ์สังคมในการป้องกันการข่มเหงรังแกกัน  
 ของนักเรียนที่เห็นเหตุการณ์การข่มเหงรังแกกันในโรงเรียน  
 ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย: การวิจัยผสมวิธี  
 [วิทยานิพนธ์คุณวุฒิปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
[http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/  
 1986/1/gs611150039.pdf](http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1986/1/gs611150039.pdf)
- ศรสลัก นิมบุตร, อัจฉรา ประเสริฐสิน, และสุภาสุกร จันประเสริฐ.  
 (2565). ผู้เห็นเหตุการณ์กับการป้องกันการข่มเหงรังแกกัน  
 ในโรงเรียน. *วารสารราชพฤกษ์*, 20(3), 141-155.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาทุกช่วงวัย : แนวคิด  
 เชิงทฤษฎี-วัยเด็กตอนกลาง เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 8). โรงพิมพ์  
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภรัตน์ เอกอัครวิน, และจอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์. (2560). ความชุก  
 ของประสบการณ์รังแกและโรคร่วมจิตเวชในนักเรียนไทย.  
*วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(2), 96-106.
- สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2567).  
*ผลการประเมิน PISA 2022 : บทสรุปสำหรับผู้บริหาร*.  
<https://pisathailand.ipst.ac.th/pisa2022-summary-result/>
- อรพินทร์ ชุชม. *การวิจัยกึ่งทดลอง Quasi – Experimental  
 Research*. <http://bsris.swu.ac.th/journal/150952/file/1.pdf>.
- Balayan, K. & Verma, M. (2021) Understanding Bullying:  
 Roles, Types, Gender Difference and Effect on Mental  
 Health. *The International Journal of Indian Psychology*.  
 9(3), 2216-2223.
- Centre for Education Statistics and Evaluation. (2017). *Anti-  
 bullying interventions in schools-what works?.* [https://education.  
 nsw.gov.au/content/dam/main-education/about-us/  
 educational-data/cese/2017-anti-bullying-interventions-in-  
 schools.pdf](https://education.nsw.gov.au/content/dam/main-education/about-us/educational-data/cese/2017-anti-bullying-interventions-in-schools.pdf)
- Glew, G., Rivara, F., & Feudtner, C. (2000). Bullying: children  
 hurting children. *Pediatrics in review*, 21(6), 183-190.
- Hamburger, M. E., Basile, K. C., & Vivolo, A. M. (2011).  
*Measuring Bullying Victimization, Perpetration, and  
 Bystander Experiences : A Compendium of Assessment  
 Tools*. [https://www.researchgate.net/publication/50844676\\_  
 Measuring\\_Bullying\\_Victimization\\_Perpetration\\_and\\_By-  
 stander\\_Experiences\\_A\\_Compendium\\_of\\_Assessment\\_To  
 ols](https://www.researchgate.net/publication/50844676_Measuring_Bullying_Victimization_Perpetration_and_Bystander_Experiences_A_Compendium_of_Assessment_Tools)
- Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years'  
 research on peer victimization and psychosocial  
 maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional  
 studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4),  
 441-455.
- Hunt, M, H., Meyers, J., Jarrett, O., & Neel, J. (2013). *Student  
 Survey of Bullying Behavior: Preliminary Development and  
 Results from Six Elementary Schools*. [https://schoolsafety.  
 education.gsu.edu/wp-content/blogs.dir/277/files/2013/10/  
 SSBB\\_FINAL\\_FINAL\\_FINALtulip.pdf](https://schoolsafety.education.gsu.edu/wp-content/blogs.dir/277/files/2013/10/SSBB_FINAL_FINAL_FINALtulip.pdf)
- Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research  
 on school bullying: An introduction. *American Psychologist*,  
 70(4), 293-299.
- Kartal, H. (2008). Bullying prevalence among elementary  
 students. *Journal of Education*, 35, 207-217.
- Office of Juvenile and Delinquency Prevention. (2013).  
*Literature review A product of the Model Programs Guide*.  
<https://www.ojjdp.gov/mpg/litreviews/Bullying.pdf>.
- Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children*.  
[https://www.bxscience.edu/ourpages/auto/2014/11/16/500  
 07779/Piaget%20When%20Thinking%20Begins10272012  
 \\_0000.pdf](https://www.bxscience.edu/ourpages/auto/2014/11/16/50007779/Piaget%20When%20Thinking%20Begins10272012_0000.pdf)

- Roberts, W. B., Jr., & Morotti, A. A. (2000). The bully as victim: Understanding bully behaviors to increase the effectiveness of interventions in the bully-victim dyad. *Professional School Counseling, 4*(2), 148-155.
- Sokantat, N., Kanyajit, S., Poonyarith, S., Thanyasiri, P. & Unmareng, N. (2021). Thai culture: The Foundation of school bullying. *International Journal of Criminal Justice Science, 16*(2), 369-384.
- The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2019). *Behind the numbers: Ending school violence and bullying*. <https://www.unicef.org/media/66496/file/Behind-the-Numbers.pdf>
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L., & Karstadt, L. (2000). The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(8), 989-1002.

# THE DEVELOPMENT OF SUICIDE PREVENTION AND SURVEILLANCE SYSTEM BY THE PARTICIPATION OF DISTRICT COMMUNITY, SATUN PROVINCE

*Darin Thanapunyaboon, M.D.\**

## **Abstract**

**Objective:** This study aimed to: (1) examine and analyze the causes and contributing factors of suicide in collaboration with community stakeholders; (2) develop a community-participatory district-level suicide surveillance and prevention system in Satun Province; and (3) evaluate the implementation of the suicide surveillance and prevention system across seven districts in Satun Province.

**Methods:** This research employed a mixed-methods research design integrating quantitative and qualitative approaches. The study participants comprised: (1) community leaders and village health volunteers; (2) members of the District Health Coordinating Committee, spiritual leaders, relatives and family members, individuals with a history of self-harm, and members of the District Quality of Life Development Committee (e.g., district chiefs, mayors, district public health officers, subdistrict administrative organization chiefs, and hospital directors). The target areas were nine villages with a recorded history of suicide in 2023. A total of 110 participants were included.

**Results:** The findings revealed that the participants were situated in a rural community context characterized by strong family cohesion and high levels of social connectedness, which serve as important protective factors against suicidal behaviors. At the same time, television and social media were found to play a significant role in shaping public attitudes toward suicide. In addition, the participants' levels of beliefs, thoughts, feelings, and attitudes regarding suicide, as well as practices related to funeral management and mourning, were significantly higher after the intervention than before the intervention at the .05 level. Furthermore, the overall satisfaction of the participants with the developed system was rated at the highest level.

**Conclusion:** The results indicate that the district-level, community-based suicide prevention and surveillance system in Satun Province effectively enhances public awareness, understanding, and community participation at the local level. Moreover, the system is appropriate and well aligned with the cultural and social context of the area.

**Keywords:** suicide prevention and surveillance system, suicide, community participation

---

*\*Corresponding author: Medical Physician, Senior Professional Level, Satun Hospital, e-mail: jiebdarin@gmail.com*

Received: 16 October 2025, Revised: 10 January 2026, Accepted: 18 January 2026

# การพัฒนาาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

คาริน ธนปัญญาบุรณ์, พ.บ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับชุมชน 2) เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล 3) เพื่อประเมินผลการใช้ระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7 อำเภอในจังหวัดสตูล

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข 2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ผู้นำทางจิตวิญญาณ ญาติครอบครัว และผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายจากหมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี 2566 จำนวน 9 หมู่บ้าน จำนวน 110 คน

**ผลการศึกษา :** ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในบริบทชุมชนชนบทที่มีความเข้มแข็งของครอบครัวและความผูกพันทางสังคมสูง ซึ่งเป็นปัจจัยคุ้มกันสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ขณะเดียวกันบทบาทของสื่อโทรทัศน์และสื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติของประชาชนอย่างมาก อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการจัดการศพและไว้ทุกข์หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

**สรุป :** ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลสามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและสังคม

**คำสำคัญ :** ระบบป้องกันและเฝ้าระวัง, ปัญหาการฆ่าตัวตาย, ชุมชนมีส่วนร่วม

\*ผู้ประสานงานบทความ: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสตูล, e-mail: jiebdarin@gmail.com

วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2568, วันที่แก้ไข: 10 มกราคม 2569, วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569

## ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับโลกมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความล้มเหลวในการเผชิญและปรับตัวของบุคคลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอาจนำมาสู่ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด รวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชและปัญหาการทำร้ายตนเอง ดังนั้นปัญหาการฆ่าตัวตายจึงถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าสาเหตุจากความขัดแย้ง สงคราม และภัยพิบัติทางธรรมชาติทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 800,000 คนต่อปี หรือคิดเป็นหนึ่งคนทุก ๆ 40 วินาที โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุและวัยรุ่น และเมื่อจัดลำดับสาเหตุการเสียชีวิตตามกลุ่มอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 15 - 49 ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคสำคัญอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเอดส์ และอุบัติเหตุบนท้องถนน (World Health Organization, 2021) โดยการฆ่าตัวตายนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 28 ของโลก จากรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง และคนไทยพยายามฆ่าตัวตาย 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 85 คน

หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เหตุการณ์ฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นง่าย ๆ ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมักจะมีอาการบางอย่างที่มีความโน้มเอียงมีความเสี่ยงอยู่ก่อนแล้ว ประสบวิกฤติชีวิตที่ทำให้อับอายขายหน้า หรือ พ่ายแพ้ล้มเหลว ร่วมกับอับจนหนทางไม่มีทางออกในวิกฤตินั้น ความคิดฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ว่ารายบุคคลหรือรายจังหวัด จึงไม่มีสูตรสำเร็จที่ได้ผลที่สุดเนื่องจากเหตุปัจจัยแปรเปลี่ยนไปตามเวลา ยุคสมัย และในแต่ละรายบุคคล แนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันคือ รวบรวมข้อมูลเรื่องราวที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละเหตุการณ์ด้วย suicide investigation (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางภาคใต้ของประเทศไทย มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและชุมชน ประชากรส่วนใหญ่ยังคงมีวิถีชีวิตแบบชุมชนที่เข้มแข็ง แต่ในขณะเดียวกัน ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงก็ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน หนึ่งในปัญหาที่สำคัญคือการฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 พบว่า จังหวัดสตูลมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 16 ราย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 4.91 รายต่อประชากรแสนคน ขณะที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 154 ราย โดยมีอัตราการไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี

อยู่ที่ร้อยละ 87.01 เมื่อพิจารณารายอำเภอพบว่า อำเภอละงูและอำเภอทุ่งหว้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ 8.10 และ 8.12 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนวิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดคือการแขวนคอ ปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ได้แก่ การมีครอบครัวอบอุ่นและชุมชนที่เข้มแข็ง ขณะที่กลุ่มเสี่ยงมักเป็นนักเรียน/นักศึกษาและผู้รับจ้าง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายไม่ได้เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคล แต่ยังเกี่ยวพันกับบริบททางครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมทางสังคม ดังนั้นควรมีการพัฒนาาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2566) จากข้อมูลการสำรวจในชุมชนพบว่าประชาชนยังขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสาเหตุ สัญญาณเตือน และวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทำให้บางกรณีเกิดผลกระทบทางจิตใจ ทั้งความเครียด ความหดหู่ และความวิตกกังวล นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังมีข้อจำกัด เนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะด้าน สุขภาพจิตในชุมชนจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงช่องทางขอความช่วยเหลือหรือแนวทางการป้องกันอย่างถูกต้อง อีกทั้งการอบรมและให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่เพียงพอ ทำให้ขาดการสอดส่องและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ในด้านทรัพยากร ชุมชนยัง

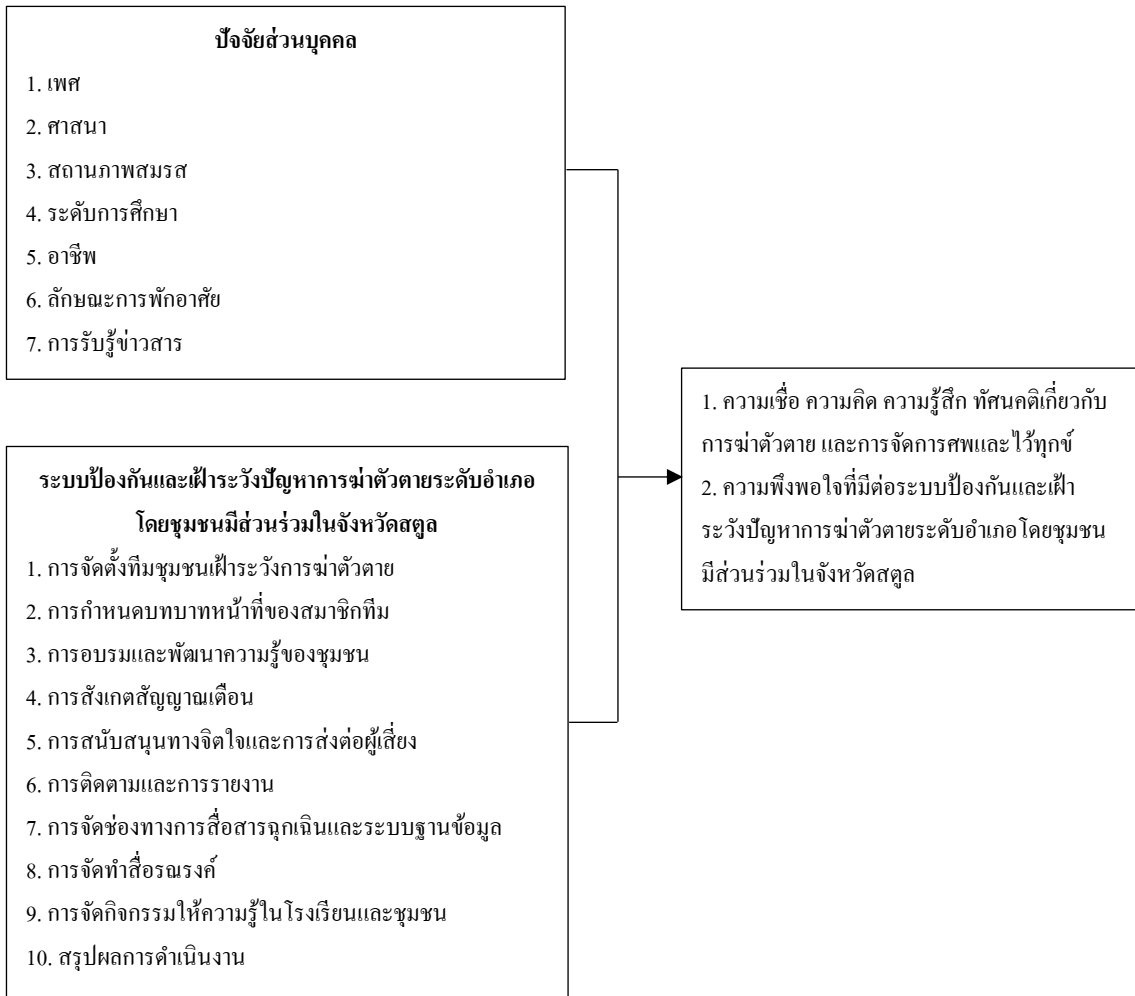
ขาดงบประมาณ อุปกรณ์ และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้เต็มที่ ปัจจัยทางสังคมและครอบครัว เช่น ครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น ความร่วมมือของชุมชนไม่เข้มแข็ง ปัญหาเศรษฐกิจ ว่างงาน และปัญหาสุขภาพเสียดังกล่าวยิ่งส่งผลให้การป้องกันและลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมีอุปสรรคเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล เพื่อพัฒนาระบบการสอดส่อง ดูแล และให้ความรู้แก่ประชาชน รวมถึงสร้างกลไกการป้องกันที่เหมาะสมทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การสำรวจปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่ พร้อมทั้งวิเคราะห์อุปสรรคและปัจจัยสนับสนุน เพื่อให้ได้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับชุมชน
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล
3. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7 อำเภอในจังหวัดสตูล

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย

ของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดสตูล (2) พัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล (3) ศึกษาผลการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข 2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) 3) ผู้นำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้านและ ปราชญ์ชาวบ้าน 4) ญาติ ครอบครัว และ ผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง 5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายจากหมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี 2566 จำนวน 9 หมู่บ้าน

2. กลุ่มตัวอย่างได้มีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง ทำให้ได้ผู้ร่วมวิจัยจากพื้นที่เป้าหมายซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 9 หมู่บ้าน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ซึ่งใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยกำหนดค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.50 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ทั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 110 คน ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 32 คน 2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) จำนวน 17 คน 3) ผู้นำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้านและปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 18 คน 4) ญาติ ครอบครัว และ ผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง จำนวน 28 คน 5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 15 คน รวมจำนวน 110 คน

### เกณฑ์ที่คัดเข้า

1. บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการในสัมภาษณ์
4. มีสติสัมปชัญญะดีและสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย

### เกณฑ์ที่คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือต้องการออกจากกรวิจัยในขณะดำเนินการสอบถามด้วยเหตุผลต่าง ๆ
2. พื้นที่ทำการวิจัยเป็นการเลือกแบบเจาะจง คือ หมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี 2566 จังหวัดสตูล โดยมีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายและยังอยู่ในช่วงที่กลุ่มเป้าหมายจะให้ข้อมูลได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านภูมิศาสตร์ ประชากร หน่วยงานราชการในพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และจำนวนแพทย์และพยาบาล
2. แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยอาศัยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวัง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

และปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2560; American Foundation for Suicide Prevention, 2018) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (Joiner, 2010) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff (1981) รวมทั้งแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูล โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) และ แบบเติมคำในช่องว่าง (open-ended questions) จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่อาศัย บุคคลที่พักอาศัยด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ อาชีพ และบทบาทในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ผ่านทางสื่อธรรมรงค์ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความเชื่อ ความคิดความรู้สึกทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไวท์กซ์ จำนวน 13 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนให้เลือก 3 คำตอบ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นใจ และ ไม่เห็นด้วย จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ความเชื่อ/ทัศนคติ ระดับคะแนน

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่เห็นใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินและการแปลผล

ค่าเฉลี่ย                      ความคิดเห็น

2.34 - 3.00                  เห็นด้วย

1.67 - 2.33                  ไม่เห็นใจ

1.00 - 1.66                  ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัญหาการใช้สุรา

และสารเสพติด โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (Checklist Questions) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) และ แบบเติมคำในช่องว่าง (open-ended questions) จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 6 ประสิทธิภาพการฆ่าตัวตายและการรับบริการทางการแพทย์ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) จำนวน 23 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ จำนวน 17 ข้อ

4. ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลที่พัฒนามาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตาย (WHO, 2014; กรมสุขภาพจิต, 2564)

แนวทางการกำหนดบทบาทเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงานเป็นทีม (Tuckman & Jensen, 1977) แนวคิดการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย (Beautrais, 2000; กรมสุขภาพจิต, 2563) แนวคิดการรับรู้สัญญาณเตือนล่วงหน้าในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Joiner, 2005) แนวคิดการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อลดความรุนแรงของภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ (WHO, 2011) แนวคิดระบบติดตามต่อเนื่องช่วยป้องกันการหลุดจากระบบการดูแล (Hawton & Williams, 2001) แนวคิดระบบข้อมูลและการสื่อสารในการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต (WHO, 2014) แนวคิดการสื่อสารสาธารณะเชิงบวกต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (Niederkrotenthaler et al., 2010) แนวคิดโรงเรียนเป็นฐานการป้องกัน (school-based prevention) (กรมสุขภาพจิต, 2563) และแนวคิดการประเมินผล (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) โดยผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน ด้านการบริหารสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน และด้านนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 ท่าน โดยขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้

4.1 การจัดตั้งทีมชุมชนเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยจัดประชุมผู้นำชุมชน และอาสาสมัครเพื่อคัดเลือกแกนนำและแต่งตั้งคณะทำงานเฝ้าระวังอย่างเป็นทางการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (พฤษภาคม 2567)

4.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม โดยจัดการระดมสมองเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่

ของสมาชิกทีม เช่น ผู้คัดกรอง ผู้ประสานงาน ผู้ติดตาม และผู้รายงานผล พร้อมจัดทำเอกสารโครงสร้างทีม โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (พฤษภาคม 2567)

4.3 การอบรมและพัฒนาความรู้ของชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย และการดูแลผู้เสี่ยง โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและจิตเวชเป็นวิทยากร โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (มิถุนายน - กรกฎาคม 2567)

4.4 การสังเกตสัญญาณเตือน โดยฝึกอบรมการสังเกตสัญญาณเตือนทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และคำพูด ผ่านกรณีศึกษาและสถานการณ์จำลอง พร้อมการประเมินความเสี่ยง โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (กรกฎาคม 2567)

4.5 การสนับสนุนทางจิตใจและการส่งต่อผู้เสี่ยง โดยฝึกทักษะการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น (Psychological First Aid: PFA) และจัดระบบส่งต่อผู้เสี่ยงไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขหรือสายด่วนสุขภาพจิต โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 5 เดือน (สิงหาคม - ธันวาคม 2567)

4.6 การติดตามและการรายงาน โดยจัดทำแบบฟอร์มติดตามผู้เสี่ยงรายบุคคล ประชุมทีมรายเดือน และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการระดับพื้นที่ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 5 เดือน (สิงหาคม - ธันวาคม 2567)

4.7 การจัดช่องทางสื่อสารฉุกเฉินและระบบฐานข้อมูล โดยจัดตั้งสายด่วนชุมชน กลุ่ม Line เฝ้าระวัง และพัฒนาฐานข้อมูลผู้เสี่ยงแบบไม่

เปิดเผยตัวตน เพื่อใช้ในการประสานงานฉุกเฉิน โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (สิงหาคม-กรกฎาคม 2567)

4.8 การจัดทำสื่อรณรงค์ โดยผลิตโปสเตอร์ แผ่นพับ และสื่อออนไลน์เพื่อรณรงค์เรื่องการดูแลสุขภาพจิต ลดการตีตรา และส่งเสริมการขอความช่วยเหลือ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (กันยายน - ตุลาคม 2567)

4.9 การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน และชุมชน โดยจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในโรงเรียนและชุมชน เช่น ถ่ายพัฒนาทักษะชีวิต การจัดการความเครียด และการสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (ตุลาคม - พฤศจิกายน 2567)

4.10 สรุปผลการดำเนินงาน โดยจัดประชุมสรุปบทเรียน ประเมินผลโครงการ และจัดทำรายงานเสนอแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังในระยะยาว โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (ธันวาคม 2567)

5. แบบประเมินความพึงพอใจของสมาชิกในชุมชนที่มีต่อระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน	ระดับความพึงพอใจ
5	มากที่สุด
4	มาก
3	ปานกลาง
2	น้อย
1	น้อยที่สุด

เกณฑ์การตัดสินและการแปลผล

ค่าเฉลี่ย	ความคิดเห็น
4.51 - 5.00	มากที่สุด
3.51 - 4.50	มาก
2.51 - 3.50	ปานกลาง
1.51 - 2.50	น้อย
1.00 - 1.50	น้อยที่สุด

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เลขที่รับรอง ET-ST 02/2567 อนุมัติเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567 ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะในภาพรวมโดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกจัดเก็บในรูปแบบ 2) ไม่ระบุตัวตน มีการใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วม 3) จัดเก็บเอกสารในที่ปลอดภัยมีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน 4) มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้รับผิดชอบโครงการ 5) ข้อมูลจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น จากนั้นผู้เข้าร่วมที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. เสนอโครงการวิจัย และเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เพื่อออก

## เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ประสานงานกับพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตาย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมแบบสอบถามติดต่อกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

3. ลงพื้นที่เก็บและดำเนินการเก็บข้อมูล โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม 2567

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนการพัฒนา กับหลังการพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ด้วย dependent

t-test

## ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดสตูล

## 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุ 40 - 59 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรส การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมปลาย/ปวช. และอาชีพหลักคือรับจ้างทั่วไป และเกษตรกรกรรมส่วนใหญ่พักอาศัยกับคู่สมรสและลูก โดยสมาชิกในบ้านส่วนใหญ่มี 4 - 6 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านโทรทัศน์ และ Facebook มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในชุมชนทั่วไป และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	34.55
หญิง	72	65.45
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	28	25.45
40 - 59 ปี	64	58.18
60 ปีขึ้นไป	18	16.37
ศาสนา		
อิสลาม	96	87.27
พุทธ	14	12.73

## ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	22	20.00
สมรส	72	65.45
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	16	14.55
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	23.64
มัธยมปลาย / ปวช.	48	43.64
อนุปริญญา / ปวส.	20	18.18
ปริญญาตรีขึ้นไป	16	14.55
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	44	40.00
เกษตรกรกรรม	36	32.73
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	18	16.36
อื่น ๆ	12	10.91
ลักษณะการพักอาศัย		
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	68	61.82
อยู่กับครอบครัว/ญาติ	26	23.64
อยู่คนเดียว	16	14.55
แหล่งรับรู้ข่าวสาร		
โทรทัศน์	46	41.82
Facebook	44	40.00
วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์	12	10.91
อื่น ๆ	8	7.27
บทบาทในชุมชน		
ผู้นำชุมชนในพื้นที่	14	12.73
ผู้ปฏิบัติงานในส่วนราชการ	12	10.91
ผู้นำทางศาสนา	10	9.09
ผู้นำทางการศึกษา	8	7.27
อาสาสมัครสาธารณสุข	26	23.64
สมาชิกในชุมชน	40	36.36

## ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่อาศัย		
ต่ำกว่า 1 ปี	6	5.45
1 - 5 ปี	18	16.36
6 -10 ปี	22	20.00
11 - 20 ปี	28	25.45
มากกว่า 20 ปี	36	32.73

## 2. ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์

จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่แน่ใจ (mean = 1.92, S.D. = 0.69) เมื่อพิจารณา

รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ คนพยายามฆ่าตัวตายหวังผลที่จะจบชีวิตจริง รองลงมา คือ ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะมีคนอื่นในครอบครัวฆ่าตัวตายตามมาด้วย และการพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ คนฆ่าตัวตายเพราะเชื่อว่าจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดีกว่า

## ตารางที่ 2 ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์

รายการ	mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะมีคนอื่นในครอบครัวฆ่าตัวตายตามมาด้วย	2.21	0.68	ไม่แน่ใจ
2. คนคิดฆ่าตัวตายมีแต่คนบ้าเท่านั้น	2.08	0.72	ไม่แน่ใจ
3. คนฆ่าตัวตายเพราะเชื่อว่าจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดีกว่า	1.69	0.73	ไม่แน่ใจ
4. คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร	1.77	0.77	ไม่แน่ใจ
5. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย จะไม่ทำจริง	2.07	0.60	ไม่แน่ใจ
6. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ	2.11	0.66	ไม่แน่ใจ
7. การฆ่าตัวตายเป็นบาป	1.17	0.45	เห็นด้วย

**ตารางที่ 2** ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์ (ต่อ)

รายการ	mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
8. การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการ ชี้้นำให้เกิดการฆ่าตัวตาย	2.21	0.67	ไม่แน่ใจ
9. คนคิดลงมือกระทำการฆ่าตัวตายเป็นคนที่มีลักษณะ อ่อนแอ ขี้แพ้ สิ้นหวัง หนีปัญหา	1.85	0.77	ไม่แน่ใจ
10. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตาย จะรู้สึกอับอายขายหน้า ไม่กล้าเผชิญหน้ากับคนอื่นในสังคม	2.20	0.78	ไม่แน่ใจ
11. คนคิดฆ่าตัวตายเป็นคนที่ยังอยู่ต่อไปก็ไม่มีจุดหมาย เพราะเข้ากับคนอื่นไม่ได้	1.89	0.79	ไม่แน่ใจ
12. คนพยายามฆ่าตัวตายหวังผลที่จะจบชีวิตจริง	2.26	0.79	ไม่แน่ใจ
13. คนฆ่าตัวตายเพราะเชื่อว่าจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ ดีกว่า	1.48	0.62	ไม่เห็นด้วย
<b>รวม</b>	<b>1.92</b>	<b>0.69</b>	<b>ไม่แน่ใจ</b>

**3. ปัญหาการใช้สุรา และสารเสพติด**

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 87.79 ขณะที่ร้อยละ 12.21 สูบบุหรี่ สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบเพียงร้อยละ 10 และการใช้กัญชาพบร้อยละ 4 โดยไม่พบการใช้สารกระตุ้นประสาทหรือยากล่อมประสาท

**4. ประสบการณ์การฆ่าตัวตายและการรับบริการทางการแพทย์**

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีญาติหรือคนในครอบครัวเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเลย ร้อยละ 94.40 ของผู้ตอบไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย และมีเพียงร้อยละ 5.60 ที่เคยคิด

โดยส่วนใหญ่ไม่เคยลงมือทำจริง เหตุผลหลักที่ไม่ลงมือทำคือกลัวบาปและห่วงคนที่รัก ร้อยละ 100 กลัวเจ็บหรือพิการ ร้อยละ 60 และมีคนคอยให้กำลังใจร้อยละ 20 นอกจากนี้มีเพียงสองคนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2542 และ 2562 โดยไม่มีเหตุกระตุ้นก่อนการกระทำ และหลังจากพยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ระยะที่ 2 พัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล**

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่ามีความคิดเห็นว่าควรมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้

ครอบครัว ส่งเสริมการเปิดใจรับฟังและให้กำลังใจ พร้อมกับจัดอบรมและให้ความรู้เชิงปฏิบัติแก่ชุมชน สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพื่อลดความเสี่ยงและสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจให้กับประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอในจังหวัดสตูล ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014); กรมสุขภาพจิต (2564); Tuckman & Jensen (1977); Beautrais (2000); กรมสุขภาพจิต (2563); Joiner (2005); Hawton & Williams (2001); Niederkrotenthaler et al. (2010); กรมสุขภาพจิต (2563) และ Stufflebeam & Shinkfield (2007) ซึ่งได้รับการพัฒนาครอบคลุมกิจกรรมหลัก 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดตั้งทีมชุมชนเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม 3) การอบรมและพัฒนาความรู้ของชุมชน 4) การสังเกตสัญญาณเตือน 5) การสนับสนุนทางจิตใจและการส่งต่อผู้เสี่ยง 6) การติดตามและการรายงาน 7) การจัดช่องทาง การสื่อสารฉุกเฉินและระบบฐานข้อมูล 8) การจัดทำสื่อรณรงค์ 9) การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน และชุมชน 10) สรุปผลการดำเนินงาน โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ประเมินความเหมาะสมของระบบโดยรวม พบว่าผ่านเกณฑ์ความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้กับบริบทที่ศึกษาช่วยเพิ่มความตระหนักและการสอดส่องผู้เสี่ยง ลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ชุมชน และครอบครัวอย่างยั่งยืน

### ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

จากการนำระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลที่พัฒนาขึ้นไปใช้และศึกษาผลการใช้พบรายละเอียดดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการจัดการศพและไว้ทุกข์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการจัดการศพและไว้ทุกข์สูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

2. ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 4

### การอภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะสะท้อนบริบทของชุมชนชนบทในจังหวัดสตูล ซึ่งมีโครงสร้างประชากรเป็นครอบครัวขยายและมีวิถีชีวิตพึ่งพาเครือข่ายทางสังคมใกล้ชิด การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร แสดงถึงความเข้มแข็งของระบบครอบครัว ซึ่งถือเป็น ปัจจัยกุ่มกันทางจิตใจที่สำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการจัดการศพและไว้ทุกข์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย

ความคิดเห็น	n	mean	S.D.	t	p
ก่อนใช้ระบบ	110	1.92	0.69	60.145	0.000*
หลังใช้ระบบ	110	2.35	0.73		

\*p-value < .05

**ตารางที่ 4** ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

รายการประเมิน	mean	S.D.	แปลผล	อันดับ
1. กิจกรรมครอบคลุมของการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน	4.70	0.57	มากที่สุด	3
2. การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย บัญชีเสี่ยง และวิธีการป้องกัน	4.67	0.58	มากที่สุด	4
3. ประโยชน์ของการฝึกทักษะการสังเกตสัญญาณและการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น	4.63	0.59	มากที่สุด	6
4. ทำให้เข้าใจและทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม	4.85	0.56	มากที่สุด	2
5. กิจกรรมทำให้มีทัศนคติในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ดี	4.89	0.52	มากที่สุด	1
6. กิจกรรมการณรงค์และการสื่อสารสาธารณะ เช่น สื่อรณรงค์ โปสเตอร์ หรือสื่อออนไลน์	4.59	0.50	มากที่สุด	8
7. ประสิทธิภาพของการสื่อสารประชาสัมพันธ์	4.56	0.51	มากที่สุด	9
8. ความเหมาะสมของกิจกรรมการอบรม	4.62	0.49	มากที่สุด	7
9. กิจกรรมมีความน่าสนใจและสร้างบรรยากาศที่ดีและปลอดภัย	4.65	0.48	มากที่สุด	5
10. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม	4.55	0.51	มากที่สุด	10
<b>รวม</b>	<b>4.67</b>	<b>0.53</b>	<b>มากที่สุด</b>	

ของ Masten (2014) และกรมสุขภาพจิต (2563) พบว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสามารถ

ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลได้

อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่าน โทรทัศน์และ Facebook มากที่สุด ซึ่งสะท้อนบทบาทของสื่อมวลชนและสื่อสังคมออนไลน์ในการกำหนดกรอบความคิดของประชาชนต่อประเด็นการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Niederkröten et al. (2010) ที่พบว่าสื่อสามารถมีทั้งผลเชิงลบและเชิงบวกต่อการรับรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย หากนำเสนอในลักษณะที่สร้างความหวังและเน้นการขอความช่วยเหลือ จะช่วยลดทัศนคติเชิงลบและลดพฤติกรรมเลียนแบบ ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าการใช้สื่อเป็นเครื่องมือในการรณรงค์เชิงสร้างสรรค์ในชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ส่วนในด้านบทบาทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในชุมชนทั่วไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี สะท้อนถึงระดับความผูกพันกับชุมชนสูงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Putnam (2000) ที่ได้อธิบายว่า ทูตทางสังคมในชุมชน เช่น ความไว้วางใจและเครือข่ายความสัมพันธ์ จะช่วยเสริมสร้างความสามารถของชุมชนในการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงของพฤติกรรมเบี่ยงเบน รวมถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2. ผลการศึกษา อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของประภาพร จันทน์นาม (2568) ที่ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอภูหลวง จังหวัดเลยที่มีการเน้นการทำงานร่วมกันของเครือข่ายในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ การมีทีม/เครือข่าย

ระดับชุมชน การพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรม การเฝ้าระวัง-ส่งต่อ-ติดตาม และการทำให้ระบบดำเนินต่อเนื่องได้จริงในบริบทพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมของระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ การจัดตั้งทีม กำหนดบทบาท อบรม สังเกตสัญญาณเตือน สนับสนุนทางจิตใจและส่งต่อ ติดตามและรายงาน และการสรุปผลเพื่อปรับปรุงระบบ

3. ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและการไว้ทุกข์อยู่ในระดับไม่แน่ใจ สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ชัดเจนต่อประเด็นการฆ่าตัวตาย ทั้งในมิติด้านสุขภาพจิต สังคม และวัฒนธรรม โดยเฉพาะความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับตราบาปทางสังคมและการมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่ยังขาดเวทีการเรียนรู้และการพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหา ช่วยให้สามารถระบุสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรอบด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยชุมชนที่เน้นการสร้าง ความเข้าใจจากบริบทจริงของพื้นที่ (กรมสุขภาพจิต, 2565) อีกทั้งยังพบว่าหลังการพัฒนา ระบบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นด้านความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการจัดการศพและการไว้ทุกข์สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมี

ประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในชุมชนผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมให้ความรู้ การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำทางศาสนา มีบทบาทสำคัญในการลดความเข้าใจผิด และทราบปาทงสังคมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของพุทธิพร พงศ์นันท์ทุกกิจ และคณะ (2565) และประภาพร จันทน์นาม (2568) ที่อธิบายว่าการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเพิ่มศักยภาพการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการศพและการไว้ทุกข์ ยังสะท้อนถึงความเข้าใจในมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาในบริบทจังหวัดสตูล ซึ่งมีความหลากหลายทางศาสนา โดยการสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนช่วยลดความเชื่อที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสังคมและวัฒนธรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของภาวิณี สุขสวัสดิ์ (2563)

4. ผลการประเมินพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อบริบท ความต้องการ และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมที่ได้รับความนิยมสูง ได้แก่ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การสังเกตสัญญาณเตือน การประเมิน

ความเสี่ยง และการรับฟังเชิงลึก ซึ่งสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงในชุมชนได้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) เนื่องจากมีความเหมาะสมของระบบในมิติ วัฒนธรรมและสังคมของพื้นที่ เนื่องจากกิจกรรมถูกออกแบบให้เคารพบริบทด้านศาสนา ความเชื่อ และโครงสร้างครอบครัวของชุมชน เช่น การเชื่อมโยงหลักศาสนากับคุณค่าของชีวิต และการใช้แกนนำชุมชนเป็นผู้ถ่ายทอดสาระสำคัญ ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกยอมรับและเชื่อมั่นในระบบมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม บางด้าน เช่น ประสิทธิภาพการประชาสัมพันธ์และความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ได้รับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย สะท้อนถึงความคาดหวังของชุมชนต่อการสื่อสารที่ต่อเนื่องและการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชน ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรนำไปปรับปรุงเพื่อเพิ่มความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

ดังนั้นระบบป้องกันและเฝ้าระวังที่ออกแบบมาให้ความเหมาะสมกับบริบทชุมชนในจังหวัดสตูล สามารถสร้างทัศนคติบวกเพิ่มพูนทักษะ และเสริมเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น แต่ยังคงพัฒนาเรื่องการสื่อสารและจัดเวลาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชน เพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนและใช้งานได้จริงในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเชิงบวกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี

ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับไม่แน่ใจ แสดงให้เห็นว่ายังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและขาดพื้นที่ในการเรียนรู้ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และเวทีพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดคราบปาทองสังคม และสร้างความเข้าใจว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของครอบครัวและชุมชน

2. ควรพัฒนาระบบติดตามและดูแลผู้มีความเสี่ยงในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีตไม่ได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ สะท้อนถึงช่องว่างของระบบช่วยเหลือ ควรพัฒนากลไกการติดตามผู้มีความเสี่ยงโดยใช้ครอบครัวแกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นฐาน เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้การช่วยเหลือ การส่งต่อ และการติดตามผลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3. ควรนำศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้เป็นฐานในการป้องกันเชิงรุก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวต่อบาปและความห่วงใยต่อคนที่รัก ซึ่งสะท้อนบทบาทของศาสนาและครอบครัว ในฐานะปัจจัยก้ำกั้มกันทางจิตใจ ดังนั้นควรบูรณาการผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และครอบครัว เป็นแกนหลักในการสื่อสารเรื่องคุณค่าของชีวิตและการดูแลสุขภาพจิต เพื่อเสริมพลังทางวัฒนธรรมให้กับระบบป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

4. ควรพัฒนาการสื่อสารผ่านช่องทางที่ประชาชนใช้จริง ซึ่งจากผลการวิจัยประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านโทรทัศน์ และ Facebook มากที่สุด ดังนั้นจึงควรใช้ช่องทาง

ดังกล่าวเป็นสื่อหลักในการเผยแพร่ความรู้และแนวทางการป้องกัน โดยเน้นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ลดการตีตราผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย และส่งเสริมการขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน และการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. <https://suicide.dmh.go.th/news/files/s2566.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปีพ.ศ. 2563-2564. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/276>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <https://dmh-elibrary.org/items/show/126>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). คู่มือการป้องกันและการช่วยเหลือปัญหาฆ่าตัวตายในชุมชน. <https://dmh-elibrary.org/items/show/127>
- ประภาพร จันทน์นาม. (2568). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย. *วารสารสุขศึกษา*, 48(2), 109-128.
- ภาวิณี สุขสวัสดิ์. (2563). การพัฒนาแนวทางการดูแลและจัดการศพกรณีการฆ่าตัวตายในบริบทชุมชนไทยภาคใต้. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 33(2), 45-60.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. (2566). รายงานสถิติการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสตูล ประจำปี 2566-2567. <https://shorturl.asia/oM8RF>
- พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และปรภากร ฅมยางกูร. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพ และการพยาบาล*, 38(2), 187-197.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.

- Hawton, K., & Williams, K. (2001). The Papageno effect and the prevention of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 178, 1-6.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. New York, NY: Guilford Press.
- Niederkröthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., et al. (2010). Role of media in suicide prevention: The Papageno effect. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. (1977). Stages of small-group development revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), 419-427.
- World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44615>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- World Health Organization. (2019). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>