

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Factors Influencing Depression Prevention Behaviors among Nursing Students at Nakhon
Ratchasima Rajabhat University.

(Received: July 21,2026 ; Revised: July 24,2026 ; Accepted: September 26,2026)

กุศลสิน กัณหา¹ อักษรา นินนานนท์²
Kusalin Kunha¹ Aksara Ninnanon²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2569 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำนวน 219 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.13, S.D.=0.43) โดยด้านการรับรู้และปรับตัวต่อเหตุการณ์ชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ผลการเปรียบเทียบพบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปี เงินสนับสนุน สัมพันธภาพในครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ด้านร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งความเข้มแข็งทางใจมีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด รองลงมาคือปัจจัยด้านจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า, ความเข้มแข็งทางใจ, ปัจจัยด้านจิตสังคม, การสนับสนุนทางสังคม, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This survey research by cross-sectional design aimed to investigate the levels, relationships, and predicting factors of depression prevention behaviors. The sample consisted of 219 nursing students from the 1st to 4th years during the 2026 academic year at the Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, selected via stratified random sampling. Research instruments included questionnaires assessing psychosocial factors, resilience quotient (RQ), social support, and depression prevention behaviors, with an overall reliability of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple regression analysis.

The results revealed that the participants had a moderate overall level of depression prevention behaviors (Mean=3.13, S.D.= 0.43). The highest mean score was found in life event perception and adaptation, whereas professional help-seeking behavior scored the lowest. Comparative analysis demonstrated that differences in academic year, financial support, family relationships, and personal experience with depression significantly led to different levels of prevention behaviors ($p < .05$).

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา Corresponding author

Furthermore, psychosocial factors, resilience, and social support were positively correlated with depression prevention behaviors ($p < .001$). Multiple regression analysis indicated that all three independent variables significantly predicted depression prevention behaviors ($p < .05$), with resilience being the strongest predictor, followed by psychosocial factors and social support, respectively.

Keywords: Depression Prevention Behaviors; Resilience Quotient; Psychosocial Factors; Social Support; Nursing Students

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติทางสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศักยภาพในการดำเนินชีวิตของประชากรทุกช่วงวัย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) รายงานว่า ปัจจุบันมีประชากรมากกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลจัดเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบอุบัติการณ์สูงที่สุด ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดภาระโรคที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต (Years Lived with Disability [YLDs]) และเป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับต้น ๆ ที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย โดยมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกสูงถึงประมาณ 727,000 รายต่อปี ซึ่งการฆ่าตัวตายยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรกลุ่มวัยรุ่นและวัยเยาวชนทั่วโลก¹ แม้วานานาประเทศจะเริ่มขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตเชิงรุกมากขึ้น ทว่าข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและระบบสนับสนุนทางสังคมยังคงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าเป็นความท้าทายสำคัญทางสาธารณสุขที่ไม่สามารถมองข้ามได้¹

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลสถานการณ์เชิงสถิติของกรมสุขภาพจิตระบุว่า ประชากรไทยมีแนวโน้มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจุบันมีผู้ป่วย

ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า 1.3 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด และมีทิศทางขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยเริ่มเข้าสู่วัยทำงาน² สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพจิตของประชาชนผ่านระบบออนไลน์ (Mental Health Check-In) ที่บ่งชี้ว่า ประชาชนไทยร้อยละ 17.20 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 10.63 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและนักศึกษาที่มีระดับความเสี่ยงสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างชัดเจน^{2,3} ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนามาตรการเชิงป้องกัน และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดีในกลุ่มประชากรวัยรุ่น³

นักศึกษาพยาบาลจัดเป็นประชากรเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักศึกษาในสาขาวิชาอื่นอย่างเด่นชัด เนื่องจากบริบททางการศึกษาที่ต้องเผชิญกับภาระการเรียนรู้ภาคทฤษฎีที่เข้มข้น การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในชั้นคลินิก ความกดดันจากการรับผิดชอบดูแลชีวิตของผู้ป่วย ตลาดงานการปรับตัวต่อความคาดหวังของครอบครัว สถาบันการศึกษา และวิชาชีพ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า นักศึกษาพยาบาลเผชิญกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูง อันเป็นผลมาจากความเครียดสะสมในการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติวิชาชีพ^{4,5} ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทประเทศไทยที่ระบุว่า ความเครียดจากการเรียน การฝึกปฏิบัติทางคลินิก และการรับทราบบทบาทพยาบาล เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล^{6,7}

ซึ่งหากนักศึกษาไม่ได้รับการดูแล ประเมิน และส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อเชิงลบเป็นลูกโซ่ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คุณภาพชีวิต สมรรถนะแห่งตนในวิชาชีพ และอาจส่งผลร้ายแรงต่อคุณภาพของระบบการพยาบาลในอนาคต⁷

ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่ควรได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริม "พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า" ซึ่งถือเป็นมาตรการเชิงรุก (Proactive Behavior) ในการเสริมสร้างเกราะคุ้มกันทางจิตใจ การทบทวนวรรณกรรมระบบสากลยืนยันว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างทักษะการจัดการความเครียด และการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหา สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันดังกล่าวครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัยทางกาย การปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้และการจัดการเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต การมีทัศนคติเชิงบวกต่อปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที⁹

จากการศึกษากรอบแนวคิดทางจิตวิทยา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยสำคัญ 3 ด้านที่มีอิทธิพลและส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors): ครอบคลุมการรับรู้ทัศนคติ และการตีความเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งส่งผลต่อการเลือกวิธีเผชิญปัญหา (Coping Strategies) โดยบุคคลที่มีระบบคิดและทัศนคติในเชิงลบต่อภาวะซึมเศร้า มักมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเข้ารับคำปรึกษา ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีการรับรู้และทัศนคติที่เหมาะสมจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันและดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ดีกว่า⁹ 2) ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ): เป็นปัจจัยภายในบุคคลและเป็นเกราะคุ้มกันทางจิตใจที่สำคัญ

สะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัว พื้นตัว และก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะสามารถบริหารจัดการอารมณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในการปกป้องสุขภาพทางจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม^{10,11} และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคม (Environmental and Social Support Factors): การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนนโยบายของสถาบันการศึกษาและการเข้าถึงระบบบริการให้คำปรึกษา ล้วนเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีรายงานการวิจัยพบว่านักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีแนวโน้มแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ¹²

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ทว่าการศึกษาที่บูรณาการและมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยร่วมระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร่ายังคงมีอยู่ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทเฉพาะของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ซึ่งเป็นสถาบันผลิตบุคลากรทางการพยาบาลในเขตภูมิภาคที่มีบริบททางสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมเฉพาะตัว ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อนำข้อมูลและองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหาร อาจารย์ และผู้เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบาย วางแผนพัฒนาแนวทาง กิจกรรม และระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาด้านสุขภาพจิตอย่างเป็น

รูปธรรม ตลอดจนร่วมสร้างสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่เอื้อต่อการมีสุขภาพทางจิตที่ดีอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และพร้อมที่จะออกไปปฏิบัติงานเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Survey research by cross-sectional design)

ประชากร (Population) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2569 จำนวนทั้งหมด 304 คน จำแนกเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 90 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 73 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 67 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2569 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Yamane, 1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนยอมรับได้ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 173 คน เพื่อป้องกันความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 219 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้ชั้นปีเป็นชั้นภูมิ (Strata) และจัดสรรขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportional Allocation) ได้กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปีดังนี้ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 65 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 53 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 48 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 53 คน (รวมทั้งสิ้น 219 คน) การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2569 มีอายุตั้งแต่ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป มีความสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังรับทราบวัตถุประสงค์เรียบร้อยแล้ว

เกณฑ์การคัดออก คือนักศึกษาที่อยู่ระหว่างลาพักการศึกษาหรือพ้นสภาพนักศึกษาในสถานศึกษาช่วงเก็บข้อมูล นักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์โดยมีข้อมูลสูญหายเกินร้อยละ 20 ของคำถามทั้งหมด และนักศึกษาที่ขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการ โดยการถอนตัวไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนรู้และผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำถามในช่องว่าง (Fill-in-the-blank) จำนวน 9 ข้อ

ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เงินสนับสนุนที่ได้รับต่อเดือน การกู้ยืมเพื่อการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพในครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคม ใช้วัดการรับรู้คุณลักษณะเชิงจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการความเครียด การได้รับคำปรึกษาจากครอบครัวหรือเพื่อน ความกดดันจากการเรียน การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษา แนวโน้มการขอความช่วยเหลือจากอาจารย์ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมชั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5-Point Rating Scale) ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด (1.00–1.80) น้อย (1.81–2.60) ปานกลาง (2.61–3.40) มาก (3.41–4.20) และมากที่สุด (4.21–5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) ดัดแปลงมาจากแนวคิดและเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความทนทานทางอารมณ์ (Emotional Stability) จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกำลังใจ (Encouragement) จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (Problem Management) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับความเข้มแข็งทางใจและขีดความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความเครียดที่สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคม ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและระบบเกื้อกูลที่เอื้อต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากอาจารย์

และบุคลากร สภาพแวดล้อมทางกายภาพของมหาวิทยาลัย การเข้าถึงข้อมูลและการบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต นโยบายของสถาบัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมการแสดงออกเชิงพฤติกรรมใน 4 มิติ ได้แก่ พฤติกรรมด้านสุขภาพกาย (8 ข้อ) เช่น การออกกำลังกาย สุขอนามัยการนอนหลับ โภชนาการและการจัดการความเครียด การรับรู้ต่อเหตุการณ์ชีวิต (5 ข้อ) เช่น การมองปัญหาในเชิงบวก การปรับตัว และการจัดการอารมณ์ ทักษะคิดและการรับรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (4 ข้อ) เช่น ความเชื่อเชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการแสวงหาความช่วยเหลือ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (3 ข้อ) เช่น การเข้ารับคำปรึกษาทางจิตวิทยา และความพร้อมในการเข้าถึงแหล่งบริการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติ ได้แก่ 4 (ปฏิบัติเป็นประจำ/ทุกครั้ง) 3 (ปฏิบัติบ่อยครั้ง) 2 (ปฏิบัติบางครั้ง) และ 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) คะแนนรวมที่สูงแสดงถึงการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามที่พัฒนาและดัดแปลงขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมของเนื้อหาตามโครงสร้างตัวแปร และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย สถิติ และการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต และ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพการ

พยาบาลและการศึกษาพยาบาล จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป สำหรับข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 หรือข้อคำถามที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำและบริบทภาษาให้มีความสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดสอบในขั้นต่อไป

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัย) จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและการตีความข้อคำถาม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานค่า (Likert Scale) ทุกส่วน ผลการวิเคราะห์พบว่า เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางสถิติมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่เป็นระบบ ดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

1. ระยะเตรียมการและพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ตัวแปร และพัฒนาแบบสอบถามฉบับร่าง จากนั้นนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ก่อนนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่า

ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากนั้นผู้วิจัยจึงเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน

2. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทางราชการเพื่อประสานงานกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และมาตรการพิทักษ์สิทธิ พร้อมทั้งขอลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มกระบวนการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 219 คน (หรือตามจำนวนจริงที่ส่งแบบสอบถามกลับคืน) โดยใช้แบบสอบถามฉบับกระดาษร่วมกับแบบสอบถามออนไลน์ตามความเหมาะสม

3. ระยะจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด นำข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์คัดแยกมาบันทึกรหัสลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรและระดับของตัวแปร และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ก่อนนำผลลัพธ์ที่ได้ไปสรุปอภิปรายผล และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เพื่อการเผยแพร่ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งสถิติที่ใช้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ค่าเฉลี่ยร่วมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับของปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Independent t-test และ One-way ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล, ใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินงานตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่รับรอง HE-228/2569

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 219 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 199 คน (ร้อยละ 90.9) และเพศชาย 20 คน (ร้อยละ 9.1) ด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ที่ 19 ปี 55 คน (ร้อยละ 25.1) รองลงมาคือ 18 ปี 51 คน (ร้อยละ 23.3) สำหรับระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 69 คน (ร้อยละ 31.5) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 65 คน (ร้อยละ 29.7) ชั้นปีที่ 1 จำนวน 62 คน (ร้อยละ 28.3) และชั้นปีที่ 3 จำนวน 23 คน (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยทางเศรษฐกิจ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,000–30,000 บาทต่อเดือน

119 คน (ร้อยละ 54.3) โดยได้รับเงินสนับสนุนประจำเดือนจากครอบครัว/ญาติเฉลี่ยที่ช่วง 3,000–4,000 บาท (ฐานนิยมคือ 3,000 บาท, ร้อยละ 16.9) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังได้รับเงินค่าครองชีพสนับสนุนจากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) จำนวน 3,000 บาทต่อเดือน 87 คน (ร้อยละ 39.7) สำหรับบริบทด้านครอบครัว และสุขภาพจิต พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ร่วมกัน 146 คน (ร้อยละ 66.7) หย่าร้าง 52 คน (ร้อยละ 23.7) ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว ส่วนใหญ่ระบุว่ามีความรักใคร่กลมเกลียวกันดี 161 คน (ร้อยละ 73.5) มีการทะเลาะกันบางครั้ง 55 คน (ร้อยละ 25.1) ทั้งนี้ ในมิติด้านประสบการณ์ทางสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 185 คน (ร้อยละ 84.5) ขณะที่ผู้เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 34 คน (ร้อยละ 15.5)

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.13, S.D.= 0.43) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ ด้านการรับรู้และปรับตัวต่อเหตุการณ์ชีวิต (Mean=3.79, S.D.=0.70) รองลงมาคือ ด้านทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Mean=3.46, S.D.= 0.51) อยู่ในระดับมากเช่นกัน สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (Mean=2.82, S.D.= 0.48) และด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=2.44, S.D.=0.74)

ผลการวิเคราะห์ระดับตัวแปรอิสระ

ผลการวิเคราะห์ระดับตัวแปรอิสระพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับคะแนนตัวแปรอิสระอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=3.81, S.D.=0.74) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม (Mean=3.76,

S.D.=0.56) และความเข้มแข็งทางใจ (Mean=3.67, S.D.=0.36) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันภาวะซึมเศร้า

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับชั้นปีแตกต่างกัน (Mean=3.278, $p=.022$) เงินที่ได้รับจากครอบครัว/ผู้สนับสนุนต่างกัน ($F=2.912$, $p=.036$) สัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน ($F=8.416$, $p<.001$) และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าต่างกัน ($t=2.486$, $p=.014$) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ ครอบครัว เงินกู้ กยศ. และสถานภาพสมรสของบิดามารดา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ในระดับสูงทางบวก ($r=.643$) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม ($r=.528$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r=.486$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางทางบวก แสดงว่าเมื่อตัวแปรอิสระเหล่านี้มีระดับที่สูงขึ้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลจะสูงขึ้นตามไปด้วย

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรับรู้และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนว่านักศึกษามี

ทักษะการตระหนักรู้และปรับตัวต่อความเครียดจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกได้ดีในระดับหนึ่ง เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งเน้นการฝึกทักษะการจัดการภาวะวิกฤตแต่อย่างไรก็ตาม นักศึกษายังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศที่พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และระหว่างฝึกคลินิกครั้งแรก ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้เหตุการณ์ชีวิตในทางลบและความกดดันทางการเรียน^{6,7}

สำหรับประเด็นที่ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือมีคะแนนต่ำที่สุด อธิบายได้จากทัศนคติเชิงลบและความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราทางสังคม (Mental Health Stigma) ตลอดจนความกลัวว่าตนเองจะถูกมองว่าขาดความสามารถในการจัดการปัญหา สอดคล้องกับวรรณกรรมต่างประเทศที่ระบุว่า ความกลัวตราบาปเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของนักศึกษาสายการแพทย์^{4,5} อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและความรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ถือเป็นแนวทางสำคัญในการลดทอนสถานะตราบาปในตนเอง (Self-stigma) และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันเชิงรุก ตลอดจนการเข้าถึงระบบช่วยเหลือเชิงระบบของสถาบันการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น^{13,14,15}

2. ระดับปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ชี้ให้เห็นว่าระบบเกื้อกูลจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ ทำหน้าที่เป็นปัจจัยคุ้มครอง (Protective Factors) ที่สำคัญยิ่งซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงยาว (Longitudinal Study) ที่ยืนยันว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มั่นคงช่วยชะลออัตราการ

เพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้าจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานที่เข้มข้นได้อย่างมีนัยสำคัญผ่านกลกลดทอนอิทธิพล (Buffer Effect)^{7,15,16} ในมิติด้านจิตสังคมและความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน สะท้อนถึงพื้นฐานการรับรู้และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลจิตใจ การเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) รวมถึงขีดความสามารถในการฟื้นตัวจากสถานการณ์วิกฤต ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)^{15,17,18} ยิ่งไปกว่านั้น ความเข้มแข็งทางใจยังทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) เติมรูปแบบ ที่รับอิทธิพลเชิงบวกจากสิ่งแวดล้อมภายนอกแล้วส่งแรงขับเคลื่อนให้นักศึกษาแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองเชิงรุก^{6,18} นอกจากนี้ โครงสร้างพื้นฐานและนโยบายด้านสุขภาพจิตที่ปลอดภัยของสถาบันอุดมศึกษา (เช่น ระบบคัดกรองจิตใจแบบไม่เปิดเผยตัวตน) ยังเป็นแรงขับเคลื่อนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างเป็นรูปธรรม^{3,19}

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าตามปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ระดับชั้นปี เงินที่ได้รับสนับสนุนสัมพันธภาพในครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็น "ระดับชั้นปี" อธิบายได้จากบริบทความเครียดที่จำเพาะ โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เผชิญความเครียดจากการปรับตัวเข้าสู่สังคมมหาวิทยาลัย⁶ ขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่สูงขึ้นเผชิญความกดดันจากการฝึกงานบนหอผู้ป่วยและภาระงานคลินิกที่เข้มข้นขึ้นตามระยะเวลา^{7,16} สำหรับปัจจัย "เงินสนับสนุน" และ "สัมพันธภาพในครอบครัว" ถือเป็นเสาหลักภายนอกที่สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ โดยครอบครัวที่อบอุ่นและมีทุนทรัพย์เพียงพอจะช่วยลดทอนสถานะตึงเครียด ทำให้นักศึกษารักษาระดับพฤติกรรมป้องกันได้

ดีกว่ากลุ่มที่ขาดแคลน^{6,14} ในมิติของ "ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า" สามารถส่งผลได้สองทิศทาง กล่าวคือ อาจเพิ่มความเปราะบางหากเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (Avoidant coping)¹⁸ แต่ในทางกลับกัน หากประสบการณ์นั้นถูกเปลี่ยนเป็นความรู้เท่าทันสุขภาพจิตและการตระหนักรู้ในสมรรถนะแห่งตน จะกลายเป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่ลดสถานะตราบาปในตนเอง และกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันเชิงรุกรวมถึงการกล้าเข้าหาผู้เชี่ยวชาญทันทีเมื่อมีอาการนำทางอารมณ์^{14,15,17} ความแตกต่างรายบุคคลเหล่านี้ถูกเติมเต็มด้วย "ความเข้มแข็งทางใจ" และ "ระบบสนับสนุนเชิงระบบของสถาบัน" ที่ช่วยหล่อหลอมพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวม^{3,13,19,20}

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุด สะท้อนชัดเจนว่าพลังสุขภาพจิตภายในทำหน้าที่เป็นกลไกส่วนบุคคลและตัวแปรส่งผ่านที่ทรงพลังที่สุดในการแปรเปลี่ยนแรงสนับสนุนภายนอกไปสู่การปฏิบัติเชิงพฤติกรรม สอดคล้องกับแบบจำลองสมการโครงสร้าง (SEM) ที่ค้นพบว่า ระบบสนับสนุนไม่ได้ลดความซึมเศร้าโดยตรงทั้งหมด แต่ส่งผ่านพลังความเข้มแข็งทางใจเพื่อขับเคลื่อนพฤติกรรมการจัดสรรเวลาพักผ่อนและการจัดการความรับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ²⁰ นอกจากนี้ ระบบการเฝ้าระวังเชิงอารมณ์และการให้ข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง^{7,16,21} ผสมกับการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ^{15,17} ล้วนเป็นเกราะกำบังทางจิตใจที่ช่วยลดทอนขนาดของความเครียดไม่ให้พัฒนาไปสู่อาการซึมเศร้าทางคลินิก โดย

คุณลักษณะด้านจิตสังคมเชิงบวกและการเข้าถึงระบบบริการรักษาทางจิตวิทยาที่สะดวกของคณะ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการตีตราตนเอง ส่งผลให้นักศึกษาเลือกเผชิญปัญหาเชิงรุกมากกว่าการปฏิเสธความจริง^{14,18} ทั้งนี้ โครงสร้างเชิงระบบและการสนับสนุนเชิงนโยบายของสถาบันการศึกษาทำหน้าที่เป็นฐานรากภายนอกที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดปัจจัยด้านจิตสังคมเชิงบวกและหล่อหลอมความเข้มแข็งทางใจในตัวนักศึกษาพยาบาลในที่สุด^{3,19}

5. อำนาจการพยากรณ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเข้มแข็งทางใจมีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด รองลงมาคือปัจจัยด้านจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ผลการศึกษาให้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ความเข้มแข็งทางใจ (RQ) เป็นทรัพยากรภายในตัวบุคคล (Internal Resources) ที่ทรงพลังที่สุดในการกำหนดทิศทางพฤติกรรมและการฟื้นตัวจากสภาวะวิกฤต ซึ่งได้รับการยืนยันผลเชิงทดลองว่าโปรแกรมการฝึกอบรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสามารถยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน^{13,20} สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอำนาจการทำนายเป็นอันดับสองสะท้อนถึงบทบาทสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการร่วมกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและการลดสถานะตราบาปในตนเอง^{15,17} ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานภายนอก (External Resources) ที่คอยขับเคลื่อนและหนุนเสริมให้ปัจจัยภายในตัวบุคคลทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ^{7,21} เมื่อโครงสร้างเชิงระบบนโยบายสนับสนุน และระบบบริการรักษาของ

สถาบันมีความพร้อม จะเกิดเป็นแรงร่วมที่ส่งผลปลายทางให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่สูงและต่อเนื่องอย่างยั่งยืน^{3,19}

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ ก่อนเข้าศึกษาและก่อนฝึกคลินิกทุกชั้นปี เพื่อเพิ่มทักษะการฟื้นตัวและการเผชิญปัญหาเชิงรุก ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์สูงสุด

1.2 การสร้างเครือข่ายครอบครัว-เพื่อน-อาจารย์ ควบคู่กับการพัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบคัดกรองและให้คำปรึกษาสุขภาพจิตออนไลน์แบบไม่เปิดเผยตัวตน เพื่อลดความกลัวการถูกตีตรา

1.3 การบูรณาการเนื้อหาความรู้เท่าทันสุขภาพจิตและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าในวิชาการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ดูแลตนเองและเฝ้าระวังเพื่อนร่วมชั้นได้

1.4 การออกแบบการดูแลจำแนกตามชั้นปี เช่น ปี 1 เน้นการปรับตัว, ปีสูงเน้นความเครียดจากการฝึกงานและจัดสรรทุนการศึกษาเพื่อลดความตึงเครียดทางเศรษฐกิจของครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยตรง

2.2 การติดตามศึกษาพยาบาลกลุ่มเดิมตั้งแต่ปี 1-4 เพื่อหาแนวโน้มและช่วงเวลาวิกฤตของปัญหาสุขภาพจิต

2.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเสี่ยงสูงหรือผู้มีประสบการณ์ตรง เพื่อเจาะลึกบริบทความเครียดบนหอผู้ป่วยและอุปสรรคเชิงระบบ

2.4 ควรขยายสถาบันวิจัยให้ครอบคลุมภาครัฐ-เอกชน และเพิ่มตัวแปรควบคุมสำคัญ เช่น สุขอนามัยการนอนหลับ และชั่วโมงการฝึกคลินิก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2026). Mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. กรมสุขภาพจิต.(2568). รายงานสถานการณ์เชิงสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
3. อัญชลี รุจิรานันท์, วรวิทย์ เกื้อกุล, ศิริพร ประชารักษ์.(2569). การสำรวจสภาวะสุขภาพจิต ดัชนีพฤติกรรมสุขภาพ และความสอดคล้องของระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อมในสถาบันอุดมศึกษายุคปัจจุบัน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2569;34(1):45-58.
4. Labrague LJ, De los Santos JAA.(2022). Academic workload, clinical practice stress, and mental health outcomes among nursing students: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2022;129:104214.
5. Ratanasiripong P, Park JH, Ratanasiripong N.(2021). Mental health status, stigma, and help-seeking behaviors among nursing students in Asia. Asian J Nurs. 2021;14(3):215-27.
6. ชุตินา ประสิทธิ์เวท, นภาพร วัฒนากุล, วิชัย บุญรัตน์.(2564). ความเครียด อาการซึมเศร้า และปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(2):89-102.
7. พรทิพย์ สุขชี, วรรณภา ศรีไทย, สมชาย ใจดี.(2565). ปัจจัยจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานคลินิกครั้งแรก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(1):32-47.
8. Cuijpers P, Pineda BS, Quero S, Karyotaki E, Struijs SY, Figueroa CA, et al.(2020). Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev. 2020;81:101896.
9. Beck AT, Dozois DJ.(2011). Cognitive therapy: current status and future directions. Annu Rev Med. 2011;62:397-409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032. PMID: 20690827.
10. กรมสุขภาพจิต.(2564). คู่มือการประเมินและสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ). นนทบุรี: กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
11. Connor KM, Davidson JR.(2020). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2020;37(4):324-35.
12. Eisenberg D, Lipson SK, Heinze JE.(2020). Social support, mental health stigma, and utilization of mental health services among college students. J Am Coll Health. 2020;68(5):482-91
13. กนกวรรณ ธนารักษ์, ศิริพร วงศ์ใหญ่, นงลักษณ์ มีทองแสน.(2566). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(3):78-92.
14. นงนุช เขาวนศิลป์.(2567). ความรู้เท่าทันสุขภาพจิต ทักษะต่อการขอความช่วยเหลือ และสภาวะตราบาปในตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์สุขภาพ. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2567;55(1):33-47.
15. Ahmed A, Al-Anzi N, El-Mitwally L.(2023). Mental health literacy and its relationship with depression prevention behaviors among health science students. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(2):501-12.
16. Taylor R, Brown M.(2026). A two-year longitudinal investigation of depression, academic stress, and social support among undergraduate nursing students. J Adv Nurs. 2026;82(4):889-902.
17. ศศิธร ชูเกียรติ, สุนิสา ขายเกลี้ยง.(2568). การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในคนรุ่นใหม่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2568;55(2):201-14.
18. Kim S, Lee J.(2023). Predictors of mental health promotion and depression prevention behaviors among nursing students: A health belief model approach. Nurse Educ Today. 2023;121:105-13.

19. Müller A, Schmidt M.(2025). Institutional infrastructure and institutional policy as external drivers for depression prevention behaviors among European university students. *Higher Educ Res.* 2025;40(3):412-26.
20. ปรียานุช ผิวสอาด, ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร.(2567). อิทธิพลส่งผ่านของความเข้มแข็งทางใจระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล: การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2567;69(2):157-70.
21. Nguyen TH, Tran KV.(2024). Emotional support from family and peers as a buffer against academic stress and depression in health science students. *Asian J Nurs Stud.* 2024;13(2):145-56.