



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ISSN 3027-8031 (Online)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

Vol.40 No.2 May - August 2026

บทความวิจัย

- ผลของเกมกระดานสุขภาพใจต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครปฐม
วไลลักษณ์ พุ่มพวง, สาธกา พิมพ์รื้อน, สุดารัตน์ เพียรชอบ, สุภาภัก เกตราสุวรรณ,
ศิริดา เกษรศรี, วรวิรัตน์ ถาน้อย, จุฬิรัตน์ ฉาวาร
- มุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย :
รูปแบบการดูแลที่มีความสุข
ภาสินี ไทอินทร์, ประคอง นาโพนทัน, ภาณุรัตน์ ศรีมงคล, พัฒนี ศรีโอบฐ์
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ
อลิสสา สิงห์แก้ว, สมบัติ สกกุลพรรณ, ชาลินี สุวรรณยศ
- ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
ลลอส สิงห์โชติสุขแพทย์, วัชร เกียนติ๊ะ, จิตรรดา พงศธรารักษ์, ศิรินา สันต์ถางาน, เครือวัลย์ คำฟู
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีต่อความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ
ป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน งานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง
พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, สุดารัตน์ บุญจันทร์, ไพรัช พิมพ์, ไพจิตร พุทธรอด
- ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทภายหลัง
การแพร่ระบาดของโควิด-19
นภกร ศรีศิริ, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, สมบัติ สกกุลพรรณ
- รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะสุขภาพจิตในการป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่าย
ชุมชน
มัญญวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริญญา แก้วสกุลทอง
- พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือน
ยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด
สุจิตตา ฤทธิมนตร์, ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, วาสนา สุระภักดิ์, ทวี ศรีขาว, อรรถพล พันทอง



วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

จุดประสงค์

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

กำหนดการออก

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

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

สำนักงาน

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

Objectives

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

Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

Office

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

คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
 รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์
 รศ.สมสร เชื้อหิรัญ
 นางวัชรารักษ์ อุทโยภาส
 นางกัลยา ภัคคิมงคล
 นางกาญจนา เหมะรัต
 รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญรัชชัย
 ศ.ดร.มรยาท รุจิวิชัย
 ดร.มยุรี กลับบวงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
 นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

รศ.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.คาราวรรณ ติ่งปิ่นดา
 รศ.ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย
 อ.นิรันดรา นฤพันธ์
 ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ
 ผศ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิรินฤทธิ์
 อ.ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์
 ผศ.เครือวัลย์ ศรียรัตน์
 ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระยุทธ เกิดสังข์
 ดร.สุนทรี ศรีโกสย
 ดร.กฤษณ์ชลิ เพียรทอง
 นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
 นางสาวนิรมล ปะนะสุณา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี
 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
 สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ ศูนย์วิทยการ กรมแพทยทหารเรือ
 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง
 นายกฤตชัย แก้วยศ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

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

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

นางสาวมยุรี กลั้ววงษ์	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงสัตย์	อุปนายก
นางพีรดา เพิ่มความสุข	อุปนายก
นางสาวเอกอุมา อิ่มคำ	กรรมการและประธานร่วมวิชาการ/บริการชุมชน
นางสาวสวัสดิ์ เทียงธรรม	กรรมการและประธานร่วมวิชาการ/บริการชุมชน
นางพิมพ์ชนก หาคำ	กรรมการและประธานร่วมวิชาการ/บริการชุมชน
นางศิริวรรณ ถุกษ์ชนะขจร	กรรมการและประธานร่วมวิชาการ/บริการชุมชน
นางวไลลักษณ์ พุ่มพวง	กรรมการและประธานร่วมวิชาการ/บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์	กรรมการและประธานหารายได้
นายอัษฎา หร่ายลอย	กรรมการและประธานร่วมหารายได้
นางอัญชลี วิจิตรปัญญา	กรรมการและประธานร่วมหารายได้
นางสว่างจิตร วสุวัต	กรรมการและประธานร่วมหารายได้
นางจารุวรรณ ปะดา	กรรมการและประธานประชาสัมพันธ์/ปฏิคม
พันตำรวจโทหญิง ยุติ แตรประสิทธิ์	กรรมการและประธานร่วมประชาสัมพันธ์/ปฏิคม
นางสาวเกษสุดา ภิญโญพันธ์	กรรมการและประธานร่วมประชาสัมพันธ์/ปฏิคม
นายนิรมัย คุ้มรักษา	กรรมการและประธานร่วมประชาสัมพันธ์/ปฏิคม
นางเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์	กรรมการและประธานร่วมวารสาร
นางสุกฤดีชา ภูมิชัย	กรรมการและนายทะเบียน/ผู้จัดการสำนักงาน/สวัสดิการ
นายวีระ เจริญกุล	กรรมการและผู้ช่วยนายทะเบียน/ผู้จัดการสำนักงาน/สวัสดิการ
นางสาวนันทพร ศรีนัม	กรรมการและผู้ช่วยนายทะเบียน/ผู้จัดการสำนักงาน/สวัสดิการ
นางสาวชลพร กองคำ	กรรมการและเหรียญ/ประธานวิชาการ/บริการชุมชน
นางอัญชลี นาคบุญพรหม	กรรมการและผู้ช่วยเหรียญ
นางสาวอรวรรณ ฆ้องดื้อ	กรรมการและผู้ช่วยเหรียญ
นางสาวกาญจนา สุทธิเนียม	กรรมการและเลขานุการ/ประธานวารสาร
นางสาวโสธรา สุขโรจน์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2/2569 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 8 เรื่อง ประกอบด้วย 1) ผลของเกมกระดานสุขภาพใจต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครปฐม 2) มุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ 4) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมคิดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 5) ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการจิตต่อความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน งานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลตรัง 6) ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 7) รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะสุขภาพจิตในการป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน และ 8) พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพ ทั้งนี้ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นผู้พิมพ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้พิมพ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าทันในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย โรคปลอดภัยนะค่ะ

รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

หน้า

บทความวิจัย

ผลของเกมกระดานสุขภาพใจต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดนครปฐม	1 - 16
วไลลักษณ์ พุ่มพวง, สาธกา พิมพ์รุ่ง, สุดารัตน์ เพียรชอบ, สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ, ศิรดา เกษรศรี, วาริรัตน์ ถาน้อย, จินิรัตน์ ถาวร	
มุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบ ในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข	17 - 25
ภาสินี ไทอินทร์, ประคอง นาโพทนัน, ภาณุรัตน์ ศรีมงคล, พัฒน์ ศรีโอบยู่	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ	26 - 45
อลิสสา สิงห์แก้ว, สมบัติ สกุลพรรณ, ชาลินี สุวรรณยศ	
ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมติดเกม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์	46 - 59
ลลิตา สิงห์โชติสุขแพทย์, วัชรระ เกียนตะ, จิตรระดา พงศธรารักษ์, ศิรินา สันต์งาน, เครือวัลย์ คำฟู	
ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีต่อความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน งานผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง	60 - 76
พรทิพย์ ชุ่นอื้อ, สุดารัตน์ บุญจันทร์, ไพรัช พิมล, ไพจิตร พุทธรอด	
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19	77 - 97
นภจร ศรีศิริ, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, สมบัติ สกุลพรรณ	
รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะสุขภาพจิตในการป้องกันการใช้สารเสพติด สำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน	98 - 115
มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริญญา แก้วสกุลทอง	
พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ของสมาชิกครัวเรือนยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด	116 - 130
สุจิตตา ฤทธิมนต์, ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, วาสนา สุระภักดิ์, ทวี ศรีขาว, อรรถพล พันทอง	

THE EFFECT OF A MENTAL HEALTH BOARD GAME ON THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF UPPER PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN NAKHON PATHOM PROVINCE*

*Walailak Pumpuang, Ph.D. **, Sathaka Pimroon, N.M.S. ***, Sudarat Piachop, Ph.D. ***,
Supapak Pethasuwan, Ph.D. ***, Sirada Kasornsri, Ph.D. ***, Wareerat Thanoi, Ph.D. ****,
Thineerat Thavorn, M.Ed. ****

Abstract

Objective: To examine the effects of a mental health board game on the psychological well-being of upper primary school students.

Methods: The study is a quasi-experimental research design with two groups, measured before and after the experiment. The participants were grade 4 students from a primary school in Nakhon Pathom province and were selected using simple classroom randomization, with classrooms assigned to either the experimental group ($n = 76$) or the control group ($n = 80$). The experimental group participated in a mental health board game intervention, nine sessions, once a week for nine weeks, while the control group engaged in regular school activities. The Thai version of the Sterling Children's Well-being Scale was used to assess psychological well-being. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent t-test.

Results: The results indicated that after the experiment, the mean psychological well-being score of the experimental group who participated in a mental health board game was not significantly different from that before the experiment ($t = -.06, p = .95$) and the mean psychological well-being scores between the experimental group and the control group were not significantly different ($t = 1.59, p = .12$).

Conclusion: This study represents an initial step in promoting psychological well-being in primary school settings. The findings highlight the need for more intensive and longer-term interventions to effectively enhance psychological well-being among primary school students.

Keywords: mental health board game, psychological well-being, upper primary school students

*This project is funded by National Research Council of Thailand (NRCT) in Fiscal Year B.E. 2563 (2020)

**Corresponding author: Associate professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, e-mail: walailak.pum@mahidol.ac.th

***Assistant, Faculty of Nursing, Mahidol University

****Associate professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

Received: 17 May 2025, Revised: 2 September 2025, Accepted: 10 September 2025

ผลของเกมกระดานสุขภาพใจต่อสุขภาวะทางจิตใจ ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครปฐม*

วไลลักษณ์ พุ่มพวง, *ปร.ด.***, สาธิตา พิมพ์รุณ, *พย.ม.****, สุภารัตน์ เพียรชอบ, *ปร.ด.****,
สุภาภัก เกตราสุวรรณ, *Ph.D.****, ศิรดา เกษรศรี, *ปร.ด.****, วารินทร์ ถาน้อย, *ปร.ด.****, จินิรัตน์ ถาวร, *กศ.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของเกมกระดานสุขภาพใจที่มีต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา

วิธีการศึกษา : รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จากโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มห้องเรียนอย่างง่ายเข้าเป็นห้องเรียนกลุ่มทดลอง จำนวน 76 คน และห้องเรียนกลุ่มควบคุม จำนวน 80 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานสุขภาพใจจำนวน 9 เกม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวัดสุขภาวะทางจิตใจคือแบบประเมินสุขภาวะทางจิตใจในเด็ก (Sterling Children's Well-being Scale) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที่

ผลการศึกษา : พบว่า ภายหลังจากทดลอง คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดาน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($t = -.06, p = .95$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t = 1.59, p = .12$)

สรุป : การศึกษานี้เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในระดับประถมศึกษา และสะท้อนให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาโปรแกรมที่เข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพในนักเรียนประถมศึกษา

คำสำคัญ : เกมกระดานสุขภาพใจ, สุขภาวะทางจิตใจ, นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

*โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2563

**ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: walailak.pum@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 17 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 2 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 10 กันยายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

การดำรงชีวิตของเด็กในปัจจุบันอยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งภัยพิบัติทางธรรมชาติ การระบาดของโรคติดเชื้อ เช่น โควิด-19 การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งล้วนเป็นแหล่งกำเนิดความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงเด็กและเยาวชน โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2025) รายงานว่า ร้อยละ 15 ของเด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ขณะที่ข้อมูลในประเทศไทยจาก SDG Move (2565) ระบุว่า วัยรุ่นไทยอายุ 10 - 19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน และเด็กอายุ 5 - 9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คน มีปัญหาทางสุขภาพจิต ที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะความเปราะบางทางจิตใจในกลุ่มวัยรุ่น การมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีในช่วงวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชในวัยผู้ใหญ่ โดยมักพบจุดเริ่มต้นการเจ็บป่วยตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่น (Elia, 2023) เด็กในปัจจุบันเป็นเด็กยุคเจนเนอเรชันอัลฟ่า ซึ่งเป็นเด็กที่เติบโตในยุคที่มีการใช้เทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต สามารถค้นหาและเข้าถึงข้อมูลใหม่ ๆ ได้ตลอดเวลา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพัฒนาการทางการคิด อารมณ์ และสังคมจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมาก เช่น การไม่มีสมาธิ ขาดทักษะทางสังคม และการก้ำกับบารมย์ การทนทานต่อความเครียด มีภาวะหมดไฟและภาวะวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Rao & Raja, 2025) ดังนั้น ช่วงวัยประถมศึกษาจึง

เป็นช่วงวัยสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

สุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being) เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่จะทำให้เด็กเรียนรู้และเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรง มีความยืดหยุ่น สามารถแก้ไขสถานการณ์และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีมักจะมีการใช้ชีวิตที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีปัญหาทางสังคมน้อย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เผชิญกับความเครียดได้ดี ปรับตัวได้ง่าย เกี่ยวกับสารเสพติดหรือก่ออาชกรรมได้น้อย (Dhanabhakym & Sarath, 2023) จากการทบทวนการศึกษาในเด็กนักเรียนที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ความเครียด ความแข็งแกร่งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์การจัดการความเครียด (จุติมา จิรัฐเกรียงไกร และคณะ, 2564) และพบว่าความแข็งแกร่งทางใจและการมีสติ เป็นตัวทำนายที่ดีของการมีสุขภาวะทางจิตในนักเรียนวัยรุ่น (Pumpuang et al., 2021) นอกจากนี้พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทางอารมณ์และทักษะการปรับตัว การกำกับอารมณ์ตนเอง เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจในนักเรียนประถมศึกษา (Wita et al., 2023) การเข้าใจและส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในเด็กวัยเรียน

ในการส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาวะทางจิตใจ

ที่ดี ให้เหมาะกับวัยของเด็กประถมศึกษาในปัจจุบันที่ชอบเล่น ชอบอิสระจากกฎเกณฑ์ มีความรอบรู้ทางดิจิทัล คิดเป็นเหตุผล เข้าสังคมกับเพื่อน เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ชอบเคลื่อนไหว ซึ่งมีข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้ อาจนำการเล่น การลงมือทำ การทำงานกลุ่ม การแข่งขันมาใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยประยุกต์ใช้กลไกเกมและใช้เกมเป็นฐาน การใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนรู้ เป็นต้น (Höfrová et al., 2024; Fernando & Premadasa, 2024) จากการทบทวนการศึกษาในนักเรียนประถมศึกษาพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจหลายรูปแบบ เช่น การฝึกสติในโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างการมีสุขภาวะทางจิต โดยครูมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมและติดตามผลการฝึกปฏิบัติของนักเรียนตามบริบทของโรงเรียน ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มสุขภาวะที่ดี ช่วยให้มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี และทำหน้าที่ในการเรียนรู้ได้ดีขึ้น (Malboeuf-Hurtubise et al., 2024; Artati et al., 2024) โปรแกรมการช่วยเหลือในโรงเรียนแบบสั้น (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง) พบว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียน (Cohen et al., 2024) การให้บริการสุขภาพจิตโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานโดยบุคลากรของโรงเรียนสามารถส่งผลต่อการลดปัญหาสุขภาพจิตได้ (Sanchez et al., 2018) นอกจากนี้ พบว่ารูปแบบการช่วยเหลือที่สามารถส่งเสริมสุขภาวะทางจิต ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวก โปรแกรมการฝึกสติ การนั่งสมาธิ การโค้ชชีวิต การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การฝึกความแข็งแรงทางใจ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมการ

เคลื่อนไหวร่างกาย (van Dierendonck & Lam, 2022) แม้จะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่มุ่งพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในเด็กและเยาวชน แต่ส่วนใหญ่เน้นในกลุ่มวัยรุ่นหรือนักศึกษา (Cohen et al., 2024; van Dierendonck & Lam, 2022) และใช้วิธีการแบบฝึกอบรมหรือกิจกรรมกลุ่ม ขณะที่งานวิจัยในระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะการใช้สื่อเกมกระดานหรือบอร์ดเกมสามารถดึงดูดความสนใจของเด็กและกระตุ้นพฤติกรรมการเรียนรู้เชิงบวก ยังมีอยู่อย่างจำกัดและยังขาดการศึกษาเชิงประจักษ์ในระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะรูปแบบที่สร้างสรรค์อย่างบอร์ดเกม ทั้งที่มีการศึกษาพบว่าเกมกระดานเป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (active learning) และส่งผลต่อการพัฒนาทักษะทางอารมณ์และสังคม เช่น การควบคุมอารมณ์ การจัดการปัญหา การตัดสินใจ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตใจ (Noda et al., 2019; Nakao, 2019) รวมทั้ง ในการดำเนินด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนมักเน้นเฉพาะนักเรียนที่มีปัญหารุนแรงหรือจำกัดเฉพาะกิจกรรมแนะแนว ในขณะที่เด็กทั่วไปยังขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในรูปแบบที่เหมาะสมกับวัยและยังไม่ครอบคลุมในการจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียน (Wita et al., 2023)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนใจที่จะพัฒนาการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาโดยใช้เกมกระดานเพื่อมุ่งปรับเปลี่ยนในปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจ เช่น การตระหนักรู้ตนเอง การกำกับอารมณ์

ความคิด และความยืดหยุ่นทางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถฝึกฝนผ่านกิจกรรมการใช้บอร์ดเกมหรือเกมกระดาน ได้อย่างสนุกสนาน และยังช่วยให้ผู้เล่นเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพิ่มแรงจูงใจ ช่วยให้คิดและตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตใจของผู้เล่น (Noda et al., 2019; Nakao, 2019; วราภรณ์ ลิ้มเปรมวัฒนา และกันตภณ ธรรมวัฒนา, 2560) การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย โดยใช้เกมกระดานเป็นสื่อในการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำบอร์ดเกมมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ เพื่อมุ่งหวังที่จะเสริมสร้างให้นักเรียนมีคุณลักษณะทางบวกของการมีสุขภาพทางจิตที่ดีและนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานสุขภาพใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานสุขภาพใจและกลุ่มควบคุมที่เรียนรู้ตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดาน

สุขภาพใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลอง

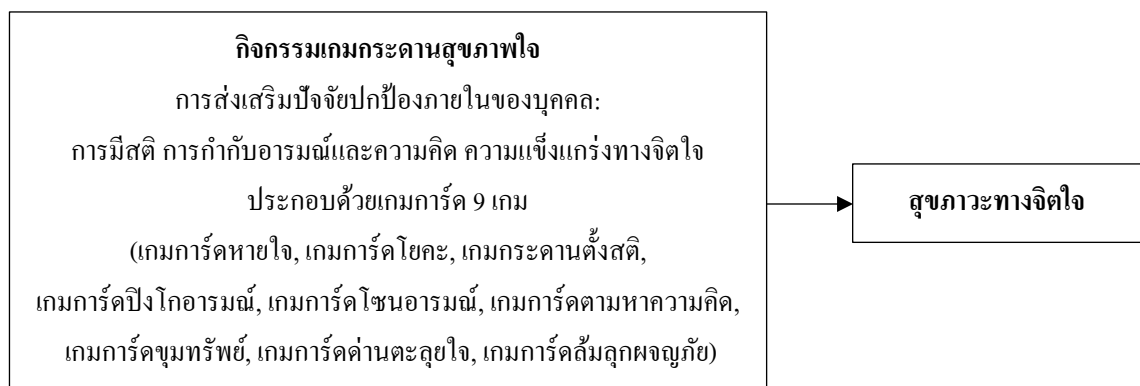
2. ภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมเกมกระดานสุขภาพใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางจิต โดยพบปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์และส่งผลต่อสุขภาพทางจิตในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ การมีสติ ความแข็งแกร่งทางใจ การกำกับอารมณ์และความคิด การรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา การรับรู้คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม (Thanoi et al., 2023; Renwick et al., 2022) เป็นต้น และพบว่าปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ได้แก่ การมีสติ การกำกับอารมณ์และความคิด ความแข็งแกร่งทางจิตใจ เป็นปัจจัยทำนายที่ดีต่อสุขภาพทางจิตในเด็กและวัยรุ่น (Thanoi et al., 2023; Pumpuang et al., 2021; Balzarotti et al., 2014) การมีสติ (Mindfulness) หมายถึง กระบวนการของการตระหนักรู้ต่อประสบการณ์ในปัจจุบันขณะ โดยปราศจากการตัดสิน ผู้ที่มีสติสามารถรับรู้และเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้จัดการกับอารมณ์และความคิดได้ดีขึ้น การมีสติส่งผลให้บุคคลสามารถจดจ่อกับปัจจุบัน ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ผลักไสหรือหลีกเลี่ยง และสามารถควบคุมการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ส่งผลให้อารมณ์ด้านลบลดลง และสุขภาพทางจิตดีขึ้น (อนุสร

พันธ์ประเสริฐ, 2566; นัตรวิบูลย์ ไพจ์เซล, 2563; จิรภัทร รวีภัทรกุล และคณะ, 2565) การกำกับ อารมณ์และความคิด (Cognitive Emotion Regulation) เป็นกลไกการปรับตัวภายในที่บุคคลใช้ในการ จัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ทางลบ การใช้วิธีการกำกับแบบเชิงบวก เช่น การตีความ เชิงบวก การยอมรับ และการวางแผนเพื่อแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ ในขณะที่วิธีการเชิงลบ เช่น การโทษตนเอง การคิด หมกมุ่น หรือการคิดในเชิงหายนะ มีความสัมพันธ์ เชิงลบ (Balzarotti et al., 2014; Xue et al., 2022) ความแข็งแกร่งทางจิตใจ (Resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการฟื้นตัวจากความ ยากลำบากหรือสถานการณ์ที่ท้าทาย โดยผู้ที่มี ระดับความแข็งแกร่งทางใจสูงสามารถปรับตัวและ กลับสู่ภาวะปกติได้รวดเร็วกว่า และมีแนวโน้มที่จะ มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี (Kalonja et al., 2023; Mesman et al., 2021) การส่งเสริมสุขภาวะทาง

จิตใจสามารถดำเนินการได้โดยการสร้างเสริม ป้จจัยปกป้องภายในบุคคลเพื่อให้มีแหล่งทรัพยากร ภายในที่ใช้ในการเผชิญกับปัญหาและความยุ่งยาก ที่เกิดขึ้น (Fenwick-Smith et al., 2018) ซึ่งการเสริมสร้าง ป้จจัยปกป้องภายในของบุคคล ได้แก่ การมีสติ การ กำกับอารมณ์และความคิด ความแข็งแกร่งทาง จิตใจ จะเป็นกลไกที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนสุข ภาวะทางจิตใจให้ดียิ่งขึ้น โดยในการศึกษาค้นคว้านี้ใช้ การเรียนรู้ผ่านการใช้บอร์ดเกมที่พบว่าเป็นวิธีการที่ มีประสิทธิภาพในการนำมาใช้กับนักเรียนระดับ ประถมศึกษาโดยมุ่งหวังให้ผู้เล่นเกิดความสุขในการ เรียนรู้ทางสุขภาพ เข้าใจตนเองผ่านสถานการณ์ จำลอง และสามารถฝึกทักษะการคิด การควบคุม อารมณ์ และการตัดสินใจในบริบทของการเล่น (Nakao, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของ การศึกษาในครั้งนี้ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างป้จจัย ปกป้องผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ในบริบทโรงเรียน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (a quasi-experimental research using pre-test and post-test design with control group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 156 คน โดยใช้โปรแกรม G*power ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่า effect size (d) เท่ากับ 0.42 (Pandey et al., 2018) และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 71 คน และเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลร้อยละ 5 แต่เนื่องจากห้องเรียนในโรงเรียนมีจำนวนนักเรียนประมาณ 25 - 28 คนต่อห้อง จึงใช้การสุ่มห้องเรียนอย่างง่าย (simple random sampling) เข้าเป็นห้องกลุ่มควบคุมและห้องกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวนนักเรียน 80 คน และกลุ่มทดลองมีจำนวนนักเรียน 76 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย 2) สามารถใช้ภาษาไทยในการอ่านและเขียนตอบได้ และ 3) เด็กนักเรียนและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ ได้แก่ นักเรียนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่มีอาการรุนแรง หรือมีโรคทางจิตเวช ออทิสติก ภาวะ

บกพร่องทางสติปัญญา การเรียนรู้บกพร่อง สมาธิสั้นที่ไม่สามารถนั่งเรียนในห้องเรียนได้ตลอดเวลาเรียน โดยใช้การสัมภาษณ์ครูประจำชั้นและครูการศึกษาพิเศษเกี่ยวกับประวัติการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ได้จากผู้ปกครอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีข้อคำถามให้เลือกตอบประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น สถานภาพสมรส ของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เพื่อนในโรงเรียน และครูในโรงเรียน

1.2 แบบประเมินสุขภาวะทางจิตในเด็ก (Stirling Children's Wellbeing Scale: SCWBS) เป็นแบบวัดสุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ในเด็กอายุ 8 - 15 ปี พัฒนาขึ้นโดย Stirling Educational Psychology Service ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เผยแพร่สาธารณะให้ใช้โดยอ้างอิงผู้สร้างหลัก (Liddle & Carter, 2015) โดยนำมาแปลย้อนกลับทั้งฉบับเป็นฉบับภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาและทางจิตวิทยา และนำแบบสอบถามมาทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 ลักษณะของแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ 1= ไม่มีเลย; 5 = เป็นประจำ มีค่าคะแนนระหว่าง 15 - 75 ค่าคะแนนสูงบ่งชี้ว่ามีสุขภาวะทางจิตที่ดี การศึกษาการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กับนักเรียนอายุ 8 - 15 ปี จำนวน 701 คน มีค่าเท่ากับ .85 (Liddle & Carter, 2015)

และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับนักเรียนประถมศึกษาจำนวน 234 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 (วไลลักษณ์ พุ่มพวง และคณะ, 2565)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เกมกระดานสุขภาพใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ โดยเน้นการส่งเสริมการมีสติ การกำกับอารมณ์ความคิด และความแข็งแกร่งทางใจที่เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ โดยเกมกระดานสุขภาพใจประกอบด้วยเกมการ์ดและกระดานเกมจำนวน 9 เกม โดยก่อนการเล่นเกมผู้เล่นจะได้ชมวิดีโอที่เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในแต่ละเกม ใช้เวลาประมาณ 8 - 10 นาที และใช้เวลาเล่นเกมครั้งละ 40 นาทีสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 9 สัปดาห์ ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 เกมการ์ดลมหายใจ ครั้งที่ 2 เกมการ์ดโยคะ ครั้งที่ 3 เกมการ์ดตั้งสติ ครั้งที่ 4 เกมการ์ดปิงโกอารมณ์ ครั้งที่ 5 เกมการ์ดโซนอารมณ์ ครั้งที่ 6 เกมการ์ดตามหาความคิด ครั้งที่ 7 เกมการ์ดชุมทรัพย์ ครั้งที่ 8 เกมการ์ดด้านตะลุยกใจ และครั้งที่ 9 เกมการ์ดล้มลูกพญากษัตริย์ บอร์ดเกมสุขภาพใจที่พัฒนาขึ้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญบอร์ดเกม 1 ท่าน และเป็นอาจารย์ทางจิตวิทยาเด็ก 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายจำนวน 10 คน และนำมาปรับแก้ไขในด้านภาษาให้เหมาะกับนักเรียน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลการทำวิจัยในโรงเรียนจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยประสานกับครูฝ่ายวิชาการในการแบ่งห้องเรียนเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้เวลาคาบของการเรียนรู้ด้วยตนเอง กลุ่มควบคุมเรียนรู้ตามสาระที่โรงเรียนกำหนดในคาบเรียน ส่วนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมเล่นเกมกระดานสุขภาพใจเป็นจำนวน 9 สัปดาห์ โดยนักเรียนกลุ่มทดลองเข้าร่วมเล่นเกมกระดาน โดยแบ่งนักเรียนเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 10 กลุ่ม และมีทีมผู้วิจัยจำนวน 3 คนในการอธิบายกติกาการเล่น และกระตุ้นให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านเกม ก่อนการเล่นในแต่ละครั้งจะมีวิดีโอคลิปที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมกระดานให้นักเรียนได้ชมประมาณ 8 - 10 นาที จากนั้นให้นักเรียนประเมินการรับรู้ความรู้สึกก่อนการเล่นเกม และในช่วงท้ายผู้วิจัยจะสรุปสาระสำคัญของกิจกรรม และให้นักเรียนประเมินการรับรู้ความรู้สึกหลังการเล่นเกม การเล่นเกมกระดาน มีดังนี้

ครั้งที่ 1 เกมการ์ดลมหายใจ เป็นเกมการ์ดที่ให้ผู้เล่นได้ฝึกสติกับลมหายใจ โดยมีการ์ดการหายใจรูปแบบต่าง ๆ ที่เมื่อเปิดการ์ดขึ้นมา นักเรียนรายใดที่กดกระดิ่งและทำท่าการหายใจได้ถูกต้องจะได้การ์ดใบนั้นไป ผู้ที่ได้การ์ดสะสมมากที่สุดเป็นผู้ชนะ

ครั้งที่ 2 เกมการ์ดโยคะ เป็นเกมการ์ดที่ให้ผู้เล่นได้ฝึกสติกับการเคลื่อนไหว โดยมีการ์ดท่า

โยคะรูปแบบต่าง ๆ ที่ให้ผู้เล่นจับคู่การ์ดและทำท่าโยคะตามการ์ด ผู้เล่นที่ได้การ์ดสะสมมากที่สุดเป็นผู้ชนะ

ครั้งที่ 3 เกมการ์ดตั้งสติ เป็นเกมกระดานที่ให้ผู้เล่นได้นำการมีสติรับรู้การหายใจหรือสติการเคลื่อนไหวด้วยโยคะมาใช้ในการแก้ไขสถานการณ์ในช่องทางเดินที่กำหนดสถานการณ์ไว้ ผู้เล่นที่เดินถึงเส้นชัยก่อนเป็นผู้ชนะ

ครั้งที่ 4 เกมการ์ดปิงโกอารมณ์ เป็นเกมที่ให้ผู้เล่นได้ตระหนักรู้ถึงอารมณ์ โดยให้ผู้เล่นได้รู้จักชื่ออารมณ์ต่าง ๆ จากกระดานปิงโกอารมณ์ ผู้เล่นที่สามารถวางหมากตามชื่ออารมณ์ได้ครบแฉก่อนจะเป็นผู้ชนะ

ครั้งที่ 5 เกมการ์ดโซนอารมณ์ เป็นเกมที่ให้ผู้เล่นได้ตระหนักรู้ถึงโซนอารมณ์ โดยให้ผู้เล่นทอยลูกเต๋าเดินตามช่องเดิน โดยจะมีการ์ดให้ผู้เล่นทำตามคำสั่งในการ์ด ผู้เล่นที่เดินไปถึงเส้นชัยก่อนเป็นผู้ชนะ

ครั้งที่ 6 เกมการ์ดตามหาความคิด เป็นเกมที่ให้ผู้เล่นได้มองเห็นความสัมพันธ์ของความคิดและอารมณ์ ผู้เล่นจะได้รับการ์ดอารมณ์คนละ 4 ใบเมื่อทอยลูกเต๋าดำเดินตรงช่องสถานการณ์ให้เลือกใช้การ์ดอารมณ์ที่ตรงกับสถานการณ์และจำการ์ดความคิดจนได้ความคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ ผู้เล่นที่จับคู่สถานการณ์ ความคิด และอารมณ์ได้ครบและเดินไปถึงเส้นชัยก่อนเป็นผู้ชนะ

ครั้งที่ 7 เกมการ์ดชุมทรัพย์ เป็นเกมที่ให้ผู้เล่นได้มองเห็นคุณลักษณะที่ดีของตนเองเปรียบเหมือนชุมทรัพย์ภายในตนเอง ในช่องทางเดินผู้เล่นสามารถเลือกแลกชื่อช่องทางเดินที่ว่างตามใบ

กำหนดราคาโดยใช้ชุมทรัพย์ของตนเองที่มี ผู้เล่นที่ชนะคือผู้ที่มีชุมทรัพย์มากที่สุด

ครั้งที่ 8 เกมการ์ดด้านตะลุยกใจ เป็นเกมที่ให้ผู้เล่นได้เผชิญปัญหาในสถานการณ์ทางอารมณ์ที่ต่างกัน โดยผู้เล่นจะทอยลูกเต๋า หากเดินมาตรงกับช่องสถานการณ์ให้หยิบการ์ดสถานการณ์และแก้ไขสถานการณ์ที่เปิดได้ ผู้เล่นที่เดินไปถึงเส้นชัยก่อนเป็นผู้ชนะ

ครั้งที่ 9 เกมการ์ดล้มลูกผจญภัย เป็นเกมที่ให้ผู้เล่นได้ฝึกเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาในระหว่างทางเดินไปถึงเส้นชัย ผู้เล่นที่สามารถสะสมการ์ดพลังพิเศษได้ครบ สามารถแก้ไขสถานการณ์ปัญหาได้เหมาะสม และเดินไปถึงเส้นชัยก่อนเป็นผู้ชนะ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS 2019/527.0912 และได้รับอนุมัติการเก็บข้อมูลจากสถาบันการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการ โดยพบครูประสานงานในการพบนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดและนำเอกสารคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยไปให้ผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาพิจารณา ผู้ปกครองที่ยินยอมให้บุตรหลานเข้าร่วมโครงการได้ลงนามในแบบฟอร์มดังกล่าวก่อนเริ่มกิจกรรม เมื่อผู้ปกครองและนักเรียนกลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงเจตนายินยอมแล้วจึงนำเข้าสู่กระบวนการวิจัย ซึ่งนักเรียนกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียนและนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ โดยใช้สถิติทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังได้เข้าร่วมเล่นเกมกระดาน ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมเล่นเกมกระดาน และกลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมเล่นเกมกระดาน โดยใช้สถิติทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 156 คน กลุ่มทดลองจำนวน 76 คน เป็นเพศหญิง 41 คน (ร้อยละ 53.95) เพศชาย 35 คน (ร้อยละ 46.05) และกลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน เป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 45) เพศชาย 44 คน (ร้อยละ 55) นักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 76.32 และ 85 ตามลำดับ นักเรียนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และเพื่อนในโรงเรียนในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 57.89 และ 67.11 ตามลำดับ รองลงมาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และเพื่อนในโรงเรียนในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 35.53 และ 31.58 ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับคนใน

ครอบครัว และเพื่อนในโรงเรียนในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 75 และ 55 ตามลำดับ รองลงมาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และเพื่อนในโรงเรียนในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 21.25 และ 32.5 ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์กับครูในโรงเรียนนักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 56.58 และ 51.25 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบประสิทธิผล

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจก่อนการทดลองเท่ากับ 53.24 (SD = 9.91) และหลังการทดลองเท่ากับ 53.36 (SD = 12.18) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจก่อนการทดลองเท่ากับ 52.38 (SD = 10.56) และหลังการทดลองเท่ากับ 56.28 (SD = 10.80) ผลการเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -0.53, p = 0.60$ และ $t = 1.59, p = 0.12$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า สุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = -0.06, p = 0.95$) แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมการเล่นเกมกระดานในระยะเวลาสั้น 9 สัปดาห์ ยังไม่ส่งผลเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียน อาจเป็นไปได้ว่าพัฒนาสุขภาวะจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาอาจต้องใช้เวลาเสริมสร้างผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตใจภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 156)

ปัจจัยทางจิตวิทยา		ก่อนการทดลอง						หลังการทดลอง					
จิตวิทยา	n	Mean	SD	SE	t	p	n	Mean	SD	SE	t	p	
ภายในกลุ่ม													
สุขภาวะทางจิตใจ													
กลุ่มควบคุม	80	52.38	10.56	1.18			80	56.28	10.80	1.21	-2.65	0.01**	
กลุ่มทดลอง	76	53.24	9.91	1.14			76	53.36	12.18	1.40	-0.06	0.95	
ระหว่างกลุ่ม													
สุขภาวะทางจิตใจ					-0.53	0.60					1.59	0.12	
กลุ่มควบคุม	80	52.38	10.56	1.18			80	56.28	10.80	1.21			
กลุ่มทดลอง	76	53.24	9.91	1.14			76	53.36	12.18	1.40			

แนวคิดของ Ryff (2014) ที่ระบุว่า การพัฒนาสุขภาวะจิตใจ เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการสั่งสมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต มากกว่าการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น นอกจากนี้ เด็กวัยประถมยังอยู่ในช่วงวัยที่มีการคิดเชิงรูปธรรมและกำลังพัฒนาความเข้าใจเชิงนามธรรมเกี่ยวกับตนเองและอารมณ์ (Piaget, 1964) การพัฒนาสุขภาวะจิตใจจึงเป็นการทำความเข้าใจตนเองเชิงลึกจึงอาจยังไม่ส่งผลให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลานั้นได้

ผลการศึกษาหลังการทดลอง พบว่าสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = 1.59, p = .12$) ซึ่งอาจสะท้อนว่า ปัจจัยพื้นฐานในชีวิตของนักเรียน เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง มีบทบาทสำคัญอย่างมากจนส่งผลต่อกิจกรรมที่นำมาใช้ทดลอง แม้โปรแกรมจะออกแบบมาโดยมุ่งพัฒนาปัจจัยภายใน เช่น สติ

การกำกับความคิดและอารมณ์ และความแข็งแกร่งทางใจ อย่างไรก็ตาม ความเข้มข้นของกิจกรรมระยะเวลา และการบูรณาการกับวิถีชีวิตประจำวัน อาจยังไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนได้

จากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่และมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ซึ่งการมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัวได้รับการยืนยันในงานวิจัยหลายฉบับว่าเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของเด็ก (Tanoi et al., 2023; An et al., 2024; Geng & He, 2022) ความสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัวช่วยสร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดีของเด็กวัยเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ วไลลักษณ์ พุ่มพวง และคณะ (2565) ที่อธิบายว่า ปัจจัยทำนายที่ดีในการมีสุขภาวะทาง

จิตใจในนักเรียนประถมศึกษา คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่านักเรียนทั้งสองกลุ่มรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อนและครูในโรงเรียนในระดับสูง ซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจ (Butler et al., 2022; Hoferichter et al., 2021) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า เด็กนักเรียนในกลุ่มตัวอย่างมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ทั้งจากครอบครัวและโรงเรียน ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในผลลัพธ์ด้านสุขภาวะทางจิตใจ

ด้านการออกแบบเกมกระดานสุขภาพใจในครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาปัจจัยภายในของนักเรียน เช่น การมีสติ การจัดการกับความคิดและความอารมณ์ และความยืดหยุ่นทางจิตใจผ่านกิจกรรมเกมกระดานที่ใช้เวลา 9 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 คาบเรียน อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่จำกัด ความถี่ของการจัดกิจกรรม และระดับความเข้มข้นของการเรียนรู้ อาจยังไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและสุขภาวะทางจิตใจอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจาก Mackenzie & Browne (2018) ที่ชี้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในระดับประถมศึกษายังมีประสิทธิผลในระดับต่ำ และต้องใช้ระยะเวลานานในการจัดกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน รวมทั้งโปรแกรมกิจกรรมครั้งนี้ที่เน้นการฝึกสติ การกำกับความคิดและความอารมณ์ และความแข็งแรงทางใจอาจมีระยะเวลานานที่ไม่สามารถสร้างความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษาได้ ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าโปรแกรม

กิจกรรมระยะสั้นอาจไม่เพียงพอที่จะมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยพื้นฐานที่มั่นคงในวัยเด็ก เช่น การเลี้ยงดูที่ดีและการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Geng & He (2022) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลต่อการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีของเด็กในช่วงวัยเรียน และการศึกษาของ An et al. (2024) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลกระทบบวกต่อสุขภาวะทางอารมณ์ โดยเมื่อบุคคลรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวสูงจะมีประสบการณ์อารมณ์ทางบวกและมีความสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งตามทฤษฎีระบบนิเวศของ Bronfenbrenner (1979) ได้อธิบายให้เห็นความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับระบบแวดล้อมทางสังคมในหลายระบบ ซึ่งในทุกระบบที่แวดล้อมเด็ก เริ่มจากระบบที่ใกล้ตัวเด็ก เช่น ครอบครัว โรงเรียน เพื่อน ครู ระบบความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างบุคคลรอบตัวเด็ก ตลอดจนระบบที่เกี่ยวข้องกับนโยบายของโรงเรียน วัฒนธรรมสังคม และสื่อ ล้วนเป็นพื้นฐานสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจของเด็กได้ ซึ่งเด็กที่ได้รับการสนับสนุนจากระบบแวดล้อมจะมีระดับความสุขและความสามารถในการจัดการอารมณ์ได้ดีกว่ากลุ่มที่ขาดระบบสนับสนุนเหล่านี้ (Geng & He, 2021; An et al., 2024)

นอกจากนี้ ลักษณะเฉพาะของเด็กวัยเรียนที่เติบโตมาท่ามกลางการใช้เทคโนโลยีและมีลักษณะการเรียนรู้ที่ต้องการแรงจูงใจและความหลากหลาย หรือเด็กเจนเนอเรชันแอลฟา (สุริยเดว ทรีปาตี, 2562) กิจกรรมที่จัดควรส่งเสริมทั้งด้าน

การมีส่วนร่วมและความเป็นอิสระในการเรียนรู้ โดยเฉพาะในช่วงเวลาสุดท้ายของวันเรียนอาจไม่ใช่เวลาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการเรียนรู้ที่ต้องใช้ความตระหนักรู้และการมีสติ นอกจากนี้ การกำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจนในแต่ละเกมอาจลดความรู้สึกละเลยในการเล่นเมื่อเทียบกับกิจกรรมอิสระในกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีส่วนทำให้คะแนนสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลองในช่วงหลังการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่อธิบายว่า การปล่อยให้เด็กมีอิสระในการเลือกกิจกรรมและมีส่วนร่วมเล่นด้วยตนเอง เป็นอิสระจากวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้มีส่วนช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาการกำกับตนเอง การตัดสินใจ การจินตนาการและสร้างสรรค์ การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน มีพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์ที่ดี ทำให้เกิดความสุขและสนุกสนาน (Wang et al., 2024)

แม้ว่าผลเชิงปริมาณจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักเรียนกลุ่มทดลองชี้ให้เห็นถึงทัศนคติเชิงบวกต่อกิจกรรมเกมกระดาน ซึ่งเด็กนักเรียนแสดงความสุขสนุกสนาน ความผ่อนคลาย และการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ โดยเฉพาะในด้านการมีสติ การควบคุมตนเอง และการเผชิญปัญหาในสถานการณ์สมมติ ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมผ่านการเล่นเกมกระดานสุขภาพใจมีศักยภาพในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับเด็กนักเรียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการนำเกมกระดานมาใช้จัดการเรียนรู้ให้กับเด็กกลุ่มเจนเนอเรชันแอลฟา ที่ทำให้ผู้เล่นเข้าถึงความรู้ได้ง่าย มีความสนุกสนาน มีแรงจูงใจในการเรียนรู้ มี

ความคิดสร้างสรรค์ และส่งเสริมทักษะทางสังคม (สุประภา วิวัฒน์วงศ์ และสุชานาถ โทณสุวรรณ, 2566)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาวิจัย ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาผลระยะยาว มีการติดตามผลและใช้เครื่องมือที่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในนักเรียนในวัยเรียนได้ไวมากขึ้น ในการศึกษาระยะต่อไป ควรมีการออกแบบโปรแกรมที่มีกิจกรรมส่งเสริมทั้งปัจจัยภายใน (เช่น ความสามารถในการตระหนักรู้ตนเองและการฟื้นฟูอารมณ์) และปัจจัยภายนอก (เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและโรงเรียน) รวมทั้งควรบูรณาการกับการเรียนการสอนในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดผลอย่างยั่งยืน เช่น การฝึกสติในชั้นเรียน หรือมีการจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ปกครองและครูมีส่วนร่วม และมีการฝึกอบรมครูให้สามารถนำกิจกรรมไปใช้ต่อในโรงเรียนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งการใช้ระยะเวลาในการดำเนิน โปรแกรมกิจกรรมควรมีระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นหรือมีความเข้มข้นมากขึ้นที่อาจส่งผลให้เห็นผลลัพธ์ที่แตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

2. ด้านการปฏิบัติงานกับนักเรียน ในการวางแผนการนำกิจกรรมไปใช้กับนักเรียนควรจัดช่วงเวลาที่สามารถผสมผสานไปกับช่วงเวลาการเล่นอิสระให้มากขึ้น มีการจัดกลุ่มผู้เล่นให้มีขนาดเล็กลงที่ผู้สอน/ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงนักเรียนในการอธิบายและสรุปสาระสำคัญได้ทั่วถึงมากขึ้น และ

ควรเพิ่มความถี่ในการเล่นให้มากขึ้นเพื่อให้
นักเรียนเกิดการเรียนรู้ในสาระที่สอดคล้องใน
เกมกระดานให้มากขึ้น รวมทั้งมีการนำเทคโนโลยี
ดิจิทัล เช่น Virtual reality หรือ AI มาใช้ประกอบด้วย
เพื่อช่วยเพิ่มความน่าสนใจและความร่วมมือจาก
ผู้เล่นในวัยเรียนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงเรียน
คุณครู และนักเรียนทุกคนที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้
งานวิจัยสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- จิรภัทร รวิภัทรกุล, พูลทรัพย์ อารีกิจ, และสักรัตน์ งามเอก.
(2565). การมีสติในเด็ก: แนวโน้มงานวิจัยจากการวิเคราะห์
บรรณมิติ. *วารสารรามคำแหง ฉบับคณะศึกษาศาสตร์
(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 3(1), 61-85.
- ฉัตรวิบูลย์ โพธิ์เชล. (2563). การกำกับอารมณ์ด้วยสติ: มุมมอง
เชิงการรู้คิดบนกระบวนการของอารมณ์. *วารสารจิตวิทยา
คลินิกไทย*, 51(2), 55-68.
- ชุติมา จิรัฐิเรียงไกร, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย, และ
สุภาภัก เกตราสุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายสุขภาวะทาง
จิตใจในวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2),
77-89.
- วรารักษ์ ลิ้มเปรมวัฒนา, และกันตภณ ธรรมวัฒนา. (2560).
พฤติกรรมในการเล่นเกมกระดาน และองค์ประกอบของ
ปัจจัยทางด้านผลกระทบ จากการเล่นเกมของวัยรุ่นในเขต
กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสังคม*, 40(2), 107-132.
- วไลลักษณ์ พุ่มพวง, พวงเพชร เกษรสมุทร, สุภาภัก เกตราสุวรรณ,
ฐิณรัตน์ ถาวร, วาริรัตน์ ถาน้อย, สาธกา พิมพ์รุณ, และสุดา
รัตน์ เพียรชอบ. (2565). การส่งเสริมสุขภาวะทางใจและ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา: มุมมอง
และความต้องการของนักเรียน ครู และผู้บริหาร โรงเรียน.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(2), 137-155.
- วไลลักษณ์ พุ่มพวง, พวงเพชร เกษรสมุทร, สุภาภัก เกตรา
สุวรรณ, สุดารัตน์ เพียรชอบ, สาธกา พิมพ์รุณ, และฐิณรัตน์
ถาวร. (2565). รายงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม
สุขภาวะทางจิตใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียน
ระดับประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุประภา วิวัฒน์วงศ์, และสุชานาถ โทณสุวรรณ. (2566).
การศึกษาปัจจัยในการเลือกใช้ออร์เกมสำหรับการจัดการ
เรียนการสอนของครูระดับประถมศึกษา. *วารสารคณะ
ศึกษาศาสตร์ มจร*, 11(1), 371-386.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2562). คุณลักษณะและจิตสำนึกของเด็กยุค
ดิจิทัลกับการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่. *วารสารการจัดการ
ทางการศึกษาปฐมวัย*, 1(1), 90-100.
- อนุสร พันธุ์ประเสริฐ. (2566). บทบาทของสติในทางจิตวิทยา
และความเป็นอยู่ที่ดี. *Buddho Journal*, 2(2), 11-25.
- SDG move. (4 กันยายน 2565). รายงานของยูนิเซฟ เผยเด็กไทย
อายุ 10 - 19 ปี ประมาณ 1 ใน 7 คน เผชิญความผิดปกติทาง
จิต ภาควิชาที่เกี่ยวข้องต้องเร่งยกระดับบริการด้าน
สุขภาพจิต. <https://www.sdgmove.com/2022/09/04/unicef-report-mental-health-children>.
- An, J., Zhu, X., Shi, Z., & An, J. (2024). A serial mediating
effect of perceived family support on psychological well-
being. *BMC Public Health*, 24, 1-10.
- Artati, K. B., Wahyuni, E., & Fitri, S. (2024). The Effect of
School-Based Mindfulness on The Psychological Well-
Being of Elementary School Senior Students: A Literature
Study. *Global International Journal of Innovative Research*,
2(6), 1210-1223.
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P.
(2016). Individual differences in cognitive emotion
regulation: Implications for subjective and psychological
well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary
Forum on Subjective Well-Being*, 17(1), 125-143.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development:
Experiments by nature and design*. Harvard University
Press.

- Butler, N., Quigg, Z., Bates, R., Jones, L., Ashworth, E., Gowland, S., & Jones, M. (2022). The Contributing Role of Family, School, and Peer Supportive Relationships in Protecting the Mental Wellbeing of Children and Adolescents. *School Mental Health, 14*(3), 776-788.
- Cohen, K.A., Ito, S., Ahuvia, I.L., Yang, Y., Zhang, Y., Renshaw, T.L., Larson, M., Cook, C., Hill, S., Liao, J., Rapoport, A., Smock, A., Yang, M., & Schleider, J. L. (2024). Brief School-Based Interventions Targeting Student Mental Health or Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 27*(3), 732-806.
- Dhanabhakym, M. & Sarath, M. (2023). Psychological Wellbeing: A systematic Literature Review. *International Journal of Advanced Research in Science, Communication and Technology, 3*(1), 603-607.
- Elia, J. (July 2023). *Overview of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/psychiatric-disorders-in-children-and-adolescents/overview-of-psychiatric-disorders-in-children-and-adolescents>.
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E.E. & Thompson, S.C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology, 6*(1), 30.
- Fernando, P. A. & Premadasa, H. K. S. (2024). Use of gamification and game-based learning in educating generation alpha: a systematic literature review. *Educational Technology & Society, 27*(2), 114-132.
- Geng, Y. & He, L. (2022). Gender Differences in Children's Psychological Well-Being in Mainland China: Risk and Protective Factors. *Applied Research in Quality of Life, 17*, 2743-2763.
- Hoferichter, F., Kulakow, S., & Hufenbach, M. C. (2021). Support from parents, peers, and teachers is differently associated with middle school students' well-being. *Frontiers in Psychology, 12*, 758226.
- Höfrová, A., Balidemaj, V., & Small, M.A. (2024). A systematic literature review of education for Generation Alpha. *Discover Education, 3*, 125.
- Kalonia, N., Garhwal, K., & Singh, V. (2023). Life satisfaction and resilience as a predictor of psychological well-being among youth. *International Journal of Indian Psychology, 10*(4), 1004-1010.
- Liddle, I., & Carter, G.F.A. (2015). Emotional and psychological well-being in children: the development and validation of the Stirling Children's Well-being Scale. *Educational Psychology in Practice, 31*(2), 174-185.
- Mackenzie, K. & Williams, C. (2018). Universal, school-based interventions to promote mental and emotional well-being: what is being done in the UK and does it work? A systematic review. *BMJ open, 8*(9), e022560.
- Malboeuf-Hurtubise, C., Taylor, G., Lambert, D., Paradis, P. O., Léger-Goodes, T., Mageau, G. A., Labbé, G., Smith, J., & Joussemet, M. (2024). Impact of a mindfulness-based intervention on well-being and mental health of elementary school children: results from a randomized cluster trial. *Scientific reports, 14*(1), 15894.
- Mesman, E., Vreeker, A., & Hillegers, M. (2021). Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Current opinion in psychiatry, 34*(6), 586-592.
- Nakao, M. (2019). Special series on "effects of board games on health education and promotion" board games as a promising tool for health promotion: a review of recent literature. *BioPsychoSocial Medicine, 13*, 5.
- Noda, S., Shiotsuki, K., & Nakao, M. (2019). The effectiveness of intervention with board games: a systematic review. *BioPsychoSocial Medicine, 13*, 22.
- Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A., Blakemore, S. J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of Universal Self-regulation-Based Interventions in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics, 172*(6), 566-575.

- Piaget, J. (1964). Cognitive development in children: Piaget's papers. *Journal of Research in Science Teaching*, 2(3), 176-186.
- 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*, 29, 207-222.
- Rao, S. & Raja, A. S. (2025). Navigating the digital paradox: balancing opportunities and risks in generation alpha's development. *International Journal for Multidisciplinary Research*, 7(2), 1-16.
- Renwick, L., Pedley, R., Johnson, I., Bell, V., Lovell, K., Bee, P., & Brooks, H. (2022). Conceptualisations of positive mental health and wellbeing among children and adolescents in low- and middle-income countries: A systematic review and narrative synthesis. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(1), 61-79.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Sanchez, A. L., Cornacchio, D., Poznanski, B., Golik, A. M., Chou, T., & Comer, J. S. (2018). The Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Elementary-Aged Children: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(3), 153-165.
- Thanoi, W., Vongsirimas, N., Sitthimongkol, Y., & Klainin-Yobas, P. (2023). Examining Predictors of Psychological Well-Being among University Students: A Descriptive Comparative Study across Thailand and Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1875.
- Van, D., & Lam, H. (2023). Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. *Applied psychology. Health and well-being*, 15(2), 594-610.
- Wang, X. Ye, P., & Qiao, T. (2024). Free play and pedagogical play: a multiple-case study of teachers' views of play in Chinese early learning centers. *Frontiers in education*, 9:1359867.
- Wita, I.W., Suarni, N. K., & Margunayasa, I. G. (2023). Analysis of Psychological Well-Being in High Grade Elementary School Children. *Journal La Medihealtico*, 4(6), 302-308.
- World Health Organization. (1 September 2025). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Xue, M., Beile, C., & Ye, Y. (2022). Cognitive emotion regulation for improved mental health: A chain mediation study of Chinese high school students. *Frontiers in Psychology*, 13, 1041969.

PERSPECTIVE AND EXPECTATIONS OF THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM RELATED TO PERCEIVED STIGMA IN MALE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: A HAPPY CARE MODEL

*Pasinee Thoin, Ph.D. *, Prakong Napontan, M.N.S. **,
Panurat Srimungkhul, M.N.S. ***, Phatane Srioat, M.N.S. *****

Abstract

Objective: To study perspectives and expectations of the mental health service system in relation to perceived stigma among male schizophrenic patients: a model of happy care.

Methods: A qualitative study using Martin Heidegger's interpretive phenomenology (Heidegger, 1962). The data collection period was from November 2023 to November 2024, totaling one year. Informants were purposively selected. Key informants were 16 male patients diagnosed with schizophrenia and admitted as inpatients with stable mental health conditions who were willing to participate in this study. The research instrument used was an in-depth interview guideline. Data was collected through in-depth interviews, tape recordings, observations, and field notes. Data was analyzed using Leonard's interpretation method (Leonard, 1989). Data was transcribed verbatim and analyzed for essential content according to the research objectives. The data was validated with key informants and discussed with experts.

Results: Findings on perspectives and expectations of the mental health service system in relation to perceived stigma among male schizophrenic patients. The findings present a model of happy care. The informants shared their perspectives on five areas of accumulated experience: 1) feelings of emotional distress, 2) feelings of low self-worth, 3) desire for the health care system, 4) improvements in service facilities, and 5) happiness.

Conclusion: Perceptions of stigma influence male schizophrenic patients' experiences of accessing and using mental health services. Therefore, service system development should prioritize reducing stigma, improving facilities, and creating services that respond to patients' definitions of happiness. This aims to reduce stigma, increase treatment compliance, promote psychiatric rehabilitation, and restore well-being.

Keywords: perception of stigma, schizophrenia patients, perspective and expectations, mental health care system

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute*

***Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

****Registered Nurse, Practitioner Level, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital*

*****Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, e-mail: phat.tanee@gmail.com*

Received: 3 March 2025, Revised: 15 February 2026, Accepted: 21 February 2026

มุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข

ภาสินี โทอินทร์, ปร.ด.*, ประคอง นาโพนทัน, พย.ม.**,

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล, พย.ม.***, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พย.ม.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษามุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาความของ Martin Heidegger (Heidegger, 1962) ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงพฤศจิกายน 2567 รวม 1 ปี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยชายที่วินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีอาการทางจิตสงบ มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทป สังเกต และบันทึกภาคสนาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการตีความของเลียวนาร์ด (Leonard, 1989) โดยนำข้อมูลที่ได้ออกความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์แก่นสาระตามวัตถุประสงค์การวิจัย นำไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำข้อมูลที่ตีความได้ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษา : ข้อค้นพบเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข โดยผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สัมผัสผ่านการรับรู้มี 5 ประเด็น คือ 1) ความรู้สึกมีปมในใจ 2) ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง 3) ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพ 4) การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริการ และ 5) ความสุข

สรุป : การรับรู้ตราบาปมีผลต่อประสบการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทชาย ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการควรให้ความสำคัญทั้งด้าน การลดการตีตรา การปรับสิ่งอำนวยความสะดวก และการสร้างบริการที่ตอบสนองต่อความหมายของความสุขในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการฟื้นฟูสู่สุขภาวะ

คำสำคัญ : การรับรู้ตราบาป, ผู้ป่วยจิตเภท, มุมมองและความคาดหวัง, ระบบบริการสุขภาพจิต

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

***พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

****ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

e-mail: pasineethoin@bcnkk.ac.th

วันที่รับ: 3 มีนาคม 2568, วันที่แก้ไข: 15 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 21 กุมภาพันธ์ 2569

ความสำคัญของปัญหา

“เราไม่เหมือนคนอื่น และคนอื่นมองพวกเราแปลกประหลาด” เป็นคำพูดสะท้อนที่มีนัยยะสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่รู้สึกว่าเป็นภาระขาดกำลังใจ รู้สึกไม่มีตัวตนในครอบครัวและสังคมขาดพลังอำนาจในการดำเนินชีวิต” จากการสำรวจทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคจิตเภท 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน และพบว่าเพศชายมีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทกว่าร้อยละ 76 มากกว่าเพศหญิง (Orrico-Sánchez, et al., 2020) สำหรับประเทศไทยความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในคนอายุ 15 - 59 ปี พบความชุก 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน อัตราส่วนชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย (Phanthunane et al., 2010) ซึ่งโรคจิตเภทถือเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (serious mental illness) และเรื้อรัง มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และทำร้ายคนอื่น การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของผู้ป่วยทุกด้านเสื่อมถอย แม้จะรักษาดีขึ้นแต่ส่วนมากจะมีอาการทางจิตหลงเหลือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ถึงแม้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาแล้วส่วนใหญ่ยังคงมีอาการหลงเหลือ และมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วยร้อยละ 44 (Sher & Kahn, 2019) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำและอายุขัยของผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคจิตเภทลดลงสูงสุดถึง 20 ปี เมื่อเทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั่วไป (Hellidin et al., 2024) และผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปภายในตนเองสูง (Gärtner et al., 2022) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับผลกระทบทางลบทั้งใน

การทำหน้าที่ตลอดชีวิตและการถูกตราบาป

มุมมองการรับรู้ตราบาป (perceived stigma) ส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะปัจจัยด้านตราบาป (stigma) ทั้งตราบาปตนเอง (self-stigma) และการถูกตราบาปจากสังคม (social stigma) กระทบต่อการเพิ่มความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหายทุเลา (remission) การฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery) ความไม่ร่วมมือในการรักษา (non adherence) และการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ทำให้อาการรุนแรงและยุ่งยากซับซ้อนขึ้น (Gunasekaran et al., 2022) ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ เกิดความทุกข์ทรมาน (suffering) กับตราบาปจากการถูกเลือกปฏิบัติ (discrimination) จากสังคมเพื่อน ครอบครัว และถูกทอดทิ้ง สะท้อนให้เห็นว่ามุมมองและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต (Carrara & Ventura, 2018) การดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติถูกปฏิเสธจากเพื่อน พี่น้อง เพื่อนบ้าน และผู้จ้างงาน มีผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกอับอายเกลียดตนเอง และประณามตนเองเป็นบุคคลที่ไม่น่าเชื่อถือ สึกอ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง ละอายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน ไม่อยากไปพบผู้ให้ความช่วยเหลือ นำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมานใจ (เสกสั่น เครือคำ และคณะ, 2562) ตราบาปที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกตึงเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดีและลดคุณค่าของ

ตนเอง ผู้ป่วยจะไม่บรรลุความต้องการพื้นฐานในด้านความรัก ความเป็นเจ้าของ การนับถือตนเอง ความปลอดภัย ความมั่นคง และอำนาจ ในแง่ของการเจ็บป่วย トラบาปจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันและระยะยาวเรื้อรัง (ปนิดา พุ่มพุทธร และขวัญตา ภูริวิทย์ธีระ, 2564)

การศึกษามุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย จึงเป็นประเด็นสำคัญและจำเป็น เนื่องจากจะช่วยนำไปสู่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจิตที่เอื้อต่อความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ดังนั้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงคุณภาพด้านมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นที่ภาพรวมด้านอาการและผลทางคลินิกเป็นหลัก โดยเฉพาะการวิจัยปริมาณ ซึ่งยังขาดการสร้างการเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับมุมมอง ประสบการณ์ และความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทชายในบริบทประเทศไทย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถออกแบบบริการสุขภาพที่ลดความรู้สึกลดตราบาป เสริมพลังอำนาจ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทชาย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของ Martin Heidegger (Heidegger, 1962) ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการสะท้อนประสบการณ์จากผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์นั้นโดยตรง คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้จากข้อค้นพบที่ปรากฏ จนกระทั่งค้นพบแก่นประสบการณ์ที่เป็นประสบการณ์ร่วมกันของผู้ป่วยจิตเภทชาย ตราบาปทางจิตเวชเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกิดจากการให้ความหมายเชิงลบต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้บุคคลถูกลดทอนคุณค่า ถูกกีดกัน หรือถูกมองว่าแตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม (Goffman, 1963) การรับรู้ตราบาปดังกล่าวสัมพันธ์กับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิต และเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่สัมผัสในผู้ป่วยจิตเภทชาย ในขณะเดียวกัน ความสุขเป็นความรู้สึกที่ดีที่สุด การมีชีวิตที่มีความสุขสนุกสนาน และเป็นความปรารถนาของบุคคลที่อยากจะคงความรู้สึกดังกล่าวไว้ให้ยาวนาน (Layard, 2005) การส่งเสริมความสุขในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทชายจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ดังนั้น กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้จึงเชื่อมโยงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทชายกับระบบบริการสุขภาพจิต ผ่านการทำความเข้าใจ

เข้าใจการรับรู้ตราใบ และการส่งเสริมความสุขในตนเอง โดยสังเคราะห์ข้อค้นพบเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่ลดตราใบและส่งเสริมความสุขในตนเองของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของ Martin Heidegger (Heidegger, 1962) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเภทชาย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก มีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป มีอาการทางจิตสงบโดย ค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต (Brief psychotic rating scales: BPRS) ≤ 36 คะแนน (กรมสุขภาพจิต, 2563) 2) สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน เป็นกระบวนการต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อไม่พบรูปแบบของข้อมูลใหม่ หรือข้อค้นพบอื่นมาเพิ่มเติม ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบ

สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi - structural interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในชุมชน ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์มุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มุมมองต่อการให้บริการที่ได้รับ ความต้องการและความคาดหวังจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช และความต้องการการดูแลที่ทำให้ลดความรู้สึกเป็นตราใบ ตัวอย่างคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก “ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการให้บริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล” ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้จากบททวนวรรณกรรม นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาสร้างแนวคำถามภายใต้การแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพในภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 3 คน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 2 คน แล้วนำมาปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง มีการจดบันทึก การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และการบันทึกเสียง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 60 - 90 นาที/คน/ครั้ง ทำการสัมภาษณ์จนกว่าจะไม่พบข้อสงสัย หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangular) ในประเด็นต่อไปนี้ 1) ที่มาของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต่างกัน 2) ตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลักที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย 3) มีการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้ตรวจสอบความถูกต้อง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ 002/2567 รับรองเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล โดยระบุผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารคำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจแล้วจึงลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของเลียวนาร์ด (Leonard's method) (Leonard, 1989) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ถอดเทปสัมภาษณ์ ฟังและถอดบทสัมภาษณ์จากเทปให้ละเอียดและตรวจสอบข้อมูลหลาย ๆ ครั้ง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกภาคสนาม และใส่รหัสผู้ให้ข้อมูล โดยอ่านข้อมูลจากการถอดเทปเสียงที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำหลาย ๆ ครั้ง และนำข้อมูลที่ได้มาอ่านทวนซ้ำหลาย ๆ ครั้ง 2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป การบันทึกภาคสนาม และจากการสังเกตในพื้นที่ มาอ่านทวนซ้ำหลาย ๆ รอบ พยายามสังเกตความหมายของคำบรรยายทุกขั้นตอน ดัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออกให้เหลือเฉพาะแก่น (Core) จากนั้นถอดรหัสข้อความ (Coding) ออกจากบทสนทนาแล้วพิจารณา คำต่าง ๆ นั้นที่แสดงถึงประเด็นย่อย (Categories or Sub themes) 3) จัดหมวดหมู่สรุปรวมประเภทของเรื่องหรือประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาเข้ากลุ่มกันและสรุปเป็นประเด็นหลัก (Themes) 4) พิจารณาแต่ละประเด็นและความหมายของคำ การตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละเหตุการณ์ จนเรื่องที่ตอบสนองกลายเป็นแบบอย่าง หรือเป็นเรื่องที่สามารถอธิบายมุมมองและความคาดหวังของสถานการณ์นั้น ๆ ได้ โดยวิเคราะห์ความหมายของคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล และพิจารณาความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ระหว่างเก็บข้อมูลสะท้อนความรู้ลึกของผู้ให้ข้อมูลต่อ

มุมมองและความคาดหวังของประสบการณ์ให้เกิดความชัดเจนในแต่ละประเด็น 5) จำแนกข้อมูลตามความหมายที่สามารถอธิบายลักษณะการกระทำในบริบทนั้น ๆ โดยเขียนสรุปสาระสำคัญ (Theme) ทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่มีความสัมพันธ์กันตามมุมมองและความคาดหวังให้เข้าใจชัดเจนสอดคล้องกับขอบเขตของความหมายหรือธีมนั้น ๆ จากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นหลักที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำข้อมูลที่ตีความได้ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภทและปรับแก้เมื่อได้ความชัดเจนและยืนยันความถูกต้องแล้ว

ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) คือ การใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน หรือตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผลสรุปไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งที่ต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น ผู้วิจัยสัมภาษณ์พร้อมกับการสังเกตผู้ให้ข้อมูล ปรึกษาทาง สื่อน้ำ และนำข้อมูลผลการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าผลการสัมภาษณ์นั้นถูกต้องหรือไม่ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการตรวจสอบสามเส้า (investigator

triangulation) โดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ต่างคนต่างเก็บข้อมูลในเรื่องเดียวกัน แล้วได้ข้อค้นพบส่วนที่มีความเหมือนกัน 2) การตรวจสอบ และยืนยันเป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วน โดยการฟังซ้ำหลาย ๆ รอบ มีการอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล 3) ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ โดยการนำเสนอการบรรยายของประสบการณ์ที่มาก และลึกพอเพื่อนำผลที่ได้ไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกัน และ 4) ความวางใจได้ การดำเนินการวิจัย และอธิบายขั้นตอนการวิจัย เพื่อให้สามารถตรวจสอบเส้นทางวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องมุมมองและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 27 - 52 ปี อยู่ในช่วงวัยแรงงานตอนต้น มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 56.3 การศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น (ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาตอนปลาย) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและมีอาชีพหลักคือเกษตรกร ร้อยละ 37.5 เช่น ทำนา ขณะที่บางรายมีอาชีพรอง ได้แก่ รับจ้าง ค้าขาย หรือว่างงาน ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 1,000 - 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 81.3) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ (ร้อยละ 100) ความสัมพันธ์กับครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.3 และความสัมพันธ์กับบุคคล

อื่นในชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 100 ในมิติสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์เจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 7 - 8 ปี และเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 - 4 ครั้ง ครอบครัวมีสมาชิกเฉลี่ย 3 - 4 คน โดยมีผู้ดูแลหลักที่ใกล้ชิด เช่น มารดา บิดา ปู่ย่าตายาย หรือคู่สมรส เป็นส่วนใหญ่ (12 ราย) ว่างใจมารดามากที่สุด ด้านจิตใจและสังคม ผู้ป่วยสะท้อนว่าการต้องรับประทานยาตลอดชีวิตทำให้ชีวิตน่าเบื่อ ขาดโอกาสการทำงาน ครอบครัวแตกสลาย และไม่อยากเป็นภาระต่อผู้อื่น นอกจากนั้นยังรับรู้ทัศนคติด้านลบจากสังคม เช่น ถูกหวาดกลัว รังเกียจ ไม่ต้อนรับ หรือถูกมองว่าเป็น “บ้า” และ “ไม่สมประกอบ” ซึ่งตอกย้ำการเผชิญกับ ตราบาปทางสังคม (stigma) จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสะท้อนถึง ความสุขในอุดมคติ ว่า คือ การได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน และสังคม การมีงานทำเลี้ยงชีพได้ ไม่เป็นภาระใคร การไม่ถูกรังเกียจหรือเหยียดหยาม และการได้ใช้ชีวิตกับคนที่รักและเข้าใจ ซึ่งสะท้อนความหวังต่อการมีคุณค่าและการฟื้นฟูชีวิตอย่างยั่งยืน

ข้อค้นพบเกี่ยวกับมุมมองและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อระบบบริการสุขภาพที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 5 ประเด็นหลัก คือ (1) ความรู้สึกมีปมในใจ (2) ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (3) ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพ (4) การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกต่อบริการ และ (5) ความสุข โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความรู้สึกมีปมในใจ ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองต่อการรู้สึกมี

ตราบาปในใจหรือปมในใจที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 7 ประเด็นรอง คือ รู้สึกเป็นภาระ รู้สึกไร้ความสามารถ รู้สึกต้องพึ่งพาจิตเวชตลอดชีวิต น่าเบื่อ น่าอับอายถูกล้อเลียน รู้สึกไม่ได้รับความไว้วางใจ ครอบครัวไม่ยอมรับ รู้สึกอัดอัดเมื่อต้องถูกแยกห้อง และรู้สึกผิดจากเหตุการณ์เคยทำร้ายร่างกาย จิตใจของคนในครอบครัว ตัวอย่างทำให้สัมภาษณ์ “รู้สึกที่ผมเป็นภาระให้คนอื่นต้องลำบาก เป็นปมในใจให้ต้องรู้สึกไม่ดีที่เป็นภาระ” (ผู้ป่วยรายที่ 2) “ตัวเองคงไม่มีความสามารถมากพอที่จะใช้ชีวิตแบบที่กำลังเป็นปม” (ผู้ป่วยรายที่ 5) “ป่วยเป็นโรคทางจิตก็ต้องกินยาตลอดชีวิตใช้ไหมคำถามมันวนในหัวผมบ่อยๆ เลิกคิดไม่ได้สักที น่าเบื่ออยู่นะ” (ผู้ป่วยรายที่ 1) “เด็กที่บ้านมันล้อ ไปไหนใครก็ล้อ บางครั้งก็ทำใจยอมรับไม่ได้ เกิดอารมณ์แะตลอด” (ผู้ป่วยรายที่ 9) “คนในบ้านในครอบครัวเขายังไม่ไว้วางใจผมเลย รู้สึกแบบนั้นจริง ๆ เขาคงไม่ยอมรับคนเป็นบ้า คิดแบบนี้จริง ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 8) “บางทีอยู่ในห้องที่ต้องแยกคนเดียว ก็รู้สึกนะ รู้สึกไม่ดีเราเป็นอะไร” (ผู้ป่วยรายที่ 15) “เราเคยดีพอดีแม้บางทีก็คิดตามหลังรู้สึกไม่ดี รู้สึกผิดกับสถานการณ์นั้น” (ผู้ป่วยรายที่ 12)

ประเด็นหลักที่ 2 ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองต่ออิทธิพลทางคำพูดหรือจากคนรอบข้างที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 2 ประเด็นรอง คือ ถูกล้อเลียนว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ทำให้อับอาย และคำพูดของคนอื่นทำให้ตนเองเป็นคนที่ไม่มีความค่า ไม่น่าเชื่อถือ ถูกตำหนิ ทำให้รู้สึก

น้อยใจ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ “ไม่มีอะไรที่อายคนมากกว่าไปกว่าคำพูดของคน คนนั้นก็พูดล้อเลียนคำพูดของเราเป็นบ้า เป็นโรคจิต” (ผู้ป่วยรายที่ 3) “อายคนเหมือนกันที่เป็นแบบนี้ เขาก็ว่ากันนั้นแหละเคยได้ยิน” (ผู้ป่วยรายที่ 7) และ “คำพูดของคนอื่นทำให้กลายเป็นคนไม่มีค่าอะไร ราวกับไม่มีที่ยืนในสังคม” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

ประเด็นหลักที่ 3 ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองต่อความคาดหวังต่อระบบบริการทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ส่งผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 7 ประเด็นรอง ซึ่งเสี่ยงสะท้อนความปรารถนาที่ได้เป็นความต้องการที่จะการรับยาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดการเดินทาง ต้องการให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย เพิ่มช่องทางติดต่อญาติเมื่อคิดถึง ต้องการให้ญาติและชุมชนไม่ใช่คำพูดที่กระทบจิตใจจนเกิดความรู้สึกไม่อยากรักษาต่อเนื่อง ต้องการให้มีร้านค้าสะดวกซื้อ มีแหล่งอำนวยความสะดวกเหมือนการใช้ชีวิตทั่วไป ต้องการให้เพิ่มห้องแยกส่วนตัวสำหรับเก็บเสียงผู้ป่วยที่เสียงดังป้องกันการรบกวนเวลาอนกลางคืน และต้องการให้มีคลินิกเลิกบุหรี่ในหอผู้ป่วย สามารถแบ่งรายละเอียดปลีกย่อยได้ ตามความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“อยากลดค่าใช้จ่าย ย่นระยะทางที่ต้องมาโรงพยาบาล แต่ในใจมั่นใจว่าโรงพยาบาลจิตเวชจะสบายใจมากกว่าที่อื่น แต่ถ้าบริการทุกอย่างของโรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นแบบของจิตเวชก็จะมั่นใจว่าจะดีเหมือนกัน ผมพอใจที่จะอยู่ใกล้บ้าน” (ผู้ป่วย

รายที่ 10)

“อยากให้มีพื้นที่ออกกำลังกายได้อาการนี้หรือสนามไหนก็ได้ ที่จะลงไปใช้เดินเล่น” (ผู้ป่วยรายที่ 9) “น่าจะมีการคุยกันแบบเห็นหน้าเห็นตากเปิดอกไปตอนคิดถึงบ้าน เห็นคนทางบ้านได้ ตอนที่คิดถึงได้ตลอด” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

“ตอนอยู่โรงพยาบาลผม โอเคดีแต่พอกลับไปบ้านบรรยากาศคำพูดมันไม่ใช่ คนที่บ้านเคยรู้แบบที่ผมรู้ใหม่ที่ผมเป็นอะไรทำไมเขายังพูดแบบเดิม ผมเครียดนะบางที อยากให้ญาติรู้แบบที่ผมรู้คงจะดี เพื่อเขาจะได้รู้จัก ผมก็ไม่ได้อยากเป็นแบบนี้” (ผู้ป่วยรายที่ 13)

“ของขายขนมขายเหมือนตอนอยู่โรงพยาบาลในอำเภอบ้านผมมีนะ รถลูกชิ้น ขนมกิน ชื่อของที่อยากได้มันน่าจะมีในตึกของเราเวลาอยากกิน” (ผู้ป่วยรายที่ 15)

“คนจี๋ไว้วายร้องกลางคืนมันมีที่อยู่สำหรับเขาไม่ให้ได้ยินเสียงเขาก็ดีนะ บางทีดังกินไป นอนหลับยากจนไม่อยากนอนโรงพยาบาลจนถึงวันนัด อยากให้มีห้องสำหรับเขา มันนอนไม่หลับ” (ผู้ป่วยรายที่ 6)

“อยากเลิกบุหรี่อยากให้มีรูดเดียวเลยรักษาที่นี้จบเลย มีหน่วยเลิกยาสูบจะได้ช่วยไม่ต้องไปหลายที่ มันยุ่งยาก” (ผู้ป่วยรายที่ 12)

ประเด็นหลักที่ 4 การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการแก้ไขปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ส่งผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 3 ประเด็นรอง เพิ่มหน่วยบริการจิตเวชใกล้บ้าน การตอบสนองความต้องการ

เพื่ออำนวยความสะดวกในช่วงที่อยู่วิทยาในโรงพยาบาล และความหลากหลายของสีเส้นเสื้อผ้าสวมใส่ ทั้งนี้สามารถแบ่งรายละเอียดปลีกย่อยได้ตามความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

“อะไรที่ช่วยลดรายจ่าย ลดการเดินทางไกล บริการที่หมอ พยาบาลจัดให้ พอใจหมด เพราะต้องการลดรายจ่ายเพราะเงินก็สำคัญกับผมและครอบครัว” (ผู้ป่วยรายที่ 8)

“บางทีก็ต้องการให้ปรับการจัดระเบียบที่ออกกำลังกาย เดินเล่น คุยโทรศัพท์กับญาติ เป็นแบบที่ต้องการ แต่ก็มีกฎก็จะได้ทำตาม” (ผู้ป่วยรายที่ 4) ทั้งในผู้ป่วยรายที่ 16 ให้คำสัมภาษณ์ว่า “อยากให้มีที่อดบุหรี่ ออกยาสูด บางทีมันหงุดหงิดอยากให้มีแผนกนี้อยู่ที่หอนอนตรงนี้ด้วย” (ผู้ป่วยรายที่ 16) ผู้ป่วยรายที่ 1 ให้คำสัมภาษณ์ว่า “พวกห้องจัดการ ไม่มีเสียงคนร้องควรมีนะ รำคาญนอนไม่ได้เลย” (ผู้ป่วยรายที่ 1) และผู้ป่วยรายที่ 11 ให้คำสัมภาษณ์ว่า “พวกเสื้อผ้าสีสวย ๆ งาม ๆ ขอบนะสดใสนบายตา สีฟ้าสีเหลืองงาม ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 11) “คนที่บ้าน ครอบครัว ช่วยบอกเขาได้ไหม อย่าพูดให้เครียด กดดันกันเกินไป ให้ช่วยพูดดี ๆ ช่วยคุยกับเขาก่อนที่จะกลับบ้าน แก่ใจตรงนี้ได้จะดีมาก มันเกินไปจริง ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

ประเด็นหลักที่ 5 ความสุข ผู้ให้ข้อมูลร่วมกันสะท้อนมุมมองที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้และจำแนกเป็น 5 ประเด็นรอง การไม่ถูกรังเกียจเหยียดหยาม การได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อนและสังคม การมีชีวิตที่ดี มีงานทำ สามารถเลี้ยงชีพได้ ไม่เป็นภาระคนอื่น ได้ใช้ชีวิต

อยู่กับคนที่รัก และเข้าใจทั้งนี้ในแต่ละด้านยังสามารถแบ่งรายละเอียดปลีกย่อยได้ตามความแตกต่างกันโดยมีรายละเอียด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

“อย่ารังเกียจกันเลย มันมีแต่ทุกข์ ถ้ามาเหยียดหยามกัน รังเกียจกัน สิ่งเหล่านี้ถ้าไม่เกิดขึ้นจะสุขใจมาก” (ผู้ป่วยรายที่ 3) และคำสัมภาษณ์รายที่ 4 “ความสุขสำหรับผมคือ ไม่ถูกเหยียดหยามให้รู้สึกไม่ดี แค่นี้ก็พอใจ มีความสุข” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

“การยอมรับจากครอบครัว เพื่อนในหมู่บ้าน” (ผู้ป่วยรายที่ 15)

“มีชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุข” (ผู้ป่วยรายที่ 8) และคำสัมภาษณ์รายที่ 11

“ความสุขคือเรามีชีวิตที่ดี ไม่ต้องมีอะไรให้คิดมาก” (ผู้ป่วยรายที่ 11)

“มีการมีงานทำ เลี้ยงตัวเองและลูกเมียได้ ไม่เป็นภาระคนอื่น” (ผู้ป่วยรายที่ 13)

“มีบ้าน มีครอบครัวให้ได้อยู่ด้วย เขาจะเข้าใจเรามากที่สุดแค่นี้ก็มีความสุข” (ผู้ป่วยรายที่ 16)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหามุมมองและความคาดหวังระบบบริการสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราใบในผู้ป่วยจิตเภทชาย : รูปแบบการดูแลที่มีความสุข มีการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตของตนร่วมกับผู้วิจัยต่อประสบการณ์ชีวิตของตนเองจากความรู้สึกมีปมในใจหรือมีตราใบในใจที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้สะท้อนว่า ตนเองรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกไร้ความ

สามารถ รู้สึกต้องพึ่งพาอาศัยตลอดชีวิต นำเบื่อนำอับอาย ถูกล้อเลียน รู้สึกไม่ได้รับความไว้วางใจ ครอบครัวไม่ยอมรับ รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องถูกแยกห้องและรู้สึกผิดจากเหตุการณ์เคยทำร้ายร่างกายจิตใจของคนในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดตราบาป กระบวนการเกิดตราบาปที่เกิดขึ้นจากความเบี่ยงเบน (Howard, 1995) ซึ่งกระบวนการเกิดอคติบุคคลจะดูที่ผลของปฏิกริยาจากสังคม (social reaction) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชของซูกรี เกิดพงษ์บุญโชติ และคณะ (2558) อธิบายความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเฉลี่ย 7 - 8 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เฉลี่ย 3 - 4 ครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้ตา ยาย บิดา มารดา ลูก ภรรยา และบุคคลแวดล้อม เป็นผู้ดูแล ซึ่งถ้ามีคะแนนความภูมิใจในตนเองน้อยจะมีคะแนนตราบาปสูง เช่นเดียวกับของศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐานันทนบุตร (2561) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้พึ่งพาในด้านการดูแลของครอบครัว และญาติ มักถูกปฏิเสธการช่วยเหลือเมื่อประสบความลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความเท่าเทียมจากการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม เกิดข้อจำกัดในการจ้างงานลดโอกาสในการได้รับงานทำที่ดี ไม่มีรายได้ เป็นภาระของครอบครัว และการที่ผู้ป่วยไม่กล้าคบค้าสมาคม หรือถูกรังเกียจ และมีบุคคลในสังคมรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมและการใช้ชีวิตจึงเกิดความรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกไร้ความสามารถ

จากการศึกษาความรู้สึกมีปมในใจหรือ

ตราบาป เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ เกิดความเครียด รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติในทางลบ รู้สึกล้มเหลว ถูกทอดทิ้ง อันเป็นความยากลำบากที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ถูกตีตราเรื่องความก้าวร้าว ไร้ความสามารถ รู้สึกเป็นตราบาปในตนเอง (Sayed et al., 2021) รู้สึกต้องพึ่งพาอาศัยตลอดชีวิต นำเบื่อนำอับอาย (สุพัตรา จันทร์สุวรรณ และคณะ, 2566) สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรุนแรง และความก้าวร้าว เนื่องจากมีความผิดปกติทางความคิด และการรับรู้ เป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อน่ายาย ที่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ถูกล้อเลียนว่าจิตอ่อน เป็นบ้า เป็นโรคประสาท (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการกำเริบซ้ำในชุมชน นอกจากนี้ความรู้สึกมีปมในใจหรือตราบาปยังเกิดจากอาการทางจิตพบว่า การเกิดตราบาปยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมานใจจากไม่ได้รับความไว้วางใจ ครอบครัว สังคมไม่ยอมรับ (เสกสันเทื้อคำ และคณะ, 2562) รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องถูกแยกห้อง ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลช่วงที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอันตรายจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการแยกห้องสังเกตอาการ ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกอึดอัด รู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม ถูกจำกัดบริเวณ ต้องแยกห้องนอนที่ไม่ใช่ห้องนอนของตนเองปกติ สอดคล้องกับการอธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเวชจะรู้สึกถูกแบ่งแยก และรู้สึก

ถูกทอดทิ้ง จากการทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ และอารมณ์ ขาดแรงจูงใจในการต่อสู้กับปัญหา (Gerlinger, et al., 2013) เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยต้องแยกห้องจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้การถูกแยกห้องรู้สึกเป็นการลดค่าของบุคคลตามความเข้าใจของผู้ป่วย รู้สึกเกิดการลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ และมีผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตรา ทำให้รู้สึกอับอาย กลียดตนเอง ประณามตนเอง รู้สึกผิดจากเหตุการณ์ที่ทำร้ายร่างกาย จิตใจของคนในครอบครัวรู้สึกตนเองไม่น่าเชื่อถือ ต้องการขอโทษครอบครัว และรู้สึกผิดบาปในใจซ้ำ ๆ (Caqueo-Urizar et al., 2019)

ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง สะท้อนมุมมองต่ออิทธิพลทางคำพูดหรือจากคนรอบข้าง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นการส่งสมความรู้สึกส่วนบุคคลที่พยายามกดทับไว้ภายในจิตใจในห้วงเวลาหนึ่ง ผ่านการรับรู้และมุมมองกลายเป็นประสบการณ์ชีวิตในทางลบสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของความนับถือตนเองและการรับรู้การสนับสนุนแวดล้อมกล่าวว่า การล้อเลียน และการถูกปฏิบัติเสียดจากเพื่อน พี่น้อง เพื่อนบ้าน และผู้จ้างงาน มีผลต่อการรับรู้ของผู้ที่ถูกตีตราทำให้รู้สึกอับอาย นำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมานใจ มีภาวะซึมเศร้า เกิดความบาปต่อตนเองและการถูกสังคมสร้างตราบาปให้ผู้ป่วยจิตเภทจะลดความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง (Jian et al., 2022) ซึ่งการปรับตัวเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทคืนสู่สภาวะ โดยมีความหวังเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดและความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งได้คำพูดของบุคคลแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยน้อยใจที่รู้สึกไร้ตัวตน ไม่มีพื้นที่สำหรับตนเอง ไม่น่าเชื่อถือจากการถูกตำหนิ รู้สึกอ่อนแอ ขาดความมั่นใจในตนเอง ละอายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตของตน ไม่อยากไปพบผู้ให้ความช่วยเหลือ ความรู้สึกที่ตราบาปต่อตนเอง และการถูกตราบาปจากสังคม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เพิ่มความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหาย ทูเลา การฟื้นคืนสู่สภาวะ ความไม่ร่วมมือในการรักษา และการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากตราบาปส่งผลทุกระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความรู้สึกด้อยค่าจึงเป็นปัจจัยสำคัญขัดขวางการแสวงหาการรักษาทางด้านจิตเวชของบุคคล ทำให้การเข้าถึงการรักษาล่าช้า ส่งผลให้อาการรุนแรงและยุ่งยากซับซ้อนขึ้น อีกทั้งการศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของการเกิดตราบาปในใจที่ยังคงเป็นปัจจัยก่อความเครียดและความเกิบกตทางอารมณ์ให้เหนียวแน่นสู่การทำร้ายตนเองและหันไปใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทชายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ เสพกัญชา และการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ (Long et al., 2022) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับคำพูดของคนอื่นทำให้ตนเองเป็นคนที่ไม่มีความค่า ไม่น่าเชื่อถือ ถูกตำหนิ ทำให้รู้สึกน้อยใจ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจากความรู้สึกในคุณค่าของตนเองต่ำ การหันกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหาย ทูเลา และความ

ไม่ร่วมมือในการรักษา

ความปรารถนาต่อระบบบริการสุขภาพสะท้อนถึงความปรารถนาต่อความคาดหวังต่อระบบบริการทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนี้ เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้ในหลายมิติทั้งด้านความสุขสบายของร่างกาย จิตใจ และการตอบสนองทางสังคม ต้องการบริการรับยาจิตเวชในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาในการเดินทาง แต่เป็นบริการของโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีความเชื่อมั่น มั่นใจ รู้สึกผ่อนคลายในโรงพยาบาลจิตเวชต้องการให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมส่วนรวมสำหรับผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาล การมีสถานที่สำหรับใช้ทำกิจกรรมนันทนาการ ฝึกทักษะทางสังคม และสุขภาพจิตศึกษาเมื่อร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวชจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพหุวิสัยทางจิตลดลง ลดการกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยใน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข (พนมพร พุ่มจันทร์, 2564) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะระหว่างผู้ป่วยจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับขณะนอนโรงพยาบาลจะสามารถสร้างความผ่อนคลาย รู้สึกมีคุณค่าและมีความพร้อมในการประกอบอาชีพหลังจำหน่าย (รัศมี ชูคพิมาย, 2565) ต้องการให้ญาติเข้ามาเยี่ยมขณะนอนโรงพยาบาล หรือมีช่องทางติดต่อญาติ เมื่อคิดถึงสามารถติดต่อได้ พุดคุยได้ จากการสะท้อนของผู้ป่วยพบว่าในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลหลายวัน เฉลี่ย 14 วัน หรือประมาณ 2 สัปดาห์ ต้องห่างจากบ้านและครอบครัวทำให้เกิดความคิดถึงและกังวลใจ

การแก้ไขสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริการ

สะท้อนให้เห็นมุมมองต่อการแก้ไขปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้ จำแนกเป็น 3 ประเด็น 1) ผู้ป่วยต้องการให้เพิ่มบริการสำหรับอำนวยความสะดวกด้านบริการรับยาใกล้บ้านเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัว 2) เพิ่มปัจจัยพื้นฐานเพื่อตอบสนองความต้องการ 3) ต้องการให้มีคลินิกเลิกละหรือในหอผู้ป่วย จากทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของอับราฮัม ฮาโรลด์ มาสโลว์ ได้กล่าวไว้ว่า ความต้องการของบุคคลจะเริ่มจากความต้องการระดับต่ำไปสู่ความต้องการระดับสูงกว่า อันเป็นการตอบสนองปัจจัยพื้นฐานและอำนวยความสะดวกตามมุมมองของตนขณะอยู่โรงพยาบาล (อิทธิพนธ์ วรรณิภาภย์, 2566)

ความสุข ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากมีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตมาเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ไร้ความสามารถ และถูกตีตราจากสังคม ซึ่งเป็นปมในใจที่สะสมและมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตาม ในอีกมุมหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสามารถอธิบาย “ความสุข” ในความเข้าใจของตนเองได้ โดยเน้นไปที่การได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม การมีงานทำ ไม่เป็นภาระคนอื่น รวมถึงการได้อยู่กับบุคคลที่รักและเข้าใจ หากพิจารณาตามแนวคิด Positive Psychology ความสุข (Happiness) ไม่ได้หมายถึงเพียงการไม่มีโรคหรือความทุกข์ แต่เป็นสภาวะทางจิตใจที่สะท้อนถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความมั่นคงปลอดภัย และการมีความหมายในชีวิต การที่ผู้ป่วยสามารถเลี้ยงชีพตนเองได้ รู้สึกถึงความ

มั่นคง และมีเครือข่ายสังคมที่คอยสนับสนุน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสุขในเชิงบวก (Seligman, 2011) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปนิกา พุ่มพุท และขวัญตา ภูริวิทยาธิระ (2564) ที่พบว่าความสุขของผู้ป่วยสะท้อนถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การมีงานทำและสามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระผู้อื่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีเสถียรภาพและมีคุณค่าในตนเอง การได้ใช้ชีวิตอยู่กับคนที่รักและเข้าใจ ทำให้เกิดความราบรื่นและลดผลกระทบด้านลบจากการเจ็บป่วย ดังนั้นความสุขจึงสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการพื้นฐานด้าน ความมั่นคงในชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และการได้รับการยอมรับ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจเชิงบวก และยังเป็นแนวทางสำคัญในการออกแบบระบบบริการสุขภาพจิตที่ตอบสนองทั้งด้านการรักษาและคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคมได้อย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีประสบการณ์การรับรู้ตราบาปจากสังคม ครอบครัว และชุมชน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิด ความละอาย และการมองตนเองในแง่ลบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับ self-stigma ที่ชี้ให้เห็นว่าการตีตราทางสังคมสามารถกลายเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Corrigan & Watson, 2002) การตีตราเหล่านี้จึงไม่เพียงสร้างผลกระทบต่อสุขภาพจิต แต่ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระและลดทอนคุณค่าในตนเองในด้านความคาดหวัง ผู้ป่วยสะท้อนถึงความ

ต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวกและลดภาระค่าใช้จ่าย เช่น การรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและลดโอกาสหยุดรักษากลางคัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการเข้าถึงบริการที่ง่ายขึ้นสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นและลดการกลับมารักษาซ้ำ (Read et al., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาวะจิต เช่น การมีพื้นที่ออกกำลังกาย กิจกรรมส่วนรวม ร้านค้าสะดวกซื้อ รวมถึงระบบสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การจัดบริการเลิกบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Positive Psychology ที่เน้นการสร้างความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เพียงผ่านการบรรเทาอาการ แต่ยังรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน (Seligman, 2011; นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ และคณะ, 2564) อีกประเด็นสำคัญคือ ความไม่เข้าใจของญาติและชุมชนที่เป็นปัจจัยกีดกันและทำให้อาการกำเริบได้ง่าย ผู้ป่วยจึงสะท้อนความต้องการให้สังคมมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตฐานชุมชน (community-based mental health care) ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมในการสนับสนุนและลดการตีตรา (Davidson, 2005)

โดยสรุป อุปสรรคผลนี้สะท้อนว่าระบบบริการสุขภาพจิตควรมุ่งเน้นการเข้าถึงที่สะดวก ลดภาระทางเศรษฐกิจ จัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะจิต และส่งเสริมความเข้าใจในครอบครัวและชุมชน การพัฒนาบริการจึงควรบูรณาการทั้ง

มิติของความสามารถในการเข้าถึงการคุณภาพชีวิต และการลดการตีตรา เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลที่มีความสุข ซึ่งตอบสนองทั้งความต้องการด้านการรักษาและการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าการรับรู้ตราบาป มีผลต่อประสบการณ์การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทชาย ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการควรให้ความสำคัญทั้งด้าน การลดการตีตรา การปรับสิ่งอำนวยความสะดวกและการสร้างบริการที่ตอบสนองต่อความหมายของความสุขในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาป เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการฟื้นคืนสู่สภาวะความต้องการระบบบริการสุขภาพจิตที่ลดภาระค่าใช้จ่าย เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกกับกิจกรรมที่ช่วยลดความซ้ำซากจำเจในระหว่างการนอนโรงพยาบาล เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย ร้านค้า และช่องทางสื่อสารกับญาติ ต้องการให้ครอบครัวและชุมชนเข้าใจการรักษามากขึ้นเพื่อลดแรงกดดันและการตีตรา ซึ่งงานวิจัยชี้ว่า (Seiler et al., 2023) ความเบื่อหน่าย (boredom) ส่งผลต่อการฟื้นตัวและระยะเวลาการรักษา การจัดกิจกรรมที่มีความหมายและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และต่อ ยอดสู่ความสุขตามแนวคิด Positive Psychology

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

1. ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมความสุขและความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภทชาย โดยสนับสนุนการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และลดการรับรู้ตราบาปที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพจิต

2. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาป เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

3. ควรจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีความรู้และความเข้าใจในมุมมองและความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทชาย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้การดูแลตอบสนองต่อประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดการรับรู้ตราบาปและส่งเสริมความสุขในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อประเมินผลต่อการรับรู้ตราบาป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิต

2. ควรต่อยอดงานวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยเชิงปริมาณหรือแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาป ความสุข และผลลัพธ์ทางการรักษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

3. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้รับบริการอื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะติดสารเสพติด เพื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างและพัฒนาความรู้ในประเด็นรบบาปและความสุขในบริบทที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ นุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถานบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. พรอสเพอริตีส์ จำกัด.
- ฐศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญาขง, และชวชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 25-37.
- นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์, ชีระ ลีลำนันทกิจ, กฤตชัย แก้วยศ, และพนมพร พุ่มจันทร์. (2564). การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลกลางวัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(20), 56-75.
- ปณิดา พุ่มพุก, และขวัญดา ภูริวิทย์ธีระ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(3), 215-224.
- พนมพร พุ่มจันทร์. (2564). ความสุข: มุมมองการทำงานพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 1-14.
- รัศมี หุดพิมาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(3), 851-867.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 68-76.
- สุพัตรา จันทสุวรรณ, วรางคณา จำปาเงิน, สุนทรี ชะชาดย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2566). ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี*, 6(2), 67-77.
- เสกสัน เกรือคำ, พิชัย เสนา, และกัญญ์จิรา ศรีภา. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำผิดวินัยของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางนครปฐม. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 11(2), 117-135.
- อิทธิพนธ์ วนนิธิกาย. (2566). ปรัชญาทางสังคมศาสตร์และการวิเคราะห์ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของอับราฮัม ฮาโรลด์ มาสโลว์. *วารสารวิชาการไทยวิจัยและการจัดการ*, 4(3), 57-71.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Loundon, A., Boucekine, M., Fond, G., & Boyer, L. (2019). The Latin American Version of The Internalized Stigma of Mental Illness Scale. (LA-ISMI): a multicentric validation study from three Latin American countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 175.
- Carrara, B. S., & Ventura, C. A. A. (2018). Self-Stigma, Mentally Ill Persons and Health Services: An Integrative Review of Literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 317-324.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Davidson, L. (2005) Recovery, Self-Management and the Expert Patient - Changing the culture of mental health from a UK Perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), 25-35.

- Gärtner, L., Asbrock, F., Euteneuer, F., Rief, W., & Salzmann, S. (2022). Self-stigma among people with mental health problems in terms of warmth and competence. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 807140.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal Stigma in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review of Prevalence Rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gunasekaran, S., Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Subramaniam, M. (2022). The Perspectives of Healthcare Professionals in Mental Health Settings on Stigma and Recovery - A Qualitative Inquiry. *BMC Health Services Research*, 22(1), 888.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. Blackwell Publishing.
- Helldin, L., Mohn, C., Olsson-Tall, M., van Dijk-Härd, I., Olsson, A. K. (2024). Extended lifetime expectancy in schizophrenia, role of measurement-based care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 53, 151-157.
- Howard, R. E. (1995). Human Rights and the Search for Community. *Journal of Peace Research*, 32(1), 1-8.
- Jian, C. R., Wang, P. W., Lin, H. C., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Liu, T. L., Chen, C. S., Lin, Y. P., Lee, S. Y., Chen, C. H., Wang, Y. C., Chang, Y. P., Chen, Y. L., & Yen, C. F. (2022). Association between Self-Stigma and Suicide Risk in Individuals with Schizophrenia: Moderating Effects of Self-Esteem and Perceived Support from Friends. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15071.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. Penguin Press.
- Leonard, V. W. (1989). A Heideggerian Phenomenologic Perspective on The Concept of The Person. *Advances in Nursing Science*, 11(4), 40-55.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications, Inc.
- Long, Y., Tong, X., Awad, M., Xi, S., & Yu, Y. (2022). Violence, Runaway, and Suicide Attempts among People Living with Schizophrenia in China: Prevalence and Correlates. *PeerJ*, 10, e13033
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Díez-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*, 20(1), 149.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(1), 1-8.
- Seiler, J. P. H., Zerr, K., Rumpel, S., & Tüscher, O. (2023). High state boredom vastly affects psychiatric inpatients and predicts their treatment duration. *Translational Psychiatry*, 13, 350.
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36-46.
- Sayed, A. E. H., Hamed, M., Badrey, A. E. A., Ismail, R. F., Osman, Y. A. A., Osman, A. G. M., & Soliman, H. A. M. (2021). Microplastic Distribution, Abundance, and Composition in The Sediments, Water, and Fishes of The Red and Mediterranean Seas, Egypt. *Marine Pollution Bulletin*, 173(Pt A), 112966.
- Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. Free Press.
- Sher, L., & Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(7), 361.

FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AMONG FAMILY CAREGIVERS OF ELDERLY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

*Alisa Singkaew, B.N.S.***, *Sombat Skulphan, Ph.D.****, *Chaline Suwanayos, Ph.D.*****

Abstract

Objective: To study depression and its related factors in family caregivers of elderly patients with schizophrenia.

Methods: This study was descriptive correlational research. The sample consisted of 120 unpaid family caregivers. The patients were receiving services at the outpatient department of a psychiatric hospital under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The research instruments comprised six parts: 1) the Personal Information Questionnaire, 2) the Patient Health Questionnaire-9, 3) the Caregiver Burden Questionnaire, 4) the Social Support Questionnaire, 5) the Brief COPE inventory (Thai version), and 6) the Family Conflict Scales. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

Results: 1) Approximately 41.7% of the participants experienced depressive symptoms (Mean = 4.64, SD = 4.48). 2) Caregiver burden and family conflict were found to have a moderate positive correlation with depression in family caregivers of elderly patients with schizophrenia, with statistical significance at the .05 level ($r = .561, .437$). Conversely, social support and coping strategies had a low to moderate negative correlation with depression, also with statistical significance at the .05 level ($r = -.280, -.317$).

Conclusion: To prevent and reduce depression in family caregivers, it is recommended to implement interventions that lessen caregiver burden and family conflict, while also increasing social support, knowledge and skills on effective coping strategies.

Keywords: depression, family caregivers, elderly schizophrenia patients

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiangmai University

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

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

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

Received: 17 November 2025, Revised: 15 February 2026, Accepted: 21 February 2026

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ*

อลิสดา สิงห์แก้ว, พย.บ.**, สมบัติ สุกุลพรรณ, Ph.D.***, ชาลินี สุวรรณยศ, Ph.D.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ 2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 3) แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย และ 6) แบบวัดความขัดแย้งในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 41.7 มีภาวะซึมเศร้า ($\text{mean} = 4.64, \text{SD} = 4.48$) โดยภาระการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .561, .437$) แรงสนับสนุนทางสังคมและกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำและระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.280, -.317$)

สรุป : เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแล จึงควรสนับสนุนให้มีการลดภาระการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัว เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษาลำดับต้นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 17 พฤศจิกายน 2568, วันที่แก้ไข: 15 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 21 กุมภาพันธ์ 2569

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) รายงานว่า ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2566 มีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 20 ล้านคน คิดเป็นอัตราเกิดโรค 1.4 - 1.6 คนต่อประชากร 1,000 คนต่อปี สำหรับประเทศไทย สถิติจากกรมสุขภาพจิต (2567) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 303,636 คน หรือประมาณ 1.2 คนต่อ 1,000 คนต่อปี และเป็นโรคจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศ โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยปีละ 7,232 คน ในจำนวนนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีถึง 54,472 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปี 2566 ที่มี 35,337 คน เพิ่มขึ้นเป็น 54,472 คนในปี 2567 (กรมสุขภาพจิต, 2567) และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เนื่องจากสังคมไทยเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความเปราะบางมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ทั้งจากการเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน เช่น การบกพร่องในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวัน (Regev & Josman, 2020) ความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมและโรคหัวใจหลอดเลือด (Cunningham et al., 2019) ผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตในผู้สูงอายุ (Olga et al., 2019) ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Wang et al., 2021) และภาวะซึมเศร้า (Chang et al., 2019) ปัญหาเหล่านี้ทำให้ ญาติผู้ดูแล (family caregivers) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย ต้องเผชิญภาระหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบทาง

เศรษฐกิจและสังคม บางคนต้องลาออกจากงานหรือทำงานได้น้อยลง ส่งผลให้รายได้ลดลงและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบทางสังคม ญาติผู้ดูแลขาดโอกาสเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ผลกระทบทางกาย มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยเรื้อรังจากการดูแลต่อเนื่อง และผลกระทบทางจิตใจ เหนื่อยความเครียด ความวิตกกังวล และความท้อแท้จากการผู้ป่วยที่เรื้อรังและรุนแรง (คุชฎี อดุมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2563) ภาวะเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายมีสุขภาพจิตลดลง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายงานว่า เป็นปัญหาทางจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Kamil & Velligan, 2019) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลยังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตไม่ดี อาจดูแลผู้ป่วยได้ไม่เพียงพอ เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว และส่งผลให้สภาพของผู้ป่วยแย่ลง (Fekih-Romdhane et al., 2020; คุชฎี อดุมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุในต่างประเทศ พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 14.2 - 63 (Khatimah et al., 2022; Fekih-Romdhane et al., 2020; Njah et al., 2023; Ain et al., 2023) ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 15.1 - 31.3 (Kojima et al., 2024; Munie et al., 2024) สำหรับประเทศไทย พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 5 - 32.6 (เจดพิฑู วินศปัทมา และคณะ, 2562; วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562; พิชญ์ วชิราภากร, 2564; ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ,

2566) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ การทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน การอักเสบเรื้อรังในร่างกาย เพศของผู้ดูแล (Sterner et al., 2020; Eid et al., 2019; Munie et al. (2024) อายุของผู้ดูแล (วรังก์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; จุฑาทิพย์ ศรีชัย และคณะ, 2563) และโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล (วรังก์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; จุฑาทิพย์ ศรีชัย และคณะ, 2563)
- 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ชีวิตที่เครียด (Lee et al., 2022) กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา (Carlos et al., 2021; อมรา ชูพลสัจย์ และคณะ, 2561) ภาระการดูแล (เนติพิฐ วินสปีทมา และคณะ, 2562; วิลาลินี พิสนุ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562; ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566) และความขัดแย้งในครอบครัว (วรังก์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566)
- 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566) วัฒนธรรมและสังคม สถานภาพสมรส (Munie et al., 2024) ความเพียงพอของรายได้ (วรังก์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; วิลาลินี พิสนุ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562) ระดับการศึกษา (Taj et al., 2022; Sun et al., 2019; Munie et al., 2024) และระยะเวลาในการดูแล (วรังก์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; จุฑาทิพย์ ศรีชัยและคณะ, 2563) ทั้งนี้ปัจจัยที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ภาระการดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์

ในการแก้ปัญหา คัดเลือกตามตามกรอบแนวคิดกระบวนการความเครียด (The Stress Process Model) ของ Pearlin และคณะ (Pearlin et al., 1990) ซึ่งอธิบายว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลและปัจจัยด้านบริบทครอบครัวส่งผลต่อสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผ่านกลไกของทรัพยากรสนับสนุนและวิธีการแก้ปัญหา และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงสูง ($r = .463$ ถึง $.628$) (ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566; Sun et al., 2019; Djin et al., 2021; Suaryana et al., 2020; อมรา ชูพลสัจย์ และคณะ, 2561) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลสูงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ขณะเดียวกัน ความขัดแย้งในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r \approx .33$) (Scharlach et al., 2006; นุชรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ, 2563) แสดงให้เห็นว่าบรรยากาศความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล ในทางตรงกันข้าม แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = -.223$ ถึง $-.426$) (ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566; อมรา ชูพลสัจย์ และคณะ, 2561; Sun et al., 2019; Djin et al., 2021) สะท้อนบทบาทของเครือข่ายสนับสนุนในการช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงต่ำ ($r = -.432$ ถึง $-.594$) (Carlos et al., 2021; Obembe et al., 2019) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่

เหมาะสมจะสามารถลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพจิตได้ ดังนั้น ตัวแปรทั้งสี่จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวไม่พบการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุโดยตรงแต่มักเป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงภาระการดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาต่อความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาระการดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

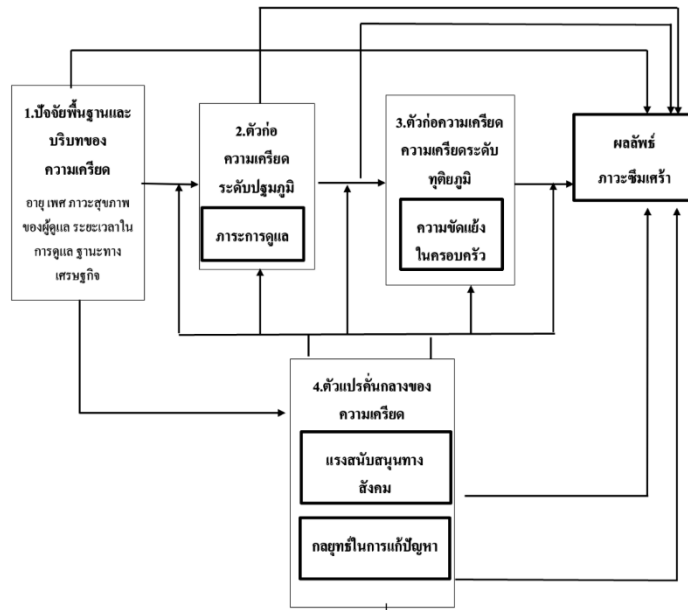
ภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความสัมพันธ์กับภาระและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ

กรอบแนวคิดกระบวนการความเครียด (The Stress Process Model) ของ Pearlin et al. (1990) ที่พัฒนาจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เพียร์ลินอธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากพลวัตของความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตผู้ดูแล โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบท (background and contextual variables) ตัวก่อความเครียด (stressors) ระดับปฐมภูมิ (primary stressors) และระดับทุติยภูมิ (secondary stressors) ตัวแปรคั่นกลาง (mediators) และผลลัพธ์ (outcomes)

โดยปัจจัยพื้นฐานและบริบท (background and contextual variables) เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเผชิญปัญหา หากผู้ดูแลมีสุขภาพหรือฐานะที่จำกัด จะเพิ่มความเปราะบางและความเครียดจากการดูแลมากขึ้น ตัวก่อความเครียด (stressors) ระดับปฐมภูมิ (primary stressors) เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การจัดการอาการที่ซับซ้อน ความรุนแรงของโรค หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การระทงร่างกายและจิตใจ (secondary stressors) เป็นผลต่อเนื่องจากบทบาทการดูแล เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ความขัดแย้งในครอบครัว หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ ตัวแปรคั่นกลาง (mediators) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน หรือหน่วยงาน และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดหรือเพิ่มผลกระทบจากความเครียด หากได้รับการสนับสนุนเพียงพอและมีกลยุทธ์ที่เหมาะสม จะช่วยลดการรับรู้ภาระและลดความ

เครียดได้ ในทางตรงกันข้าม หากขาดการสนับสนุน หรือแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ความเครียดจะเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และผลลัพธ์ (outcomes) คือ ภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลสะสมจาก

ปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐาน ตัวก่อความเครียด และตัวแปรต้นกลาง หากผู้ดูแลเผชิญปัจจัยลบ หลายด้านพร้อมกัน โดยไม่ได้รับการบรรเทา จะนำไปสู่ความเครียดสะสมและภาวะซึมเศร้า



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) สถานที่ทำการวิจัยคือ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 (2013)

และ ICD-10 และญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหลัก (primary caregiver) ทั้งเพศชายและหญิง เช่น คู่สมรส บุตร หรือญาติของผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 120 คน และพาผู้ป่วยมารับบริการจากโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

2 แห่ง ซึ่งได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เป็นภาคเหนือและภาคกลาง ภาคละ 1 แห่ง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ตามหลักของ Cohen (1988) กำหนดค่า effect size = 0.3, $\alpha = .05$, power = 0.90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 109 ราย เพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 120 ราย จากนั้นได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ

2. สามารถพูดคุยสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ซึ่งได้จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล และโรคประจำตัว โดยลักษณะคำถามเป็น

แบบให้เลือกตอบและเขียนตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

(Patient Health Questionnaire-9 : PHQ-9) แปลมาจากแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองอาการซึมเศร้า 9 ข้อ ของ The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) โดย Lotrakul et al. (2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) ถึง มีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 แบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 5 ระดับ คือ 0 - 4 คะแนน หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 - 9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 9 - 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยปานกลาง 15 - 19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และ 20 คะแนนขึ้นไปหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 11 ข้อ กำหนดให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มากที่สุดได้ 1 คะแนน ถึง น้อยที่สุดได้ 5 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ มากที่สุด 5 คะแนนถึง น้อยที่สุด 1 คะแนน การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 การแปลผล รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหารด้วยจำนวนข้อเพื่อหา

ค่าเฉลี่ยของการดูแล ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 และแปลผลตามคะแนนเฉลี่ยแต่ละช่วง ดังนี้ 4.50 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลมากที่สุด 3.50 - 4.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลมาก 2.50 - 3.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลปานกลาง 1.50 - 2.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลน้อย 1.00 - 1.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดความขัดแย้งในครอบครัว (family conflict scales) พัฒนาโดย Semple (1992) และแปลเป็นภาษาไทยโดย Suvanayos et al. (2020) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่มีความขัดแย้ง) ถึง 3 (มีความขัดแย้งมากพอสมควร) การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 การแปลผลคะแนน ถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ 00.00 - 12.00 คะแนน หมายถึง มีความขัดแย้งระดับต่ำ 12.01 - 24.01 คะแนน หมายถึง มีความขัดแย้งระดับปานกลาง 24.02 - 36.00 คะแนน หมายถึง มีความขัดแย้งระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) พัฒนาโดย Pipatananond (2001) จาก Social Support Questionnaire (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ แบบสอบถามนี้มีการให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่ได้รับ) ถึง 4 (มากที่สุด) การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 การแปลผลตามคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้ 00.00 - 47.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 47.01 - 94.01 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุน

ทางสังคมระดับปานกลาง 94.02 - 140.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (Brief COPE inventory Thai version) แปลจากแบบประเมิน The Cope Inventory ของ Carver et al. (1989) โดย ชนานันต์ นุ่มแสง และ ธนิตา ดันตระรุ่งโรจน์ (2561) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 การแปลผล ตามคะแนนเฉลี่ยแต่ละช่วง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 036/2568 โรงพยาบาลสวนปรุง เอกสารเลขที่ 19/2568 และ โรงพยาบาลศรีธัญญา เอกสารเลขที่ สธ 0807.28/ว 574 ภายหลังจากการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าพบและแนะนำตนเองต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบแนะนำตัวโดยไม่ได้สวมเครื่องแบบชุดพยาบาล พบปะกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียดถึงวัตถุประสงค์

ของการวิจัย ลำดับขั้นตอน และประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา อธิบายถึงความเสี่ยงจากการตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมหรือปฏิเสธหรือถอนตัวจากการทำวิจัยซึ่งไม่มีผลใดๆต่อญาติผู้ดูแล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารให้ความยินยอม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการวิจัย

2) ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการทั้งสองโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจโรงพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินงาน และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านแผ่นประกาศเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม

3) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อประเมินบทบาทและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หากเข้าเกณฑ์ “ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ” จะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิ์ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และให้ลงชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

4) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยวิธีการเลือกตอบ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากนั้นพัก 5 นาที จึงทำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดและแบบวัดความขัดแย้งในครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 45 - 60 นาที

5) ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและลงรหัสข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลโรคประจำตัว และข้อมูลภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Pearson correlation coefficient โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 120 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.0 เป็นวัยทำงาน (22 - 59 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 65 (Mean = 54.00, SD = 13.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (หรือสูงกว่า) มากที่สุด ร้อยละ 34.2 สถานภาพสมรสแล้วมากที่สุด ร้อยละ 60.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

มากที่สุด ร้อยละ 32.5 ความเพียงพอของรายได้มีพอใช้พอดี ร้อยละ 75.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นน้องชายหรือน้องสาว ร้อยละ 29.2 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 47.5 (Mean = 15.19, SD = 10.49) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	44.2
หญิง	66	55.0
เพศทางเลือก	1	0.8
อายุ (ปี)		
วัยทำงาน (22 - 59 ปี)	78	65.0
วัยสูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี)	42	35.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	31	25.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	18.3
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	14	11.7
ปริญญาตรี (หรือสูงกว่า)	41	34.2
สถานภาพสมรส		
โสด	39	32.5
สมรส	72	60.0
หย่าร้าง	4	3.3
หม้าย	5	4.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	32.5
รับจ้าง	31	25.8
เกษตรกร	8	6.7
รับราชการ	14	11.7
ค้าขาย	10	8.3
อื่น ๆ (รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน)	18	15.0
ความเพียงพอของรายได้		
พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บ	4	3.33
มีพอใช้พอดี	91	75.83
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	25	20.84
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
มารดา	5	4.2
คู่สมรส	16	13.3
พี่ชาย/พี่สาว	22	18.3
น้องชาย/น้องสาว	35	29.2
ลุง/ป้า/น้า/อา/เขย/สะใภ้	16	13.3
ลูก	26	21.7
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ		
6 เดือน - 1 ปี	9	7.5
2 - 5 ปี	17	14.2
6 - 10 ปี	37	30.8
มากกว่า 10 ปี	57	47.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	67	55.8
มี (HT, DM, DLP)	53	44.2

ระดับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทสูงอายุ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.7 โดยเป็นระดับเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22

ขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n = 120$) อยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ($\text{mean} = 4.64$, $\text{SD} = 4.48$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ($n = 120$)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	70	58.3
มีภาวะซึมเศร้า	50	41.7
ระดับเล็กน้อย	30	60.0
ระดับปานกลาง	11	22.0
ระดับปานกลางถึงรุนแรง	9	18.0

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ($n = 120$)

ระดับการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	2	1.7
ระดับปานกลาง	29	24.2
ระดับน้อย	69	57.5
ระดับน้อยที่สุด	20	16.7
$(\text{mean} = 2.07, \text{SD} = 0.59)$		

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของระดับความขัดแย้งในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 120$)

ระดับความขัดแย้งในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	113	94.2
ระดับปานกลาง	7	5.8
$(\text{mean} = 3.85, \text{SD} = 3.52)$		

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีภาระในการดูแลระดับน้อย ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 24.2 และระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 16.7 (mean = 2.07, SD = 0.59) (ตารางที่ 3)

ความขัดแย้งในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุส่วนใหญ่ มีความขัดแย้งระดับต่ำ ร้อยละ 94.2 และมีความขัดแย้งระดับปานกลาง ร้อยละ 5.8 (mean = 3.85, SD = 3.52) (ตารางที่ 4)

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 และระดับสูงร้อยละ 0.8 (mean = 27.35, SD = 16.82) (ตารางที่ 5)

กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 และระดับมาก ร้อยละ 1.7 (mean = 1.89, SD = 0.33) (ตารางที่ 6)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient พบว่าภาระการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($R = 0.561$ และ 0.437 ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำและระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($R = -0.280$ และ -0.317) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	83	69.2
ระดับปานกลาง	36	30.0
ระดับสูง	1	0.8
(mean = 27.35, SD = 16.82)		

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของระดับกลยุทธในการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ระดับกลยุทธในการแก้ปัญหา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	76	63.3
ระดับปานกลาง	42	35.0
ระดับสูง	2	1.7
(mean = 1.89, SD = 0.33)		

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กลยุทธในการแก้ปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n = 120)

ตัวแปร	r	p-value
ภาระการดูแล	.561	<0.01*
ความขัดแย้งในครอบครัว	.437	<0.01*
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.280	<0.01*
กลยุทธในการแก้ปัญหา	-.317	<0.01*

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน, *p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.7 ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศของ Fekih-Romdhane et al. (2020), Munie et al. (2024) และ Njah et al. (2023) ที่รายงานอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแล ร้อยละ 25, 31.3 และ 40.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาต่างประเทศของ Kojima et al. (2024) และ Khatimah et al. (2022) ที่พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในอัตราที่สูงกว่าและแตกต่างจากการศึกษาของ Ain et al. (2023) ที่พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ในอัตราที่ต่ำกว่า สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบผลที่ใกล้เคียงกับ ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ (2566) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6 ขณะที่การศึกษาในประเทศของ พิษณุ วชิราภากร (2564) วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ (2562) และ เฉิดพิรุ วนัสปัทมา และคณะ (2562) รายงานอัตราภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในระดับที่สูงกว่าผลการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ความแตกต่างของอัตราภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากหลายปัจจัยของผู้ดูแลและบริบทการดูแล เช่น เพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล และ

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผู้หญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายจากความไวต่อความเครียดและความแตกต่างทางชีววิทยาและพฤติกรรม (Sterner et al., 2020; Eid et al., 2019; Munie et al., 2024) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 22 - 59 ปี ร้อยละ 65.0 ซึ่งมีทั้งงานที่เชื่อว่าผู้ดูแลอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566) และงานที่พบว่าผู้ดูแลอายุมากอาจมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลดีขึ้นจึงเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง (จุฑาทิพย์ ศรชัย และคณะ, 2563) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ซึ่งแตกต่างจากข้อค้นพบที่ชี้ว่าการโสดหรือขาดคู่สมรสอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจากความโดดเดี่ยวและขาดการแบ่งเบาภาระ (Munie et al., 2024) ขณะเดียวกันผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักมีทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาได้ดีกว่า จึงอาจช่วยลดความเครียดได้ (Taj et al., 2022; Sun et al., 2019; Munie et al., 2024; จุฑาทิพย์ ศรชัย และคณะ, 2563) อีกทั้งผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.5 และมีรายได้พอใช้พอดี ร้อยละ 75.83 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจและรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566; วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพี่น้อง ร้อยละ 29.2 ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ตึงเครียดอาจเพิ่มความเสี่ยงภาวะ

ซึมเศร้าได้ (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566) สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.280, p < .05$) แสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนมากขึ้นมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.7 ซึ่งอาจสะท้อนการปรับตัวและมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น คล้ายกับข้อค้นพบที่ชี้ว่าประสบการณ์ดูแลยาวนานช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑาทิพย์ ศรชัย และคณะ, 2563) แต่ก็มีงานที่รายงานว่า การดูแลเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566) สุดท้าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.8 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดว่าการมีโรคประจำตัวหรือสุขภาพไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566)

การดูแลกับผู้ดูแลภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .561, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ (ปัญญายินยงตระกูล และคณะ, 2566; Sun et al., 2019; Djin et al., 2021; Suaryana et al., 2020; อมรา ชูพล สัตย์และคณะ, 2561) ที่ระบุว่าเมื่อผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอาการเรื้อรังและต้องพึ่งพาผู้อื่น จะเกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ กรอบแนวคิด

กระบวนการความเครียดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า ภาระการดูแลจัดเป็นตัวก่อความเครียดระดับปฐมภูมิ (primary stressors) ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุดังต่อไปนี้ เมื่อภาระการดูแลเพิ่มสูงขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าสะสม สูญเสียทรัพยากรทางจิตใจ และรับรู้ตนเองในเชิงลบ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหมดหนทางและสิ้นหวัง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ความขัดแย้งในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .437, p < .05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Scharlach et al. (2006) และบุษรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ (2563) ที่พบว่าความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งความเครียดที่สำคัญของผู้ดูแล เนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน วิตกกังวล และหมดกำลังใจ ซึ่งอาจพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ตามเวลา สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า ความขัดแย้งในครอบครัวถูกจัดให้เป็นตัวก่อความเครียดระดับทุติยภูมิ (secondary stressor) ซึ่งเกิดขึ้นจากภาระการดูแลที่ยืดเยื้อและความไม่สมดุลของบทบาทภายในครอบครัว โดยเมื่อญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุดังต่อไปนี้ จะส่งผลให้โครงสร้างบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรม ความคับข้องใจ และความตึงเครียดสะสม จนนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกใน

ครอบครัว ความขัดแย้งดังกล่าวทำหน้าที่เสริมแรงให้กับความเครียดจากภาระการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญแรงกดดันทั้งจากงานดูแลโดยตรงและจากความสัมพันธ์ในครอบครัว เมื่อครอบครัวซึ่งควรเป็นแหล่งสนับสนุนกลับกลายเป็นแหล่งความเครียดเพิ่มเติม จะลดทอนทรัพยากรทางสังคมและการสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.280, p < .05$) แสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนในระดับสูง จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญา ยืนยงตระกูลและคณะ (2566), อมรา ชูพลสัจย์ และคณะ (2561), Sun et al. (2019) และ Djin et al. (2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวทางอารมณ์ของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังตรงกับแนวคิดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นตัวแปรคั่นกลาง (mediators) ที่มีบทบาทสำคัญในการลดหรือเพิ่มผลกระทบจากความเครียด หากได้รับการสนับสนุนเพียงพอ จะช่วยลดการรับรู้ภาระและลดความเครียดได้ในทางตรงกันข้าม หากขาดการสนับสนุนหรือแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ความเครียดจะเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้

กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา

ความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.317, p < .05$) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Obembe et al. (2019) และ Carlos et al. (2021) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีสามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวได้ดีกว่า ทำให้ลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ในทางกลับกัน หากผู้ดูแลขาดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาจะทำให้กระบวนการเกิดความเครียดรุนแรงขึ้นและเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า กลยุทธ์การแก้ปัญหาทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวก่อความเครียดกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัว หากสามารถใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยลดการรับรู้ความเครียด ควบคุมอารมณ์เชิงลบ และเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแล (empowerment) ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดลง ในทางตรงกันข้าม หากขาดทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ความเครียดจะสะสมและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา และให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการหาแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกเครียดและภาวะซึมเศร้าลงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในอนาคต โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนากลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นำสู่การพัฒนาและแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง เช่น งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

2. พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะการดูแลที่มากเกินไปและการลดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว ซึ่งจะเป็แนวทางสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). HDC Service: รายงาน [รายงานออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2568, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=5add72ba460b126be0929c21667c0636
- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช: ประจำปีงบประมาณ 2566 (หน่วยนับ: คน) [รายงานออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2568, จาก <https://dmh.go.th>
- จุฑาทิพย์ ศรีชัย, อภาพพร เผ่าวัฒนา, และพัชรพร เกิดมงคล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(2), 65-83.

เจดพิรุ วัณศิปัทมา, กอบหทัย สิทธิธนฤทธิ์, และสุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2562). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(3), 283-296.

คุณฤณี อุดมอิทธิพงศ์, พิษณุ ชาญนุสร, และศศิธร เก็มเสน. (2563). ภาวะของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ : บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 14(2), 48-68.

ธนาพันธุ์ นุ่มแสง, และธนิศา ดันตระรุ่งโรจน์. (2561). การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(2), 189-198.

นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุษรา หิรัญสาโรจน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องสิริมาศ, และวรรณ แสนนรงค์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 85-98.

ปัญญา ยืนยงตระกูล, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอิทธิกิจ, และฐิติมา สงวนวิชกุล. (2566). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 37(2), 1-21.

พิชญ์ วชิราภกร. (2564). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอสี่หมุก จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(2), 73-82.

วงศ์พร เจริญวัฒนาวิทย์. (2566). ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 39-51.

วิลาสินี พิเศษ, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 317-336.

อมรา ชูพลศักดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และชนัดดา แนบเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 67(2), 36-43.

Ain, Q. ul, Mansoor, S., Zubair, U. B., Abbas, N., Latif, T., & Baqir, M. (2023). Comparison of Depression, Anxiety and Stress in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 73(2), 409-413.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Chang, Q., Wu, D., Rong, H., Wu, Z., Tao, W., Liu, H., Zhou, P., Luo, G., Xie, G., Huang, S., Qian, C., Yuan, Y., Yip, P. S. F., & Liu, T. (2019). Suicide ideation, suicide attempts, their sociodemographic and clinical associates among elderly Chinese patients with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 256, 611-617.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cunningham, R., Poppe, K., Peterson, D., Every-Palmer, S., Soosay, I., & Jackson, R. (2019). Prediction of cardiovascular disease risk among people with severe mental illness: A cohort study. *PLOS ONE*, 14(9), e0221521.

Eid, R. S., Gobinath, A. R., & Galea, L. A. M. (2019). Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in Neurobiology*, 176, 86-102.

Fekih-Romdhane, F., Ben Ali, S., Ghazouani, N., Tira, S., & Cheour, M. (2020). Burden in Tunisian Family Caregivers of Older Patients with Schizophrenia Spectrum and Bipolar Disorders; Associations with Depression, Anxiety, Stress, and Quality of Life. *Clinical Gerontologist*, 43(5), 545-557.

- Kamil, S. H., & Velligan, D. I. (2019). Caregivers of individuals with schizophrenia: Who are they and what are their challenges. *Current opinion in psychiatry*, 32(3), 157-163.
- Khatimah, C. H., Adami, A., Abdullah, A., & Marthoenis. (2022). Quality of life, mental health, and family functioning of schizophrenia caregivers: A community-based cross-sectional study. *Asia-Pacific psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 14(1), e12467.
- Kojima, Y., Yamada, S., Kamijima, K., Kogushi, K., & Ikeda, S. (2024). Burden in caregivers of patients with schizophrenia, depression, dementia, and stroke in Japan: Comparative analysis of quality of life, work productivity, and qualitative caregiving burden. *BMC Psychiatry*, 24, 591.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, M. T., Peng, W. H., Kan, H. W., Wu, C. C., Wang, D. W., & Ho, Y. C. (2022). Neurobiology of depression: Chronic stress alters the glutamatergic system in the brain-Focusing on AMPA receptor. *Biomedicines*, 10(5), Article 1005.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26.
- Munie, B. M., Birhan, Z., Legas, G., Asnakew, S., Belete, A., Beyene, G. M., Shiferaw, K., Mulu, A. T., Kassie, Y. T., Aytenew, T. M., & Tedla, A. (2024). Predictors of depression among caregivers of patients with severe mental illness in Northwest Ethiopia, 2023: an explanatory sequential mixed-method study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1422104.
- Njah, D., Lagha, M., Boudriga, S., Homri, W., Ben romdhane, I., & Labbene, R. (2023). Depression and anxiety in family caregivers of patients with schizophrenia in Tunisia. *European Psychiatry*, 66(S1), S829.
- Obembe, O., Adeyemo, S., Ogun, O., & Ijarogbe, G. (2019). The relationship between coping styles and depression among caregivers of children with cerebral palsy in Nigeria. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 46(6), 145-150.
- Ostroumova, O. D., Goloborodova, I. V., Isaev, R. I., & Pereverzev, A. P. (2019). [Antipsychotics: Features of undesirable adverse reactions in elderly and senile age]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova*, 119(2), 105-117.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pipatananond, P. (2001). *Caregiver burden predictive model: An empirical test among caregivers for the schizophrenic* [Doctoral dissertation]. Mahidol University.
- Regev, S., & Josman, N. (2020). Evaluation of executive functions and everyday life for people with severe mental illness: A systematic review. *Schizophrenia Research: Cognition*, 21, 100178.
- Rydberg Sterner, T., Gudmundsson, P., Falk, H., Seidu, N., Ahlner, F., Wetterberg, H., Rydén, L., Sigström, R., Östling, S., Zettergren, A., Kern, S., Waern, M., & Skoog, I. Sterner, T., Gudmundsson, P., Falk, H., et al. (2020). Depression in relation to sex and gender expression among Swedish septuagenarians. *PLOS ONE*, 15 (9), e0238701.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Scharlach, A., Li, W., & Dalvi, T. B. (2006). Family conflict as a mediator of caregiver strain. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 55(5), 625-635.
- Semple, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32(5), 648-655.

- Sun, X., Ge, J., Meng, H., Chen, Z., & Liu, D. (2019). The influence of social support and care burden on depression among caregivers of patients with severe mental illness in rural areas of Sichuan, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1961.
- Suaryana, I. K., Lesmana, C. B. J., & Aryani, L. N. A. (2020). The correlation of caregiving burden with depression, anxiety, and stress among caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical and Cultural Psychiatry*, 1(2), 21-24.
- Suvanayos, C., Thapinta, D., Srisuphan, W., Sethabouppha, H., & Panuthai, S. (2020). A causal model of caregiving burden among dementia caregivers. *Walailak Journal of Science and Technology*, 17(5), 476-488.
- Taj, M., Poguri, M., Mariyana, G., Jebarose, S., & Paul, C. M. (2022). Burden of care and depression in caregivers of patients with schizophrenia. *National Journal of Community Medicine*, 13(10), 717-723.
- Tay, D. L., Iacob, E., Reblin, M., Cloyes, K. G., Jones, M., Hebdon, M. C. T., Mooney, K., Beck, A. C., & Ellington, L. (2022). What contextual factors account for anxiety and depressed mood in hospice family caregivers. *Psycho-Oncology*, 31(2), 316-325.
- Vara-Garcia, C., Mausbach, B. T., Romero-Moreno, R., Losada-Baltar, A., Jeste, D. V., & Grant, I. (2022). Longitudinal correlates of depressive symptoms and positive and negative effects in family caregivers of people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 148-157.
- Wang, M. Y., Liu, I. C., & Chiu, C. H. (2021). Clinical decision path for identifying recurrent falls in late middle-aged and older patients with chronic schizophrenia. *The Journal of Nursing Research*, 29(5), e167.
- World Health Organization. (6 October 2025). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

FFECTS OF AN INTEGRATED GROUP COUNSELING PROGRAM ON GAMING ADDICTION BEHAVIOR AMONG JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS IN NONG PHAI DISTRICT, PHETCHABUN PROVINCE

*Lao Sinhachotsukpat, M.S.N. *, Wachara Kiantah, M.S.N. **, Jitrada Pongtharatik, M.S.N. ***,
Sirina Suntudngan, M.S.N. *, Kruawan Kamfoo, M.S.N. **

Abstract

Objective: To examine gaming addiction behavior among junior high school students before and after receiving an integrated group counseling program.

Methods: The sample consisted of students with Game Addiction Screening Test (GAST) scores indicating "high engagement" or "addiction" levels. Participants were randomly selected from the population using simple random sampling and divided into experimental and control groups of 16 students each. The experimental group received standard care plus the integrated group counseling program developed by the researcher, based on social cognitive theory combined with Cognitive Behavioral Therapy (CBT). The program consisted of 8 sessions: 1) self-assessment through sharing, listening, questioning, reflecting feelings, recognizing experiences, and awareness of gaming addiction effects on daily life; 2) identifying factors contributing to gaming addiction, cognitive structures, emotions and feelings, cognitive restructuring and reinforcement; 3) goal setting, planning problem-solving skills, coping with emotions and feelings, reinforcement and self-contracting; 4) practicing self-control skills and daily activity recording; 5) implementation and reinforcement; 6) follow-up and reflection on practice, session 1; 7) follow-up and reflection on practice, session 2; 8) evaluation and lessons learned. The control group received standard care. Research instruments included: 1) the integrated group counseling program; 2) the Gaming Addiction Test for Children and Adolescents, which was validated for content validity by three experts with reliability (0.68) and Cronbach's alpha coefficient (0.92). Data were analyzed using t-test statistics.

Results: 1) Gaming addiction behavior among junior high school students after receiving the integrated group counseling program was significantly better than before receiving the program at the .05 statistical significance level. 2) Gaming addiction behavior among junior high school students who received the integrated group counseling program was significantly better than the group receiving standard care at the .05 statistical significance level.

Conclusion: The integrated group counseling program improved gaming addiction behavior among junior high school students and can serve as a long-term preventive and corrective measure for gaming addiction.

Keywords: integrated group counseling program, gaming addiction behavior, junior high school students

**Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat University*

***Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat University, e-mail: watchara.kia@pcru.ac.th*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat University*

Received: 10 September 2025, Revised: 2 April 2026, Accepted: 9 April 2026

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ลลอส สิงห์โชติสุขแพทย์, พย.ม.*, วัชรระ เกียนต๊ะ, พย.ม.**, จิตรรดา พงศธรารักษ์, พย.ม.***,

ศิรินา สันทัดงาน, พย.ม.*, เครือวัลย์ คำฟู, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมการติดเกมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่มีคะแนนการทดสอบคัดกรองการติดเกม (GAST) บ่งชี้ระดับ “การมีส่วนร่วมสูง” หรือ “การเสพติด” คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากประชากร โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยยึดหลักทฤษฎีทางสังคมและความรู้ความเข้าใจ ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) ประกอบด้วย 8 ครั้ง ได้แก่ 1) การประเมินตนเองผ่านการเล่า ฟัง ถาม สะท้อนความรู้สึก รับรู้ประสบการณ์ ความตระหนักถึงผลของการติดเกมต่อชีวิตประจำวัน 2) การค้นหาปัจจัยที่ทำให้ติดเกม โครงสร้างทางความคิด อารมณ์และความรู้สึกและการปรับโครงสร้างทางความคิดและการเสริมแรง 3) การตั้งเป้าหมาย วางแผนทักษะการแก้ไขปัญหาตามแผน การรับมือกับอารมณ์และความรู้สึก การเสริมแรงและทำสัญญากับตนเอง 4) ฝึกทักษะการควบคุมตนเอง บันทึกกิจกรรมรายวัน 5) การลงมือปฏิบัติและการเสริมแรง 6) การติดตามสะท้อนการปฏิบัติ ครั้งที่ 1 7) การติดตาม สะท้อนการปฏิบัติ ครั้งที่ 2 8) การประเมินผลและถอดบทเรียนส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ 2) แบบทดสอบการติดเกม ฉบับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยง (0.68) สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ (0.92) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) พฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการทำให้พฤติกรรมการติดเกมในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นดีขึ้น สามารถเป็นวิธีการป้องกันและแก้ไขการติดเกมในระยะยาว

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ, พฤติกรรมติดเกม, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์, e-mail: watchara.kia@pcru.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

วันที่รับ: 10 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่แก้ไข: 2 เมษายน 2569, วันที่ตอบรับ: 9 เมษายน 2569

ความสำคัญของปัญหา

ยุคดิจิทัลออนไลน์เป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของวัยรุ่นไปทั่วโลก ทั้งนี้ในช่วงวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น (อายุประมาณ 12 - 15 ปี) เป็นช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ เติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตในสังคม การเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลแม้จะสร้างผลทางบวกต่อกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนา แต่ก็ มีผลกระทบทางลบเมื่อวัยรุ่นใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในทางลบและหมกมุ่นมากเกินไป เช่น การเล่นเกมออนไลน์ซึ่งนำไปสู่การติดเกม องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายของการเล่นเกมออนไลน์จนถึงขั้นติดว่า “การติดเกม (Gaming Addiction)” (Rumpf et al., 2018) ซึ่งเป็นภาวะที่วัยรุ่นไม่สามารถควบคุมตนเองในการเล่นเกมนได้ ส่งผลกระทบต่อการเรียน การเข้าสังคม และสุขภาพกายและจิตใจ (Park et al., 2025; Nuyens et al., 2023) และองค์การอนามัยโลกได้บรรจุภาวะนี้ไว้ใน ICD-11 เมื่อปี 2019 สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหานี้ในระดับสาธารณสุข (World Health Organization, 2019)

จากการทบทวนระบบทบทวนวิชาการติดเกมในกลุ่มวัยรุ่นทั่วโลกมีอุบัติการณ์ที่ประมาณร้อยละ 7.1 (Zhou et al., 2024) งานวิจัยในประเทศจีนรายงานว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 11.7 แสดงพฤติกรรมการเล่นเกมที่เข้าข่ายติดเกม โดยพบว่าผู้ชายมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญ (Satapathy et al., 2025) ในประเทศเกาหลีใต้เกมออนไลน์ได้รับความนิยมสูงมาก พบว่าประมาณร้อยละ 5.9 ของวัยรุ่นมีภาวะติดเกม (Liao

et al., 2022) สำหรับประเทศไทย การสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นราวร้อยละ 15.0 มีภาวะติดเกมในระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่วนการติดเกมในระดับภูมิภาค เช่นการศึกษาในกลุ่มเยาวชนระดับมัธยมศึกษาของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2561 พบการติดเกมร้อยละ 5.4 (Taechoyotin et al., 2020) ส่วนในโรงเรียนระดับอำเภอในจังหวัดมหาสารคามพบสูงถึงร้อยละ 22.4 (นิยม จันทน์วล และคณะ, 2556) ด้านสาเหตุการติดเกมมีหลากหลายปัจจัย เช่น ระดับการมีควมนับถือในตนเองต่ำ การชอบเสี่ยง การควบคุมอารมณ์ได้น้อย และการใช้เกมเป็นกลไกหลีกเลี่ยงความเครียดหรืออารมณ์ด้านลบ สัมพันธ์กับพฤติกรรมติดเกม (Zhou et al., 2023) นักเรียนที่ขาดทักษะการเผชิญปัญหาอาจหันไปพึ่งการเล่นเกมที่หนีปัญหาในชีวิตจริง (Blasi et al., 2019) ปัจจัยด้านความขัดแย้งในครอบครัว (Choi et al., 2025) และการสื่อสารที่ไม่เปิดเผย ล้วนเพิ่มโอกาสในการเกิดพฤติกรรมติดเกม (Rodríguez-Ruiz et al., 2023) นอกจากนั้น รูปแบบการเลี้ยงดูหรือพฤติกรรมการเล่นเกมนของผู้ปกครองเองก็มีอิทธิพลต่อบุตรหลานด้วย (Li et al., 2025) นอกจากนั้นปัจจัยสภาพแวดล้อม ความเครียดจากการเรียน (Lee et al., 2025) และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนเป็นอีกปัจจัยสำคัญ วัยรุ่นจำนวนมากเล่นเกมเพื่อลดความเครียดหรือเพื่อกongความสัมพันธ์กับเพื่อน (Tan et al., 2024) แนวทางการป้องกันและการแก้ไขการส่งเสริมกิจกรรมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานและ

มีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาในการเล่นเกมน การส่งเสริมกิจกรรมทางเลือกอื่น และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการติดเกม (Bonnaire et al., 2019) สำหรับกรณีที่รุนแรง การบำบัดโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปรับตัวเพื่อลดการเล่นเกมน (Apisitwasana et al., 2018) ด้านการดำเนินการในโรงเรียนสามารถบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี และการสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมที่เหมาะสมเข้าไปในหลักสูตร การให้คำปรึกษา และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต ช่วยให้นักเรียนมีภูมิคุ้มกันต่อพฤติกรรมเสี่ยง (Zmavc et al., 2025) หลายประเทศ เช่น ในไต้หวัน มีการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตในโรงเรียนสามารถส่งเสริมการปรับตัวเพื่อจัดการอารมณ์และพฤติกรรมเสี่ยงในนักเรียนมัธยมศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lee et al., 2025) ส่วนผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลเยาวชนติดเกมพบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้กระบวนการบำบัดทางปัญญา (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) สามารถชักนำเยาวชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ปรับตัวและเปลี่ยนพฤติกรรมติดเกมได้ดียิ่งขึ้น ผู้เข้าร่วมสามารถจัดการอารมณ์และความคิดที่จะนำไปสู่การเล่นและติดเกมได้ดี (Bore et al., 2025) ยิ่งกว่านั้นการบำบัดด้วยการสนทนาเพื่อสร้างแรงบันดาลใจและการฝึกสติ (mindfulness) ทำให้เกิดการส่งเสริมการปรับตัว (self-regulation) ทำหน้าที่เสมือน “เบรก” ที่ช่วยชะลอหรือหยุดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเยาวชนซึ่งพัฒนาการยังไม่สมบูรณ์ การมีทักษะและประสบการณ์การปรับตัวจะ

สนับสนุนการควบคุมแรงกระตุ้นในการเล่นเกมนได้ (Tse et al., 2024) การพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง (self-control skill) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมอารมณ์ เช่น ความเครียด ความโกรธ หรือความเหงา ซึ่งมักจะเป็นตัวกระตุ้นให้หันไปเล่นเกมเป็นทางออก ดังนั้นการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถจัดการปัญหาการติดเกมได้ (Hu et al., 2025a) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ คิม และคณะ ที่พบว่าปัจจัยด้านความเครียด ความโกรธ หรือความเหงา เป็นตัวกระตุ้นให้เยาวชนใช้เกมเป็นทางออกและกลไกในการหลบหนี โดยเยาวชนที่ขาดการควบคุมตนเองที่ดีจะมีแนวโน้มติดเกมได้ (Kim et al., 2025) ดังนั้นการพัฒนาทักษะในการปรับตัวในเยาวชนจึงมีความจำเป็นและเป็นข้อเสนอแนะที่ควรบูรณาการให้เกิดทักษะนี้ขึ้นในเยาวชนในระดับโรงเรียน (Bender et al., 2020)

ข้อมูลจากการศึกษาของเขตสุขภาพที่ 2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2564 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นของอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดตาก และจังหวัดอุดรธานี คิดเป็นอัตรา 35.75, 31.93 และ 31.87 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีนักเรียนควรดูแลสุขภาพจิตมากที่สุดคือจังหวัดเพชรบูรณ์ 2,576 คน คิดเป็นร้อยละ 57.83 รองลงมาคือจังหวัดตาก จำนวน 840 คน คิดเป็นร้อยละ 18.85 จังหวัดอุดรธานี จำนวน 407 คน คิดเป็นร้อยละ 9.13 จังหวัดสุโขทัย จำนวน 344 คน คิดเป็นร้อยละ 7.72 และจังหวัดพิษณุโลก

จำนวน 287 คน คิดเป็นร้อยละ 6.44 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สอดคล้องกับผลการสำรวจความเห็นเกี่ยวกับภัยด้านต่าง ๆ ที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเพชรบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2566 จากโรงเรียน 39 แห่ง รวม 6,884 คน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 1,333 คน พบว่าภัยจากการติดเกมออนไลน์มีจำนวนมากที่สุดคือ 599 คน คิดเป็นร้อยละ 44.94 รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้า 474 คน คิดเป็นร้อยละ 35.56 ภัยไซเบอร์ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 5.18 และติดพนัน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 2.70 ตามลำดับ (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเพชรบูรณ์, 2566) ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยครูแนะแนวพบว่า ปัญหาดังกล่าวมีส่วนสัมพันธ์กันโดยเฉพาะในเรื่องของการติดเกมออนไลน์ ภัยไซเบอร์ และติดพนัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าตามมา โดยอำเภอที่พบปัญหาดังกล่าวมากที่สุดคือ อำเภอหนองไผ่ อำเภอเมือง อำเภอวิเชียรบุรี อำเภอศรีเทพ และอำเภอหล่มสัก ตามลำดับ (HDC, 2567) จากการศึกษาสำรวจของผู้วิจัยในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอหนองไผ่จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 488 คน พบว่า ติดเกมร้อยละ 3.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเกม ได้แก่ การพักอาศัยหอพัก การไม่มีเพื่อนคุยหรือขาดความอบอุ่นในครอบครัว มีความขัดแย้งในครอบครัวและระดับเกรดเฉลี่ยต่ำ ซึ่งจะเห็นเยาวชนที่ติดเกมเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะปรับตัวเองได้ยากยิ่งขึ้นถ้าไม่มีกิจกรรมแทรกแซงจะ

ส่งผลกระทบในระยะยาวจากการติดเกมดังกล่าว (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์ และคณะ, 2568) จากการศึกษาความเป็นไปได้ในโรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 3 แห่ง ในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า การจัดการเพื่อลดปัญหาเด็กติดเกมในโรงเรียนไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม กิจกรรมส่วนใหญ่มีเพียงการให้คำแนะนำต่อตัวเด็กหรือผู้ปกครอง รวมทั้งการให้ศึกษาในชั้นเรียนเป็นบางครั้ง ยังขาดกิจกรรมที่เป็นระบบและมีประสิทธิผลในการลดปัญหาติดเกม และสามารถนำมาใช้ในระดับโรงเรียนได้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยและครูผู้รับผิดชอบปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กของโรงเรียนให้ความเห็นร่วมกันว่า ถ้ามีการพัฒนาและนำกระบวนการให้คำปรึกษากลุ่มน่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้เนื่องจาก ครูและครูผู้รับผิดชอบในโรงเรียนจะสามารถดำเนินการลดปัญหาการติดเกมในเด็กได้อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่จะนำมาพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการพบว่า การให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และปรับปรุงพฤติกรรม ผ่านการให้การปรึกษากลุ่มโดยบูรณาการร่วมกับกระบวนการปรับตัว การเรียนรู้ผ่านการสังเกต แลกเปลี่ยน การเลียนแบบ การสะท้อนกลับ และได้รับการเสริมแรงซึ่งเป็นแนวทางแนวคิดการเรียนรู้ปัญญาสังคมของ Bandura (1991) ซึ่งสามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ การศึกษาที่สำคัญของ Ji & Wong (2023) พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการที่ผสมผสานระหว่าง Cognitive-behavioral

therapy (CBT) และ Motivational approach มีประสิทธิผลสูงในการลดอาการติดเกมของวัยรุ่น โดยลดอาการติดเกม ลดระยะเวลาการเล่นเกม ปรับปรุงความคิดที่บิดเบือน ลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีความหมายในชีวิตจริง ดำรงจุดแข็งส่วนบุคคล และตั้งเป้าหมายส่วนตัว สอดคล้องกับผลการศึกษาแบบวิเคราะห์เมตา พบว่า โปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่ม (group counseling programs) สามารถลดการใช้อินเทอร์เน็ต การติดเกมและผลกระทบจากการติดเกมลงได้อย่างมีนัยสำคัญ (Liu et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การให้คำปรึกษากลุ่มสามารถพัฒนาทักษะในเยาวชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้โรงเรียนเป็นฐานสามารถลดปัญหาจากการเล่นเกมและติดเกมวัยรุ่นได้ ผู้วิจัยและเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาสุขภาพจิตของเยาวชนในจังหวัดเพชรบูรณ์ จึงมีความสนใจพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ เพื่อนำไปขยายผลในการลดปัญหาการติดเกมของเยาวชนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดเพชรบูรณ์ จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการใช้แนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติพบว่า แนวทางการให้คำปรึกษากลุ่ม ร่วมกับการพัฒนาทักษะการปรับตัวและจัดการตนเองในเยาวชนเป็นแนวทางที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติในโรงเรียนได้ ผู้วิจัยจึงร่วมกับคณะครูและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการขึ้นเพื่อเป้าหมายในการลดพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอ

หนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) การเรียนรู้และบำบัดพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การส่งเสริมทักษะการรับมือกับปัญหา (coping skill) และการปรับตัว (self-regulation) และมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปศึกษาประสิทธิผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและนำไปขยายผลเพื่อจัดการปัญหาการติดเกมในกลุ่มเยาวชนเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์การติดเกมและลดผลกระทบด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนในจังหวัดเพชรบูรณ์ในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

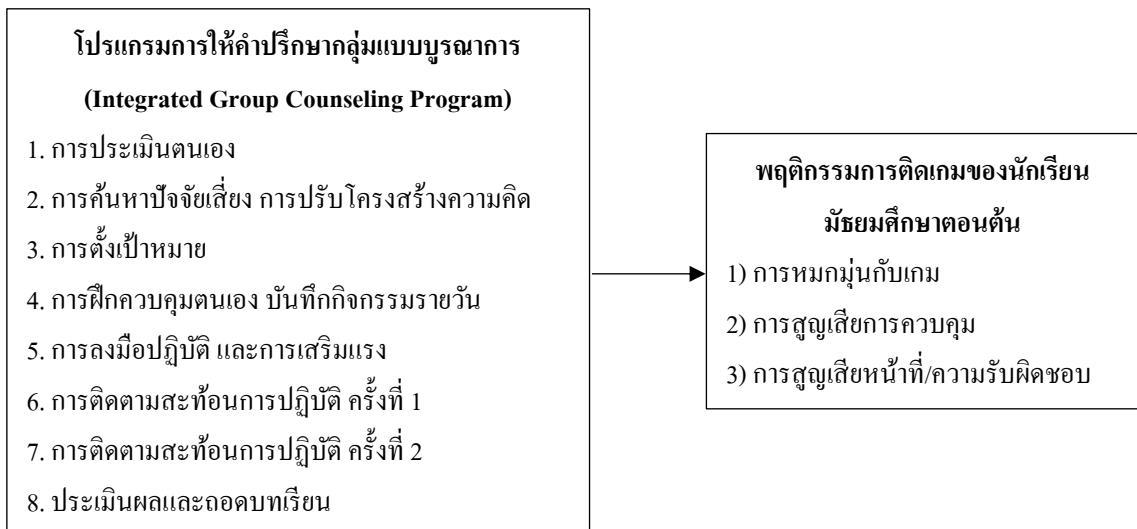
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของ โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ซึ่งพัฒนาขึ้นจาก

แนวคิดทฤษฎีทางสังคมและการเรียนรู้ทางปัญญา (social cognitive theory) (Bandura, 1991) ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Stevens et al., 2019) การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) (Bandura,

1991) และการควบคุมตนเอง (self-control) (Zhou, Morita, Zhu, et al., 2024) ต่อพฤติกรรมการติดเกมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental, a control group pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนที่มีพฤติกรรมการติดเกม ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนมัธยมในอำเภอหนองไผ่ จังหวัด

เพชรบูรณ์ จำนวน 81 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีพฤติกรรมการติดเกม ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2567 ของโรงเรียนมัธยมในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 13 - 15 ปี 2) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ภาคการศึกษา 1/2567 3) อ่านและเข้าใจภาษาไทย 4) ผู้ปกครองยินยอมและ

สมัครใจให้เข้าร่วมในการวิจัย 5) ผลการทดสอบการติดเกมมีคะแนนอยู่ในระดับมีความคลั่งไคล้ในเกมและติดเกม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนถึงร้อยละ 80 ตามแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เกิดปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถร่วมในกระบวนการวิจัยได้ 3) สูญหาย ไม่สามารถติดตามได้ 4) ผลการทดสอบการติดเกมมีคะแนนอยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์ยุติ 1) เกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพระหว่างการศึกษา 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมในการทดลองจนสิ้นสุดการทดลอง 3) เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่อิสระต่อกันใช้ Power analysis อ้างอิงจากงานวิจัยของอริษฐ์ ทวีชนชาติ และคณะ (2565) กำหนด effect size = 0.05 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในโปรแกรม G*power ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มเลือกอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากนักเรียนที่มีผลการทดสอบอยู่ในระดับคลั่งไคล้ในเกมและติดเกม จำนวน 16 คน เข้าร่วมในกลุ่มทดลอง และสุ่มจับสลากเลือกนักเรียนที่มีผลการทดสอบอยู่ในระดับคลั่งไคล้และติดเกม จำนวน 16 คน เข้าเป็นกลุ่มควบคุมและได้รับการดูแลตามปกติของระบบการช่วยเหลือเยาวชนในโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลด้าน

ประชากร เสรฐกิจและสังคม จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา อาชีพ หลักของครอบครัว ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่อเดือน ลักษณะนิสัยส่วนตัวและลักษณะของห้องนอน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบการติดเกมฉบับเด็ก

และวัยรุ่น (Game addiction screening test: GAST) พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (มปป) ประกอบด้วย 3 ส่วน รวม จำนวน 16 ข้อ ใช้เวลาในการตอบส่วนนี้ไม่เกิน 5 นาที รายละเอียดดังนี้

1) แบบทดสอบการหมกมุ่นกับเกม (preoccupation with game) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 8, 9, 11, 13 และ 16 มีการให้คะแนนดังนี้ 1) ไม่ใช่เลย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจร้อยละ 100.00 ว่าไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้นเลย ให้ 0 คะแนน 2) ไม่น่าใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจมากกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่ถึงร้อยละ 100.00 ว่าไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้นเลย ให้ 1 คะแนน 3) น่าจะใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจมากกว่า ร้อยละ 50.00 แต่ไม่ถึงร้อยละ 100.00 ว่าเคยมีพฤติกรรมเช่นนั้น ให้ 2 คะแนน 4) ใช่เลย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจร้อยละ 100 ว่ามีพฤติกรรมเช่นนั้น ให้ 3 คะแนน

2) แบบทดสอบการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่น (loss of control) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4, 5, 6 และ 12

เกณฑ์คะแนนดังนี้ 1) ไม่ใช่เลย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจร้อยละ 100.00 ว่าไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้นเลย ให้ 0 คะแนน 2) ไม่น่าใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจมากกว่าร้อยละ 50.00 แต่ไม่ถึงร้อยละ 100.00 ว่าไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้นเลย ให้ 1 คะแนน 3) น่าจะใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจมากกว่าร้อยละ 50.00 แต่ไม่ถึงร้อยละ 100.00 ว่าเคยมีพฤติกรรมเช่นนั้น ให้ 2 คะแนน 4) ใช่เลย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจร้อยละ 100.00 ว่ามีพฤติกรรมเช่นนั้น ให้ 3 คะแนน

3) แบบทดสอบการสูญเสียหน้าที่การรับผิดชอบ (function impairment) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 7, 10, 14 และ 15 มีการให้คะแนนดังนี้ 1) ไม่ใช่เลย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจร้อยละ 100.00 ว่าไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้นเลย ให้ 0 คะแนน 2) ไม่น่าใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจมากกว่าร้อยละ 50.00 แต่ไม่ถึงร้อยละ 100.00 ว่าไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้นเลย ให้ 1 คะแนน 3) น่าจะใช่ หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจมากกว่าร้อยละ 50.00 แต่ไม่ถึงร้อยละ 100.00 ว่าเคยมีพฤติกรรมเช่นนั้น ให้ 2 คะแนน 4) ใช่เลย หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจร้อยละ 100 ว่ามีพฤติกรรมเช่นนั้น ให้ 3 คะแนน

การวิจัยนี้จะใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการประเมินการติดเกมซึ่งมีช่วงอยู่ระหว่าง 0 - 48 คะแนน เป็นตัวแปรในการทดสอบเพื่อประเมินผลการทดลอง

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการต่อการลดพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่

จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) การเรียนรู้และบำบัดพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) และการส่งเสริมทักษะการรับมือกับปัญหา (coping skill) และการปรับตัว (self-regulation) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ๆ ละ 2 ชั่วโมง รวม 16 ชั่วโมง ดำเนินการระยะเวลา 2 เดือน ประกอบด้วย 1) การประเมินตนเองผ่านการเล่า ฟัง,ถาม, สะท้อนความรู้สึก รับรู้ประสบการณ์ ความตระหนักถึงผลของการติดเกมต่อชีวิตประจำวัน 2) การค้นหาปัจจัยที่ทำให้ติดเกม โครงสร้างทางความคิด อารมณ์และความรู้สึกและการปรับโครงสร้างทางความคิดและการเสริมแรง 3) การตั้งเป้าหมายวางแผนทักษะการแก้ไขปัญหาตามแผน การรับมือกับอารมณ์และความรู้สึก การเสริมแรงและทำสัญญากับตนเอง 4) ฝึกทักษะการควบคุมตนเอง บันทึกกิจกรรมรายวัน 5) การลงมือปฏิบัติและการเสริมแรง 6) การติดตาม สะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงรอบที่ 1 7) การติดตาม สะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงรอบที่ 2 8) และการประเมินผลและถอดบทเรียน และมีสมุดการบ้าน (Workbook) บันทึกการปฏิบัติรายบุคคล

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยตั้งวัตถุประสงค์

2. ทำและส่งหนังสือขอใช้แบบทดสอบการติดเกมฉบับเด็กและวัยรุ่น (Game addiction screening test: GAST) ถึงสถาบันสุขภาพจิตเด็ก

และวัยรุ่นราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และเมื่อได้รับหนังสือตอบรับอนุญาตให้ใช้แล้วผู้วิจัยดำเนินการร่างเครื่องมือวิจัย

3. ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและยกร่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) การเรียนรู้และบำบัดพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) และการส่งเสริมทักษะการรับมือกับปัญหา (coping skill) และการปรับตัว (self-regulation)

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และรายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการต่อการลดพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ที่พัฒนาขึ้น และนำแบบทดสอบการติดเกมฉบับเด็กและวัยรุ่น (Game addiction screening test: GAST) จากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการปรับปรุงรูปแบบฟอร์มให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และความสะดวกในการคัดกรองและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

5. นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเยาวชนอายุ 13 - 15 ปี ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบเครื่องมือวิจัยและนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือวิจัย

6. ภายหลังการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำมาปรับข้อความให้สอดคล้องสละ สบายและเข้าใจง่าย เพื่อให้เหมาะสม อ่านง่ายและสามารถดึง

ข้อมูล ข้อเท็จจริงจากผู้ตอบให้ได้มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การประเมินความตรงด้านเนื้อหาของโปรแกรม (content validity) และเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัยโดยผู้วิจัยใช้วิธีส่งรายละเอียดโปรแกรมและเครื่องมือเก็บข้อมูลวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบการติดเกม ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านการการพยาบาลจิตเวช และแพทย์สาขาจิตเวชจำนวนรวม 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาและเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ซึ่งจะพัฒนาและปรับปรุงแบบสอบถามจนค่าคะแนน IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ผลการประเมินคุณภาพพบว่า ส่วนข้อมูลทั่วไปมีค่าดัชนีความตรง 0.65 ส่วนแบบทดสอบการติดเกมมีค่าดัชนีความตรง 0.68 ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีค่าดัชนีความตรงเกิน 0.5 ขึ้นไป ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ควรนำไปทดลองใช้ได้ สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

2. การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) นำเครื่องมือไปทดสอบกับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนเพชรบูรณ์วิทยา จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยวิธีทดสอบค่าความสอดคล้องภายใน (Intra-class correlation coefficient: ICC) โดยตามวิธีของ Cronbach และประเมินค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์มีดังนี้ ส่วนที่ 1 การหมกมุ่นกับเกม (preoccupation with game) 6 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง

0.84 ส่วนที่ 2 การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่น (loss of control) 5 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง 0.80 และส่วนที่ 3 การสูญเสียหน้าที่ ความรับผิดชอบ (function impairment) 5 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง 0.80 โดยค่าความเที่ยงทั้งฉบับมีค่า 0.92 จากนั้นนำข้อมูลการทดสอบเครื่องมือไปวิเคราะห์ทดสอบความมั่นคงด้านโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า มีค่า Loading factor อยู่ในเกณฑ์สูง (มากกว่า 0.40) ซึ่งบ่งชี้ว่าเป็นข้อคำถามที่เหมาะสมในการนำมาใช้ทดสอบ จากค่าความสอดคล้องภายในข้างต้น แสดงว่าข้อคำถามทุกข้อมีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม ดังนั้นจึงมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์น่าเชื่อถือที่สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขั้นตอนการวิจัย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 5 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้มาตรฐานทั้งความเข้าใจในเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถาม ขั้นตอนและวิธีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อบรมพัฒนาคุณภาพจำนวน 1 วัน

2. ทำหนังสือประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา ในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 3 โรงเรียน เพื่อชี้แจงโครงการวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การคัดกรองการคิดเกม และเชื้ชววน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ที่มีความคลั่งไคล้ในเกมและติดเกมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการทดลอง เมื่อได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัย นักวิจัยชี้แจงโครงการและขั้นตอนการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครแก่นักเรียนและผู้ปกครอง และให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมให้นักเรียนในปกครองเป็นอาสาสมัคร จากนั้นนัดหมายเพื่อเข้าผู้กระบวนการทดลองตามแผนการจัดโปรแกรม ส่วนในกลุ่มควบคุมจะดำเนินการคัดกรองและให้ข้อมูลและยินยอมเช่นกันแต่จะให้มีส่วนร่วมในโครงการในกระบวนการทดสอบการคิดเกมคู่ขนานเวลาไปกับกลุ่มป้องกันทดลองเพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบเท่านั้น โดยระหว่างการทดลองกลุ่มควบคุมจะได้ร่วมกิจกรรมการพัฒนานักเรียนต่าง ๆ ตามที่โรงเรียนจัดตามปกติ

4. กระบวนการเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะให้ข้อมูลทั่วไปตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและได้รับการทดสอบการคิดเกม จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรม 8 ขั้นตอน ๆ ละ 2 ชั่วโมง รวม 16 ชั่วโมง ดำเนินการระยะเวลา 2 เดือน ประกอบด้วย 1) การประเมินตนเองผ่านการเล่า ฟังถาม สะท้อนความรู้สึก รับรู้ประสบการณ์ ความตระหนักถึงผลของการติดเกมต่อชีวิตประจำวัน 2) การค้นหาปัจจัยที่ทำให้ติดเกม โครงสร้างทางความคิด อารมณ์และความรู้สึกและการปรับโครงสร้างทางความคิดและการเสริมแรง 3) การตั้งเป้าหมาย วางแผนทักษะการแก้ไขปัญหาตามแผนการรับมือกับอารมณ์และความรู้สึก การเสริมแรงและทำสัญญากับตนเอง 4) ฝึกทักษะการควบคุม

ตนเอง บันทึกกิจกรรมรายวัน 5) การลงมือปฏิบัติ และการเสริมแรง 6) การติดตาม สะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงรอบที่ 1 7) การติดตาม สะท้อน การปฏิบัติและการปรับปรุงรอบที่ 2 8) และการ ประเมินผลและถอดบทเรียน และมีสมุดการบ้าน (Workbook) บันทึกการปฏิบัติรายบุคคล ส่วนกลุ่ม ควบคุมจะได้รับการดูแลให้คำปรึกษาตามระบบ ปกติในโรงเรียน และทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการ ทดสอบการคิดเกมอีกครั้งหลังสิ้นสุดการทดลอง

5. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วย นักวิจัยซึ่งเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจะเป็น ผู้อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล 1 - 3 นาที ความจำเป็นและความสำคัญของการให้ข้อมูลจากการ ทดสอบการคิดเกมและความสำคัญในการนำไป เป็นข้อมูลในการป้องกันเพื่อลดการคิดเกมและ ผลกระทบจากการคิดเกมในอนาคต รวมทั้งสิทธิ การตัดสินใจและลงนามของผู้ปกครองเพื่อยินยอม ให้นักเรียนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการตัดสินใจยุติการเป็นอาสาสมัคร ในโครงการหรือกระบวนการให้ข้อมูล จากนั้นแจก แบบสอบถามและให้ตอบส่วนข้อมูลทั่วไป 5 นาที จนเสร็จสิ้นทุกคนและให้เริ่มการทดสอบการคิดเกม 5 นาที รวมระยะเวลาไม่เกิน 15 นาที และให้ส่ง แบบสอบถามและแบบทดสอบกลับคืน ผู้ช่วย นักวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและในกรณีที่ตอบ ไม่ครบถ้วนจะส่งให้อาสาสมัครตอบซ้ำจนกว่าจะ ครบทุกฉบับและสิ้นสุดในกระบวนการเก็บ รวบรวมข้อมูล

5. ในกรณีที่เกิดปัญหาระหว่างการเก็บ ข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยหรือผู้ตอบคำถามสามารถ

สอบถามนักวิจัยทางโทรศัพท์หรือกลุ่มไลน์ได้ ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังกระบวนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง นักวิจัยและผู้ช่วยจะตรวจสอบความครบถ้วนของ ข้อมูลทุกข้อคำถาม เมื่อมีข้อมูลไม่ครบถ้วนจะต้อง ติดตามและให้ตอบจนครบถ้วนทุกประเด็นก่อน ถอนตัวออกจากอาสาสมัครที่ร่วมวิจัย

2. ทบทวนการลงรหัสข้อมูลและการสร้าง ไฟล์บันทึกข้อมูล จัดทำคู่มือการลงรหัสและบันทึก ข้อมูล และทำการบันทึกข้อมูลให้ตรงกันระหว่าง นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้บันทึกข้อมูล

3. หลังการบันทึกจะตรวจสอบความ ครบถ้วนของการบันทึกประเภท Missing และ Outlier ถ้าเกิดปัญหาดังกล่าวให้ผู้บันทึกข้อมูล ตรวจสอบและแก้ไขให้ครบถ้วนตรงตามข้อมูลจาก อาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลคะแนนแบบทดสอบ การคิดเกมในเด็กและเยาวชนของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้ ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test การทดสอบสมมติฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ใช้ dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง

และ independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจะใช้ Wilcoxon's Rank sign test ในการวิเคราะห์แทน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เลขที่ใบรับรอง PCRUC-REC NO. 015/2567 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2567 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และรายงานผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.50 ส่วนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.30 อายุ 13 ปี เป็นส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในกลุ่มทดลองร้อยละ 50.00 ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.30 ส่วนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในกลุ่มทดลองร้อยละ 87.51 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 43.70 อาชีพหลักครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มากที่สุดได้แก่เกษตรกร ร้อย

ละ 68.5 และ 59.8 รองลงมาได้แก่ รับจ้าง ร้อยละ 25.3 และ 26.8 ตามลำดับค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์อยู่ระหว่าง 251 - 300 บาท ในกลุ่มทดลองร้อยละ 43.72 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 68.70 เกรดเฉลี่ย 3.01 - 4.00 มากที่สุดในกลุ่มทดลองร้อยละ 62.61 และร้อยละ 43.80 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีนิสัยร่าเริง รักสนุกในกลุ่มทดลองร้อยละ 81.31 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 75.01 ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีห้องนอนส่วนตัวร้อยละ 50.01 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 75.02 รองลงมาได้แก่ไม่มีห้องนอนส่วนตัวในกลุ่มทดลองร้อยละ 43.7 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 18.71 ความสัมพันธ์ในครอบครัว รักใคร่กันดีในกลุ่มทดลองร้อยละ 43.73 ส่วนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.21 มีความขัดแย้งกันบางครั้งในกลุ่มทดลองร้อยละ 50.01 ส่วนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 31.21 สภาพจิตใจเมื่ออยู่ในครอบครัวรู้สึกอบอุ่นในกลุ่มทดลองร้อยละ 43.70 ส่วนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.24 มีความเจ็บเหงาเป็นบางครั้งในกลุ่มทดลองร้อยละ 31.51 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 31.20 ไม่มีเพื่อนคุยในกลุ่มทดลองร้อยละ 18.51 ส่วนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 6.31 ได้รับการลงโทษเมื่อมีการกระทำผิด ได้แก่ การว่ากล่าวตักเตือนในกลุ่มทดลองร้อยละ 68.72 ส่วนในกลุ่มควบคุมร้อยละ 62.51 มีการทุบตีรุนแรงในกลุ่มทดลองร้อยละ 12.51 แต่ไม่พบการลงโทษโดยการทุบตีรุนแรงในกลุ่มควบคุม ส่วนการมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวในกลุ่มทดลองไม่เคยมีกิจกรรมร่วมกันร้อยละ 50.00 รองลงมาได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกันร้อยละ 31.11 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีกิจกรรมรับประทานอาหารร่วมกัน

ร้อยละ 31.12 รองลงมา ได้แก่ เล่นเกมออนไลน์ร่วมกัน ร้อยละ 25.01 ไม่เคยมีกิจกรรมร่วมกันร้อยละ 18.82

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกาติดเกมของอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. ผลการคัดกรองก่อนเข้าร่วมโครงการจากการคัดกรองพบว่าในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับติดเกม 3 คน (ร้อยละ 18.75) อยู่ในระดับคลั่งไคล้ในเกม 13 คน (ร้อยละ 81.25) ส่วนในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับติดเกม 4 คน ร้อยละ 25.00 และอยู่ในระดับคลั่งไคล้ในเกม 12 คน (ร้อยละ 75.00) ส่วนในระยะหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองอยู่ใน

ระดับปกติทั้ง 16 คน (ร้อยละ 100.00) ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับติดเกม 5 คน (ร้อยละ 31.25) และคลั่งไคล้ในเกม 11 คน (ร้อยละ 68.75)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดเกมภายในกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการแบบกลุ่มในนักเรียนที่ติดเกมและเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการทดลอง โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดเกมภายในกลุ่มทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยมีดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกาติดเกมภายในกลุ่มในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรศึกษา	ก่อนการ	หลังการ	Men diff. (S.E.)	95%CI	t	p-value
	ทดลอง	ทดลอง				
	Mean (SD)	Mean (SD)				
กลุ่มทดลอง (n = 16)						
Game Addiction Screening Test (GAST) Score (Rank 3-48 คะแนน)	23.11 (4.70)	6.22 (2.00)	16.81 (4.22)	14.60-19.11	16.00	.01*
กลุ่มควบคุม (n = 16)						
Game Addiction Screening Test (GAST) Score (Rank 3-48 คะแนน)	23.01 (7.81)	25.30 (5.41)	-2.20 (4.50)	-4.60-0.17	-1.90	.06

*p-value < .05

จากตารางที่ 1 ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองโดยการเปรียบเทียบภายในกลุ่มในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลทั้ง 4 ชุด พบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติทั้ง 4 ชุด ($p\text{-value} > 0.05$) และเมื่อทดสอบด้วย Dependent t- test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการติดเกม (Game Addiction Screening Test (GAST) Score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะหลังการทดลองเฉลี่ย 16.8 คะแนน (Mean difference 16.81; 95% CI = 14.60 - 19.11, $p\text{-value} < 0.01$) ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Mean difference -2.20; 95% CI =

-4.60 - 0.17, p -value < 0.06)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดเกมระหว่างกลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการแบบกลุ่มในนักเรียนที่ติดเกมและ

เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการทดลอง โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดเกมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยมีดังนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการติดเกมระหว่างกลุ่มในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรศึกษา	กลุ่มทดลอง Mean (S.D.)	กลุ่มควบคุม Mean (S.D.)	Men diff. (S.E.)	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n = 16)						
Game Addiction Screening Test (GAST) Score (Rank 3-48 คะแนน)	23.10 (4.70)	23.60 (4.00)	0.06(2.20)	-4.50- -4.70	0.02	0.97
หลังการทดลอง (n = 16)						
Game Addiction Screening Test (GAST) Score (Rank 3-48 คะแนน)	6.20 (2.00)	25.30 (5.40)	-19.00 (1.40)	-22.00 - -16.30)	-13.10	0.01*

* p -value < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองโดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผลการทดสอบด้วย independent t- test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการติดเกม (Game Addiction Screening Test (GAST) Score) ไม่มีความแตกต่างกัน (Mean difference -2.20; 95% CI = -4.60 - 0.17, p -value < 0.06) แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย -19.00 คะแนน (Mean difference -19.0; 95% CI =

-22.00 - 16.30, p -value < 0.01) ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า 1) ในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการติดเกมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการ

เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ 2) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคิดเกมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า โปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการสามารถลดพฤติกรรมการคิดเกมได้อย่างมีนัยสำคัญ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ การเกิดประสิทธิผลในการลดคะแนนเฉลี่ยของการคิดเกม เป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่มีการใช้แนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1991) ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์พันธะระหว่างบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มส่งเสริมให้นักเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากแบบอย่าง (Modeling) และได้รับแรงเสริมเชิงบวกซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Bandura, 1991; Ranieri et al., 2021) นอกจากนี้ โปรแกรมยังบูรณาการการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับโครงสร้างความคิดที่บิดเบือน และฝึกทักษะการจัดการอารมณ์และพฤติกรรม (Stevens et al., 2019) สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่า CBT เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดพฤติกรรมการคิดเกมและเพิ่มการควบคุมตนเองในวัยรุ่น (Lindenberg et al., 2022; Reangsing et al., 2025) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ กมลจิตร ช่างเงิน และคณะ (2565) ซึ่งพบว่า การให้คำปรึกษากลุ่มช่วยสร้างความผูกพันและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก ส่งผลให้

คะแนนการคิดเกมลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา สอดคล้องกับการวิจัยของ ศวรรยา ธนสุวรรณธาร และคณะ (2562) ที่พบว่าการใช้ทฤษฎีเผชิญความจริง (reality therapy) ในการให้คำปรึกษากลุ่มสามารถลดพฤติกรรมคิดเกมในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาในยุโรป (Boonen et al., 2024) และ Hendarasyah et al. (2025) ซึ่งศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาในประเทศอินโดนีเซียพบว่า การให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) และการควบคุมตนเอง (self-regulation) ช่วยลดความถี่ในการเล่นเกม เพิ่มความมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเลือก และยังช่วยปรับปรุงผลการเรียนให้ดีขึ้นได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรมนี้อาจมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การมีขั้นตอนที่ชัดเจนและต่อเนื่อง จำนวน 8 ขั้นตอน ครอบคลุมการประเมินตนเอง การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การตั้งเป้าหมาย การฝึกควบคุมตนเอง และการติดตามผล ทำให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสฝึกฝนและสะท้อนประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพและแรงสนับสนุนจากกลุ่ม สอดคล้องกับแนวคิดว่าการเรียนรู้ในกลุ่มและแรงกดดันเชิงบวกจากเพื่อนสามารถกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Hu et al., 2025b) การปรับโครงสร้างความคิด ตามหลัก CBT ช่วยให้นักเรียนตระหนักถึงผลกระทบของการคิดเกมและเห็นคุณค่าของการใช้เวลาในกิจกรรมที่มีประโยชน์มากกว่า การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาและการควบคุมตนเองซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นปัจจัยป้องกันการคิดเกมซ้ำ (Hu

et al., 2025b; Bender et al., 2020) โดยสรุปการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการสามารถลดปัญหาการติดเกมและความคลั่งไคล้ในเกมของเยาวชนได้ ซึ่งเป็นทางเลือกในการนำไปใช้ลดปัญหาการติดเกมของเด็กและเยาวชนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย

ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการไปใช้ในโรงเรียน เพื่อเพิ่มเป็นมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเกม โดยบูรณาการร่วมกับกระบวนการแนะแนว การสอน สุขศึกษา และกิจกรรมเสริมทักษะชีวิต เพื่อลดความเสี่ยงการติดเกมและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนในระยะยาว

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ เพิ่มในคลินิกการให้บริการปรึกษาการพยาบาลเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาติดเกมเพื่อพัฒนาไปสู่มาตรฐานการพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพให้การพยาบาลเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาติดเกม เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อตรวจสอบความคงอยู่ของพฤติกรรม การควบคุมตนเองและการไม่กลับไปติดเกมซ้ำ

2. ควรมีการวิจัยโปรแกรมร่วมกับการบำบัดวิธีอื่น เช่น การให้คำปรึกษาแบบเดี่ยว หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการบำบัด

3. ควรทำการศึกษาในบริบทอื่น ๆ เช่น

ภาคอื่น ๆ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมนี้

4. ควรนำข้อจำกัดการวิจัยนี้ไปเป็นประเด็นที่ควรวิจัยปรับปรุงและพัฒนาเพิ่มเติมในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

แม้โปรแกรมจะแสดงผลลัพธ์เชิงบวก แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัด เช่น ขนาดตัวอย่างค่อนข้างเล็ก ($n = 32$) ทำให้การสรุปผลไปใช้กับประชากรในวงกว้างต้องใช้ความระมัดระวัง ระยะเวลาติดตามผลสั้น จึงไม่สามารถยืนยันความคงอยู่ของผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว หรือกิจกรรมของโรงเรียน อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร บุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ที่สนับสนุนการวิจัย และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาดำเนินการ ขอขอบคุณอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนงานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กมลจิตร ช่างเงิน, พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และ กรรชิต แสนอุบล. (2565). การให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลดพฤติกรรมติดเกม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิจัยธรรมศึกษา*, 5(2), 140-152.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทย*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

นิยม จันทน์นวล, ปวีณา ลิ้มปิติปการ, และสุภาพร ปิ่นกาพัง. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอนาขอน จังหวัดมหาสารคาม. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 3(1), 1-12.

ลออ สิงห์สุขแพทย, นภัทร์ธมณณ์ น้อยหมอกุลเดช, รัตติยา วงศ์ลาพานิช, กัลย์นพร เกียรติบัณฑิต, และ วัชรระ เกียรติตะ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ [รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์]. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.

ศวรรยา ธนสุวรรณธาร, ทรงวุฒิ อยู่เอี่ยม, และเพ็ญภา กลุณภาค. (2562). ผลการศึกษากลุ่มทฤษฎีเผชิญความจริงต่อพฤติกรรมติดเกมออนไลน์ของนิสิตปริญญาตรี. *E-Journal of Education Studies, Burapha University*, 1(2), 46-61.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (มปป). คู่มือการใช้แบบทดสอบการติดเกม (GAST) ฉบับเด็ก และ วัยรุ่น. https://www.camri.go.th/th/data_file/att_knowledge/4-KW-180-12-1754052173.pdf

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเพชรบูรณ์. (2566). รายงานผลการคัดกรองนักเรียนระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ปีการศึกษา 2566 [รายงานการสำรวจ]. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเพชรบูรณ์.

อริษฐ์ ทวีธนาชาติ, พิษญาณี พูนพล และอังศินันท์ อินทรกำแหง. (2565). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษากลุ่มด้วยวิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 28(2), 1-18.

Apisitwasana, N., Perngpam, U., & Cottler, L. (2018). Effectiveness of school- and family-based interventions to prevent gaming addiction among grades 4–5 students in Bangkok, Thailand. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 11*, 103-115.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287.

Bender, P. K., Kim, E.-L., & Gentile, D. A. (2020). Gaming Disorder in Children and Adolescents: Risk Factors and Preventive Approaches. *Current Addiction Reports*, 7(4), 553-560.

Blasi, M. D., Giardina, A., Giordano, C., Coco, G. L., Tosto, C., Billieux, J., & Schimmenti, A. (2019). Problematic video game use as an emotional coping strategy: Evidence from a sample of MMORPG gamers. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 25-34.

Bonnaire, C., Liddle, H. A., Har, A., Nielsen, P., & Phan, O. (2019). Why and how to include parents in the treatment of adolescents presenting Internet gaming disorder? *Journal of Behavioral Addictions*, 8(2), 201-212.

Boonen, H., Vanderplasschen, W., Sinclair, D. L., Flayelle, M., & Billieux, J. (2024). Group-Based Interventions for Adolescents with Gaming Disorder or Problematic Gaming Behavior: A Systematic Review. *Current Addiction Reports*, 11(3), 551-564.

Bore, P., Leo, J., Garpenhag, L., & Claesdotter-Knutsson, E. (2025). Adolescents' experiences of psychological treatment for gaming disorder: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1601851.

Choi, J. I., Kim, G. M., Kim, J. A., & Jeong, E. J. (2025). Parenting attitudes and pathological gaming: Multifaceted influences of harsh-negative parenting on adolescent pathological gaming. *Frontiers in Psychology*, 16, 1521013.

HDC. (2567). *ข้อมูลสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 2*. <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-report-detail/f140502196c78b4a5c6a379f0d2a769f>

Hendarsyah, A., Tobing, C. M. H., & Fitriyanti, E. (2025). The Effect of Group Counseling with Self-Control Technique to Reduce Online Game Addiction among Students. *Journal of Counseling and Educational Research*, 2(1), 49-58.

Hu, Y., Chen, S., Qi, D., & Zhu, S. (2025a). Problematic Gaming and Self-Control Among Adolescents and Emerging Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 28(5), 301-317.

- Hu, Y., Chen, S., Qi, D., & Zhu, S. (2025b). Problematic Gaming and Self-Control Among Adolescents and Emerging Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 28(5), 301-317.
- Ji, Y., & Wong, D. F. K. (2023). Effectiveness of an integrated motivational cognitive-behavioral group intervention for adolescents with gaming disorder: A randomized controlled trial. *Addiction*, 118(11), 2093-2104.
- Kim, J. A., Choi, J. I., Lee, S. J., & Jeong, E. J. (2025). The influence of negative emotions on adolescents' pathological gaming: The role of self-control in the associations with aggression, academic stress, and pathological gaming. *Frontiers in Psychology*, 16, 1539162.
- Lee, Y., Krajewski, A., Kim, J., & Hull, K. A. (2025). Exploring the Relationship Between Stress and Excessive Gaming: The Role of Game Efficacy. *Deviant Behavior*, 46(3), 299-311.
- Li, H., Peng, K., Wu, Y., Wang, L., & Luo, Z. (2025). Investigating parental factors that lead to adolescent Internet Gaming Addiction (IGA). *PLOS One*, 20(4), e0322117.
- Liao, Z., Chen, X., Huang, Q., & Shen, H. (2022). Prevalence of gaming disorder in East Asia: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(3), 727-738.
- Lindenberg, K., Kindt, S., & Szász-Janócha, C. (2022). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention in Preventing Gaming Disorder and Unspecified Internet Use Disorder in Adolescents: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(2), e2148995.
- Liu, J., Nie, J., & Wang, Y. (2017). Effects of Group Counseling Programs, Cognitive Behavioral Therapy, and Sports Intervention on Internet Addiction in East Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1470.
- Nuyens, F., Kuss, D. J., Lopez-Fernandez, O., & Griffiths, M. D. (2023). Academic impacts of gaming disorder in youth: A systematic review. *Educational Psychology Review*, 35, 1145-1169.
- Park, J. J., Stryjewski, A., Chen, B., & Potenza, M. N. (2025). Treatment of Gaming Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 106-121.
- Ranieri, S., Ferrari, L., Danioni, F. V., Canzi, E., Barni, P., Rosnati, R., & Rodriguez, M. R. (2021). Adoptees facing adolescence: What accounts for their psychological well-being? *Journal of Adolescence*, 89(1), 10-17.
- Reangsing, C., Wongchan, W., Trakooltorwong, P., Thaibandit, J., & Oerther, S. (2025). Effects of cognitive behavioral therapy (CBT) on addictive symptoms in individuals with internet gaming disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 348, 116425.
- Rodríguez-Ruiz, F., Mari-Sanmillán, M. I., Benito, A., Castellano-García, F., Sánchez-Llorens, M., Almodóvar-Fernández, I., & Haro, G. (2023). Relationship of Gaming Disorder with parenting based on low affection-communication and personality trait of neuroticism in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 14, 1147601.
- Rumpf, H.-J., Achab, S., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carragher, N., Demetrovics, Z., Higuchi, S., King, D. L., Mann, K., Potenza, M., Saunders, J. B., Abbott, M., Ambekar, A., Aricak, O. T., Assanangkornchai, S., Bahar, N., Borges, G., Brand, M., Chan, E. M.-L., ... Poznyak, V. (2018). Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective: Commentary on: A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution (van Rooij et al., 2018). *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 556-561.

- Satapathy, P., Khatib, M. N., Balaraman, A. K., R. R., Kaur, M., Srivastava, M., Barwal, A., Prasad, G. V. S., Rajput, P., Syed, R., Sharma, G., Kumar, S., Singh, M. P., Bushi, G., Chilakam, N., Pandey, S., Brar, M., Mehta, R., Sah, S., ... Samal, S. K. (2025). Burden of gaming disorder among adolescents: A systemic review and meta-analysis. *Public Health in Practice*, 9, 100565.
- Stevens, M. W. R., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 191-203.
- Taechoyotin, P., Tongrod, P., Thaweerungruangkul, T., Towattananon, N., Teekapakvisit, P., Aksornpusitpong, C., Sathapornpunya, W., Hempatawee, N., Rangsin, R., Mungthin, M., & Piyaraj, P. (2020). Prevalence and associated factors of internet gaming disorder among secondary school students in rural community, Thailand: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 13(1), 11.
- Tan, X., Liu, C., Yang, W., Hui, X., Zhang, L., Chen, S., & He, Y. (2024). Who has the greatest influence on adolescent gaming disorder: Parents, teachers, or peers? An interpersonal relationships network model of gaming disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1419014.
- Tse, N., Siu, A., Tsang, S., & Jensen, M. P. (2024). Group Motivational Interviewing for Adolescents at Risk of Internet Gaming Disorder: A Mixed-Methods Preliminary Evaluation. *Clinical Social Work Journal*.
- World Health Organization. (2019). *Addictive behaviours: Gaming disorder*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder>
- Zhou, R., Morita, N., Ogai, Y., Saito, T., Zhang, X., Yang, W., & Yang, F. (2024). Meta-Analysis of Internet Gaming Disorder Prevalence: Assessing the Impacts of DSM-5 and ICD-11 Diagnostic Criteria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 700.
- Zhou, R., Morita, N., Zhu, C., Ogai, Y., Saito, T., Yang, W., Ogawa, M., & Zhang, H. (2024). The relationship between self-control and internet gaming disorder and problematic social networking site use: The mediation effects of internet use motives. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1369973.
- Zhou, Y., Lv, X., Wang, L., Li, J., & Gao, X. (2023). What increases the risk of gamers being addicted? An integrated network model of personality-emotion-motivation of gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 141, 107647.
- Žmavc, M., Horvat, J., Židan, M., & Selak, Š. (2025). The effectiveness of school-based interventions to reduce problematic digital technology use and screen time: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 14(2), 571-589.

EFFECTS OF THE CASE MANAGEMENT NURSING PROGRAM ON INTENTION AND SELF-EFFICACY OF ABILITY TO PREVENT RELAPSE IN PATIENTS ADDICTED TO METHAMPHETAMINE PSYCHIATRIC AND DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AND DRUGS PATIENTS TRANG HOSPITAL

Porntip Soonue, M.N.S. , Sudarat Boonjun, B.N.S.** , Pairat Pimon, B.N.S.** , Pajit Phutharod, Ph.D.****

Abstract

Objective: To study the effect of the case management nursing program on intention to prevent relapse and self-efficacy in preventing methamphetamine relapse.

Methods: This research is a quasi-experimental research, measuring one group pretest posttest design. The participants were 32 methamphetamine addict patients who received service care at the department of psychiatry and drug dependence and were selected to receive the case management program. The instruments used were personal data questionnaire, intention to prevent relapse questionnaire, self-efficacy in preventing relapse questionnaire, and case management nursing program. Data were analyzed using t-test.

Results: 1) The mean score of intention to prevent relapse of methamphetamine addicts after the experiment was significantly higher than before the experiment. 2) The mean score of self-efficacy in preventing relapse of methamphetamine addicts after the experiment was significantly higher than before the experiment.

Conclusion: The integrated group counseling program improved gaming addiction behavior among junior high school students and can serve as a long-term preventive and corrective measure for gaming addiction.

Keywords: case management nursing program, intention, self-efficacy, patients addicted to methamphetamine

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Trang Hospital*

***Registered Nurse, Professional Level, Trang Hospital*

****Corresponding author: Lecture, Faculty of Nursing, Bromarajonani College of Nursing, Trang, e-mail: pajit@bcnt.ac.th*

Received: 7 September 2024, Revised: 15 March 2026, Accepted: 23 March 2026

ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณี ต่อความตั้งใจและการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน งานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง

พรทิพย์ ชื่นอื้อ, พย.ม. *, สุภารัตน์ บุญจันทร์, พย.บ. **, ไพรัช พิมล, พย.บ. **, ไพจิตร พุทธรอด, ป.ร.ด. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณี ต่อความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดยาแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลตรัง ที่มารับบริการแผนกจิตเวชและยาเสพติด คัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 32 คน โดยได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความตั้งใจในการป้องกันการเสพยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา และโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป : โปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณีสามารถช่วยป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณี, ความตั้งใจ, การรับรู้ความสามารถตนเอง, ผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตรัง

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง, e-mail: pajit@bent.ac.th

วันที่รับ: 7 กันยายน 2567, วันที่แก้ไข: 15 มีนาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 23 มีนาคม 2569

ความสำคัญของปัญหา

จากแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่า ยาเสพติดที่แพร่หลายมากที่สุดยังคงเป็นยาบ้า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 79.2 ตามมาด้วยยาไอซ์ ร้อยละ 8.3 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม รายงานสถิติคดียาเสพติดของประเทศไทย ปี 2564 พบจำนวนผู้ต้องหาเสพติดสูงสุดคือเมทแอมเฟตามีน จำนวน 102,613 คน และไอซ์ จำนวน 22,705 คน และเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ยังเป็นตัวยาลหลักที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2561) ในกลุ่มเยาวชน นอกจากนี้สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) รายงานข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติด ปี 2565 พบผู้ป่วยบำบัดรักษามเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) มากที่สุด ร้อยละ 42.05 และมีการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 39.73 และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตร่วมด้วย

ผลจากการเสพติดเมทแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมทำให้เกิดอาการทางจิตถึงขั้นเป็นโรคจิตได้ (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล, 2556) โดยผลของเมทแอมเฟตามีนออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท การใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เพื่อให้เกิดความเมา บรรเทาความเครียด บรรเทาความวิตกกังวล บรรเทาภาวะซึมเศร้า ให้ลืมเรื่องทุกข์ เกิดความสบายใจ เป็นเหตุจูงใจทำให้อยากใช้ต่อ เมื่อใช้ไปสักระยะจะกลายเป็นด้านลบอย่างรุนแรง

อาการทางจิตจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการเสพยาเสพติดเข้าไปในปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เพราะฤทธิ์ยาและปัจจุบันพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (co-occurring substance use disorders : COD disorder) โดยผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดในชั่วชีวิต (life time substance) ถึงร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและโรคทางจิตเวชอื่น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่ม COD มักมีอัตราการกลับซ้ำสูง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กิตติศักดิ์ โพธิ์โน และคณะ, 2561) อาการทางจิตจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเสพยาเสพติดเข้าไปในปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เหมือนข่าวที่เห็นกันอยู่บ่อย ๆ ที่ผู้เสพยาปิ่นปายขึ้นไปบนเสาไฟฟ้าหรือที่สูงเพราะฤทธิ์ยา

การติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง การกลับไปเสพยาเหมือนกับการเรื้อรังอื่น ๆ หรือโรคทางจิตเวช ซึ่งมีโอกาสกลับไปเสพยาได้สูง (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, 2556) ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อน ทั้งทางกายและจิต จึงมีความจำเป็นต้องมีแผนการติดตามดูแลถึงบ้านและการบำบัดรักษา ต้องใช้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่ผู้บำบัดควรทำ คือ การช่วยเหลือผู้ป่วย เหล่านั้นให้สามารถลด ละ หรือเลิกเสพติดได้ แนวคิดเรื่อง

การจัดการรายกรณี (case management) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้ (ทศพร ทองชัยและคณะ, 2563) และเชื่อมต่อจากระยะที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะปัญหาของผู้รับการบำบัดยาเสพติดแต่ละรายต้องได้รับการดูแลเฉพาะบุคคล ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด คือ พยาบาลผู้จัดการ ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญด้านคลินิกและการประสานงานกับทีมสุขภาพ แหล่งประโยชน์ในชุมชนการ ให้คำปรึกษา การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งเป็นการ จัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและมีความต่อเนื่อง ซึ่งการใช้การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี มาประยุกต์ใช้ กับผู้รับการบำบัดยาเสพติด มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ลดการทำงานแยกส่วน ทำให้ผู้รับการบำบัดยาเสพติดมี คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ มีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

จากรายงานข้อมูลด้านการบำบัดรักษา งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง พบว่า ผู้เข้าบำบัดจำนวนมากที่เข้ารับการบำบัดด้วยการติดสารเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยมีจำนวนผู้ติดสารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต และต้องบำบัดด้วยยา ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 141 คนมีการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 32 ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 147 คนมีการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 35.53 และปีงบประมาณ 2565 จำนวน 144 คนมีการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ

39.73 และจากการศึกษาถึงสภาพปัญหาและความชุกของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง ปี 2564 ยังพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก มีอัตราการกลับเสพยาซ้ำสูงถึงร้อยละ 75 โดยผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาบ้าหรือ เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 58 เป็นผู้เข้ารับการบำบัดซ้ำครั้งที่ 2 และร้อยละ 70 มีการกลับไปเสพยาซ้ำภายใน 1 ปี ผู้ที่เสพยาเสพติดซ้ำส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตร่วมด้วยถึง ร้อยละ 30 และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตก่อน ทั้งนี้ผู้ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา จะมีการให้ยาเพื่อรักษาอาการทางจิต ทำให้อาการทางจิตหายไป แต่ถ้าหากผู้เสพยาเสพติดใช้สารเสพติดไปนาน ๆ ไม่ยอม เข้าสู่กระบวนการรักษา บางรายอาจกลายเป็นโรคจิต หวาดระแวงถาวร ทั้งนี้เพราะการใช้สารเสพติดในปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน สารเสพติดจะไปทำลายเซลล์ประสาท โดยเซลล์ประสาทที่ถูกทำลายไปแล้วจะเป็นการทำลายแบบถาวร ดังนั้นต้องรีบรักษาเพื่อไม่ให้มีการทำลายเซลล์ประสาทมากขึ้น และกลายเป็นโรคจิตถาวรได้

การบำบัดผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลตรังที่ผ่านมายังพบว่า ผู้เข้าบำบัดมีการเสพยาซ้ำเพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและความปลอดภัยของประชาชน ก่อให้เกิดภาระทั้งต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศมีการใช้การจัดการรายกรณีกับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมการเสพยาซ้ำเพิ่ม

มากขึ้น เพราะเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม มีขั้นตอนหรือกระบวนการของการจัดการทางการแพทย์ โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความร่วมมือจากสหวิชาชีพ ร่วมวางแผน การดูแลติดตามประเมินผลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวชและรับผิดชอบงานยาเสพติด จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสพยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีน เพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเสพยา ผู้วิจัยจึงนำ การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการจัดการรายกรณี มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะสามารถทำให้ ผลลัพธ์การรักษา ส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถคงการหยุดใช้สารเสพติด หรือป้องกันการเสพยา ซึ่งเป็นการช่วยเหลือครอบครัว อีกนัยหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดถึงชุมชน อีกทั้งมีการนำแหล่งประโยชน์ ในชุมชนมาช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดหยุดเสพยาได้นานขึ้น นอกจากนี้การจัดการรายกรณีในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วย จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ ทีมผู้บำบัดรักษาสามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะตนของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด เพราะฉะนั้นการจัดการรายกรณี จึงเป็นทางเลือก

หนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

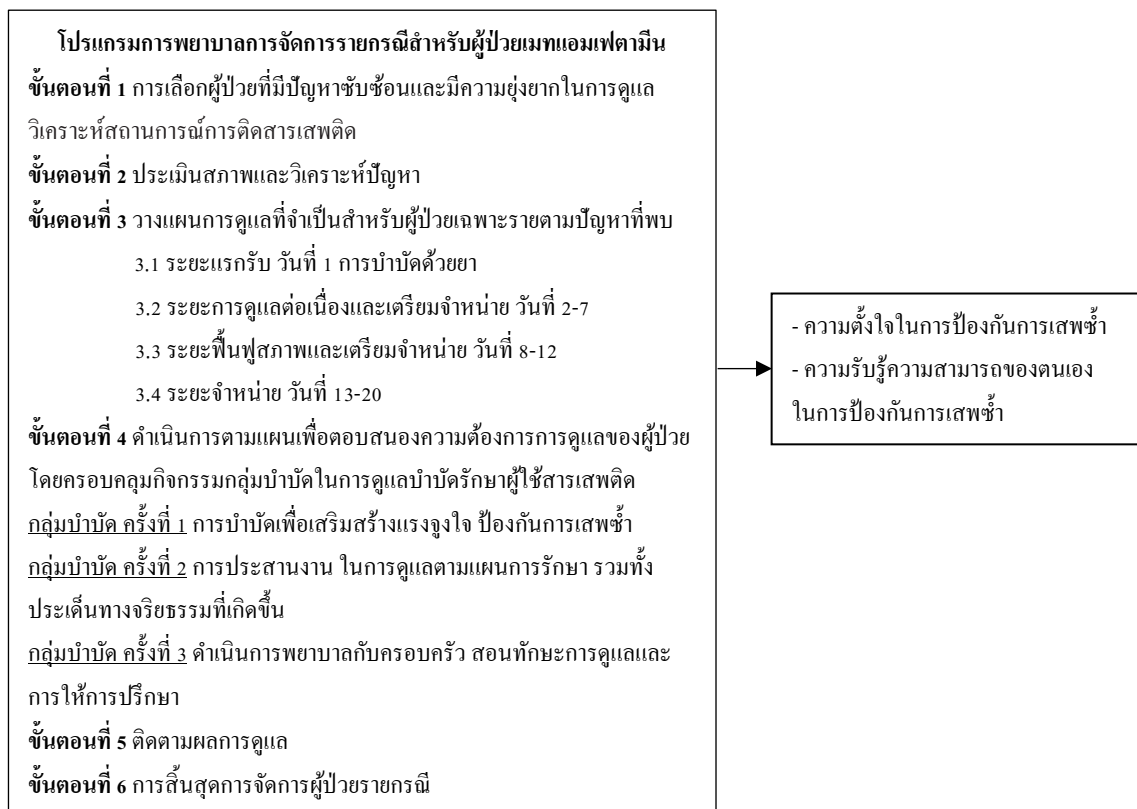
2. ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีแนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) โดยใช้กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของโพเวลและทาเฮ็น (Powell & Tahan, 2010) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน 1) การคัดเลือกผู้ป่วย 2) การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย 3) การพัฒนาแผนการดูแล 4) การดำเนินการตามแผนการ

ดูแล 5) การประเมินผล และ 6) การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งนี้แนวคิดการจัดการรายกรณีช่วยให้ผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติด การรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของการเสพยาเสพติด และสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยมีตั้งใจที่จะรักษาตนเองให้ห่างไกลจากยาเสพติด ผู้ป่วยเสพยาติดเมทแอมเฟตามีน ได้รับ

การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประสานการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ความร่วมมือจากสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแล ติดตาม และประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน มีพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองป้องกันการเสพยาเสพติด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทแอมเฟตามีนชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลตรัง ที่มารับบริการแผนกจิตเวชและยาเสพติด เพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20 - 50 ปี ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) ว่าเป็นผู้ติดเมทแอมเฟตามีน (F15) ไม่มีอาการถอนพิษจากการใช้สารเสพติดระหว่างเดือนกันยายน 2566 - มกราคม 2567 จำนวน 32 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. สามารถอ่านหนังสือออก และเขียนได้
2. ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่มีอาการผิดปกติของความรู้คิด เช่น มีภาวะบกพร่องของความคิด โดยประเมินจากค่า BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) แบบประเมินอาการทางจิต มีระดับคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิต คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย
3. มีความสมัครใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ปรากฏอาการทางจิตรุนแรง ขณะเข้า

ร่วมโครงการ

2. ปฏิเสธ การรักษาในโรงพยาบาลโดยมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบกำหนด

3. มีอาการทางกายที่ต้อง ได้รับการรักษาเร่งด่วนที่โรงพยาบาลอื่น

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสออกกลางคันและเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนดจึงเพื่อการออกกลางคัน ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (purposive) และในงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก เพื่อให้สอดคล้องกับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของสุจิตรา ครองมณีรัตน์, วณิดา อาแว และ มุสลิมห์ โต๊ะแปเราะ (2567) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ .09

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน สารเสพติดที่ใช้ร่วม จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดรักษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เหตุผลในการเข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

1.2 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการเสพยา ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยสุรา ของสุกมา แสงเดือนฉาย (2554) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือปัจจัยในการกลับไปเสพยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ปรับข้อคำถามให้มีครอบคลุมเนื้อหาตามคำถาม นิยามศัพท์ มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินค่า (likert scale) 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และ ไม่จริงเลย มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดเป็น 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับน้อย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความตั้งใจเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง 3.51 - 4.50 คะแนน

หมายถึง มีความตั้งใจเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมาก 4.51 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดยา ข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ระหว่าง .309- .785 และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

1.3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา ในผู้ป่วยสุราของสุกมา แสงเดือนฉาย (2554) โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือปัจจัยในการกลับไปเสพยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ปรับข้อคำถามให้มีครอบคลุมเนื้อหาตามคำถาม นิยามศัพท์ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ มั่นใจมาก มั่นใจ ไม่น่าใจ ไม่มั่นใจ ไม่มั่นใจเลย ซึ่งในแต่ละข้อคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด โดยแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาเป็น 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับน้อย 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถ

ของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 3.51 - 4.50 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก 4.51 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด โดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ระหว่าง .303 - .837 และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในงานวิจัยนี้ คือ โปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณี การวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี (case management) โดยใช้กระบวนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีของ (Powell & Tahan, 2010) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแล มีการกลับมาเสพยาอย่างน้อย 2 ครั้ง ในรอบ 1 ปี ประเมินคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน V2 มีค่าคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป และแบบประเมินอาการทางจิต BPRS คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

ขั้นที่ 2 การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะประเมินสภาพปัญหาเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิทธิการรักษาในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตามความจำเป็น

ตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 การพัฒนาแผนการดูแล ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ประชุมทีมสหวิชาชีพชี้แจงแผนการดูแลผู้ป่วย มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (clinical pathway) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังและกำหนดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยของแต่ละสาขาวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย หรือครบกำหนดระยะเวลา 20 วัน ซึ่งแบ่งเป็นการดูแล ดังนี้

3.1 ระยะแรกรับ วันที่ 1 การบำบัดด้วยยา ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ประเมินคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน V2 แบบประเมินอาการทางจิต BPRS ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานสุขภาพ

3.2 ระยะการดูแลต่อเนื่องและเตรียมจำหน่าย วันที่ 2 - 7 ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพที่

เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานสุขภาพ

3.3 ระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่าย วันที่ 8 - 14 ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ญาติผู้ดูแล เป็นรายบุคคล แบบองค์รวม มีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเป็นผู้สื่อสารประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานสุขภาพและให้การพยาบาลตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นฟูและเตรียมจำหน่าย รวมทั้งฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

3.4 ระยะจำหน่าย วันที่ 15 - 20 ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการประเมินความพร้อมและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ และดำเนินการบำบัดกลุ่มเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจป้องกันการเสพยา

ขั้นที่ 4 การดำเนินการตามแผนการดูแล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการดูแล โดยแต่ละวิชาชีพปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามแผนการดูแล เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รายงานความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้แก่ทีมสหวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง อำนวยความสะดวกสนับสนุนในการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ และปฏิบัติการดูแลโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งบันทึกข้อมูลเพื่อติดตาม

ความก้าวหน้าในการจัดการรายกรณีทุกวัน โดยกำหนดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ นักวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี โดยติดตามผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายหรือจนครบ 20 วัน ร่วมกับดำเนินการกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ ป้องกันการเสพยา การประสานกับพื้นที่ชุมชน ในการดูแลตามแผนการรักษา การสอนทักษะการดูแลตนเอง ครอบครัว และทักษะชีวิตให้เกิดความมั่นใจตนเองในการป้องกันการเสพยา

ขั้นที่ 5 การประเมินผล และติดตามผล มีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน โดยผู้จัดการรายกรณีประเมินผลตามแผนการดูแลของทีมสหวิชาชีพที่กำหนดไว้ ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาดูแลและติดตามผลต่อไปจนกระทั่งจำหน่าย มีการติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ เป็นการติดตามรายบุคคล ในระยะเวลา 14 วันหลังจำหน่าย 1 เดือนหลังจำหน่าย และ 2 เดือนหลังจำหน่าย ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 60 นาทีต่อครั้ง ได้แก่ ทักษะป้องกันการกลับไปเสพยา ชีวิตที่สมดุล แนวทางจัดการอารมณ์ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเสพยาเป็นกิจกรรมรายบุคคล

ขั้นที่ 6 การสิ้นสุดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำหน้าที่ของตน และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่เป็นผู้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลเรื่องการความตั้งใจในการป้องกันการเสพยาและการรับรู้ความ

สามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติด
ในช่วงการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยด้านยาเสพติด 2 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการบำบัดยาเสพติด 1 คน และอาจารย์พยาบาลเฉพาะทางสาขาจิตเวชและยาเสพติด 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ให้เพิ่มข้อคำถามของแบบสอบถามให้มีเนื้อหาครอบคลุม ตามคำนิยามศัพท์ปฏิบัติการ รวมทั้งใช้สำนวนภาษาที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายกับกลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ ข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ระหว่าง .309 - .785 และคำนวณหาความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำ ข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) ระหว่าง .303 - .837 และนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเมทแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลตรัง ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 20 - 50 ปี ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD 10) ว่าเป็นผู้ติดเมทแอมเฟตามีน (F15) ไม่มีอาการถอนพิษจากการใช้สารเสพติด ระหว่างเดือนกันยายน 2566 - มกราคม 2567 จำนวน 32 ราย

2. ผู้วิจัยฝึกผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี ระบุว่าบำบัดด้วยยา และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก ระบุพื้นที่พุ่มสมรรถภาพและระยะติดตามผล ทำหน้าที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2566 - มกราคม 2567

ขั้นตอนการทดลอง

1. ดำเนินการทดลองโดยดำเนินกิจกรรมหรือโปรแกรมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องทุกระยะของการบำบัด ใช้ระยะเวลาการบำบัดในสถานบำบัด ประมาณ 20 วันถึง 1 เดือน และมีกิจกรรมการบำบัดในระยะติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอีก 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามขั้นตอนโดยใช้กระบวนการ

จัดการผู้ป่วยรายกรณี มี 6 ขั้นตอน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการทดสอบกลุ่มตัวอย่างใน ระยะก่อนการทดลอง (pretest) โดยประเมินใน สัปดาห์แรกของการดำเนินการทดลอง และประเมินความตั้งใจของตนเองในการป้องกันการเสพติดและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติด หลังการทดลอง (posttest) ของการดำเนินการทดลอง ด้วย แบบสอบถามชุดเดิมภายหลังจากการทดลองสิ้นสุดลงในสัปดาห์ที่ 4

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลตรัง เลขที่ ID 058/12-2566 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ระยะเวลาขั้นตอนของการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และหากขณะดำเนินการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความข้องใจหรือไม่สบายใจ หรือมีปัญหาทางอารมณ์อันเกิดมาจากการบวนการวิจัยขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อในกรณีจำเป็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คิดเมทแอมเฟตามีน โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพติด และค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยคิดเมทแอมเฟตามีน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน paired sample t-test เนื่องจาก การทดสอบการกระจายของข้อมูลที่ได้จาก Shapiro-Wilk test พบว่ามีการกระจายแบบปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มผู้ป่วยคิดเมทแอมเฟตามีน มีอายุระหว่าง 21- 50 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 50 ปี เพศชาย ร้อยละ 96.8 เพศหญิง ร้อยละ 3.1 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 43.7 โสด ร้อยละ 40.6 หย่าร้าง ร้อยละ 15.6 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 56.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 15.6 ประถมศึกษา ร้อยละ 15.6 ปริญญาตรี ร้อยละ 9.3 อนุปริญญา ร้อยละ 3.12 อาชีพหลักในปัจจุบัน ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 25 งานรับจ้าง ร้อยละ 34.3 การเกษตร ร้อยละ 28.12 ค้าขาย ร้อยละ 9.37 พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 6.25 รายได้รวมของทำนต่อเดือนโดยเฉลี่ย รายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 31.25 สารเสพติดหลักที่ใช้ ยาบ้า ร้อยละ 93.75 ไอซ์ ร้อยละ 6.25 สารเสพติดที่ใช้ร่วม เหล้า ร้อยละ 25 บุหรี่ ร้อยละ 9.37 อื่น ๆ ร้อยละ 12.5

ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ครอบครัว ร้อยละ 90.62 อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 9.37 ความสัมพันธ์บุคคลในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 71.87 ต่างคนต่างอยู่ ร้อยละ 6.25 ทะเลาะกันบ้าง ร้อยละ 25 เหตุผลที่เข้ามาบำบัด ต้องการเลิกยา ร้อยละ 68.75 ครอบครัวต้องการให้มาบำบัด ร้อยละ 18.75 ปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 12.5 อื่น ๆ ร้อยละ 18.75

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน

พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณี ด้วยสถิติ paired samples t-test (n = 32)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p-value
	min - max	mean	SD	min - max	mean	SD		
ความตั้งใจในการป้องกันการเสพซ้ำ	40 - 80	67.46	0.90	59 - 80	71.93	0.61	2.53	< .001*

*p-value < .05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน

พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

1) ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความตั้งใจในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะทำหน้าที่สื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกายจิตสังคม มีการปฏิบัติการตามแผนการดูแล และมีการดำเนินการกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย อธิบายได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณี เป็นวิธีการบำบัดที่สามารถเพิ่มความตั้งใจของตนในการป้องกันการเสพสารเสพติดซ้ำ และทำให้ผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนแสดงพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณี ด้วยสถิติ paired samples t-test (n = 32)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p-value
	min - max	mean	SD	min - max	mean	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยา	24-75	59.75	1.06	55-75	65.34	0.62	3.86	< .001*

*p-value < .05

สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์ และคณะ (2561) ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีมีจำนวนการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การจัดการรายกรณีต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มีองค์ประกอบสำคัญในการจัดการปัจจัยการป่วยซ้ำ ได้แก่ ผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือในการดูแล และแนวทางการดูแลทางคลินิก ในการขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณี เกิดขึ้นได้เนื่องจากองค์ประกอบหลักที่สำคัญ คือ กระบวนการการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นการนำโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณี มาใช้ในการป้องกันการเสพยาในผู้เสพยาเสพติดก็จะสามารถเพิ่มความตั้งใจของตน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของ

ผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณี จะมีการให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับความอยากยา สถานการณ์เสี่ยง อารมณ์เชิงลบ เมื่อผู้ป่วยได้รับทักษะเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกมีความสามารถในการควบคุมตนเอง และผู้จัดการรายกรณีจะทำงานร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม สามารถบรรลุได้ในระยะสั้นเกี่ยวกับการไม่เสพยา และการเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยสามารถทำตามเป้าหมายได้ จึงเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกรับความสำเร็จและความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับและความเชื่อมั่นจากผู้ดูแลจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีมีผลเชิงบวกต่อการรับรู้ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการควบคุมตนเองและหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พรทิพย์ ไชครุ่ง และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้าง

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนระยะทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะ ติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าเมื่อผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ช่วยทำให้ผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนได้รับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณมีความมั่นใจในการเลิกเสพยา ส่งผลให้ความตั้งใจในการเลิกเสพยามากขึ้น โดยเป็นไปตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าเราสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ อปุลลคอดิก อรรอฮิมีย และคณะ (2565) ศึกษาการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำด้วยตนเอง กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาซ้ำสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

1. พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลผู้ติดสารเสพติด ควรมีการอบรม

ความรู้และทักษะการนำโปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณี ในการดูแลผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนไปใช้ร่วมกับการให้บริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดและปรับรูปแบบ ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

2. ผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานการทำงานด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดเป็นการส่งเสริมบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและยาเสพติดในการส่งเสริมคุณภาพการบำบัดและดูแลผู้เสพยาเสพติดต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติและนำมาใช้ในผู้ป่วยระยะถอนพิษยา โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the two groups, pre-test, post-test design)

2. การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลตรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 32 ราย จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังประชากรของผู้ป่วยสารเสพติดที่มีปัญหาอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างกัน ควรขยายผลการทดสอบในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่มีปัญหาขาดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

3. โปรแกรมการพยาบาลการจัดการรายกรณีนำมาใช้ในผู้ป่วยระยะถอนพิษยาดังนั้นอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ควรนำมาปรับปรุง ให้สอดคล้องต่อการรับรู้ของผู้ติดสารเสพติดในระยะของการบำบัด และควรประเมินความตั้งใจและการรับรู้ความสามารถของตนใน

การป้องกันการเสพยาในระบะติดตามผล 3 เดือน 6 เดือน เชื่อมต่อจากระยะที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายติดตามอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, และ ปราณี ฉันทพจน์. (2560). ประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring Disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(2), 127-140.
- กฤตยา แสงทรัพย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และ สุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 122-136.
- บรรจงจิตต์ พันธุ์ทอง และ นิภา กิมสูงเนิน. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า สถาบันราชกุมารเวช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(1), 62-68.
- พรทิพย์ โชครุ่ง, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ เวทีส ประทุมศรี. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยา ต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพยาติสารแอมเฟตามีน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 32(3), 38-49.
- นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (2556). การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: ทางเลือกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพยาติ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 13(1), 98-108.
- วัฒนารักษ์ พิบูลลาภิกษณ์, จินตนา ชูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทราก และ วีรพล อุณหศิริ. (2561). ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 5-18.
- ทศพร ทองชัย และคณะ. (2563). การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 80-88.

- ธงชัย อุ่นเอกลาก. (2544). *การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิตร มณีกันนท, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และ วิจิตร พิมพะนิษฐ์. (2556). ความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(4), 371-380.
- ศูนย์ข้อมูลวิชาการคลินิก. (2555). สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2561. / จาก <http://rajanukul.go.th>
- สุจิตรา ครอบมณีรัตน์, วนิดา อาแว, และ มุสลิมห์ โตะแปเราะ. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(3), 3-14.
- สุลินดา จันทระเสน. (2549). ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการเสพยาติสารมีนซ้ำของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลราชกุมารเวช (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ. (2557). ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน. กรุงเทพฯ : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- สุนทรีย์ โบราณ, ชนัดดา แนบเกษร, และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2562). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อการรับรู้ความสามารถของตนและความตั้งใจในการเลิกเสพยาติสารในวัยรุ่นที่ติดยาติสารแอมเฟตามีน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 224-236.
- อมาวลี กลั่นสุวรรณและคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงตนเองของผู้ป่วยเสพยาติสารแอมเฟตามีนในสถานบำบัดรักษาแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(1), 159-168.
- อัปดุลคอลิก อรรอฮิมย์, ฐานิดาภักดิ์ แสงทอง, จิรัชชา เขียวก๊ก, และ สวัสดิ์ ไหลภรณ์. (2565). การป้องกันการเสพยาติสารติดยาด้วยตนเอง: กรณีศึกษา ผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดยาติสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 10(3), 345-357.

- Anderson, L. J., Flynn, A., & Pilgrim, J. L. (2017). A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 47(2017), 46-54.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Djezzar, S., Questel, F., Burin, E., & Dally, S. (2009). Chemical submission: Results of 4-year French inquiry. *International Journal of Legal Medicine*, 123(3), 213-219.
- Djezzar, S., Richard, N., & Deveaux, M. (2014). Chapter 2 – epidemiology of drug-facilitated crimes and drug-facilitated sexual assaults. In P. Kintz (Ed.), *Toxicological aspects of drug-facilitated crimes*. Oxford: Academic.
- ElSohly, M. A., & Salamone, S. J. (1999). Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. *Journal of Analytical Toxicology*, 23(3), 141-146.
- Gossop M, editor. Relapse and addictive behavior. London: Tavistock/Routledge; 1989.
- Hagemann, C. T., Helland, A., Spigset, O., Espnes, K. A., Ormstad, K., & Schei, B. (2013). Ethanol and drug findings in women consulting a sexual assault center--associations with clinical characteristics and suspicions of drug-facilitated sexual assault. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(6), 777-784.
- Miller WR. Motivational enhancement therapy with drug abusers. New Mexico: The university of New Mexico Department of psychology and center on alcoholism substance abuse and addictions (CASSAA); 1995.
- Powell, S. K. & Tahan, H. A. (2010). Case management: A practical guide for education and practice. 3rd ed. Philadelphia: F.A Davis company.

MENTAL HEALTH LITERACY, PERCEIVED STRESS AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA AFTER THE COVID-19 PANDEMIC*

*Noppajohn Srisiri, B.N.S. **, Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. ***, Sombat Skulphan, Ph.D. *****

Abstract

Objective: To study the level and relationship of mental health literacy, perceived stress, and psychological distress among caregivers of people with schizophrenia after the COVID-19 pandemic.

Methods: This was a descriptive correlational study. The sample consisted of 125 caregivers of people with schizophrenia who received outpatient psychiatric care at a psychiatric hospital for adults under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, in the central region. Participants were selected according to inclusion criteria. The instruments included: 1) a personal information questionnaire of the caregiver and the person with schizophrenia, 2) Mental Health Literacy Scale, 3) Perceived Stress Scale, and 4) Psychological Distress Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation.

Results: After the COVID-19 pandemic, caregivers of people with schizophrenia had a moderate level of mental health literacy (45.6%, mean = 203.26, SD = 34.30), low stress (76.8%, mean = 18.67, SD = 6.26), and psychological distress with a tendency to be mildly abnormal (25.6%, mean = 21.22, SD = 7.77). Mental health literacy was negatively correlated at a low level with caregiver stress ($r = -.27$), particularly in the components of attitude ($r = -.38$), self-help ($r = -.28$), and mental health information seeking ($r = -.31$), with statistical significance ($p\text{-value} < .01$). Mental health literacy was not correlated with psychological distress; however, the three components mentioned above were also negatively correlated at a low level with psychological distress.

Conclusion: Mental health literacy was negatively correlated at a low level with caregiver stress. Three components were negatively correlated with both stress and psychological distress with statistical significance. The findings may be applied by healthcare personnel in the care of people with schizophrenia by promoting mental health literacy among caregivers, monitoring and assessing their stress, and providing appropriate support.

Keywords: caregiver, schizophrenia, COVID-19 pandemic, mental health literacy, perceived stress, psychological distress

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Corresponding author: Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: 25 May 2025, Revised: 1 April 2026, Accepted: 9 April 2026

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจ ในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19*

นภจร ศรีศิริ, พย.บ. **, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, Ph.D. ***, สมบัติ สุกุลพรรณ, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ใหญ่แห่งหนึ่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของพื้นที่เขตภาคกลาง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 125 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 3) แบบวัดความรู้สึกเครียด 4) แบบประเมินความทุกข์ทางใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : พบว่า ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.6, mean = 203.26, SD = 34.30) ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.8, mean = 18.67, SD = 6.26) และความทุกข์ทางใจมีแนวโน้มที่จะผิดปกติเล็กน้อย (ร้อยละ 25.6, mean = 21.22, SD = 7.77) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของผู้ดูแล ($r = -.27$) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านทัศนคติ ($r = -.38$) การช่วยเหลือตนเอง ($r = -.28$) และการค้นหาข้อมูลสุขภาพจิต ($r = -.31$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .01$) ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจ แต่พบว่องค์ประกอบย่อยทั้ง 3 ด้านดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทางใจในระดับต่ำเช่นกัน

สรุป : ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของผู้ดูแล โดยองค์ประกอบ 3 ด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ องค์ความรู้จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปปรับใช้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ติดตาม/ประเมินความเครียดเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, โรคจิตเภท, การแพร่ระบาดของโควิด-19, ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, การรับรู้ความเครียด, ความทุกข์ทางใจ

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 25 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 1 เมษายน 2569, วันที่ตอบรับ: 9 เมษายน 2569

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง ส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีความพร้อมในการคิด พฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ และภาษา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด (WHO, 2016; กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO, (2022) พบว่าโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณ 24 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.32 และพบในผู้ใหญ่มากขึ้นร้อยละ 0.45 นอกจากนี้ เพศชายมีความชุกของการเกิดโรคมามากกว่าเพศหญิง (Orrico-Sánchez et al., 2020) ในประเทศไทย ปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการทั้งหมด 2,904,328 ราย และในจำนวนนั้นร้อยละ 10.32 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2566) จากข้อมูลระดับชาติสุขภาพจิตคนไทย ปี 2561 ความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภทอยู่ที่ร้อยละ 0.7 และความชุกปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 0.67 (ปทานนท์ ขวัญสินี และ มานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคมามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี (Kumar & Mohanty, 2016) แม้อาการสงบ ผู้ป่วยยังคงมี Residual Symptoms ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ซึ่งมีแรงจูงใจในการดูแลด้วยความรักและความผูกพัน (อนันต์ศรี สมิตินราเศรษฐ์, 2560) ผู้ดูแลหลักต้องดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่ การดำเนินชีวิต อาการทางจิต และการใช้ยา (ภัทรภรณ์ พุ่มปั้นคำ และคณะ, 2560) จากการ

ทบทวนของผู้วิจัยพบว่าในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดผลกระทบด้วยกัน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาการนอน (อนันต์ศรี สมิตินราเศรษฐ์, 2560; Tungpunkom et al., 2013) 2) ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดกำลังใจ (ลัญชนา พิมพ์นัรัชชัยบุญลย์ และคณะ, 2564; Riley-McHugh et al., 2016) 3) ด้านจิตวิญญาณ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว การถูกตีตรา (Tungpunkom et al., 2013) 4) ด้านสังคม เช่น การขาดกิจกรรมทางสังคม การแยกตัว (Tamizi et al., 2020) 5) ด้านเศรษฐกิจ เช่น ภาระค่าใช้จ่าย การสูญเสียรายได้ในครอบครัว (Tungpunkom et al., 2013)

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้วิถีชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่แน่นอน ส่วนผู้ดูแลต้องเผชิญกับความซับซ้อนในบทบาทของตนและภาระที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ ผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเมื่อดำเนินการจะคลี่คลายแล้ว (Eckardt J, 2020; Bourmistrova et al., 2022; Yasuma et al., 2021) 2) ด้านร่างกาย ทำให้เกิดภาวะ Long Covid เกิดความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (Lemhöfer et al., 2021) 3) ด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ลดลง ว่างาน (ขงยุทธ แฉล้มวงษ์ และสิริวิษญ์ รัตนประทีปทอง, 2564; Caqueo-Úrizar et al., 2021) 4) การปรับตัววิถีชีวิต เช่น การสวม

อุปกรณ์ป้องกันโรค การใช้เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ ความเสี่ยงติดเชื้อ (Irani et al., 2021; Kozloff et al., 2020) 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เปลี่ยนไป เช่น ระบบ Telehealth อาจเพิ่มภาระผู้ดูแลในการเรียนรู้ระบบใหม่ (Sánchez-Guarnido et al., 2021) และ 6) ด้านการรักษาผู้ป่วยใน โดยพบว่ามีความเสี่ยงเกิดการระบาดของโรคในหอผู้ป่วย (จริญ มาลาศรี และคณะ, 2566; กรมสุขภาพจิต, 2565; Zoghbi et al., 2022)

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการระบาดของโควิด-19 รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแล ยังไม่มีปรากฏอย่างชัดเจนเพียงพอ ทั้งที่ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด ความทุกข์ทางใจ และความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ในผู้ดูแล คาดว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยพัฒนามาตรการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด

และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

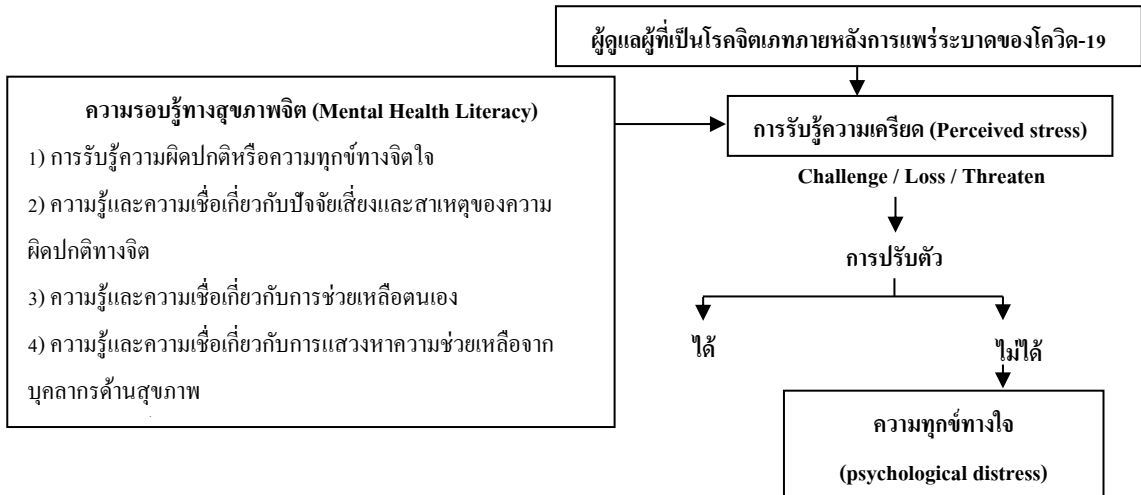
กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการระบาดของโควิด-19 ยังไม่มีปรากฏอย่างชัดเจนเพียงพอ รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแล การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด ความเครียดของลาซารัส และ โพลต์คแมน ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ความเครียด (Stress) เกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าเกินขีดความสามารถในการรับมือ เกิดความไม่สมดุลจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยผู้ดูแลที่ขาดแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากร เช่น ความรู้ด้านสุขภาพจิต จะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคาม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ (นัทธมนต์ จิมสุข และเพ็ญภา แดงด้อมบุษย์, 2557) ความทุกข์ทางใจ (psychological distress) คือภาวะทางอารมณ์ที่ประกอบด้วยอาการ ซึมเศร้าและวิตกกังวล (Kessler & Mroczek, 1994) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และอายุผู้ดูแล (วัชรพร เกียงภา และคณะ, 2563) โดยผลกระทบในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากการทบทวนมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ และนอกจากนี้ยังได้รับผลกระทบหลายด้านจากสถานการณ์ภายหลังการ

แพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้การให้การดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ด้านการปรับตัววิถีชีวิตใหม่ ด้านการรับบริการทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านการรับการรักษาในหอผู้ป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ดังกล่าว ตามภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าหากไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้ความเครียดในทางลบ เช่น รู้สึกถูกความรู้สึกอันตรายหรือสูญเสีย ทำให้เกิดภาวะเครียดสูง หากไม่สามารถปรับตัวได้อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจ และนำไปสู่การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตตามมา แต่หากผู้ดูแลเกิดการรับรู้ในทางบวก ผู้ดูแลจะมองสิ่งที่เข้ามากระทบเป็นความท้าทาย เกิดคุณประโยชน์ และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้จากการประเมินความสามารถของตนในปัจจุบันส่วนบุคคลหรือแหล่งประโยชน์ที่ตนมี มาช่วยในการหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการนี้

ตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน โดยประกอบด้วย การมีสติปัญญา มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล จะส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ได้ตามความเป็นจริง และมีความเชื่อว่าตนจัดการกับปัญหาได้ มองสถานการณ์เป็นความท้าทาย (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตจะมีความทุกข์ทางใจต่ำ (นัทธมนต์ จิมสุข และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557) และความรู้ทางสุขภาพจิตช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการสถานการณ์และลดความเครียดได้ (Tambling et al., 2021) ตามแนวคิดของ Jorm (2000)

ความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้และความเชื่อที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตในภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง อาจมีสัมพันธกับการรับรู้ความเครียดที่ลดลงได้ เนื่องจากบุคคลเกิดความสามารถด้านรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางจิต มีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดความเครียดต่อสุขภาพจิต มีความรู้ความเชื่อในการหาแหล่งประโยชน์และความช่วยเหลือที่เหมาะสม ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นส่วนที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความเครียดด้วยความเชื่อที่เปลี่ยนไปในทางบวกมากขึ้น บุคคลจะรับรู้ความเครียดตามความเป็นจริงและเชื่อว่าตนสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดความเครียดได้ ซึ่งหากปรับตัวหลังรับรู้ความเครียดได้จะมีแนวโน้มให้เกิดความทุกข์ทางใจที่ลดลง แต่ทางตรงกันข้ามหากปรับตัวไม่ได้ จะก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจตามมา ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจึงอาจมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจที่ลดลงได้ โดยแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังแผนภาพกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด ความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่รับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยงานแห่งหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ประชากร

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามรหัส F20.0 - F20.9 เกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคกลาง ประกอบด้วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยอ้างอิงจากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนก

ผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มเลือกจากหน่วยงานแห่งหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคกลาง สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 แห่ง จัปลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือก 1 แห่ง จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหน่วยงานแห่งหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคกลาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2567 โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.01 อำนาจการ

ทดสอบ 0.8 นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผู้วิจัยพิจารณาใช้ขนาดของอิทธิพลที่โคเฮน (Cohen, 1977) ได้กำหนดไว้ในประเภทการทดสอบของ Pearson's correlation coefficient ใช้ขนาดกลางที่ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.3 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 125 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

1. อายุ 20 - 60 ปี
2. ให้การดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี
3. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับยา ณ แผนกผู้ป่วยนอก
4. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในความดูแลไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วัน
5. สามารถอ่านเขียน สื่อสารภาษาไทยได้ (ประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป)
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดยจิตแพทย์ (F20.0 - F20.9)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2566-EXP076 และได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 023/2566 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมจัดทำเอกสารชี้แจงรายละเอียดการ

วิจัยที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีเก็บข้อมูล ระยะเวลา และมาตรการรักษาความลับ ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อผู้เข้าร่วมได้รับทราบจะขอให้มีการลงนามในเอกสารขอความยินยอม นอกจากนี้ ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมอย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เพื่อเก็บข้อมูลผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ป่วยในความดูแล ประกอบด้วย (1) ข้อมูลผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการเจ็บป่วยทางกาย (2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแล ความเชื่อของตนเอง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และความผูกพันต่อผู้ป่วย (3) ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า เช่น ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ของครอบครัว การรับรู้ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 และระดับความไม่แน่นอนในสถานการณ์ ส่วนของข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตพัฒนาโดย วชิรา โพธิ์ไธ และราตรี บุญชู (2563) จากแนวคิดของ Jorm et al. (1997) เพื่อวัดความ

รอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ (2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของปัญหาทางจิต (3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง (4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (5) ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ (6) ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต แบบประเมินมีจำนวน 60 ข้อ องค์ประกอบละ 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง 5 = เห็นด้วยมากที่สุด) เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูงมาก 3.51 - 4.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง 2.51 - 3.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง 1.51 - 2.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ และ ≤ 1.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำมาก มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 ราย พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.938 โดยค่าความเชื่อมั่นของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.81 ถึง 0.94

3. แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10; PSS-10) พัฒนาโดย Cohen et al. (1983) และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ฌหทัย

วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman ใช้เพื่อวัดระดับความรู้สึกเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่เคย 1 = เกือบไม่เคย 2 = บางครั้ง 3 = บ่อย 4 = บ่อยมาก โดยข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวก ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนการคำนวณรวมคะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม 10 - 20 หมายถึง เครียดต่ำ คะแนนรวม 21 - 31 หมายความว่า เครียดปานกลาง คะแนนรวม 32 - 40 หมายความว่า เครียดสูง เครื่องมือนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83 โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือฉบับแปลที่เพิ่มเติมคำชี้แจงไปขอคำปรึกษากับผู้แปลต้นฉบับ เพื่อตรวจสอบว่าการเพิ่มเติมดังกล่าวไม่ทำให้ความหมายของคำถามเปลี่ยนแปลงไป และในการศึกษานี้พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.802

4. แบบประเมินความทุกข์ทางใจ (Kessler Psychological Distress Scale: K10) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทราภรณ์ ภทรสกุล และคณะ (2021) ใช้เพื่อประเมินระดับความทุกข์ทางใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่มีเลย 2 = มีน้อย 3 = บางครั้ง 4 = เกือบตลอดเวลา 5 = ตลอดเวลา เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 10 - 19 คะแนน หมายความว่า ก่อนข้างปกติ 20 - 24 คะแนน หมายความว่า แนวโน้มมีความผิดปกติเล็กน้อย 25 - 29 คะแนน หมายความว่า แนวโน้มมีความผิดปกติปานกลาง และ 30 - 50

คะแนน หมายความว่า แนวโน้มมีความผิดปกติอย่างรุนแรง เครื่องมือนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นจากการวิจัย เท่ากับ 0.906

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคกลาง จำนวน 4 แห่ง จับนลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือก 1 แห่ง ได้ยื่นหนังสือขออนุญาตเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการหน่วยงานดังกล่าว เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งกำหนดแนวทางและตารางเวลาการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

2. ประชาสัมพันธ์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภททราบเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมติดโปสเตอร์ แผ่นพับ และโบรชัวร์ประชาสัมพันธ์ตามจุดบริการ เช่น โรงอาหาร ร้านค้า เพื่อเชิญชวนผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งมารับยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ณ แผนกผู้ป่วยนอก เข้าร่วมการศึกษา ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2567 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการพูดคุยสอบถามคุณสมบัติเบื้องต้น และอธิบายรายละเอียดของการวิจัยอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมสามารถตัดสินใจเข้าร่วม

หรือปฏิเสธได้โดยไม่มีข้อผูกมัด และหากผู้ดูแลไม่สะดวกให้ข้อมูลในขณะนั้น ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายวันและเวลาที่สะดวก พร้อมทั้งขอชื่อและเบอร์โทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ ก่อนทำการเชิญไปยังโต๊ะที่จัดเตรียมไว้ โดยให้ผู้ป่วนั่งในระยาสายตา

3. ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน อย่างเคร่งครัด โดยตรวจวัดอุณหภูมิผู้เข้าร่วม ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัยและแผ่นพลาสติกใสกระบังหน้า และล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนและหลังการเก็บข้อมูล รวมถึงมีแนวทางรองรับกรณีตรวจพบผู้ติดเชื้อ

4. ผู้วิจัยได้จัดโต๊ะประชาสัมพันธ์ ในพื้นที่ที่สามารถมองเห็นได้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ใช้เวลารวมประมาณ 30 นาที โดยสามารถเลือกข้ามคำถามหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย ทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ เป็นเวลา 1 ปี ภายหลังการเผยแพร่งานวิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด หากพบข้อมูลขาดหายจะติดต่อผู้เข้าร่วมเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือทดแทนด้วยอาสาสมัครรายใหม่ เพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน หลังจากรวบรวมข้อมูลทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปตามขั้นตอนดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยส่วน

บุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในการดูแล ระดับความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับการรับรู้ความเครียด และระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับความทุกข์ทางใจ โดยแบบสอบถามที่ใช้มีลักษณะมาตราวัดเชิงลำดับ (ordinal scale) และได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 และใช้เกณฑ์พิจารณาความสัมพันธ์ของ Gray et al. (2016)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 56.0, 44.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.31 ปี (SD = 10.31) และมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงวัย 50 - 60 ปี (ร้อยละ 53.6) สถานภาพโสดมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่สมรสแล้ว (ร้อยละ 44.0, 35.2) ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่นับการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 29.6, 23.2) มีอาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มค้าขายหรือประกอบกิจการส่วนตัวและพนักงานบริษัท (ร้อยละ 28.8, 22.4) ผู้ดูแลร้อยละ

52.0 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ครึ่งเรือนจำนวนมากมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่เป็นพี่น้องหรือญาติใกล้ชิด (ร้อยละ 32.0) และพ่อแม่ (ร้อยละ 20.8) ผู้ดูแลมีโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 28.8) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 10.46 ปี (SD = 9.18) โดยดูแลมานาน 9 - 10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 20.8) ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีความเชื่อมั่นในการดูแลภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ว่าตนสามารถให้การดูแลได้ (ร้อยละ 90.4)

ในด้านผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ผู้ดูแลส่วนใหญ่รายงานว่ามีสมาชิกครอบครัวเคยติดเชื้อ (ร้อยละ 74.4) และเกือบครึ่งหนึ่งรู้สึกว่าการณ์ดังกล่าวเป็นอันตราย (ร้อยละ 49.6) หรือคุกคามต่อชีวิต (ร้อยละ 44.8) และยอมรับว่าตนเองยังคงมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์ (ร้อยละ 66.4) สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.0) อายุเฉลี่ย 45.88 ปี (SD = 14.60) ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 31 - 50 ปี (ร้อยละ 48.8) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 14.06 ปี (SD = 12.11) ส่วนใหญ่ป่วยมาแล้วระหว่าง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 52.8)

จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.75 ครั้ง (SD = 3.41) โดยผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งเคยนอนรักษา 1 - 5 ครั้ง (ร้อยละ 48.36) และมีผู้ดูแลไม่ทราบข้อมูลการเข้ารักษา (ร้อยละ 30.33) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 60.8) รองลงมาต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ร้อยละ 32.8

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 203.26, SD = 34.30) คิดเป็น ร้อยละ 45.6 โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงที่สุดคือ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง (mean = 37.63) รองลงมาคือด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้

และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (mean = 34.61) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (mean = 32.57) และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (mean = 32.80)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในภาพรวม และรายด้าน (n = 125)

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)				
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
คะแนนโดยรวม ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	2 (1.6)	55 (44.0)	57 (45.6)	10 (8.0)	1 (0.8)
	(mean = 203.26, SD = 34.30, max = 272, min = 70)				
ด้านที่ 1 ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ	11 (8.8)	39 (31.2)	52 (41.6)	15 (12.0)	8 (6.4)
	(mean = 33.10, SD = 9.49, max = 50, min = 10)				
ด้านที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต	3 (2.4)	46 (36.8)	57 (45.6)	17 (13.6)	2 (1.6)
	(mean = 33.10, SD = 7.45, max = 48, min = 8)				
ด้านที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	19 (15.2)	68 (54.4)	26 (20.8)	11 (8.8)	1 (0.8)
	(mean = 37.63, SD = 8.24, max = 50, min = 13)				
ด้านที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ	2 (1.6)	37 (29.6)	72 (57.6)	13 (10.4)	1 (0.8)
	(mean = 32.57 SD = 6.08, max = 46, min = 14)				
ด้านที่ 5 ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม	12 (9.6)	51 (40.8)	47 (37.6)	8 (6.4)	7 (5.6)
	(mean = 34.61, SD = 9.62, max = 50, min = 3)				
ด้านที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	18 (14.4)	33 (26.4)	47 (37.6)	19 (15.2)	8 (6.4)
	(mean = 32.80, SD = 10.22, max = 50, min = 10)				

การรับรู้ความเครียด

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้ความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (mean

= 18.67, SD = 6.26) คิดเป็น ร้อยละ 76.8 โดยมีความเครียดระดับต่ำมากที่สุด จำนวนร้อยละ 76.8 และน้อยที่สุดมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 4.8

ความทุกข์ทางใจ

จากตารางที่ 2 พบว่าโดยรวมผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะผิปกติเล็กน้อย (mean = 21.22, SD = 7.77) ส่วนใหญ่มีระดับความทุกข์ทางใจที่ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 43.2 และมีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติอย่างรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 16.0 โดยเรียงตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและการรับรู้ความเครียด

จากตารางที่ 3 พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของผู้ดูแล ($r = -.27, p\text{-value} < .01$) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.38, p\text{-value} < .01$) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r =$

$-.31, p\text{-value} < .01$) และ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.28, p\text{-value} < .01$)

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจ

จากตารางที่ 3 พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่พบว่าการประกอบย่อยของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้าน ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ($r = -.22, p\text{-value} < .05$) ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ($r = -.30, p\text{-value} < .01$) และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ($r = -.20, p\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 2 ของการรับรู้ความเครียดและความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (n = 125)

การรับรู้ความเครียด (mean = 18.67, SD = 6.26)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีความเครียดระดับต่ำ	96	76.8
มีความเครียดระดับปานกลาง	23	18.4
มีความเครียดระดับสูง	6	4.8
ความทุกข์ทางใจ (mean = 21.22, SD = 7.77)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ค่อนข้างปกติ	54	43.2
มีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติเล็กน้อย	32	25.6
มีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติปานกลาง	19	15.2
มีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติอย่างรุนแรง	20	16.0

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับการรับรู้ความเครียดและความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ($n = 125$)

ความสัมพันธ์ของ ความรู้ทางสุขภาพจิต	การรับรู้ความเครียด		ความทุกข์ทางใจ	
	r	p-value	r	p-value
ความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวม	-.265**	.003	-.16	.076
ด้านที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือ ความทุกข์ทางใจ	-.117	.194	-.06	.506
ด้านที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ของความผิดปกติทางจิต	-.106	.238	-0.06	.814
ด้านที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	-.282**	.001	-.222*	.013
ด้านที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความ ช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ	-.14	.118	.04	.658
ด้านที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการรับรู้และการแสวงหาความ ช่วยเหลือที่เหมาะสม	-.378**	< .001	-.295**	< .001
ด้านที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	-.306**	< .001	-.201*	.024

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

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจ ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.6 ในด้านการรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 76.8 และมีระดับความทุกข์ทางใจส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 43.2

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับปานกลาง

(ร้อยละ 45.6) โดยมีค่าเฉลี่ย 203.26 คะแนน ($SD = 34.30$) (ตารางที่ 4) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวชิรา โพธิ์ใส และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากสิริชัย เมียนมิตร และนริสา วงศ์พนารักษ์ (2567) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความรู้ระดับสูง ($mean = 3.83$, $SD = 0.26$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิง ซึ่งมีสัดส่วนมากในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 54.92) ดังเช่นจากการศึกษาของ Gorczynski and Sims-Schouten (2022) พบว่าเพศหญิงมีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.00$) (หญิง: $mean = 128.23$,

SD = 10.99 / ชาย: mean = 119.48, SD = 11.51) นอกจากนี้ ยังพบว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 50 - 60 ปี ซึ่งต่างจากข้อเสนอของปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2563) ที่ระบุว่าผู้ที่มีอายุมากมักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังโควิด-19 เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้น (McClain et al., 2021) อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ขณะที่สิริชัย เมียนมิตร และนริสา วงศ์พนารักษ์ (2567) ชี้ว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังสัมพันธ์กับระดับการศึกษา โดยผู้มีการศึกษาเข้าใจคำศัพท์อาการ และการดูแลทางจิตเวชได้ดีกว่า (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563; Kim et al., 2017) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนมาก (ร้อยละ 70.49) ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และแสวงหาความรู้ทางสุขภาพจิต (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ด้านรายได้ พบว่ามีผู้ดูแลที่รู้สีกว่ารายได้เพียงพอและไม่เพียงพอมีส่วนใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม Tambling et al. (2021) รายงานว่า เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับความรู้ทางสุขภาพจิต ขณะที่งานของ Stepanova et al. (2024) ชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปใช้บริการสุขภาพจิตผ่านระบบ Telehealth หลังโควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้นแม้ยังมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม ข้อมูลของ Mahmoodi et al. (2022) พบว่าใน

กลุ่มนักเรียน ร้อยละ 71 ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิตจากอินเทอร์เน็ต และให้ความเชื่อถือข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพมากที่สุด สอดคล้องกับแนวโน้มในประเทศไทยที่มีการเผยแพร่ข้อมูลจากภาครัฐและเอกชนผ่านช่องทางดิจิทัลอย่างหลากหลาย (เช่น กรมสุขภาพจิต, Doctor Anywhere Thailand, MPIS) และจากการทบทวนโดย Dellafiore et al. (2022) พบว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และยินดีใช้บริการสุขภาพจิตทางไกลมากขึ้นหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.8) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของลัญชนา พิมพ์นัย ชัยบุญลย์ และคณะ (2564) ที่พบว่าร้อยละ 59.60 ของผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อระดับความเครียดที่ต่ำในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.48 ปี และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความใกล้ชิด เช่น พี่น้อง หรือลูกพี่ลูกน้อง ร้อยละ 30.33 ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป (เกตุรมาศ อยู่ถื่น และคณะ, 2565) ตามกรอบแนวคิดของลาซารัส และฟอล์กแมน การรับรู้ความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ ว่าเป็นภัยคุกคามหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย (primary appraisal) โดยผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สีกว่าสถานการณ์โควิด-19 เป็นเหตุการณ์ไม่แน่นอน (ร้อยละ 66.4) ซึ่งส่งผลให้มีความเครียดในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาร่วมกับระดับคะแนนพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากสามารถปรับตัวได้ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดภาวะเครียดรุนแรง ภาวะเครียดใน

ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทสัมพันธ์กับความรู้สึกสูญเสีย ความอับอาย และความรู้สึกผิด รวมถึงบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปในการดูแลผู้ป่วย (อนันต์ศรีสมิทธีนราเศรษฐ์, 2560; WHO, 2000 อ้างใน นัทธมนต์ จิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557) งานวิจัยของ Riley-McHugh et al. (2016) และ Lohacheewa et al. (2016) ชี้ว่าความเครียดมีผลต่ออารมณ์ เช่น ความโกรธ ความเศร้า ความวิตกกังวล และอาจนำไปสู่ภาวะ Psychological distress โดยเฉพาะในผู้ดูแลที่ต้องรับภาระทางการเงินหรือเผชิญพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Tungpunkom et al., 2013; คาวรุ่ง หนูแก้ว และคณะ, 2546) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจยังเป็นอีกตัวแปรสำคัญ โดยผู้ดูแลกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50.82) รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ และมีการประกอบอาชีพที่ต้องใช้เวลา เช่น ค้าขายหรือพนักงานบริษัท ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (สุพัตรา บำรุงจิตร และคณะ, 2562) แม้สถานการณ์โควิด-19 จะสิ้นสุดลง แต่ผลกระทบต่อวิถีชีวิตยังคงอยู่ งานวิจัยของเกตุรมาศ อยู่ถื่น และคณะ (2565) พบว่าความวิตกกังวลจากการระบาดมีอิทธิพลต่อระดับความเครียด และเมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลมีการปรับตัวเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ เช่น การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และการใช้เทคโนโลยีในงานดูแลสุขภาพจิต (Irani et al., 2021) โดยมีการศึกษายืนยันว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมักมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าสูงกว่า (Tambling et al., 2021)

ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มิระดับความทุกข์ทางใจอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 43.2)

ซึ่งอาจเกิดได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเกือบทั้งหมดยังคงเชื่อว่าตนสามารถให้การดูแลได้ (ร้อยละ 90.4) และกว่าร้อยละ 52.8 ของผู้ดูแลนั้นเป็นพี่น้องหรือพ่อแม่ที่เป็นญาติที่ให้การดูแลกันมาอย่างต่อเนื่องอยู่เดิมแล้ว อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มจะคิดปกคิตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงรวมกัน มีจำนวนร้อยละ 56.8 (mean = 21.22) อาจจะสะท้อนถึงโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน ความทุกข์ทางใจเกิดจากการรับรู้ความเครียดเมื่อขาดแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ (Lohacheewa et al., 2016) ผู้ดูแลที่เผชิญกับอาการรุนแรงของผู้ป่วย และขาดประสบการณ์การดูแล มีแนวโน้มเกิดความทุกข์ทางใจที่สูง (Mitsonis et al., 2012) ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในอดีตจากสองการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลมีภาวะทุกข์ทางใจในระดับมาก (นัทธมนต์ จิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557; วัชรพร เกียงภา และคณะ, 2563) อาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ดูแลในปัจจุบันมีความทุกข์ทางใจในสัดส่วนที่ลดลงแต่มีอาจสรุปได้แน่ชัด แม้สถานการณ์โควิด-19 จะคลี่คลายลง แต่ภาระและความวิตกกังวลในผู้ดูแลยังคงอยู่ต่อไปได้ (Bourmistrova et al., 2022; Yasuma et al., 2021)

ความสัมพันธ์ของความรู้ทางสุขภาพจิตกับการรับรู้ความเครียด ในผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ

การรับรู้ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิต รายด้านกับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลาง ($r = -.378, p\text{-value} < 0.01$) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.306, p\text{-value} < 0.01$) และด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.282, p\text{-value} < 0.01$) เรียงตามลำดับ อภิปรายได้ว่าด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือ อาจทำให้ผู้ดูแลเปิดกว้างทางความคิด และเกิดการรับรู้ว่าการขอความช่วยเหลือ นั้นไม่ใช่ความล้มเหลว หรือต้องเผชิญเพียงลำพัง ทำให้รู้สึกว่าการต้องเผชิญปัญหาคนเดียวลดลง เกิดความหวังมากขึ้นได้ และด้านการรู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีส่วนช่วยให้ได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง ลดความกังวล จากการไม่รู้ว่า จะปฏิบัติตนเช่นไร ลดความสับสนและเพิ่มความมั่นใจได้ เจกเช่นเดียวกับการมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จะนำพาให้ผู้ดูแลสามารถพักผ่อน เอาใจใส่ตัวเองให้อาการเหนื่อยล้านั้นทุเลาลง เพิ่มพลังในการให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง สร้างเสริมความพึงพอใจได้ด้วยตนเอง 3 ด้านที่กล่าวมาอาจเป็นตัวแปรสำคัญในการสนับสนุนผู้ดูแลให้ลดความเครียดได้ และจากผลการศึกษาพบว่ามี 3 ด้านที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ด้านการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ ด้าน

ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต และด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้ทางสุขภาพจิตมากขึ้น จะมีระดับการรับรู้ความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน ที่อธิบายว่า ความรู้ทางสุขภาพจิตเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการประเมินและเผชิญสถานการณ์ความเครียดอย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) โดยความรู้ทางสุขภาพจิตประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะการสังเกต และทัศนคติที่เอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ (Jorm, 2000; ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ซึ่งช่วยลดภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Nobre et al. (2022) และ Andrade et al. (2022) ที่ระบุว่าความรู้ทางสุขภาพจิตช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ตนเอง และลดภาวะซึมเศร้า แม้ผลการวิจัยจะพบว่ามีความสัมพันธ์น้อยกับการลดความเครียด แต่ก็มีผลทางลบให้ความเครียดนั้นลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในทางตรงกันข้ามของ Tambling et al., (2021) พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำมีแนวโน้มเกิดความเครียดและความวิตกกังวลสูงขึ้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางรายอาจเผชิญอุปสรรค เช่น ทัศนคติตีตราทางจิตเวชหรือความรู้สึกอาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (Poreddi et al., 2015) อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างความรู้สามารถช่วยลดระดับความเครียดในผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกษรมาศ อยู่ถื่น และคณะ, 2556)

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต กับความทุกข์ทางใจ ในผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภท แต่เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า 3 องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความทุกข์ทางใจ ได้แก่ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ($r = -.30, p < .01$) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ($r = -.22, p < .05$) และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ($r = -.20, p < .05$) การมีทัศนคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือช่วยให้ผู้ดูแลเปิดใจยอมรับว่าตนเองไม่จำเป็นต้องเผชิญกับภาระเพียงลำพัง เมื่อกล้าที่จะขอรับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพหรือเครือข่ายทางสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวังจะลดลง ส่งผลให้ความทุกข์ทางใจบรรเทาลงอย่างเป็นรูปธรรม ในขณะเดียวกัน การมีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพใจของตน เมื่อสามารถฟื้นฟูพลังใจได้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายหรือทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ จะเกิดความรู้สึกว่าตนยังควบคุมชีวิตได้ ความวิตกกังวลและอารมณ์หดหู่จึงลดลง นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ จะช่วยลดความสับสนและความไม่แน่นอน นำมาไปสู่หนทางการรับมือที่ชัดเจนขึ้น ผลดังกล่าวสะท้อนว่าแม้ความรอบรู้ทาง

สุขภาพจิตโดยรวมอาจไม่สัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจโดยตรง แต่บางองค์ประกอบมีศักยภาพเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตใจ (protective factors) ในกลไกของการเกิดความทุกข์ทางใจนั้นมีปัจจัยที่นำมาก่อนคือความเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถจะจัดการหรือรับมือให้กลับมาสู่สมดุลเดิมได้ ตามกรอบแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) ที่ระบุว่าความทุกข์ทางใจเกิดจากการเผชิญกับสถานการณ์เครียดที่ไม่สามารถจัดการได้โดยใช้แหล่งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่ำมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดสูงขึ้น (Tambling et al., 2021) แต่องค์ความรู้สุขภาพจิตโดยรวมอาจสรุปไม่ได้ว่ามีความสัมพันธ์ แต่องค์ประกอบด้านนี้อาจสนับสนุนได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยในผู้ที่มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็มีความทุกข์ทางใจลดลง (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2557) ในการศึกษาี้ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง การค้นหาและความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีมุมมองเปิดกว้าง ยอมรับในการเข้ารับบริการสถานพยาบาล ทำให้ปรากฏลักษณะเด่นนี้ปรากฏ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 จะสิ้นสุดลงแล้ว แต่ผลกระทบระยะยาวต่อวิถีชีวิตผู้ดูแลยังคงมีอยู่ เช่น ผลกระทบเศรษฐกิจ ภาระงาน

ที่ไม่ลดลง และความรู้สึกไม่แน่นอน ทำให้การส่งเสริมองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตในประเด็นเฉพาะ เช่น ทักษะต่อการขอความช่วยเหลือ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต เป็นแนวทางที่ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ดูแลในระยะยาว ทั้งนี้แม้ค่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แต่มิใช่สำคัญเชิงปฏิบัติที่ควรพิจารณา เช่น การส่งเสริมองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตในด้านทักษะต่อการขอความช่วยเหลือ และด้านทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต แก่ผู้ดูแล โดยการจัดอบรมให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในบริบทการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน โดยติดตาม ประเมินความเครียดผู้ดูแลควบคู่กับเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพจิตให้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการประเมินและให้ข้อมูลสุขภาพจิตแก่ญาติหรือผู้ดูแลควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

อนาคตควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อใช้พัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการป้องกันการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). หน่วยงานส่วนกลางกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. ระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>

เกตุรมาศ อยู่ถื่น, ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, ปิยพันธ์ อุปคำ, และ กฤษณัย แก้วยศ. (2565). ความวิตกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 16(2), 29-43.

เกตุรมาศ อยู่ถื่น, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, และ ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์. (2556). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 7(2), 1-12.

คารุง หนูแก้ว, ฉันทนา จันทวงศ์, รัชนิ ศรศรีเจริญ และทรงสิทธิ์ อุดมสิน. (2546). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยบูรพา.

นัทธมนต์ จิมสุข, และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(3), 49-62.

ปาทานนท์ ขวัญสนิท, และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26(1), 50-62.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์, และปริศนา บุญประดิษฐ์. (2563). ความรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (บทความพิเศษวิชาการ). สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย. เชียงใหม่ วารสาร, 163-172.

ภัทรารักษ์ พงษ์ปันคำ, สุวิทย์ อินทอง, และขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2560). รายงานกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเรื่องโครงการจัดการความรู้และถ่ายทอดนวัตกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ 2560.

มาลาศรี จรรย์, สิงห์เขียว ชูคิมณานัน, นุ่มพ่อง สมร, ปรีการ จุฑาทิพย์, & แต้ประเสริฐ นันทนา. (2566). การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลจิตเวช. *วารสารสาธารณสุขสุพรรณบุรี*, 19(1), 102-115.

ขงยุทธ แฉล้มวงษ์ และ ศิริวิชัย รัตนประทีปทอง. (2 พฤศจิกายน 2564). สถานการณ์กำลังแรงงานช่วงล็อกดาวน์ (ไตรมาส 2 ปี 2564). สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). <https://tdri.or.th/2021/11/labour-market-during-lockdown-period/>.

ลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ, สุภาวิณี ชาญ, นฤมล อังศิริศักดิ์, นฐมน บุญล้อม, และสุสารี ประทีนกิจ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(3), 263-273.

วชิรา โพธิ์ไธ, ราตรี บุญชู, ดวงกมล วัตราคุลย์, คุณศปกรณณ์ มัคคัปลานนท์, และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เชียงใหม่เวชสาร* 60, 1 (ม.ค.-มี.ค. 2564), 63-74.

วชิรา โพธิ์ไธ, ราตรี บุญชู, ดวงกมล วัตราคุลย์, คุณศปกรณณ์ มัคคัปลานนท์ และ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เชียงใหม่เวชสาร* 60, 63-74.

วัชรินทร์ เกียงกา, พชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ วิไล นาป่า. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 34(3), 77-101.

สิริชัย เมียนมิตร, และนริสา วงศ์พนารักษ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพจิตการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(1), 49-64.

สุพัตรา บำรุงจิต, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และกรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 148-159.

เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, อนงค์นุช ศาโสกร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆวิสัย. (บ.ก.). (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิกิพีเดียออนไลน์.

อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *คณะพยาบาลศาสตร์ วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(42-56).

Andrade, C., Tavares, M., Soares, H., Coelho, F., & Tomás, C. (2022). Positive mental health and mental health literacy of informal caregivers: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15276.

Bourmistrova, N. W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R., & Carter, B. (2022). Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 299, 118-125.

Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Ponce-Correa, F., & Ferrer, R. (2021). Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Patients With Schizophrenia and Their Caregivers. *Frontiers in psychology*, 12, 729793.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.

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

Dellafiore, F., Arrigoni, C., Nania, T., Caruso, R., Baroni, I., Vangone, I., Russo, S., & Barello, S. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on family caregivers' mental health: a rapid systematic review of the current evidence. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 93(S2), e2022154.

Eckardt J. P. (2020). Caregivers of people with severe mental illness in the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(8), e53.

- Gorczynski, P. Gorczynski, P., & Sims-Schouten, W. (2022). Evaluating mental health literacy amongst US college students: a cross sectional study. *Journal of American college health*, 72(3), 676-679.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research-E-Book: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed), : Elsevier Health Sciences.
- Irani, E., Niyomyart, A., & Hickman, R. L. Jr. (2021). Family Caregivers' Experiences and Changes in Caregiving Tasks During the COVID-19 Pandemic. *Clinical nursing research*, 30(7), 1088-1097.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kessler, R.C., & Mroczek, D.K. (1994). *Final versions of our non-specific psychological distress scale*.
- Kim, Y. S., Lee, H. Y., Lee, M. H., Simms, T., & Park, B. H. (2017). Mental health literacy in Korean older adults: A cross-sectional survey. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(7), 523-533.
- Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. (2020). The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia bulletin*, 46(4), 752-757.
- Kumar, S., & Mohanty, S. (2016). Factors associated with self-esteem in patients with chronic schizophrenia. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 23(1), 56-60.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S., (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lemhöfer, C., Sturm, C., Loudovici-Krug, D., Best, N., & Gutenbrunner, C. (2021). The impact of Post-COVID-Syndrome on functioning - results from a community survey in patients after mild and moderate SARS-CoV-2-infections in Germany. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 16(1), 45.
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 183-195.
- Mahmoodi, S. M. H., Ahmadzad-Asl, M., Eslami, M., Abdi, M., Hosseini Kahnemou, Y., & Rasoulia, M. (2022). Mental Health Literacy and Mental Health Information-Seeking Behavior in Iranian University Students. *Frontiers in psychiatry*, 13, 893534.
- Mcclain, C., Vogels, E. A., Perrin, A., Sechopoulos, S., & Rainie, L. (1 September 2021). The Internet and the Pandemic. <https://www.pewresearch.org/internet/2021/09/01/the-internet-and-the-pandemic/>.
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., Zervas, I., & Katsanou, M. N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 331-337.
- Nobre, J., Calha, A., Luis, H., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Ferré-Grau, C., & Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy and Positive Mental Health in Adolescents: A Correlational Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 8165.
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Díez-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC psychiatry*, 20(1), 149.
- Poreddi, V., Birudu, R., Thimmaiah, R., & Math, S. B. (2015). Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *Journal of neurosciences in rural practice*, 6(3), 355-360.

- Rahman, M. A., Islam, S. M. S., Tungpunkom, P., Sultana, F., Alif, S. M., Banik, B., et al. (2021). COVID-19: Factors associated with psychological distress, fear, and coping strategies among community members across 17 countries. *Globalization and health*, 17(1), 117.
- Riley-McHugh, D., Brown, C. H., & Lindo, J. (2016). Schizophrenia: its psychological effects on family caregivers. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 5(1), 96-101.
- Sánchez-Guarnido, A. J., Domínguez-Macías, E., Garrido-Cervera, J. A., González-Casares, R., Mari-Boned, S., Represa-Martínez, Á., & Herruzo, C. (2021). Occupational Therapy in Mental Health via Telehealth during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 7138.
- Stepanova, E., Thompson, A., Yu, G., & Fu, Y. (2024). Changes in mental health services in response to the COVID-19 pandemic in high-income countries: a rapid review. *BMC psychiatry*, 24(1), 103.
- Tambling, R. R., D'Aniello, C., & Russell, B. S. (2021). Mental Health Literacy: a Critical Target for Narrowing Racial Disparities in Behavioral Health. *International journal of mental health and addiction*, 1-15.
- Tamizi, Z., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Mohammadi, E., & Bakhshi, E. (2020). Caregiving burden in family caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of education and health promotion*, 9, 12.
- Tungpunkom, P., Srihachin, P., Napa, W., & Chaniang, S. (2012). Caregiving Experiences of Families Living with Patients with Schizophrenia: a Systematic Review. *JBILibrary of systematic reviews*, 10(28 Suppl), 1-8.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine*, 4, 6.
- World Health Organization. (10 January 2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- World Health Organization. (2016a). *Mental Health: Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- World Health Organization. (2016a). *Mental Health: Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- Yasuma, N., Yamaguchi, S., Ogawa, M., Shiozawa, T., Abe, M., Igarashi, M., Kawaguchi, T., Sato, S., Nishi, D., Kawakami, N., & Fujii, C. (2021). Care difficulties and burden during COVID-19 pandemic lockdowns among caregivers of people with schizophrenia: A cross-sectional study. *Neuropsychopharmacology reports*, 41(2), 242-247.
- Zoghbi, M., Haddad, C., Khansa, W., Karam, E., Chamoun, A., & Hachem, D. (2022). COVID-19 outbreak in a psychiatric hospital: what makes it worse?. *Annals of general psychiatry*, 21(1), 26.

A PARTICIPATORY MODEL TO STRENGTHEN MENTAL HEALTH SKILLS FOR SUBSTANCE USE PREVENTION AMONG COMMUNITY NETWORK STAKEHOLDERS

Matthawan Leeyutthanont, Ph.D. *, Phakason Uraiwan, M.N.S. **, Jarinya Kaewsakulthong, M.N.S. ***

Abstract

Objective: This study aimed to 1) assess the community network stakeholders' awareness of substance use in the community and the importance of mental health skills, 2) evaluate the level of mental health skills for substance use prevention among community network partners, and 3) investigate a model for enhancing mental health skills for substance use prevention tailored for community network partners.

Methods: This was a mixed-methods research study. The qualitative component involved in-depth interviews with 40 key informants from Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) in Surat Thani, using a three-topic structured interview guide. The instrument's Content Validity Index was 1. Data was analyzed using thematic analysis. The quantitative component involved purposive sampling of 190 participants from randomly selected SHPHs across all districts in Surat Thani, conducted from August to September 2025. The instruments included four questionnaires: Stress management, Creative problem-solving, Positive communication, Pride enhancement and Goal setting for others (reliability coefficients: 0.74, 0.75, 0.75, and 0.80, respectively). Data was analyzed using frequency, percentage, and the Kruskal-Wallis One-way ANOVA statistic.

Results: The findings revealed that community network partners identified substance use issues through incident reports and behavioral observations, reflecting concerns over familial and environmental risk factors. Prioritized the importance of mental health care skills. The level of mental health skills was found to be: stress management at a moderate level (mean = 51.91, S.D. = 13.90), creative problem-solving at a high level (mean = 41.27, S.D. = 9.97), positive communication at a high level (mean = 66.64, S.D. = 11.49), and pride enhancement and life goal-setting at a high level (mean = 41.11, S.D. = 6.95). The proposed development model consists of three components: 1) Mental Health Skills of stakeholders, 2) stakeholders Participation, and 3) Capacity Building and a Support System.

Conclusion: Awareness of substance use problems, and their contributing factors foster consciousness and capacity building in mental health care among community network stakeholders. This process leads to active participation in implementing continuous and sustainable substance use prevention within the community.

Keywords: community stakeholders, mental health skills, mixed-methods research, participatory model

*Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of nursing, Praboramajchanok Institute

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of nursing, Praboramajchanok Institute

***Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of nursing, Praboramajchanok Institute, e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

Received: 16 October 2025, Revised: 18 February 2026, Accepted: 24 February 2026

รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะสุขภาพจิตในการป้องกัน การใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, Ph.D.*, ศภาสรณ์ อุไรวรรณ, พย.ม.** , จริญญา แก้วสกุลทอง, พย.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อ 1) ประเมินการรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน 2) ประเมินระดับทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน และ 3) ศึกษาแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของภาคีเครือข่ายชุมชนด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง จำนวน 3 ประเด็น ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกอำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 คน ระยะเวลา สิงหาคม - กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ชุด คือ ทักษะจัดการความเครียด การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การสื่อสารทางบวก การเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่น ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.74, 0.75, 0.75 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และสถิติ Kruskal-Wallis One-way ANOVA

ผลการศึกษา : พบว่า ภาคีเครือข่ายชุมชนมีการรับรู้ปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชนผ่านการแจ้งเหตุและสังเกตพฤติกรรม สะท้อนความกังวลต่อปัจจัยรอบครัวและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้สารเสพติด และให้ความสำคัญต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิต โดยมีการจัดการความเครียด ระดับปานกลาง (mean = 51.91 , S.D. = 13.90) การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ระดับสูง (mean = 41.27, S.D. = 9.97) การสื่อสารเชิงบวก ระดับมาก (mean = 66.64, S.D. = 11.49) การเสริมสร้างความภูมิใจในตนเองและการตั้งเป้าหมายในชีวิตระดับสูง (mean = 41.11, S.D. = 6.95) และรูปแบบฯ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทักษะสุขภาพจิตของภาคีเครือข่าย 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 3) การสร้างศักยภาพและมีระบบสนับสนุน

สรุป : การรับรู้ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้สารเสพติดส่งผลให้ภาคีเครือข่ายเกิดความตระหนักและพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพจิต นำไปสู่การมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : การป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน, การวิจัยแบบผสมผสานวิธี, ทักษะสุขภาพจิต, ภาคีเครือข่ายรูปแบบการมีส่วนร่วม

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

e-mail: jarinya@bcnsurat.ac.th

วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2568, วันที่แก้ไข: 18 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 24 กุมภาพันธ์ 2569

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดเป็นวิกฤตสุขภาพระดับโลกที่มีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรโลก 1 ใน 8 หรือกว่า 970 ล้านคนมีปัญหาสุขภาพจิต สถานการณ์ในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 กรมสุขภาพจิตประเมินสุขภาพจิตคนไทย จำนวน 8.5 ล้านคน พบผู้มีความเครียดสูงร้อยละ 4.5 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 5.8 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.2 สถานการณ์แย่งลงอย่างมีนัยสำคัญในปีงบประมาณ 2567 โดยมีผู้ได้รับการประเมิน 7.5 ล้านคน แต่กลับพบผู้มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 10.6 (กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม, 2566)

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 15 - 40 ปี) กำลังเผชิญกับความเครียดจากการศึกษา การหางาน ความกดดันทางสังคม และการปรับตัวทางสังคมและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2565) และมีแนวโน้มนำไปสู่การทดลองใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา และ โคเคน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด [สำนักงาน ป.ป.ส.], 2568) จากการศึกษารูปแบบการป้องกันการ ใช้สารเสพติดซ้ำ พบ 4 รูปแบบหลัก คือ การป้องกันด้วยตนเอง ครอบครัว ชุมชนร่วมกับสังคม และระบบกฎหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุสารี ประคินกิจ และคณะ (2562) ที่พบ 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน อิทธิพลระหว่าง

บุคคล ปัจจัยด้านบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ การศึกษาของบำรุง วงษ์นั่ม และคณะ (2567) พบว่า มีการจัดกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน และผู้ดูแลในครอบครัวอย่างครบวงจร และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการอบรมฟื้นฟูเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนและศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการ ใช้สารเสพติดจึงต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายมิติ ทั้งปัจจัยชีวภาพ ปัจจัยจิตใจ และปัจจัยสังคมวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยด้านจิตใจ ที่สำคัญได้แก่ ความยืดหยุ่นในจิตใจ (psychological flexibility) (Stuart, 2013) และ เป้าหมายชีวิต (Purpose in life) ซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายในชีวิต การเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตจึงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกัน (दारवारณ ต๊ะปันทา และคณะ, 2567)

การเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในชุมชนที่ช่วยเสริมทักษะการป้องกันการ ใช้สารเสพติดและการดูแลสุขภาพจิต ประกอบด้วย การเสริมสร้างความตระหนักและความรู้ (Jorm, 2020) การพัฒนาทักษะการป้องกันและดูแลตนเอง การเสริมสร้างความสัมพันธ์และเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชนที่เข้มแข็ง (World Health Organization [WHO], 2022) ตลอดจนการป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้กระบวนการสร้างสังคมที่เข้มแข็งเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในพฤติกรรมและทัศนคติอย่างยั่งยืน (UNODC, 2020) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแม้จะมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและการป้องกัน

ยาเสพติดในชุมชน แต่ยังพบผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากรูปแบบส่วนใหญ่เน้นการสั่งการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างครบวงจร และต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการบูรณาการทักษะสุขภาพจิตเข้ากับการป้องกันยาเสพติดอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ภาคีเครือข่าย ทั้งผู้นำชุมชน อสม. และครอบครัว ยังพร่องทักษะเชิงปฏิบัติ (hard skills) ในการจัดการปัญหาเชิงรุกก่อนการเริ่มใช้ยาเสพติด แม้จะมีทัศนคติที่ดีแต่กลับขาดเครื่องมือสื่อสารเชิงบวกและการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับการรับรู้สถานการณ์จริง ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม (Collaboratory) เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียด การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และการสร้างเป้าหมายในชีวิต เพื่อปิดช่องว่างในการประเมิน คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น อันจะนำไปสู่การป้องกันปัญหาสารเสพติดในบริบทชุมชนไทยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน
2. เพื่อประเมินระดับทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน
3. เพื่อศึกษารูปแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่าย

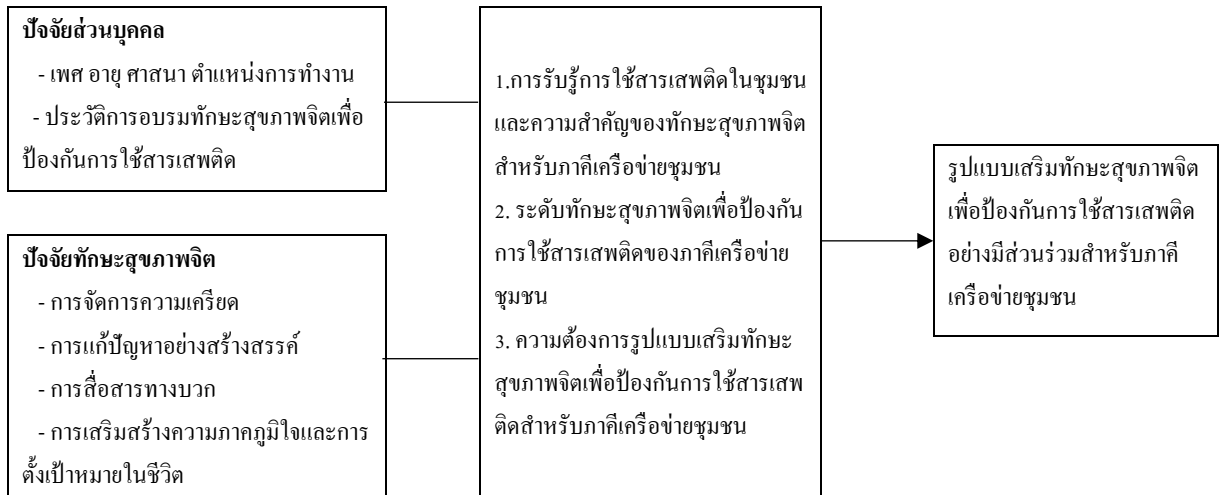
ชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบเสริมทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ได้บูรณาการทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1981) ทฤษฎีการรับมือกับความเครียด (Stress Coping Theory) ของ Lazarus และ Folkman (1984) และทฤษฎีการพัฒนาชุมชน (Community Development Theory) ของ Bhattacharyya (2004) โดยมุ่งเน้นพัฒนาชุมชนจากภายใน และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการพัฒนาและเสริมทักษะในชุมชนให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนในการจัดการรับมือกับความเครียดเพื่อรักษาสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันการใช้สารเสพติดในจังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดสุราษฎร์ธานี 19 อำเภอ แบ่งเป็น 4 โซน พื้นที่ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ โซนเหนือ โซนตะวันออก โซนตะวันตก และโซนใต้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการรับรู้การดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิต และศึกษารูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน

ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจากแต่ละโซนพื้นที่ 4 โซน ะละ 10 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด รวมทั้งหมดจำนวน 40 คน สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 - 50 คน (Polit & Beck, 2014)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

คือ ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น และ ยินดีให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ให้ข้อมูลยุติการสัมภาษณ์เชิงลึกกลางคัน

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และการมีประสบการณ์อบรมการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน และส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ได้แก่ การรับรู้ในการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิต ความเข้าใจและความต้องการให้เกิดรูปแบบการเสริมทักษะการ

ดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในชุมชน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน คำดัชนีความตรงเนื้อหา (CVI) (จรรยาสุวรรณบำรุง, 2563) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับภาคีเครือข่ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัย 3 คน ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยผู้วิจัยคนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ผู้วิจัยคนที่ 2 สัมภาษณ์ผู้นำชุมชนและผู้นำท้องถิ่น ผู้วิจัยคนที่ 3 สัมภาษณ์ อสม. และครอบครัว จัดสัมภาษณ์ทีละคนและสนทนากลุ่ม (focus group) ในสถานที่เป็นส่วนตัว ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที โดยขอความยินยอมในการจดบันทึกและบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดำเนินการตามขั้นตอนของ แสงภูมิ แซ่เจิน และคณะ (2566) โดยอ่านและทำความเข้าใจข้อความจากการถอดเทป ระบุข้อความสำคัญและกำหนดคำสำคัญหรือดัชนี (key word/index) จัดหมวดหมู่คำสำคัญที่มีความหมายเชื่อมโยงกัน ตีความและเชื่อมโยงข้อมูลความสอดคล้อง สร้างข้อสรุปเป็นประเด็น

(theme) และตรวจสอบความหมายกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับความน่าเชื่อถือในข้อมูลเชิงคุณภาพ (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อยืนยันความเที่ยงตรงข้อมูลจาก 3 แหล่งที่ต่างกันของรูปแบบการมีส่วนร่วม ได้แก่ บุคคล (ภาคีเครือข่ายต่างบทบาท) เวลา และ สถานที่ ที่แตกต่างกัน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการลงรหัส (coding) ในตาราง excel เพื่อสร้างโครงข่ายความสัมพันธ์ที่สามารถตรวจสอบย้อนกลับ (audit trail) ได้ทุกขั้นตอน ช่วยให้ข้อสรุปของรูปแบบการมีส่วนร่วมมีความแม่นยำและน่าเชื่อถือ นำข้อมูลที่สรุปให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพของสถาบัน ยืนยันข้อมูลด้วยหลักฐานจากการถอดเทป และการจดบันทึกคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อนำเสนอข้อมูลต่อไป

การวิจัยเชิงปริมาณ

มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ทักษะจัดการความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสารทางบวก และทักษะในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมายในชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอทั้ง 19 อำเภอ ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 1 แห่ง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แห่งละ 10 คน รวม 190 คน

ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น และ ยินดีให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/สถานภาพ การรับรู้ถึงการมีผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน การได้รับข้อมูลหรือการอบรมการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน และการมีประสบการณ์เคยรับการอบรมการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามทักษะจัดการความเครียด พัฒนาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ในการเผชิญและจัดการกับความเครียด (coping theory) โดยแบ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focus coping) และการเผชิญปัญหาแบบ

มุ่งลดอารมณ์ (emotion-focus coping) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับทักษะการจัดการความเครียดของภาคีเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการใช้สารเสพติด ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ ได้แก่ มีการใช้ทักษะจัดการความเครียดบ่อยมาก-บ่อย-บางครั้ง-น้อย และไม่เคยใช้ทักษะจัดการความเครียด สามารถแปลผลแบ่งระดับจากคะแนนเฉลี่ยได้เป็น 3 ระดับ โดยควรได้รับการส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด (< 40 คะแนน) มีทักษะการจัดการความเครียดปานกลาง (41 - 60 คะแนน) และมีทักษะการจัดการความเครียดดีมาก (61 - 80 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

2) แบบสอบถามการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Guilford (1950), Torrance (1974) และ Mumford และคณะ (1991) โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความสามารถในการคิดได้จำนวนมาก (fluency) ความสามารถในการเปลี่ยนมุมมอง (flexibility) ความสามารถในการคิดแปลกใหม่และอธิบายได้ชัดเจน (originality & elaboration) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ของภาคีเครือข่ายชุมชน ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ ได้แก่ มีการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์บ่อยมาก-บ่อย-บางครั้ง-น้อย และไม่เคยแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สามารถแปลผลแบ่งระดับจากคะแนนเฉลี่ยได้เป็น 5 ระดับ โดยมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในระดับต่ำมาก (< 20 คะแนน) ระดับต่ำ (21 - 30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31 - 40

คะแนน) ระดับสูง (41 - 50 คะแนน) และมีทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ในระดับสูงมาก (51 - 60 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .75

3) แบบสอบถามทักษะการสื่อสารทางบวก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการฟังอย่างเข้าใจ (empathic listening / client-centered communication) ของ Rogers (1975) มีองค์ประกอบ ได้แก่ การแสดงความเข้าใจ (empathy) การฟังเชิงลึก (deep listening) ความไว้วางใจ (trust) และการใช้แนวคิด ภาษาบวก (positive language) Positive Psychology Approach (Seligman, 2000) มีองค์ประกอบ ได้แก่ การใช้คำพูดที่สร้างแรงบันดาลใจ การส่งเสริมความหวังและกำลังใจ การเลือกใช้ถ้อยคำ และท่าทีที่ส่งเสริมสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับทักษะการสื่อสารทางบวกของภาคีเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการใช้สารเสพติด ลักษณะข้อคำถามในการเห็นด้วยอย่างยิ่งกับพฤติกรรมสื่อสารนั้นแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ คือ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง สามารถแปลผลแบ่งระดับได้เป็น 3 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย (16 - 80 คะแนน) โดยแบ่งเป็นมีทักษะการสื่อสารทางบวกอยู่ในระดับน้อย (16 - 39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40 - 59 คะแนน) และมีทักษะการสื่อสารทางบวกอยู่ในระดับมาก (60 - 80 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .75

4) แบบสอบถามการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายเป้าหมายให้กับผู้อื่น ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิด Self Determination Theory (Deci & Ryan, 1985) ได้แก่ ส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า (competence) และความสัมพันธ์ (relatedness) ผ่านการชื่นชม และการสร้างเป้าหมายให้ผู้อื่น แนวคิด Goal Setting Theory (Locke & Latham, 1990) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายช่วยกระตุ้นให้เกิดความพยายาม และความมุ่งมั่น ซึ่งเมื่อส่งต่อให้ผู้อื่น จะสร้างแรงบันดาลใจและส่งเสริมความเชื่อมั่น และแนวคิด Positive Psychology (Seligman, 2000) ได้แก่ การยืนยันคุณค่า การให้กำลังใจ และการมองภาพอนาคตในทางบวก มีผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิตของผู้อื่น มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่น ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ ได้แก่ มีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่นเป็นประจำ - บ่อย - บางครั้ง - นานๆครั้ง และไม่มีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายให้กับผู้อื่น สามารถแปลผลได้เป็น 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย (10 - 50 คะแนน) โดยแบ่งเป็นมีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายเป้าหมายให้กับผู้อื่นระดับต่ำ (10 - 23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24 - 33 คะแนน) ระดับสูง (34 - 43 คะแนน) และมีทักษะการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการวางเป้าหมายเป้าหมายให้กับผู้อื่นระดับสูงมาก (44 - 50 คะแนน) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.96 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) ทั้ง 4 ชุด ได้เท่ากับ 0.74 ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้มีการปรับภาษาของข้อคำถามในบางข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ไข จากนั้นจัดทำเป็น Google Form สำหรับเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุราษฎร์ธานี แล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้องและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยจัดทำเอกสารแบบสอบถามใน google form เพื่ออำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถามและลดข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามรวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ตลอดจนรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมลงลายมือชื่อในเอกสารความยินยอมตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ประสานงานในพื้นที่ตรวจสอบและเก็บเอกสารความยินยอม ใส่ซอง ปิดหน้าของ

แล้วส่งให้ผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ได้แก่ ทักษะจัดการความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสารทางบวก ทักษะยืดหยุ่นทางจิตใจ ทักษะในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมายในชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของภาคีเครือข่ายกับทักษะการดูแลสุขภาพจิต ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการแจกแจงแบบปกติ (non-normal distribution) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบครัสคัล วอลลิส (Kruskal-Wallis One-way ANOVA) ซึ่งเป็นสถิติไม่อิงพารามิเตอร์ (non-parametric)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุราษฎร์ธานี หมายเลขโครงการ 2025/12

ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลในผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิ์หรือผลกระทบใด ๆ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจัดการข้อมูลให้ปลอดภัยด้วยการใช้รหัสแทนชื่อ ก่อนจะนำข้อมูลตำแหน่ง สถานภาพ และสถานที่เก็บข้อมูล ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามชนิดหรือลับเพื่อการปกปิดข้อมูล และนำไปใส่กล่องหรือซองที่ปิดผนึกมิดชิด เก็บไว้ในเป็นสัดส่วนเพื่อไม่ให้มีผู้มาเปิดข้อมูล ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นเวลา 5 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย แล้วจึงทำลาย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

การรับรู้และประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด) กลุ่มผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต.) และกลุ่มภาคประชาชน (อสม. และครอบครัว) รับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในชุมชน โดยการสังเกตพฤติกรรมและความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนของตนเอง ถัดจากนั้นแจ้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง

หรือบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือ/ป้องกันการใช้สารเสพติด ทุกกลุ่มคิดว่าการดูแลสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้สารเสพติด สำหรับความรู้ในดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด มีประสบการณ์ในการจัดทำโครงการ เป็นวิทยากรให้ความรู้ แต่เผชิญข้อจำกัดด้านภาระงานที่ไม่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง ส่วนผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน) ผู้นำท้องถิ่น (อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว แม้จะเป็นผู้ใกล้ชิดปัญหา แต่กลับมีความรู้ในดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดค่อนข้างน้อย และต้องการอบรมเพิ่มเติม

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แม้ภาคีเครือข่ายจะรับรู้ถึงความสำคัญของสุขภาพจิต แต่ยังขาดเครื่องมือเชิงทักษะ (practical skills) ในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้น การปรับบทบาทจากผู้รับรู้ปัญหาไปสู่ผู้จัดการปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้การป้องกันสารเสพติดในชุมชนมีความยั่งยืน

ส่วนที่ 2 ระดับทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลในทุกกลุ่ม บอกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด ได้แก่ การจัดการความเครียด การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การสื่อสารทางบวก การเสริมสร้างความภาคภูมิใจ และการตั้งเป้าหมาย

ในชีวิต มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการใช้สารเสพติด และทุกกลุ่มต้องมีความรู้ มีทักษะตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 51.91$, $\text{S.D.} = 13.90$) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($H = 7.117$, $p = 0.212$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\text{Mean Rank} = 115.58$) พยาบาลวิชาชีพ/

เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด ($\text{mean rank} = 110.32$) และผู้นำท้องถิ่น ($\text{mean rank} = 102.00$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($\text{mean rank} = 84.08$)

ค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\text{mean} = 41.27$, $\text{S.D.} = 9.97$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($H = 14.522$, $p = 0.013$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้นำชุมชน (mean rank

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและอันดับของทักษะการดูแลสุขภาพจิต จำแนกตามสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($n = 190$)

ภาคีเครือข่ายในชุมชน	n	ทักษะการจัดการความเครียด		ทักษะการแก้ปัญหา		ทักษะการสื่อสารเชิงบวก		ความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมาย	
		(mean rank/อันดับ)	ระดับ	(mean rank/อันดับ)	ระดับ	(mean rank/อันดับ)	ระดับ	(mean rank/อันดับ)	ระดับ
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	18	115.58 / 1	56.72 (ปานกลาง)	122.00 / 2	46.11 (สูง)	124.36 / 1	72.72 (มาก)	135.00 / 1	45.72 (สูงมาก)
พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิต/ยาเสพติด	22	110.32 / 2	56.18 (ปานกลาง)	92.07 / 3	41.09 (สูง)	116.07 / 2	70.86 (มาก)	118.27 / 2	43.91 (สูงมาก)
ผู้นำชุมชน	27	94.70 / 5	52.30 (ปานกลาง)	122.83 / 1	45.56 (สูง)	90.87 / 4	65.48 (มาก)	97.07 / 4	41.52 (สูง)
ผู้นำท้องถิ่น	6	102.00 / 3	52.50 (ปานกลาง)	91.92 / 4	41.00 (สูง)	64.08 / 6	56.83 (มาก)	107.42 / 3	41.83 (สูง)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	69	84.08 / 6	48.70 (ปานกลาง)	85.81 / 6	39.35 (ปานกลาง)	87.11 / 5	65.52 (มาก)	82.76 / 6	39.62 (สูง)
บุคคลในครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด	48	97.23 / 4	52.48 (ปานกลาง)	86.14 / 5	39.92 (ปานกลาง)	93.84 / 3	65.92 (มาก)	86.19 / 5	39.90 (สูง)
mean		51.9105	ปานกลาง	41.2684	สูง	66.6421	มาก	41.1053	สูง
SD		13.90396		9.96802		11.49963		6.95484	
df		5		5		5		5	
Kruskal-Wallis (H)		7.117		14.522		11.866		18.528	
p-value		0.212		0.013*		0.037*		0.002*	

* $p < .05$

= 122.83) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (mean rank = 122.00) และพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด (mean rank = 92.07) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (mean rank = 85.81)

ค่าเฉลี่ยทักษะการสื่อสารเชิงบวกโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 66.64, S.D. = 11.49) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชน ($H = 11.866$, $p = 0.037$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (mean rank = 124.36) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด (mean rank = 116.07) และบุคคลในครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด (Mean Rank = 93.84) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ ผู้นำท้องถิ่น (mean rank = 64.08)

ค่าเฉลี่ยความภาคภูมิใจและการตั้งเป้าหมาย โดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 41.11, S.D. = 6.95) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มสถานะของภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ระดับ 0.01 ($H = 18.528$, $p = 0.002$) โดยกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (mean rank = 135.00) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพจิตและยาเสพติด (mean rank = 118.27) และผู้นำท้องถิ่น (mean rank = 107.42) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอันดับต่ำสุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

(mean rank = 82.76)

ส่วนที่ 3 รูปแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน

ทั้งนี้รูปแบบจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการขับเคลื่อนจาก 3 องค์ประกอบหลักที่ทำงานสัมพันธ์กัน ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะสุขภาพจิต (Core Mental Health Skills) ประกอบด้วยทักษะการจัดการความเครียด ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสารเชิงบวก และทักษะการสร้างความรู้ภูมิใจและการตั้งเป้าหมายในชีวิต

องค์ประกอบที่ 2 กลไกขับเคลื่อน โดยภาคีเครือข่ายชุมชน (Community Network) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ระดับชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้นำท้องถิ่น และระดับหน่วยงาน ได้แก่ รพ.สต. อบต. โรงเรียน

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ (1) สร้างศักยภาพเครือข่าย (capacity building) เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) พัฒนาทักษะที่จำเป็นให้กับครอบครัวและแกนนำชุมชน สร้างทีมพี่เลี้ยง (train the trainer) ให้นุคลากรสาธารณสุขเป็นโค้ชถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน (2) สร้างกิจกรรมเชิงบวก (positive activities) เช่น จัดพื้นที่สำหรับ ดนตรี กีฬา ศิลปะ เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้และความภาคภูมิใจ และ (3) สร้างระบบสนับสนุน (support system) เช่น มีศูนย์ให้คำปรึกษาชุมชนที่เข้าถึงง่าย จัดทำโครงการ

ด้านสุขภาพจิต และมีกติกามุขในการ สร้าง
ข้อตกลงร่วมกันในการเฝ้าระวังยาเสพติด

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่ารูปแบบเสริม
ทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด
สำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน ยังมีช่องว่างของทักษะ
ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีทักษะดี แต่ภาคี
ชุมชนและครอบครัวที่เป็นด้านหน้ายังขาดทักษะ
สุขภาพจิตที่ถูกต้องในการรับมือปัญหา อีกทั้ง
พบว่าหัวใจสำคัญอีกประการ คือ ทักษะการจัดการ
ความเครียดและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว
ซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันด่านแรกที่จะช่วยลดยั้งการ
หันไปพึ่งพาสารเสพติด และจะขาดสภาพแวดล้อม
ที่ดีไปไม่ได้ ทั้งการมีงานทำ พื้นที่กิจกรรม
สร้างสรรค์ และการเปลี่ยนพลังลบให้เป็นพลัง
ความคิดบวกของคนในชุมชน โดยภาคีเครือข่าย
ต้องการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ที่ลงมือ
ทำจริงมากกว่าทฤษฎี และมีบุคลากรสาธารณสุข
เป็นที่เลื่อมใสให้คำปรึกษา พร้อมกับการสร้าง
"กติกามุขชุมชน" และระบบการเยี่ยมบ้านเชิงรุก จะ
ช่วยให้ภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองใน
การเฝ้าระวังยาเสพติดได้ระยะยาว

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานเพื่อพัฒนารูปแบบ
เสริมทักษะการดูแลสุขภาพจิตในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการบูรณาการ
ข้อมูลเชิงประจักษ์เข้ากับมุมมองเชิงลึกของภาคี
เครือข่าย ภายใต้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม
การสนับสนุนทางสังคม การรับมือกับความเครียด
และการพัฒนาชุมชน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้การใช้สารเสพติดในชุมชนและ
ความสำคัญของทักษะสุขภาพจิตสำหรับภาคีเครือข่าย
ชุมชน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าภาคีเครือข่าย
ทุกระดับมีการรับรู้ปัญหาผ่านการสังเกตพฤติกรรม
และเห็นความสำคัญที่มีการเชื่อมโยงระหว่าง
สุขภาพจิตกับการใช้สารเสพติดอย่างชัดเจน แต่ยังคง
มีช่องว่างด้านทักษะปฏิบัติ (practical skills) (พูนวัฒนา
มหาทรัพย์สมบัติ, 2566) โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำและ
ภาคประชาชนที่แม้จะอยู่ใกล้ชิดปัญหาแต่ยังขาด
ความรู้เชิงลึกและต้องการการสนับสนุนด้านการ
อบรม ดังนั้นการเสริมสร้างทักษะการจัดการ
สุขภาพจิตให้แก่เครือข่ายเหล่านี้จึงเป็นกลไกสำคัญ
ในการเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้เฝ้าระวัง” สู่ “ผู้จัดการ
ปัญหา” เพื่อสร้างกลไกการป้องกันยาเสพติดที่
ยั่งยืนในพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน
และปราบปรามยาเสพติด, 2568)

ทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้
สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยสถานะ
ของภาคีเครือข่ายในชุมชนมีผลต่อทักษะการดูแล
สุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะ
การสื่อสารเชิงบวก และความภาคภูมิใจและการ
ตั้งเป้าหมาย แต่ไม่มีผลต่อทักษะการจัดการ
ความเครียด โดยภาพรวมพบว่า ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีทักษะการดูแล
สุขภาพจิตสูงที่สุดในเกือบทุกด้าน ยกเว้นทักษะ
การแก้ปัญหาที่ผู้นำชุมชนมีค่าเฉลี่ยอันดับสูงสุด
ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี
ทักษะการดูแลสุขภาพจิตต่ำสุดในเกือบทุกด้าน
ทั้งนี้ ผลการวิจัยยืนยันว่าทักษะการดูแลสุขภาพจิต
ของภาคีเครือข่ายยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา

ตารางที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพการรับรู้การดูแลสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน และรูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน

สถานะภาคีเครือข่าย	การรับรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนที่เสี่ยงต่อการ ใช้สารเสพติด	ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน	รูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	รับรู้ปัญหาโดยตรงจากการประสานงาน/อบรมผู้เสพ มีทักษะอยู่บ้างในระดับพอใช้ จนถึงดี จากการเข้าโครงการ	ทุกภาคส่วนต้องมีทั้งความรู้เกี่ยวกับโทษสารเสพติดและทักษะสุขภาพจิต ทักษะ 4 ด้าน เพราะสัมพันธ์โดยตรงกับการป้องกัน	รูปแบบที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม เน้นกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม (เช่น การให้ความรู้/ประเมินความเสี่ยง/ทักษะปฏิเสธ) และการสร้างความเข้มแข็งยั่งยืนของเครือข่าย
พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	รับรู้จากผู้นำ/ผู้ปกครอง และเห็นว่าปัญหามาจากครอบครัว/สังคม มีทักษะอยู่ในระดับดี	ทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม พลังความคิดบวก และการจัดการอารมณ์เป็นเกราะป้องกันที่ดีที่สุด	รูปแบบที่ต่อเนื่อง มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เข้มแข็ง (ร่างกาย/จิตใจ) จัดลานกิจกรรม/กีฬา และกำหนดกติกาสังคมที่ชัดเจน
ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำศาสนา	รับรู้จากการรับแจ้งเหตุ/สังเกตพฤติกรรม และประสบการณ์ระงับเหตุ/ควบคุมความประพฤติ ทักษะมีน้อยมาก ต้องการอบรมทุกด้าน	การมีงานทำ กิจกรรมในหมู่บ้าน และความอบอุ่น/การมีส่วนร่วมของครอบครัว ทักษะทุกด้าน (โดยเฉพาะการจัดการความเครียด) สัมพันธ์อย่างมาก	การอบรม/ Workshop ร่วมกับ การลงมือทำจริง เน้นการสร้างงาน สร้างโอกาส และเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว
ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ อบต. ประธานชุมชน	รับรู้จากการแจ้งเหตุ/การสังเกตพฤติกรรมผิดปกติ และประสบการณ์ประสานงาน/เข้าอบรมเพื่อป้องกัน ทักษะมีน้อยมาก ไม่เคยอบรม	การมีสังคม การมีงานทำ และการมีส่วนร่วมกับชุมชนเพื่อเสริมสร้างควมมีคุณค่า หากมีทักษะที่ดีจะช่วยให้มีทางออกที่ดี	การจัดอบรม ควบคู่กับการลงพื้นที่จริง บทบาทคือทุกคนในภาคีเครือข่ายสำคัญเท่ากันหมด ต้องทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	รับรู้ถึงปัญหาในครอบครัว และชุมชน มีบทบาทช่วยเหลือ/แนะนำ/ประสานนำส่ง ทักษะอยู่ในระดับพอใช้จนถึงระดับดี	การเสพยาจากสิ่งแวดล้อมเดิม (เพื่อน) และปัญหาครอบครัว (หย่าร้าง/ทะเลาะ) ทักษะทุกด้านมีความสำคัญในการป้องกัน	รูปแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เน้นการจัดอบรมและลงมือทำจริง บทบาทคือ การเยี่ยมบ้าน คัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยง และติดตามอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพการรับรู้การดูแลสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน และรูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน (ต่อ)

สถานะภาคีเครือข่าย	การรับรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตสำหรับเยาวชนที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด	ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน	รูปแบบในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดของภาคีเครือข่ายชุมชน
ครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติด ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ	มีประสบการณ์โดยตรง ในครอบครัว (สามี/ลูกใช้สารเสพติด) ทักษะมีอยู่บ้างแต่มีปัญหา เข้าไม่ถึงปัญหาเด็ก	เกิดจากตัวเด็ก/ ครอบครัวไม่สามารถจัดการความเครียดของลูก และการใช้คำพูดรุนแรง ครอบครัวจำเป็นต้องมีทักษะสุขภาพจิตทั้งหมด	รูปแบบการให้ความรู้/คำแนะนำแก่ครอบครัวให้มีทักษะสุขภาพจิตครบทุกด้าน การเปิดใจรับฟังเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด

แม้มีความรู้พื้นฐานแต่ยังขาดการนำไปปฏิบัติจริง (กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม, 2566) โดยเฉพาะการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติด การพัฒนาจึงต้องมุ่งเน้น “ความสามารถเชิงปฏิบัติการ” (operational competency) เพื่อให้เกิดทักษะที่เป็นมาตรฐานและใช้งานได้จริงในพื้นที่ การศึกษาพบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่าง ทักษะสุขภาพจิต 4 ด้าน (การจัดการความเครียด การแก้ปัญหา การสื่อสารเชิงบวก การสร้างความภูมิใจในตนเองและการตั้งเป้าหมายในชีวิต)กับการป้องกันการใช้สารเสพติด ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดการป้องกันเชิงบวก (positive prevention) และ Social Cognitive Theory (Bandura, 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทักษะการจัดการความเครียด เป็นกลไกเบื้องต้นในการเล็งพฤติกรรมหนีปัญหา และการสร้างความภูมิใจในตนเองและการตั้งเป้าหมายในชีวิต ทำหน้าที่เป็นปัจจัยเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience enhancer) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดาราวรรณ

ติยะปินดา และคณะ (2567) ที่พบว่าบุคคลที่มีเป้าหมายชีวิตและทัศนคติเชิงบวกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการใช้สารเสพติดลดลง อีกทั้งภาคีเครือข่ายสะท้อนความรู้สึก “ยากและขาดเครื่องมือ” โดยต้องการทักษะสื่อสารและกิจกรรมเชิงรุกที่ใช้ได้จริงมากกว่าทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับ Moradi และคณะ (2019) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้ความใส่ใจสนับสนุน อบรมวินัยและกำหนดเป้าหมายในชีวิต แต่ต่างจาก Koob (2008) ที่ชี้ว่าทักษะการจัดการความเครียดเพียงอย่างเดียวอาจไร้ผลหากขาดกลไกทางสังคมสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

รูปแบบการพัฒนาที่นำเสนอจึงเป็นผลสังเคราะห์ที่สมบูรณ์แบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก การแบ่งกลไกขับเคลื่อนเป็น 3 ระดับ (ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน) สอดคล้องกับ Social Ecology Model ที่เน้นย้ำปฏิสัมพันธ์หลายระดับ (Bronfenbrenner, 1979) โดยให้ความสำคัญกับ

ระดับครอบครัว เป็นด่านแรกของการป้องกัน สอดคล้องกับผลวิจัยของอับดุลคอลิก อรรอฮิมีย และคณะ (2565) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการ ใช้สารเสพติดซ้ำ ระดับชุมชนและหน่วยงาน เป็น การสร้างระบบสนับสนุนและสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี กระบวนการพัฒนานั้น 3 หลัก ได้แก่ 1) การสร้างศักยภาพ (capacity building) ผ่านรูปแบบ train the trainer เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และการขยายผล (sustainability and scaling-up) 2) การสร้างกิจกรรมเชิงบวก (positive activities) เพื่อ พัฒนาทักษะทางอารมณ์และสังคม (SEL) และ 3) การสร้างระบบสนับสนุน (support system) ที่ ตอบสนองความต้องการเชิงคุณภาพของชุมชน อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรพัฒนา หลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมทักษะการ ดูแลสุขภาพจิตให้ภาคีเครือข่ายชุมชนที่เน้นการฝึก ทักษะจริง (การสื่อสารเชิงบวกและการจัดการ ความเครียด) โดยสร้างทีมวิทยากรกระบวนการจาก บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล

2) ข้อเสนอแนะสำหรับผู้นำชุมชนและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ร่วมกันสร้างระบบพี่เลี้ยงชุมชน ส่งเสริม กิจกรรมเชิงบวก และสร้างข้อตกลงร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวังปัญหาเสพติด

3) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรนำรูปแบบไปพัฒนาเป็นโปรแกรมและ ทดสอบประสิทธิผลเชิงทดลอง ศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามผล ทดลองใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบท แตกต่าง และพัฒนาเครื่องมือวัดทักษะการดูแล สุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

- กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). Mental Health ปัญหา สำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง. สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2567_article_q1_001.pdf
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานการ ดำเนินงาน โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตในสถาน ประกอบการ ประจำปี 2565. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จรรยา สุวรรณบำรุง. (2563). หลักการระเบียบวิธีวิจัยทางสุขภาพ: การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือวิจัย. โรงพิมพ์พระของการ พิมพ์.
- คาราวรรณ คีปะปิตา, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ไพบูลย์ โสภณสุภาพ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, วิชรา ดาบุตรวงศ์, วนิดา ขวัญสำราญ, และคณะ. (2567). การพัฒนาโปรแกรมการ บ่มเพาะความยืดหยุ่นทางจิตใจและเป้าหมายในชีวิตเพื่อ ป้องกันการใช้สารเสพติดด้วยกระบวนการบำบัดผสมผสาน การยอมรับและสร้างพันธะสัญญาและศิลปะการแสดงใน เยาวชนในเขตภาคตะวันออก: การวิจัยแบบผสมผสาน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6091>
- บำรุง วงษ์นิยม, แสงเดือน คีผิว, และสุรพล สุพวง. (2567). การ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ ตัวแบบลพบุรี: กรณีศึกษาอำเภอโลก ตำโรง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(1), 223-233.
- พูนธนา มหาทรัพย์สมบัติ. (2566). กระบวนการทำงานแบบมี ส่วนร่วมกับชุมชนในการสร้างเครือข่ายการทำงานด้าน ยาเสพติดในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- แสงภูมิ แซ่เจิน, คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, จินห์จุฬา ชัยเสนา คาลาส, และสร้อย กาญจนวงศ์. (2566). การพัฒนารูปแบบเสริมทักษะสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมสำหรับภาคีเครือข่ายชุมชน. *วารสารพยาบาลสาร*, 50(4), 1-15.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2568). รายงานผลการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของสารเสพติดจากงานนิติเวชศาสตร์/นิติวิทยาศาสตร์ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2568. กระทรวงยุติธรรม. <https://www.oncb.go.th/pdfjs/web/viewer.html?file=/storage/file/content/th/report-research/681c1affd27c4f0th.pdf&mode=preview>
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2568). แผนปฏิบัติการระยะยาว 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570) ฉบับทบทวน และแผนปฏิบัติการกองทุนป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีบัญชี 2569. กรุงเทพฯ: สำนักงานบังคับคดีและบริหารงานกองทุนสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- สุสารี ประลินกิจ, จรัสดาว เรลโนลด์, และอรทิพา ส่องศิริ. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารวิชาการสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 8(1), 7-22.
- อับดุลคอลิก อีรรอฮิมีย, บาริซะห์ ปูเต๊ะ, และอิสมาแอ ลุดฟี จะปะเกีย. (2565). การป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำด้วยตนเอง: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดรักษาอาการติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี. *วารสารอัล-นุร บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยฟาฏอนี*, 17(33), 11-24.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Bhattacharyya, J. (2004). Theorizing community development. *Journal of the Community Development Society*, 34(2), 5-34.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5(9), 444-454.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Jorm, A. F. (2020). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 75(3), 231-241.
- Koob, G. F. (2008). A role for brain stress systems in addiction. *Neuron*, 59(1), 11-34.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Prentice-Hall.
- Moradi, P., Fathali Lavasani, F., & Dejman, M. (2019). Adolescent substance abuse and family environment: A qualitative study. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, 8(2), e83781.
- Mumford, M. D., Mobley, M. I., Uhlman, C. E., Reiter-Palmon, R., & Doares, L. M. (1991). Process analytic models of creative capacities. *Creativity Research Journal*, 4(2), 91-122.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). Elsevier Mosby.
- Torrance, E. P. (1974). *Torrance tests of creative thinking*. Scholastic Testing Service.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards on drug use prevention*. (2nd ed.). <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

SUBSTANCE USE BEHAVIOR AND FACTORS RELATED TO SUBSTANCE USE BEHAVIOR AMONG POOR HOUSEHOLD MEMBERS OF COMMUNITIES IN ROI ET PROVINCE

*Sujitta Ritmontree, Ph.D. *, Lalita Wongkeawprajak, M.N.S.**, Wasana Suraphak, M.N.S. *,
Thawee Srikhao, B.N.S.***, Attapol Panthong, B.N.S.*****

Abstract

Objective: To study substance use behavior and factors related to substance use among poor household members of communities in Roi Et province.

Methods: A cross-sectional analytical study design was employed, gathering data through face-to-face interviews with poor household members in Thung Kula Rong Hai, Roi Et Province. A systematic random sampling method was utilized, involving a sample size of 335 participants, with data collection conducted between January-March 2024. The research tools included: 1) a general information questionnaire and 2) the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST V 3.1). Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square tests to examine the relationships between various factors and substance use.

Results: The findings indicated that participants had previously experienced substance use, including alcohol consumption (84.77%) at some point in their lives, smoking (71.34%) in the past 12 months, and alcohol consumption (67.16%) in the past 3 months. Gender, age, marital status, education level, main occupation, family structure characteristics, and the number of family members with high dependency were associated with substance use with statistical significance ($p < 0.001$), and the debt burden with statistical significance ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of this research can serve as foundational data for further studies aimed at preventing and addressing substance use behaviors in impoverished households.

Keywords: substance use behavior, factors, poor household

*Lecturer, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, e-mail: lalita.w@ubru.ac.th

***Registered Nures, Professional Level, Suvarnabhumi Hospital

****Registered Nures, Professional Level, Pathumrat Hospital

Received: 17 April 2025, Revised: 15 May 2026, Accepted: 22 May 2026

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด

สุจิตตา อุทธิมันตรี, ปร.ค.*, ลลิตา วงศ์แก้วประจักษ์, พย.ม.**, วาสนา สุระภักดิ์, พย.ม.*,

ทวี ศรีขาว, พย.บ.***, อรรถพล พันทอง, พย.บ.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา : รูปแบบการศึกษาวិเคราะห์แบบตัดขวาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าจากสมาชิกครัวเรือนยากจน ในพื้นที่ที่ทุ่งกุลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ จำนวน 335 คน ศึกษาในเดือนมกราคม-มีนาคม 2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบคัดกรองประสบการณ์ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และ การใช้สารเสพติด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดโดยใช้ chi-square

ผลการศึกษา : พบว่า กลุ่มตัวอย่างสมาชิกครัวเรือนยากจนส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 84.77) ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สูบบุหรี่ (ร้อยละ 71.34) ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 67.16) ปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ลักษณะโครงสร้างครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป : ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การใช้สารเสพติดในครัวเรือนยากจนต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้สารเสพติด, ปัจจัย, ครัวเรือนยากจน

*อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, e-mail: lalita.w@ubru.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลปทุมรัตน์

วันที่รับ: 17 เมษายน 2568, วันที่แก้ไข: 15 พฤษภาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 22 พฤษภาคม 2569

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดถือเป็นปัญหาระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศและสังคมในหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยซึ่งถือเป็นหนึ่งในปัญหาอันดับต้น ๆ ที่ต้องเผชิญปัญหานี้ ไม่เพียงแต่เป็นบ่อเกิดของปัญหาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคม อาชญากรรม และเศรษฐกิจอย่างรุนแรง เนื่องจากผู้เสพสารเสพติดมักจะต้องเพิ่มปริมาณการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการสูญเสียเงินทองในการซื้อสารเสพติด ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่ต้องการการรักษา และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและระบบเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว

ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 12 - 65 ปี มีผู้ใช้สารเสพติดถึง 3.7 ล้านคน หรือคิดเป็น 75.74 ต่อ 1,000 ของประชากรไทยอายุ 12 - 65 ปี สารเสพติดที่ประชากรใช้มากที่สุดเป็นยาบ้า ไอซ์ เฮโรอีน และยาอีตามลำดับ (พูนรัตน์ ลีตฤกุล และคณะ, 2567) และมีผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการรักษาทันที 189,427 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ว่างาน เกษตรกร นักเรียน/นักศึกษา และอื่น ๆ ตามลำดับ (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจและการใช้สารเสพติด

จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในจังหวัดร้อยเอ็ดทั้งหมด 1,897 คน โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 91.46 และเพศหญิงร้อยละ 8.54 ช่วงอายุที่เข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือมากกว่า 39 ปี รองลงมา 18 - 24 ปี และ 25 - 29 ปี ตามลำดับ อาชีพที่มีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือรับจ้าง รองลงมาคือผู้ใช้แรงงาน ว่างาน และเกษตรกร ยาเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า ร้อยละ 98.31 รองลงมาคือกัญชาร้อยละ 0.42 และไอซ์ ร้อยละ 0.11 ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพร้อยละ 74.54 ผู้ติดยาเสพติดร้อยละ 20.61 และผู้ใช้ร้อยละ 4.85 การเข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกที่ร้อยละ 51.56 และผู้ป่วยที่บังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวร้อยละ 36.00 (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งเผยให้เห็นถึงปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มนี้ที่ต้องการการศึกษาและการดำเนินการที่เหมาะสมในการบริหารจัดการปัญหา

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว มีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มต้นและการคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Marel et al., 2025; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2024) ปัจจัยทางจิตใจ อาทิ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลหันไปใช้สารเสพติด

เพื่อบรรเทาความทุกข์ทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการใช้สารเสพติดในฐานะกลไกการเผชิญปัญหา โดยการใช้สารอาจสัมพันธ์กับการจัดการอารมณ์ด้านลบ ความเครียด และภาวะควบคุมอารมณ์บกพร่อง (Sinha, 2024; González-Roz et al., 2024; World Health Organization (WHO), 2023) ขณะเดียวกัน ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับรายได้ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาและบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสังคม ทั้งนี้ ภาวะเศรษฐกิจถดถอยและความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจสามารถส่งผลต่อรูปแบบและความรุนแรงของการใช้สารเสพติดผ่านกลไกที่ซับซ้อนหลายประการ เช่น ความเครียดทางเศรษฐกิจ การว่างงาน และการลดลงของรายได้ ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดการใช้สารเสพติดในลักษณะของการเผชิญปัญหา รวมถึงการเปลี่ยนไปใช้สารที่มีความเสี่ยงสูงมากขึ้นในบางกลุ่มประชากร (European Union Drugs Agency, 2024; WHO, 2023) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มุ่งเน้นพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มสมาชิกครัวเรือนยากจน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล ยังมีจำกัด ซึ่งบริบทดังกล่าวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่เมือง ทั้งในด้านโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเข้าถึงทรัพยากรและบริการสุขภาพ การขาดแคลนทรัพยากร การเข้าถึงบริการที่จำกัด และแรงกดดันทางเศรษฐกิจ อาจส่งผลให้กลุ่มประชากรดังกล่าวมีความเปราะบางและมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดสูงยิ่งขึ้น (UNODC,

2024; WHO, 2024) ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มสมาชิกครัวเรือนยากจน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมภูมิคุ้มกันต่อยาเสพติด และการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจน ของชุมชนใน จังหวัดร้อยเอ็ด

สมมติฐานการวิจัย

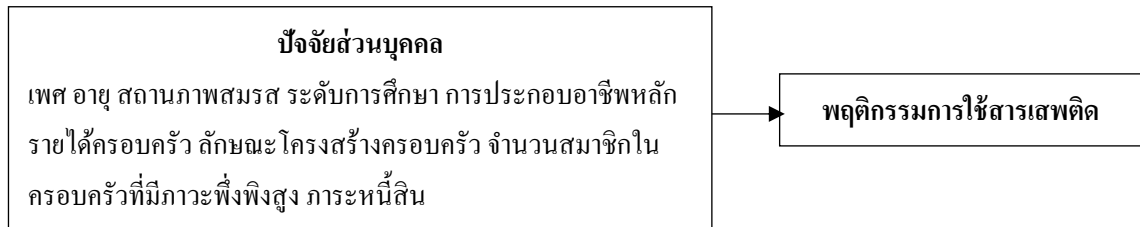
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลัก รายได้ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครัวเรือนยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจนของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ดครั้งนี้ มีกรอบแนวคิดในการวิจัย

ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยตัวแปรอิสระคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลัก รายได้ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ภาระหนี้สิน

ครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ภาระหนี้สิน ส่งผลต่อตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งสามารถสร้างกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 - 65 ปี พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนตามโครงการการพัฒนาโมเดลแก้น้ำท่วมในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” ดำเนินการโดย มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2566 - 2567 จำนวน 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอปทุมรัตน์ อำเภอสว่างแดนดิน และอำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 718 ครัวเรือน หรือ 3,054 คน (ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 - 65 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนตามโครงการ

การพัฒนาโมเดลแก้น้ำท่วมในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพาอยู่” ดำเนินการโดย มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2566 - 2567 คำนวณขนาดตัวอย่าง ประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากรแน่นอน (Wayne, 1995) สูตรคำนวณ

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อแทนค่าในสูตร (n) = 271 ตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเพื่อศึกษาเชิงปริมาณเท่ากับ 335 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างเรียงลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มอำเภอและ

ดำบลตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเป้าหมายโครงการการพัฒนาโมเดลแก๊งค์ในอำเภอในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพายุ” ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2566 - 2567 จำนวน 3 อำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ด

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มอย่างเป็น

ระบบ (systematic random sampling) การสุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อครัวเรือนยากจนในตำบลเป้าหมายในขั้นตอนที่ 1 มาเรียงกันตามทะเบียนรายชื่อครัวเรือนแต่ละตำบล แล้วหาอัตราส่วน (K) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร $K = N/n = 3,054/335 = 9.11$ หรือ 9 ซึ่งหมายความว่าครัวเรือนประชากรยากจนทุก ๆ 9 ครัวเรือนของแต่ละตำบลจะได้รับการสุ่ม 1 ครัวเรือน ดังนั้นหมายเลขของครัวเรือนประชากรคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยการรวมอัตราส่วนที่ได้กับหมายเลขประชากรเริ่มต้นที่ 1, 10 (1+9), 19 (10+9) จะเป็นครัวเรือนตัวอย่าง ที่เป็นอัตราส่วนของครัวเรือนประชากรแต่ละตำบล ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างแต่ละตำบล

ขั้นตอนที่ 3 นำรายชื่อสมาชิกในครัวเรือนยากจนที่มีอายุตั้งแต่ 18-65 ปี มาจัดเรียงกันแล้วสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก มา 1 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนสมาชิก

ในครัวเรือนยากจน

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

1) เพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุ 18 - 65 ปี อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนตามกลุ่มตัวอย่างของโครงการ

การพัฒนาโมเดลแก๊งค์ในอำเภอในพื้นที่ทุ่งกุลาร้องไห้ด้วยแนวคิด “เกษตรพามี สุขภาพดีพายุ” 2) สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง 3) สมารถใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ มีโรคทางกาย และโรคทางจิตแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ 1) เจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้ายแรง หรือเสียชีวิต ระหว่างการดำเนินการศึกษา 2) ขอดอนตัวออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลัก รายได้ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ภาระหนี้สิน ซึ่งนักวิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องเหมาะสม ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ศึกษาและวัตถุประสงค์การวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test : ASSIST V3.1) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย

แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (2554) ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความแม่นยำในการคัดกรองแล้วโดยมีค่า internal consistency (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 มีความไวร้อยละ 80 แบบสอบถามประกอบไปด้วย 8 ข้อคำถาม เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาโดยถามความถี่ของการใช้ ความต้องการหรือแรงผลักดันอย่างรุนแรงที่จะใช้สาร ผลกระทบต่อสุขภาพ ความถี่ของการไม่สามารถทำกิจกรรมที่ควรทำได้ตามปกติ เนื่องจากการใช้สารเสพติด ความเป็นห่วงของคนอื่นต่อการ ใช้สารเสพติด ความพยายามลดหรือหยุดการใช้สารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จ การแปลผลคะแนน แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 - 6 คะแนน จุดตัดเพื่อแยกระดับความเสี่ยง โดยที่การแปลผลคะแนนสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้ 0 - 10 คะแนน หมายถึง เสี่ยงเล็กน้อย 11 - 22 คะแนน หมายถึง เสี่ยงปานกลาง 23 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เสี่ยงสูง ส่วนการแปลผลคะแนนสารเสพติดชนิดอื่น ๆ 0 - 3 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการใช้สารเสพติดแม้ว่าจะใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราว 4 - 26 คะแนน หมายถึง เสี่ยงปานกลางต่อสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ อาจจะเริ่มมีปัญหามากขึ้นแล้ว ถ้า 27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เสี่ยงสูงต่อการเสพติดหรือติดสารเสพติดแล้วหรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมาย และความสัมพันธ์จากการใช้สารเสพติดของตนเอง นำแบบสัมภาษณ์นี้ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความ

คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอน บาค เท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ถึงผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมถึงผู้นำชุมชนเพื่อขอความอนุเคราะห์ เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัยและการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักวิจัยแล้วไปพบครัวเรือนยากจนเป้าหมาย เพื่อชี้แจงและขอความยินยอมในการให้ข้อมูลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) และบันทึกคำตอบเองใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4. ภายหลังสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับในแบบสอบถามและแบบคัดกรองอีกครั้ง ก่อนจะเก็บรวบรวมทั้งหมด กลับคืนนักวิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบคัดกรองทุกชุด

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวลจัดระเบียบข้อมูลลงรหัสและนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนที่จะมีการเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย ให้อาสาสมัครทราบโดยละเอียด อาสาสมัครมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่พึงจะได้รับตามสิทธิ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลรายบุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดเลขที่ 089/2566 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดโดยใช้ chi-square

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

จำนวน 335 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.22 มีอายุเฉลี่ย 37 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =14.08 ปี) อายุมากที่สุด 65 ปีอายุน้อยที่สุด 18 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 30 - 44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.94 สถานภาพสมรสโสดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.18 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 44.78 การประกอบอาชีพหลักส่วนใหญ่เป็น รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.66 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 54.03 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากที่สุด ร้อยละ 62.39 มีสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิง (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.64 โดยผู้พึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.43 ส่วนภาระหนี้สินส่วนใหญ่มีหนี้ ร้อยละ 55.82 โดยเป็นหนี้ในระบบ ร้อยละ 28.96 และหนี้นอกระบบ 26.86 ของผู้มีภาระหนี้

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจน

ผลการวิจัย พบว่า ตลอดช่วงชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครัวเรือนยากจนมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเสพยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 84.77, 78.50 และ 38.50 ส่วนช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่า สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเสพยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 71.34, 69.30 และ 36.11 ตามลำดับ และในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาพบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเสพยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 66.57, 55.73 และ 33.13 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ การใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจน ($n = 335$)

สารเสพติด	ช่วง		ช่วง		ช่วง	
	ชีวิตที่ผ่านมา		12 เดือนที่ผ่านมา		3 เดือนที่ผ่านมา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุหรี่	263	78.50	239	71.34	180	55.73
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	284	84.77	202	69.30	223	66.57
กัญชาเพื่อเพื่อรักษาโรค (แพทย์สั่ง)	17	5.07	9	2.68	0.	0.00
กัญชาเพื่อสันทนาการ	57	17.01	49	14.62	20	5.97
ใบกระท่อมแบบเคี้ยวสดเพื่อสันทนาการ	19	5.67	31	9.25	19	5.67
น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารอื่น	56	16.71	39	11.64	20	5.97
ยาบ้า	129	38.50	121	36.11	111	33.13
ยาไอซ์	12	3.58	7	2.09	0	0
กาว/สารระเหย	10	2.98	2	0.59	0	0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด ของสมาชิกครัวเรือนยากจน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลัก ลักษณะโครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครัวเรือนยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบหลายประเด็นที่น่าสนใจ

นักวิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครัวเรือนยากจน

ผลการวิจัย พบว่า ผลการศึกษาพบว่า แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาบ้า เป็นสารเสพติดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรกอย่างต่อเนื่องในทุกช่วงเวลา ได้แก่ ตลอดช่วงชีวิต ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่มีความต่อเนื่องในกลุ่มครัวเรือนยากจน เมื่อพิจารณาแนวโน้มการใช้สารเสพติด พบว่าการใช้สารทั้งสามชนิดมีแนวโน้มลดลงเมื่อพิจารณาในช่วงเวลาที่ใกล้ปัจจุบันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแทรกแซงหรือ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การใช้สารเสพติด				chi-square	p-value
	ไม่ใช้ (n = 197)		ใช้ (n = 138)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	119	60.41	133	96.38	56.34	<0.001**
หญิง	78	39.59	5	3.62		
อายุ						
18 - 29 ปี	17	8.63	49	35.51	84.74	<0.001**
30 - 44 ปี	47	23.86	59	42.75		
45 - 59 ปี	63	31.98	27	19.57		
60 ปีขึ้นไป	70	35.53	3	2.17		
สถานภาพสมรส						
โสด	92	46.70	93	67.39	29.9	<0.001**
คู่	71	36.04	32	23.19		
หย่า	8	4.06	12	8.70		
หม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต	22	11.17	0	0.00		
แยกกันอยู่	4	2.03	1	0.72		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	104	52.80	45	32.61	45.38	<0.001**
ม.ต้น	33	16.75	70	50.72		
ม.ปลาย/ปวช.	45	22.84	20	14.50		
อนุปริญญา/ปวส.	8	4.06	2	1.45		
ปริญญาตรี	7	3.55	1	0.72		
การประกอบอาชีพหลัก						
แม่-พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	43	21.83	11	7.97	65.36	<0.001**
รับจ้างทั่วไป/บริการ	83	42.13	116	84.06		
ค้าขาย	38	19.29	3	2.17		
เกษตรกรรม	33	16.75	8	5.80		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจน (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การใช้สารเสพติด				chi-square	p-value
	ไม่ใช้ (n = 197)		ใช้ (n = 138)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน)						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	70	35.53	49	35.51	1.22	.096
5,000-10,000 บาท	106	53.81	75	54.35		
10,000 – 20,000 บาท	21	10.66	14	10.14		
ลักษณะโครงสร้างครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	175	88.83	135	97.83	9.51	<0.001**
ครอบครัวขยาย	22	11.17	3	2.17		
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง						
ไม่มี	151	76.65	122	88.41	7.44	<0.001**

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

เหตุผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าแนวโน้มดังกล่าวเกิดจากความตระหนักรู้หรือการรณรงค์ใด ๆ การตีความผลจึงควรอยู่ในกรอบของข้อมูลที่ศึกษาเท่านั้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2024) ที่ระบุว่า การใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ยาสูบ และสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อภาระโรคและปัญหาสุขภาพในประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ซึ่งได้รับผลกระทบจากปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายระดับ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับรายงานของ สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC, 2024) ที่ชี้ให้เห็นว่า

การแพร่ระบาดของสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน โดยเฉพาะยาบ้า ยังคงเพิ่มขึ้นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงบริบทของชุมชนชนบทที่ยังคงมีการเข้าถึงสารเสพติดบางประเภทได้ โดยเฉพาะสารกระตุ้นและสารที่พบได้ทั่วไปในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มระดับภูมิภาคดังกล่าว การที่แอลกอฮอล์และบุหรี่มีอัตราการใช้สูง อาจเกี่ยวข้องกับการเป็นสารที่ถูกกฎหมาย เข้าถึงได้ง่าย และได้รับการยอมรับในสังคม ขณะที่ยาบ้าแม้เป็นสารเสพติดผิดกฎหมาย แต่ยังคงพบการใช้ในระดับสูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าความพร้อมในการเข้าถึงสารเสพติด รวมถึงบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของประชากร (UNODC, 2024; WHO, 2023) ซึ่งผลการศึกษา

ครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาบ้า เป็นสารเสพติดหลักที่พบอย่างต่อเนื่องในกลุ่มครัวเรือนยากจน และแม้จะมีแนวโน้มลดลงในระยะสั้น แต่ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการจัดการอย่างจริงจัง โดยควรเน้นมาตรการป้องกันที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและปัจจัยเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพหลัก ลักษณะโครงสร้างครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง และภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของสมาชิกครัวเรือนยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งโดยภาพรวม สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ที่ระบุว่าปัจจัยส่วนบุคคลและบริบททางสังคม เศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ผลการศึกษาด้านเพศพบว่า เพศชายมีแนวโน้มใช้สารเสพติดสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัย (WHO, 2024) และ สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC, 2024) ที่ระบุว่าเพศชายมีอัตราการใช้สารเสพติดสูงกว่าในหลายประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มสารเสพติดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงและบริบททางสังคม สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 18–44 ปี มีการใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการเป็นช่วงวัยแรงงานที่มีการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูง และมีโอกาสเข้าถึง

สารเสพติดมากกว่า ทั้งยังเป็นช่วงวัยที่เผชิญแรงกดดันทางเศรษฐกิจและการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มที่รายงานในของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC, 2024) ที่ระบุว่าการใช้สารเสพติดมักพบสูงในวัยหนุ่มสาวและวัยทำงาน ในด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มโสดมีแนวโน้มใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มที่มีคู่ ซึ่งอาจสะท้อนถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคมและความผูกพันในครอบครัว โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มั่นคงเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ต่อพฤติกรรมเสี่ยง (Kendler et al., 2024) สำหรับระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาดำเนินแนวโน้มใช้สารเสพติดสูงกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและโอกาสทางสังคม สอดคล้องกับแนวคิด social determinants of health ที่ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านการศึกษาเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ (WHO, 2024) ในด้านอาชีพหลัก พบว่ากลุ่มรับจ้างทั่วไปมีการใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ไม่มั่นคง รายได้ไม่แน่นอน และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจเอื้อต่อการใช้สารเสพติด ทั้งนี้ งานที่มีความไม่มั่นคงหรือมีความเครียดสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดในฐานะกลไกการเผชิญปัญหา นอกจากนี้ บริบททางสังคมและสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานยังมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรม การใช้สารเสพติดของบุคคล (UNODC, 2024; WHO, 2023) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวยังไม่มีการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการ

ใช้สารเสพติด ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ในประเด็นนี้ และแตกต่างจากการศึกษาบางบริบท ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นครัวเรือนยากจนที่มีระดับรายได้ใกล้เคียงกัน ทำให้ความแปรปรวนของตัวแปรรายได้มีจำกัด (restricted variability) จึงไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ทางสถิติได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมมากกว่ารายได้เพียงตัวแปรเดียว ในส่วนของโครงสร้างครอบครัวพบว่าครอบครัวเดียวมีการใช้สารเสพติดสูงกว่าครอบครัวขยาย ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวขยายมีบทบาทในการกำกับดูแลและให้การสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่า (UNODC, 2024) สำหรับการมีสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะพึ่งพิงสูง พบว่ากลุ่มที่ไม่มีสมาชิกพึ่งพิงมีการใช้สารเสพติดสูงกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงบทบาทของความรับผิดชอบในครอบครัวที่ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง และเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ สุดท้าย ปัจจัยด้านภาระหนี้สินพบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด โดยผลการศึกษาพบว่าการมีหนี้สินมีแนวโน้มใช้สารเสพติดสูงกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศแคนาดา และประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าความเครียดจากหนี้สินมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความกังวลทางการเงินสูง (Nigatu et al., 2024; Moilanen et al., 2025) ทั้งนี้ ความแตกต่างของผลการศึกษาอาจอธิบายได้จากบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครัวเรือนยากจนโดยรวม ซึ่งมีระดับรายได้

ใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ “หนี้สิน” ไม่ได้สะท้อนระดับความเครียดที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน อีกทั้งงานวิจัยล่าสุดยังชี้ว่า ปัจจัยความเครียดทางเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมชุมชน มีผลต่อการใช้สารเสพติดมากกว่าปัจจัยด้านหนี้สินเพียงตัวแปรเดียว (Moilanen et al., 2025) นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดสัมพันธ์กับการตัดสินใจด้านต้นทุน ผลตอบแทน และบริบทการเข้าถึงสารเสพติด มากกว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจโดยตรงในบางกลุ่มประชากร (Ruiz et al., 2026) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่าปัจจัยด้านบริบททางสังคมและโอกาสในการเข้าถึงสารเสพติดอาจมีบทบาทสำคัญมากกว่าหนี้สินเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษารุ่นนี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มครัวเรือนยากจนเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัย ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากบริบทแวดล้อมที่ซับซ้อน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและผลกระทบของการใช้สารเสพติด โดยเน้นแอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาบ้า ซึ่งเป็นสารที่พบการใช้สูงในทุกระยะ พร้อมทั้งออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของครัวเรือนยากจนและชุมชน

2. ส่งเสริมการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติด โดยมุ่งเน้นการเสริม

ทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการจัดการความเครียด เพื่อให้ประชาชนสามารถหลีกเลี่ยง ลด ละ เลิกการใช้สารเสพติดได้อย่างยั่งยืน

3. บูรณาการการทำงานร่วมกับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายท้องถิ่น เพื่อสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยด้านบุคคล จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครัวเรือนยากจน เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและนำไปสู่การออกแบบมาตรการป้องกันที่ตรงจุด

2. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มครัวเรือนยากจนกับกลุ่มประชากรอื่น หรือระหว่างพื้นที่ชนบทและเขตเมือง เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างของบริบทและนำไปสู่การพัฒนานโยบายหรือโปรแกรมที่เหมาะสม

3. พัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการป้องกันและลดการใช้สารเสพติดที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทชุมชน

ข้อจำกัด

การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าอาจทำให้ผู้ตอบรู้สึกกดดันหรือไม่สบายใจในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของข้อมูล ควรพิจารณาการใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น แบบสอบถามออนไลน์

หรือตัวเลือกในการตอบแบบไม่ระบุตัวตน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก) ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ขอบขอบคุณอาสาสมัครและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. (2554). *แบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา สุบนารี และใช้สารเสพติด: คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ* [ฉบับแปลภาษาไทย]. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด. (2566). *ระบบข้อมูลครัวเรือนยากจนระดับจังหวัด ร้อยเอ็ด*. <http://www.ppaos.com/ppaos45/frontend/web/>
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- European Union Drugs Agency. (2024). *The impact of economic recessions on the use of illicit drugs: Findings from a scoping literature review*. Publications Office of the European Union.
- González-Roz, A., Castaño, Y., Krotter, A., Salazar-Cedillo, A., & Gervilla, E. (2024). Emotional dysregulation in relation to substance use and behavioral addictions: Findings from five separate meta-analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(3), Article 100502.
- Marel, C., Siedlecka, E., Wilson, J., Eugene Dit Rochesson, S., Chu, D., Fisher, A., & Mills, K. L. (2025). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of alcohol and other drug use and problematic use among people accessing mental health treatment in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 59(4), 361-377.

- Moilanen, K. L., Rospenda, K. M., & Johnson, T. P. (2025). Social support is not enough to buffer the effects of stressors on substance use at midlife. *Discover Psychology*, 5, 119.
- Nigatu, Y. T., Elton-Marshall, T., Wickens, C. M., & Hamilton, H. A. (2024). The association of frequency of worry about financial debt with substance use among adults in Ontario, Canada. *Substance Use & Misuse*, 59(8), 1190-1199.
- Ruiz, S. G., et al. (2026). The relationship between regular substance use and cost sensitivity in decision-making contexts. *Addiction Neuroscience*, 5, 100045.
- Sinha, R. (2024). Stress and substance use disorders: Risk, relapse, and treatment outcomes. *Journal of Clinical Investigation*, 134(16), e172883.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (6th ed.). John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2023). *Social determinants of health*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. World Health Organization.