

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้า ของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, พย.บ.¹

นริสา วงศ์พนารักษ์, ปร.ค.^{2*}

(วันที่ส่งบทความ: 15 กันยายน 2568; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2568; วันที่ตอบรับ: 24 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นประชาชน อายุ 18-59 ปี ที่อาศัยในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 121 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต และแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94, .88 และ .93 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 80-140 ($M = 114.22$, $SD = 13.75$) มีความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 140.09$, $SD = 14.22$) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ($M = 2.45$, $SD = 3.54$) และยังพบว่า ความแข็งแรงในชีวิตและความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31$, $p < .001$; $r = -.21$, $p = .012$) ตามลำดับ ในขณะที่ความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความแข็งแรงในชีวิตและความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต และความรอบรู้สุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ความแข็งแรงในชีวิต, ความรอบรู้สุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* ผู้ประพันธ์บทความ: นริสา วงศ์พนารักษ์, อีเมล: narisa.w@msu.ac.th

The Relationship between Resilience, Mental Health Literacy and Depression among People in a Municipality in Nakhon Ratchasima Province

Chanokchon Khotsombat, BNS¹

Narisa Wongpanarak, PhD^{2*}

(Received: September 15th, 2025; Revised: November 18th, 2025; Accepted: November 24th, 2025)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the relationships between resilience, mental health literacy, and depression among people in a municipality in Nakhon Ratchasima province, Thailand. The participants consisted of 121 people aged 18–59 years residing in a municipality in Nakhon Ratchasima province. Cluster random sampling was used to select the participants. The research instruments included a demographic questionnaire, the Resilience Inventory, the Mental Health Literacy Questionnaire, and the Nine Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) which had Cronbach's alpha coefficients of .94, .88, and .93, respectively. The data were collected between August and September 2025. Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficients were used for data analysis. The results revealed that most participants had overall resilience scores ranging from 80 to 140 ($M = 114.22$, $SD = 13.75$), very high levels of mental health literacy ($M = 140.09$, $SD = 14.22$), and reported no depressive symptoms ($M = 2.45$, $SD = 3.54$). Furthermore, resilience and mental health literacy were significantly and negatively correlated with depressive symptoms ($r = -.31$, $p < .001$; $r = -.21$, $p = .012$, respectively). In addition, resilience was positively and significantly correlated with mental health literacy ($r = .34$, $p < .001$). These findings indicate that resilience and mental health literacy are related to depression. Therefore, activities to promote resilience and mental health literacy should be being designed to strengthen people in the community in order to reduce or prevent depression.

Keywords: resilience, mental health literacy, depressive symptoms

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

* Corresponding author: Narisa Wongpanarak, Email: narisa.w@msu.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ประชากรประมาณ 280 ล้านคน หรือร้อยละ 3.8 ของประชากรทั่วโลก มีภาวะซึมเศร้า (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 4 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 2.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากร (Munthuli et al., 2023) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Years Lived with Disability : YLD) เนื่องจากบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจอย่างรุนแรง โดยในปี ค.ศ. 2010 ประมาณการว่าภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นมูลค่า 210,500 ล้านดอลลาร์ จากจำนวนผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 15.5 ล้านคน เป็น 17.5 ล้านคน ระหว่างปี 2010 ถึง 2018 ทำให้มีภาระทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นสูงถึง 326,200 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Greenberg et al., 2021)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ โดยมีอาการที่สำคัญคือ มีอารมณ์เบื่อหน่าย ไม่สนใจทำอะไร ท้อแท้ สิ้นหวัง นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น สมาธิไม่ดี กระสับกระส่ายหรือทำอะไรได้ช้าลง รู้สึกล้มเหลว ไร้ค่า จึงทำให้ผู้ที่มภาวะซึมเศร้ามีความบกพร่องในการทำหน้าที่สำคัญด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน หรือมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง มีมุมมองต่อตนเองและผู้อื่นในทางลบ จนนำไปสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองในที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มวัยทำงานพบว่าเกิดจากหลายปัจจัย เช่น โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะอาชีพ และระดับการศึกษา (คันธรส สุขกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตและความรอบรู้สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย (เรียม นมรักษ์ และคณะ, 2567) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพจิตที่ดีในวัยทำงาน การศึกษาที่ผ่านมายังมีจำกัด และในพื้นที่ที่สนใจยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะความแข็งแกร่งในชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้สุขภาพจิต เป็นความรู้ความเข้าใจทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอันจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าจนนำไปสู่ระดับที่รุนแรงขึ้นได้

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการปรับตัวเพื่อยืนหยัดผ่านพ้นท่ามกลางสถานการณ์ที่เลวร้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับผลกระทบที่

เกิดจากเหตุการณ์นั้นได้ในเวลาอันรวดเร็ว นำไปสู่ความเข้มแข็ง การเติบโต และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) โดยจะต้องมีใน 3 องค์ประกอบหลักคือ I have, I am และ I can เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะต้ององค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับภาวะวิกฤตินั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ (Grotberg, 1995) โดยมีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ ก็จะสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้า (เรียม นมรัักษ์ และคณะ, 2567; Laird et al., 2019; Yoshikawa et al., 2016) ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงเป็นทักษะการจัดการกับปัญหาที่สำคัญยิ่ง และมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชนด้วย

นอกจากความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต (mental health literacy) ยังเป็นความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคคล ซึ่งช่วยให้เกิดการรับรู้ มีความสามารถในการป้องกันและจัดการปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Jorm et al., 1997) ตลอดจนสามารถสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม (สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต, 2567) ทั้งนี้ Kutcher และคณะได้ระบุว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา 3) การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต และ 4) ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต (Kutcher et al., 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า (Buasan et al., 2024) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ระบุว่าความแข็งแกร่งในชีวิต และความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (เรียม นมรัักษ์ และคณะ, 2567; Hermans et al., 2021) ดังนั้นความรอบรู้สุขภาพจิต จึงนับว่าเป็นตัวบ่งชี้และปัจจัยที่สำคัญในตัวบุคคลที่จะใช้ในการปรับตัวและลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ของประเทศ มีจำนวนประชากร 2,630,058 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) จากการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ประชาชนมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 37.89 และ 22.88 ตามลำดับ โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง สีคิ้ว และปากช่อง สอดคล้องกับข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ในปี 2564-2566 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตอำเภอเมืองที่มารับบริการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัดจำนวน 6,162 6,951 และ 7,639 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในปี 2566 ยังพบว่าประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 1,341 คน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 251 คน

ด้วยความสำคัญและความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบงานวิจัยที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในประชาชนไทยค่อนข้างจำกัด และยังไม่มีการศึกษาเรื่องดังกล่าวในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้าในบริบทของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา โดยทำการศึกษาในเขตเทศบาลเมืองประกอบด้วย 4 ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 1 จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า และการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้กับประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

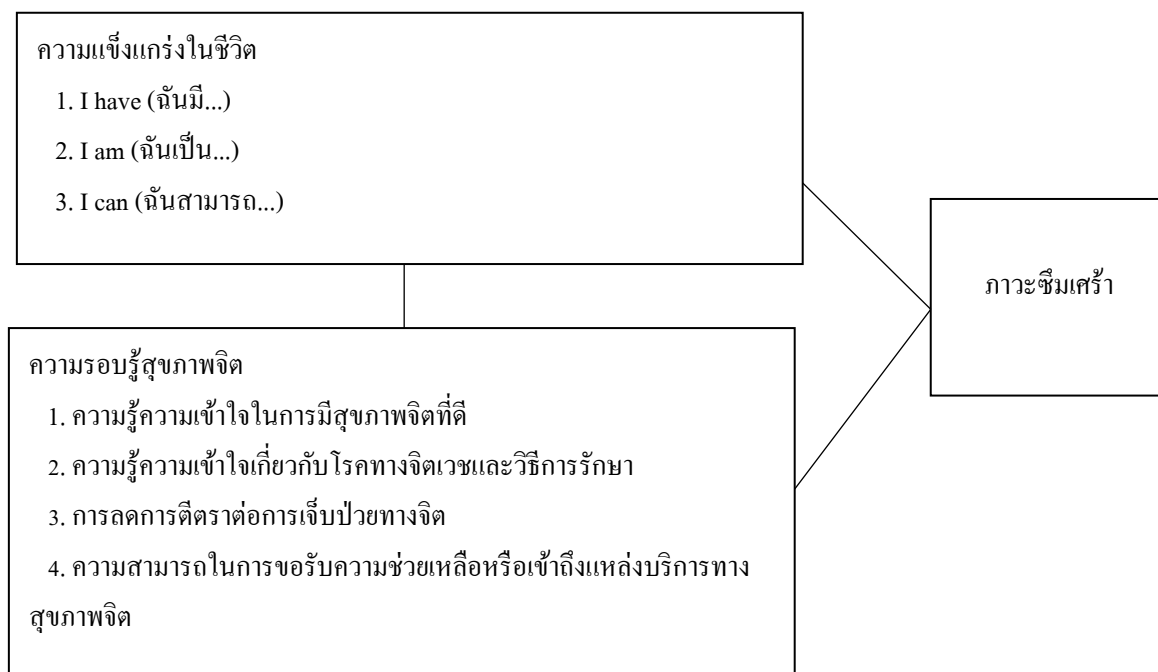
สมมติฐานการวิจัย

1. ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา
2. ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา
3. ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้สุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนจากภายนอกที่ช่วยให้บุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายใน ซึ่งเกิดจากการยอมรับและเข้าใจตนเอง และ 3) I can (ฉันสามารถ...) เป็นทักษะการจัดการกับปัญหา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ร่วมกับแนวคิดเรื่องความรอบรู้สุขภาพจิต (mental health literacy) ของ Kutcher et al. (2016) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ความรู้ ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา 3) การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต และ 4) ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต ทั้งนี้หากบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิต และมีความ

รอบรู้สุขภาพจิตที่เหมาะสม บุคคลมีความสามารถและศักยภาพในการเผชิญปัญหาและภาวะวิกฤติ สามารถรับมือต่อผลกระทบจากเหตุการณ์ได้ ก็จะสามารถจัดการอารมณ์และภาวะซึมเศร้าได้เหมาะสม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความแข็งแรงในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา..

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมสังคมที่ผิดแปลกไปจากเดิม วัดโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ

ความแข็งแรงในชีวิต (resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการป้องกัน ลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ที่ยากลำบากได้

อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ I have หรือ ฉันมี..., I am หรือ ฉันเป็น... และ I can หรือ ฉันสามารถ... (Grotberg, 1995)

ความรู้สุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา 3) การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต 4) ความสามารถในการรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต (Kutcher et al., 2016)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ประกอบด้วย 11 ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 1 จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ประกอบด้วย 4 ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 1 จังหวัดนครราชสีมา ที่สามารถอ่านและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ปกติ ไม่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และสติปัญญา ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกายที่รุนแรง และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ effect size ขนาดกลางของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย correlation ที่โคเฮนกำหนดไว้คือ 0.30 มาใช้ในการกำหนดขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988) กำหนดค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 115 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้เท่ากับ 121 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) โดยชุมชนในเขตเทศบาลเมืองในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 1 มีทั้งหมด 11 ชุมชน ผู้วิจัยสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากรายชื่อชุมชนแบบหยิบบิลแล้วไม่ใส่คืนจำนวน 4 ชุมชน จากนั้นคำนวณสัดส่วนประชากรในแต่ละชุมชนซึ่งจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละชุมชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ชุมชน	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ชุมชน A	1,125	42
ชุมชน B	997	37
ชุมชน C	721	27
ชุมชน D	405	15
รวม	3,248	121

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา (เลขที่ KHE 2024-203 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567) ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้าโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่าง ต้องการออกจากโครงการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติโรคซึมเศร้าในญาติสายตรง ระดับการศึกษาสูงสุด ลักษณะอาชีพ หลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

2. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดย พัทธรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) จากแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ เกี่ยวกับ “I have” (ฉันมี...) จำนวน 9 ข้อ “I am” (ฉันเป็น...) จำนวน 10 ข้อ และ “I can” (ฉันสามารถ...) จำนวน 9 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมเท่ากับ 28-140 คะแนน หากมีค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก จากการทดสอบความเชื่อมั่นโดย นำแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 - .91

3. แบบสอบถามความรู้สุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามสำหรับคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไปของสำนัก ความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2567) ซึ่งพัฒนามาจากการสำรวจความรอบรู้ สุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2560 – 2566 และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Kutcher และคณะ (Kutcher et al., 2016) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้ความเข้าใจในการมี สุขภาพจิตที่ดี จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา จำนวน 15 ข้อ 3) การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 7 ข้อ และ 4) ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือ หรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 25 ข้อ และข้อคำถาม เชิงลบ 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วย อย่างยิ่งสำหรับข้อคำถามเชิงบวก และ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนรวมเท่ากับ 35-175 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ มีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับน้อย คะแนนร้อยละ 60-69 คือ มีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 70-79 คือ มีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับดี และคะแนนร้อยละ 80-100 คือ มีความรอบรู้

สุขภาพจิตในระดับดีมาก จากการทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพจิตไปใช้ในประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 92 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .90

4. แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย จนถึง 3 คะแนน หมายถึง เป็นทุกวัน คะแนนรวม เท่ากับ 0-27 คะแนน การแปลผลคือ คะแนน < 7 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการของซึมเศร้าระดับน้อยมาก คะแนน 7 – 12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13 – 18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง จากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .82

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต และแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ไปทดลองใช้กับประชาชนที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำผลที่ได้มาหาความหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยได้ค่า Cronbach alpha's coefficient เท่ากับ .94, .88 และ .93 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้มีอำนาจอนุมัติในชุมชนที่ศึกษา
2. หลังได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและประสานงานเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
3. ผู้วิจัยได้สำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนด
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเริ่มจาก สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการสอบถามความสมัครใจอย่างอิสระในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย หลังจากนั้นขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างเกิดข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาการตอบแบบสอบถามระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาคำนวณหาค่าสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ก่อนการวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ พบว่าข้อมูลมีการกระจายในโค้ง

ปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) อายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 43.8) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 53.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.2) ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในญาติสายตรง (ร้อยละ 95.0) การศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 36.4) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.4) มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 - 15,000 บาท (ร้อยละ 26.4) รายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนพอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บออม (ร้อยละ 34.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n=121$)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	45.5
หญิง	66	54.5
อายุ (ปี)		
18-29	29	24.0
30-44	39	32.2
45-59	53	43.8
$M = 40.98, SD = 12.58$		
สถานภาพสมรส		
โสด	65	53.7
สมรส	41	33.9
หย่าร้าง	6	5.0
อื่นๆ	9	7.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	91	75.2
มี	30	24.8
ประวัติโรคซึมเศร้าในญาติสายตรง		
ไม่มี	115	95.0
มี	6	5.0

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	2.5
ประถมศึกษา หรือเทียบเท่า	13	10.7
มัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบเท่า	10	8.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. หรือเทียบเท่า	33	27.3
อนุปริญญา/ปวส.	18	14.8
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	44	36.4
ลักษณะอาชีพหลัก		
ว่างงาน	12	9.9
เกษียณ/พ่อบ้านแม่บ้าน	3	2.5
ธุรกิจส่วนตัว	32	26.4
หาบเร่แผงลอย รถเข็น ค้าขายตลาดนัด	8	6.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	9.1
พนักงานบริษัทเอกชน	17	14.0
รับจ้างทั่วไป	24	19.8
นักศึกษา	14	11.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 500 บาท	10	8.2
500 - 5,000 บาท	17	14.1
	25	20.7
	33	27.3
5,001 - 10,000 บาท	28	23.1
10,001 - 15,000 บาท	8	6.6
15,001 - 30,000 บาท		
30,001 - 50,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน		
ไม่พอใช้ ขัดสน	12	9.9
พอใช้บางเดือน	27	22.3
พอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บออม	42	34.7
พอใช้ เหลือเก็บออม	40	33.1

ระดับความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแข็งแกร่งในชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต

เท่ากับ 114.22 ($SD = 13.75$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตองค์ประกอบด้าน I have (ฉันมี...) เท่ากับ 36.93 ($SD = 4.94$) ด้าน I am (ฉันเป็น...) เท่ากับ 40.83 ($SD = 5.17$) และด้าน I can (ฉันสามารถ...) เท่ากับ 36.47 ($SD = 4.34$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและรายองค์ประกอบ ($n = 121$)

ความแข็งแกร่งในชีวิต	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	28-140	80-140	114.22	13.75
ความแข็งแกร่งในชีวิตรายองค์ประกอบ				
I have (ฉันมี...)	9-45	23-45	36.93	4.94
I am (ฉันเป็น...)	10-50	27-50	40.83	5.17
I can (ฉันสามารถ...)	9-45	25-45	36.47	4.34

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้สุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพจิต 140.09 ซึ่งส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 57.9 ($SD = 14.22$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในองค์ประกอบด้านความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา และมีความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิตระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 76.9, 65.3 และ 75.2 ($SD = 3.15$, $SD = 8.47$, $SD = 4.23$) ตามลำดับ ในขณะที่องค์ประกอบเรื่องการลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.1 ($SD = 4.67$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวมและรายองค์ประกอบ ($n = 121$)

ความรอบรู้สุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวม		
ระดับดีมาก	70	57.9
ระดับดี	39	32.2
ระดับปานกลาง	11	9.1
ระดับน้อย	1	0.8

($M = 140.09$, $SD = 14.22$, $Min = 77$, $Max = 174$)

ความรอบรู้สุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้สุขภาพจิตรายองค์ประกอบ	93	76.9
องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี	14	11.5
ระดับดีมาก	10	8.3
ระดับดี	4	3.3
ระดับปานกลาง		
ระดับน้อย		
$(M = 21.14, SD = 3.15, \text{Min} = 7, \text{Max} = 25)$		
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา	79	65.3
ระดับดีมาก	27	22.3
ระดับดี	9	7.4
ระดับปานกลาง	6	5.0
ระดับน้อย		
$(M = 61.71, SD = 8.47, \text{Min} = 33, \text{Max} = 75)$		
องค์ประกอบที่ 3 การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต		
ระดับดีมาก	22	18.2
ระดับดี	40	33.1
ระดับปานกลาง	36	29.7
ระดับน้อย	23	19.0
$(M = 24.13, SD = 4.67, \text{Min} = 10, \text{Max} = 34)$		
องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่ง บริการทางสุขภาพจิต		
ระดับดีมาก	91	75.2
ระดับดี	22	18.2
ระดับปานกลาง	5	4.1
ระดับน้อย	3	2.5
$(M = 33.11, SD = 4.23, \text{Min} = 14, \text{Max} = 40)$		

ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 2.45 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับ น้อยมาก ร้อยละ 88.4 อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 8.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 3.3 ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของภาวะซึมเศร้า ($n = 121$)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	107	88.4
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	10	8.3
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	4	3.3
$(M = 2.45, SD = 3.54, \text{Min} = 0, \text{Max} = 18)$		

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.313, p < .001$) ส่วนความรอบรู้สุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.206, p = .012$) ในขณะที่ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรอบรู้สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .337, p < .001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความแข็งแกร่งในชีวิต	ความรอบรู้สุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า
ความแข็งแกร่งในชีวิต	1		
ความรอบรู้สุขภาพจิต	.34**	1	
ภาวะซึมเศร้า	-.31**	-.21*	1

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 114.22 ก่อนข้างสูง แสดงถึงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก และมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 57.9 ซึ่งแตกต่างจากผลการสำรวจความรอบรู้สุขภาพจิตของคนไทยในปี 2560 ที่พบว่ามีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับปานกลางร้อยละ 43.87 ในส่วนของระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่

มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ร้อยละ 88.4 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าในวัยทำงานมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมากร้อยละ 100 (ศรีบุญญา ชาญสุข และสุจิตตา ฤทธิมนตรี, 2566) อาจเป็นเพราะในบริบทชุมชนที่อาศัยยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รับรู้และได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอ และยังเป็นช่วงวัยทำงานที่สุขภาพยังไม่เสื่อมถอยมากนัก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้สุขภาพจิต กับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า (โสภิณ แสงอ่อน และคณะ, 2561; Liu et al., 2024) ทั้งนี้เนื่องมาจากความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถของบุคคลในการป้องกันลดความรุนแรง และช่วยให้ผ่านพ้นจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก สามารถจัดการกับภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555) โดยเมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบรายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตด้านฉันมี... (I have) ฉันเป็น... (I am) และ ฉันสามารถ... (I can) สูงถึง 36.93, 40.83 และ 36.47 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะ ในองค์ประกอบด้าน I have กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีงานทำ มีรายได้พอกินพอใช้ และเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองทำให้มีโอกาสได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้านมากกว่าสังคมในชนบท การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคมเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ หรือการสนับสนุนด้านอารมณ์ จะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรืออาจทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม รู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีคุณค่าจึงทำให้มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (รัชวดี แสงมเหหมัด, 2560; โสภิณ แสงอ่อน และคณะ, 2561) ในองค์ประกอบด้าน I am การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีสุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมทางการเงินที่ดี เห็นได้จากการที่มีเงินเพียงพอในการใช้จ่าย หรืออาจมีเหลือสำหรับการเก็บออม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Liu et al., 2019; Tang & Baker, 2016) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถมองตนในด้านบวก การมองโลกในแง่ดี ยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ทำให้ปรับตัวได้ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า ตลอดจนสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุหทัย โตสังวาลย์, 2564; Choi et al., 2019) เชื่อมโยงไปถึงองค์ประกอบด้าน I can กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือได้ในยามที่ต้องการ ทำให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าหรือป้องกันบุคคลจากการเกิดโรคซึมเศร้าได้ (กนกวิชต์ สุดลาภา และสุวัฒน์ รักขันโท, 2564) เนื่องจากการเผชิญปัญหา คือ กระบวนการของการทางความคิดและอารมณ์เพื่อจัดการกับ

ปัญหาที่เกิดขึ้น เอาชนะความเครียด ความรู้สึกคับข้องใจ กระบวนการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นในการรับมือกับภาวะวิกฤติและความท้าทายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มิภาวะซึมเศร้ามักจะมีลักษณะกระบวนการคิดในทางลบ ให้ความหมายสิ่งต่าง ๆ บิดเบือนไปจากคนทั่วไปส่งผลให้ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหา มีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทำให้อาการซึมเศร้าทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า (Buasan et al., 2024) โดยสามารถอธิบายได้ว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นสิ่งจำเป็นต่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและบุคคลรอบข้างได้ ตลอดจนช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (ภัทร์สรรพพร ศรีวรรณ, 2567; Li & Reavley, 2020) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบรายด้าน ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบย่อย ตามกรอบแนวคิดของ Kutcher et al. (2016) ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา 3) การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต และ 4) ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทุกด้านในระดับดีมาก ยกเว้นความรู้ด้านการลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิตที่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีรายได้อย่างเพียงพอ และมีแหล่งที่อยู่อาศัยในชุมชนเขตเทศบาลทำให้สามารถมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรด้านสุขภาพจิตได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรอบรู้สุขภาพจิต (ศรีสุดา บุญขาย, 2562; Li & Reavley, 2020)

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความรอบรู้สุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้สุขภาพจิต (เรียม นมรัักษ์ และคณะ, 2567; Özer & Şahin Altun, 2024) โดยสามารถอธิบายได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิต คือความสามารถในการเผชิญหน้าและฟันฝ่าจากความยากลำบาก จึงต้องอาศัยความรอบรู้สุขภาพจิต ซึ่งเป็นความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคคล ช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงปัญหา มีความสามารถในการป้องกัน วางแผนรับมือ ขอความช่วยเหลือ และจัดการปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ดังนั้นการมีความรอบรู้สุขภาพจิตจึงมีส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้บุคคลสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันการที่บุคคลมีความแข็งแกร่งใน

ชีวิตที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน เนื่องจากบุคคลจะมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดและความท้าทายต่าง ๆ ได้ดี

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมค่อนข้างสูง มีความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตและความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สามารถนำผลการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต และความรอบรู้สุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต
2. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 4 คน ซึ่งควรได้รับการประเมินซ้ำ และส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านวิจัยทางการพยาบาล

ควรมีการศึกษาตัวแปรเพิ่มเติมเช่น การสนับสนุนทางสังคม (social support), การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy), ทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skill) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาพยาบาลและการกำหนดแผนนโยบาย

1. ควรบรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิต และความรอบรู้สุขภาพจิตในหลักสูตรการศึกษานพยาบาลทั้งระดับปริญญาตรีและการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนได้
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้นิสิตหรือนักศึกษาพยาบาลทำโครงการหรือศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและความรอบรู้สุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในรูปแบบต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

กนกวิชต์ สุดลาภา, และสุวัฒน์ รักขันโท. (2564). การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้มีภาวะซึมเศร้า. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 7(2), 431-447.

- คันธรส สุขกุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 229-238.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต*. จุฑาทอง.
- ภัทร์สรรพพร ศรีวรรณ. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 21(3), 193-201.
- รัชวดี แสงมเหหมัด. (2560). ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา: คุณภาพสังคมที่คนไทยมองเห็น. *วารสารรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์*, 8(1), 33-66.
- เรียม นมรักษ์, วริยา จันทร์จำ, และหทัยชนก บัวเจริญ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(2), 1-16.
- ศรีบุญญา ชาญสุข, และ สุจิตตา ฤทธิมนตร์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 37(3), 76- 91.
- ศรีสุดา บุญขย. (2562). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4*. [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์]. กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน . ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย.
- สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต. (2567). *แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2567*. <https://shorturl.asia/aygVc>
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน)*. <https://shorturl.asia/tj7X9>
- สุหทัย ไตสังวาลย์. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58-74.
- โสภณ แสงอ่อน, พัทธรินทร์ นินทจันทร์, และทัศนาว ทวีคุณ. (2561). ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้า ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 84-99.

- Buasan, A., Chuvongs, S., Thangkratok, P., Jeanagool, P., & Phosarach, N. (2024). Relationships between mental health literacy and stress, depression, and anxiety among patients with chronic heart failure in a cardiac outpatient department. *Science, Engineering and Health Studies*, 24050008. <https://doi.org/10.69598/sehs.18.24050008>
- Choi, Y., Choi, S. H., Yun, J. Y., Lim, J. A., Kwon, Y., Lee, H. Y., & Jang, J. H. (2019). The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. *Medicine (Baltimore)*, 98(42), e17518. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000017518>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. H., & Kessler, R. C. (2021). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2010 and 2018). *Pharmacoeconomics*, 39(6), 653-665. <https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Early childhood development: Practice and reflections, v. 8. The Hague-no: Bernard van leer foundation.
- Hermans, L., Van den Broucke, S., Gisle, L., Demarest, S., & Charafeddine, R. (2021). Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: The role of health literacy. *BMC Public Health*, 21(1), 1–9.
- 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 recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health Literacy: Past, present, and future. *Can J Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational psychiatry*, 9(1), 88.

- Li, W., & Reavley, N. (2020). Recognition and beliefs about treatment for mental disorders in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(2), 129-149. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01799-3>
- Liu, S. Y., Wrosch, C., Morin, A. J. S., Quesnel-Vallée, A., & Pruessner, J. C. (2019). Changes in self-esteem and chronic disease across adulthood: A 16-year longitudinal analysis. *Soc Sci Med*, 242, 112600. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112600>
- Liu, Z., Feng, Y., Yan, K., Shi, W., Jiang, Y., & Liu, J. (2024). Reciprocal relationship between resilience and depression: a 3-Year longitudinal study during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 43(12), 11343-11351. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05210-y>
- Munthuli, A., Pooprasert, P., Klangpornkun, N., Phienphanich, P., Onsuwan, C., Jaisin, K., Pattanaseri, K., Lortrakul, J., & Tantibundhit, C. (2023). Classification and analysis of text transcription from Thai depression assessment tasks among patients with depression. *PloS One*, 18(3), e0283095. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283095>
- Özer, D., & Şahin Altun, Ö. (2024). Nursing students' mental health literacy and resilience levels: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 51, 222-227. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.06.017>
- Tang, N., & Baker, A. (2016). Self-esteem, financial knowledge and financial behavior. *Journal of Economic Psychology*, 54, 164-176. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.joep.2016.04.005>
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://shorturl.asia/w8Em9>
- Yoshikawa, E., Nishi, D., & Matsuoka, Y. J. (2016). Association between regular physical exercise and depressive symptoms mediated through social support and resilience in Japanese company workers: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16, 553. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3251-2>