

ความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้า
ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดใต้
อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Mental Health Literacy Regarding Depression and Approaches to Depression Prevention
in the Village Health Volunteers at Samet Tai Sub-district, Bang Khla District,
Chachoengsao Province

(Received: August 5, 2026 ; Revised: August 8, 2026 ; Accepted: August 10, 2026)

สมรทิพย์ วิภาวนิช¹

Samorntip Vipavanich¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของ อสม. และเพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 113 คน เครื่องมือเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พัฒนาตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา IOC = 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น ด้านความรู้ KR-20 = 0.81 ด้านทัศนคติ Cronbach's alpha = 0.76 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนรวมด้านความรู้อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.16) ส่วนด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุอยู่ระดับน้อย (ร้อยละ 44.67) คะแนนเฉลี่ยรวมด้านทัศนคติอยู่ระดับมาก (Mean = 3.58, SD = 0.54) รายข้อพบทัศนคติเชิงลบต่อการเปิดเผยภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับน้อย (Mean = 2.31, SD = 1.15) และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน มุ่งให้มีการพัฒนาใน 3 ระดับได้แก่ 1) ระดับบุคคล จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสาเหตุ และสัญญาณเตือน ทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และการสื่อสารเชิงบวกให้กับ อสม. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 2) ระดับชุมชน โดยการรณรงค์ปรับทัศนคติที่ทำให้คนกล้าเปิดเผยปัญหาครอบครัว และขอความช่วยเหลือโดยไม่ถูกตัดสิน ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้า รวมถึงการสังเกต และสัญญาณเตือน แก่ประชาชนในชุมชน นักเรียน ในสถานศึกษา รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ผ่านเสียงตามสาย วิทยุชุมชน ป้ายความรู้ขนาดใหญ่ และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน 3) ระดับเครือข่าย โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง อสม. รพ.สต. องค์การบริหารส่วนตำบล วัด โรงเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด โดยกำหนดบทบาทที่ชัดเจนสำหรับแต่ละภาคส่วน มีระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This survey research aimed to examine the level of mental health literacy on depression among village health volunteers (VHVs) and to develop local guidelines for depression prevention. The studied population consisted of 113 VHVs, who met the specified criteria, from Samet Tai Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province. The quantitative tool was a mental health literacy questionnaire on depression, developed on the basis of Jorm's mental health literacy framework. It had a content validity coefficient (IOC) of 1.00, a reliability coefficient (KR-20) of 0.81 for the knowledge, and Cronbach's alpha of 0.76 for the attitudes. The data were analyzed using descriptive and qualitative statistics. The focus group discussion, in-depth interview, and content analysis were also conducted.

¹ พร.ด. อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ email: samorntipvipa@gmail.com

According to study results, the total scores in the aspect of knowledge, and of knowledge and belief on risk factors and causes were at a moderate, and low level (65.16%) (44.67%), respectively. Moreover, the total average score for the attitudes was at a high level (Mean = 3.58, SD = 0.54). The investigation of each aspect indicated a low level of negative attitudes towards disclosing depression (Mean = 2.31, SD = 1.15). The community-based depression prevention guidelines focus on 3 levels of development: 1) individual level: VHVs were provided, at least 3 times a year, with trainings on depression, its causes and warning signs as well as basic counseling, active listening, and positive communication skills; 2) community level: attitude-changing campaigns were organized among community members and students in different educational institutes so that individuals find the courage to disclose family issues and to seek help without fear of judgment. This was to diffuse the knowledge and understanding of depression, observation techniques, and warning signs. Additionally, the knowledge was disseminated through community radio channels, large information boards, and groups of villagers in LINE application; and, lastly, 3) network level: collaborative networks were established among VHVs, Subdistrict Health Promotion Hospitals, Subdistrict Administrative Organizations (SAO), temples, schools, senior schools, and local and provincial public health authorities. The roles for each sector were clearly defined. A rapid and efficient referral system, and ongoing follow-up care in the local area were also available.

Keywords: Mental Health Literacy Regarding Depression, Depression Prevention, Village Health Volunteers

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2025 คาดการณ์ว่า มีประชากรร้อยละ 4.0 ที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้า และราว 332 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้า¹ ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567² ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม รู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว การรับประทานอาหาร การนอน หรืออาจมีอาการทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย³ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกหมดแรง อ่อนล้า ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ทันท่วงที อาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดำเนินชีวิต และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต ครอบคลุม ทั้งความรู้และความเชื่อในการรับรู้ จัดการ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงความสามารถ

ในการระบุนาการภาวะซึมเศร้า เข้าใจแนวทางการรักษา และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการขอความช่วยเหลือ⁴ ดังนั้น การป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สามารถตระหนักรู้ เข้าใจ และจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 พบมีผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง 4 ราย⁵ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าเชิงพื้นที่ ดังนั้น ผู้ที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยทำหน้าที่เฝ้าระวัง คัดกรอง และเชื่อมต่อผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพก็คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Community Health Workers (CHWs) ในระดับสากล เช่น ในสหราชอาณาจักรและเนเธอร์แลนด์ ที่พัฒนาโครงการ CHWs เพื่อเป็นด่านหน้าในการคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไปยังผู้เชี่ยวชาญ⁶

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในฐานะกลไกสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชน ในชุมชนมากที่สุด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในพื้นที่ตำบลเสม็ดได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นข้อมูลเฉพาะบริบทที่ศึกษา ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. และพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดได้ อำเภอ บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดได้ อำเภอ บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลแบบผานวิธี ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2568 ถึง 15 มีนาคม 2569

การศึกษาที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของ อสม.

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: ศึกษาจากประชากรที่เป็น อสม. ทั้งหมดของตำบลเสม็ดได้ อำเภอ บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 113 คน (จากประชากรทั้งหมด 114 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm⁴ โดยปรับเนื้อหา ให้มุ่งเน้นเฉพาะภาวะซึมเศร้า เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม

2. แบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ความรู้ 5 ด้าน จำนวน 30 ข้อ และทัศนคติ 1 ด้าน จำนวน 6 ข้อ โดยด้านความรู้ แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก และ ผิด การให้คะแนนตอบ ถูก = 1 คะแนน ตอบ ผิด = 0 คะแนน การแปลผลคะแนนร้อยละ ผู้วิจัยอิงแนวคิด Mastery Learning ของ Bloom⁷ ที่กำหนดร้อยละ 80 เป็นเกณฑ์ระดับ mastery โดยกำหนดคะแนนร้อยละเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ร้อยละ 80.00–100.00 = มาก ร้อยละ 60.00–79.99 = ปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = น้อย ส่วนด้านทัศนคติ วัดด้วยมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Likert scale) จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็นข้อเชิงบวกและเชิงลบ อย่างละ 3 ข้อ โดยข้อเชิงลบให้คะแนนย้อนกลับ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์แปลผลจากช่วงกว้างอันตรภาคชั้น $= (5-1)/5 = 0.80$ ได้แก่ 4.21–5.00 = มากที่สุด 3.41–4.20 = มาก 2.61–3.40 = ปานกลาง 1.81–2.60 = น้อย และ 1.00–1.80 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 (เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ $IOC \geq .50$) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.81 สำหรับแบบวัดทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.76 (เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ $\geq .70$ ขึ้นไป)

การศึกษาที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้ให้

ข้อมูลสำคัญที่เลือกแบบเจาะจงด้วยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือประกอบด้วยแนวคำถาม กึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำเครื่องมือเชิงคุณภาพเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า มีความเห็นพ้องว่าข้อคำถามมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบท อสม. ในพื้นที่ จากนั้นนำไปทดลองใช้ พบว่าเครื่องมือมีความชัดเจนและสื่อความหมายได้ตรงประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ และลงนามยินยอม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำกับดูแล เพื่อตอบข้อซักถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน รวม 16 คน ณ รพ.สต. เสม็ดใต้ ใช้เวลา 60-90 นาที/กลุ่ม เพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดรหัสแทนชื่อจริง โดยใช้ G1 แทนกลุ่มที่ 1 และ G2 แทนกลุ่มที่ 2 แล้วตามด้วยหมายเลขลำดับ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ พยาบาลวิชาชีพ รายละเอียด 45-60 นาที ทั้งนี้ มีการบันทึกเสียง และ จัดบันทึกประเด็นสำคัญภายใต้ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาถอดความ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดกลุ่มประเด็นตามหมวดหมู่ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อสังเคราะห์สาระสำคัญ และข้อค้นพบที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ตามเอกสาร RRU-IRB No. 072/2568 ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถบรรยายตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรที่ศึกษาจำนวน 113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 79 คน (ร้อยละ 69.91) มีอายุ 58 ปี ขึ้นไป 72 คน (ร้อยละ 63.72) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา 58 คน (ร้อยละ 51.33) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด 48 คน (ร้อยละ 42.48) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี 65 คน (ร้อยละ 57.52) ส่วนใหญ่เคยอบรมด้านสุขภาพจิต 76 คน (ร้อยละ 67.26) และเคยมีประสบการณ์การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า 67 คน (ร้อยละ 59.29)

ผลการศึกษา ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านความรู้) พบว่า อสม. มีระดับความรู้ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.16) เมื่อพิจารณา

รายชื่อ พบว่า ผลอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (ร้อยละ 79.67) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 72.83) ความรู้ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 65.00) ความสามารถในการระบุความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 63.50) ส่วนความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 44.67) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านทัศนคติ) พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมทุกข้ออยู่ในระดับมาก (Mean = 3.58, SD = 0.54) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่ อสม. มีทัศนคติในระดับมากที่สุด ได้แก่ ความเชื่อว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับความเข้าใจ และการสนับสนุนจากคนรอบข้าง (Mean = 4.54, SD = 0.66) การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อรู้สึกเศร้าหรือท้อแท้ ช่วยให้เข้าใจตนเองและปัญหาได้ดีขึ้น (Mean = 4.45, SD = 0.61) และการเข้ารับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าช่วยให้สามารถฟื้นฟูและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Mean = 4.41, SD = 0.79) และข้อที่มีระดับน้อย คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ควรบอกให้คนอื่นรู้เพราะอาจถูกมองไม่ดี (Mean = 2.31, SD = 1.15)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดได้อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนของตำบลเสม็ดได้ที่ครอบคลุมระดับบุคคล ชุมชน และเครือข่าย ดังนี้

1. ระดับบุคคล จากการสนทนากลุ่ม

และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ด้านความรู้ อสม. ได้รับความรู้ที่กว้างไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถแยกอาการอื่น ๆ ที่มีความคล้ายภาวะซึมเศร้าได้ และการได้รับความรู้เพียง 1-2 ครั้งต่อปี ทำให้

ความรู้ลดน้อยลงตามกาลเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าไม่เคยได้รับการฝึกทักษะการสื่อสาร และการให้คำปรึกษา ดังนั้น จึงต้องการพัฒนาตนเองในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทักษะการสื่อสาร และการให้คำปรึกษา เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

2. ระดับชุมชน จากการสนทนากลุ่ม พบประเด็นรบบาบาททางสังคมที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการ คือ ครอบครัวปกปิดข้อมูลเนื่องจากไม่อยากให้ใครรู้ กังวลต่อภาพลักษณ์

3. ระดับเครือข่าย ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ได้แก่ อสม. รพ.สต. อบต. วัด โรงเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และช่วยลดการตีตรา ทำให้คนที่มีปัญหาหากลาขอความช่วยเหลือ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ด้านความรู้ พบว่า อสม. ตำบลเสม็ดได้มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.16 สอดคล้องกับ Pruksarungruang และ Rhein⁸ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านโรคซึมเศร้า พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 44.67) ซึ่งการที่ อสม. ขาดความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ การเกิดภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงของบุคคลในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

2. ด้านทัศนคติ พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทุกข้ออยู่ในระดับมาก (Mean = 3.58, SD = 0.54) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด คือผู้ที่มีการะชิมเศร้าวควรได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนจากคนรอบข้าง (Mean = 4.54, SD = 0.66) การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อรู้สึกเศร้าวหรือท้อแท้ช่วยให้เข้าใจตนเองและปัญหาได้ดีขึ้น (Mean = 4.45, SD = 0.61) และการเข้ารับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีอาการชิมเศร้าวช่วยให้สามารถฟื้นฟูและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Mean = 4.41, SD = 0.79) ซึ่งอาจสะท้อนถึงการที่ อสม. ทำงานใกล้ชิดกับผู้รับบริการในชุมชน อย่างไรก็ตามยังพบทัศนคติที่เป็นอุปสรรค คือ ผู้ที่มีอาการชิมเศร้าวไม่ควรบอกให้คนอื่นรู้ เพราะอาจถูกมองไม่ดี (Mean = 2.31, SD = 1.15) ซึ่งสะท้อนอิทธิพลของตราบาปทางสังคม และสอดคล้องกับ Alhumaidan et al.⁹ ที่ระบุว่า ตราบาปเป็นความกังวลในเรื่องความเป็นส่วนตัว กลัวว่าผู้อื่นจะล่วงรู้ถึงปัญหาของตน และเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางบุคคลในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ที่ 2 แนวทางการป้องกันภาวะชิมเศร้าวในชุมชน ตำบลเสม็ดได้ อำเภอ บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายแนวทางการป้องกันภาวะชิมเศร้าวในชุมชน 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคล

1.1 พัฒนาคำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะชิมเศร้าว

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ได้รับความรู้ที่กว้างไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องภาวะชิมเศร้าว ทำให้ไม่สามารถแยกอาการอื่น ๆ ที่มีความคล้ายภาวะชิมเศร้าวได้ สอดคล้องกับ Khanthavudh et al.¹⁰ ที่ศึกษาเชิงคุณภาพใน อสม. ประเทศไทย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่รายงานว่าไม่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะ แม้จะมีการประชุมประจำเดือน แต่เนื้อหาการให้ความรู้ส่วนใหญ่เน้นไปที่โรคทางกายเป็นหลัก ผลจากการขาดความรู้เฉพาะทางนี้ทำให้ อสม. ไม่เข้าใจถึงอันตรายของ

การที่มีปัญหาสุขภาพจิตแยกตัวจากสังคมหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง และการได้รับความรู้เพียง 1-2 ครั้งต่อปี ทำให้ความรู้ลดน้อยลงตามกาลเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oladeji et al.¹¹ ที่ศึกษาการอบรมแบบถ่ายทอดความรู้ เพื่อขยายผลการดูแลภาวะชิมเศร้าวในระยะตั้งครร์ก และหลังคลอด โดยการให้ความรู้แก่ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า คะแนนความรู้เรื่องภาวะชิมเศร้าวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนอบรมจาก 12.3 เป็น 15.4 ทันทีหลังอบรม และลดลงเล็กน้อยเหลือ 14.7 เมื่อติดตามผลที่ 6 เดือน แสดงให้เห็นว่าความรู้มีแนวโน้มลดน้อยลงเมื่อเวลาผ่านไปหากไม่มีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง แม้จะยังสูงกว่าค่าพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญก็ตาม

จะเห็นได้ว่า ความรู้ของ อสม. เป็นจุดตั้งต้นของแนวทางป้องกันภาวะชิมเศร้าว ตำบลเสม็ดได้ ดังนั้น แนวทางที่เสนอ ได้แก่ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะชิมเศร้าว สาเหตุ และสัญญาณเตือน อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง

1.2 พัฒนาศักยภาพการสื่อสาร

และการให้คำปรึกษา ผลการวิจัย พบว่า อสม. ไม่รู้จะสื่อสารและให้คำปรึกษาอย่างไร รวมถึงไม่มั่นใจที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ที่มีอาการชิมเศร้าว ประเด็นนี้สะท้อนถึงความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพการสื่อสารและการให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ สิริธร ขอเอ็ง และคณะ¹² ที่ระบุว่า ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้เสี่ยงชิมเศร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาถือว่าเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนความรู้ให้เป็นการปฏิบัติได้จริง อสม. ที่มีความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่พอ ต้องมีทักษะพูดคุย รับฟัง และให้คำปรึกษาเบื้องต้น จึงจะสามารถเข้าถึงปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัวของคนในชุมชนได้ ดังนั้น แนวทางที่เสนอ ได้แก่ การจัดอบรมทักษะ

การสื่อสาร การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการฟังอย่างตั้งใจ ให้กับ อสม. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง

2. ระดับชุมชน

การลดตราบาปทางสังคม ผลการวิจัย

พบว่า ตราบาปทางสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงผู้มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยครอบครัวมักปกปิดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกเนื่องจากกังวลต่อภาพลักษณ์ สอดคล้องกับ Prizeman et al.¹³ ที่ศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมประสบการณ์ของคนหนุ่มสาวเกี่ยวกับตราบาปของภาวะซึมเศร้า พบว่า การเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอับอาย รู้สึกผิด รู้สึกโดดเดี่ยว และเหงามากขึ้น เพราะปฏิกิริยาเชิงลบที่ไม่ใช้คำพูด (สีหน้า ท่าทาง) ของคนรอบข้าง

การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้เป็นการช่วยให้เข้าถึงคนที่ต้องการความช่วยเหลือได้จริง ดังนั้น แนวทางที่เสนอ ได้แก่ การรณรงค์ปรับทัศนคติที่ทำให้คนกล้าเปิดเผยปัญหาครอบครัวและขอความช่วยเหลือได้โดยไม่ถูกตัดสิน ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การสังเกต และสัญญาณเตือน แก่ประชาชนในชุมชน นักเรียนในสถานศึกษา รวมถึงการให้ความรู้ผ่าน สื่อสังคมออนไลน์ วิทยูทูบ ป้ายความรู้ขนาดใหญ่ กลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3. ระดับเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหลาย ภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ดังแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ระยะที่ 2 ระบุว่า การดำเนินงานสุขภาพจิตมีความจำเป็นในการบูรณาการงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ระบบบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. และโรงพยาบาลในพื้นที่) การบูรณาการแบบ

พหุภาคีในระดับพื้นที่ซึ่งรวมถึง อสม. และ ภาคประชาสังคม เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้านและตำบล

การดำเนินงานการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เชื่อมโยงการทำงานในระดับบุคคลเข้ากับระบบการทำงานทุกภาคส่วน ดังนั้น แนวทาง ที่เสนอ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง อสม. รพ.สต. องค์กรบริหารส่วนตำบล วัด โรงเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด โดยกำหนดบทบาทที่ชัดเจนสำหรับแต่ละภาคส่วน มีระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดได้ อำนวยความสะดวก จังหวัดฉะเชิงเทรา คือการดำเนินงานที่เริ่มจากการเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทักษะการสื่อสาร และทักษะการให้คำปรึกษาแก่ อสม. ร่วมกับการลดตราบาปทางสังคม การประสานความร่วมมือกับเครือข่าย และมีการดำเนินการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินการตามแนวปฏิบัติดังกล่าว จะนำไปสู่การป้องกันและลดความชุกของภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลเฉพาะบริบทที่ศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. และพัฒนาการดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าในตำบลเสม็ดต่อไป และจากผลการวิจัย พบว่า อสม. ยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุขาดทักษะการสื่อสาร การให้คำปรึกษา นอกจากนี้ยังพบตราบาปทางสังคมในชุมชน และความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมจากเครือข่าย ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดได้ ควรจัด

อบรมเนื้อหาเฉพาะเรื่องภาวะซึมเศร้าให้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ควบคู่กับการฝึกทักษะ การสื่อสารและการให้คำปรึกษาเบื้องต้น สร้าง ทศนคติเชิงบวก เพื่อลดตราบาปทางสังคม และ สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงาน ป้องกันภาวะซึมเศร้าให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรม หรือพัฒนา หลักสูตร เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าในชุมชนสำหรับ อสม. รวมทั้ง วางแผนการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมิน ความคงอยู่ของความรู้

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ควรศึกษาปัจจัยระดับครอบครัวต่อภาวะ ซึมเศร้า เพื่อทำความเข้าใจรากฐานทางวัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม อันนำไปสู่การพัฒนา แนวทางการลดตราบาปที่สอดคล้องกับบริบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Depressive disorder (depression)*. [cited 2025 August 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. สำนักวิชาการสุขภาพจิต. ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565–2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bmha.dmh.go.th/info_reading.php?infolid=11
3. สมรทิพย์ วิภาวนิช. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2567; 18(1): 72-88.
4. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 396-401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้. รายงานสรุปสถานการณ์สุขภาพจิตและการทำร้ายตนเอง ตำบลเสม็ดใต้ ปีงบประมาณ 2567–2568. เสม็ดใต้: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้; 2568.
6. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? A systematic review of definitions. *Glob Health Action*. 2017; 10(1): 1272223. doi:10.1080/16549716.2017.1272223
7. Bloom BS. Learning for mastery. *Eval Comment (UCLA-CSEIP)*. 1968; 1(2): 1-12.
8. Pruksarungruang J, Rhein D. Depression literacy: an analysis of the stigmatization of depression in Thailand. *SAGE Open*. 2022; 12(4): 21582440221140376. doi:10.1177/21582440221140376
9. Alhumaidan NI, Alotaibi TA, Aloufi KS, Althobaiti AA, Althobaiti NSA, Althobaiti K, et al. Barriers to seeking mental health help in Saudi Arabia: a systematic review. *Cureus*. 2024; 16(5): e60363. doi:10.7759/cureus.60363
10. Khanthavudh C, Grealish A, Tzouvara V, Leamy M. Supporting healthcare in rural communities in Thailand: an exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLoS One*. 2025; 20(3): e0320559. doi:10.1371/journal.pone.0320559
11. Oladeji BD, Ayinde OO, Bello T, Kola L, Faregh N, Abdulmalik J, et al. Cascade training for scaling up care for perinatal depression in primary care in Nigeria. *Int J Ment Health Syst*. 2023; 17:41. doi:10.1186/s13033-023-00607-5
12. ลีธีร ช่อเอื้อง, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, อัมภารวรรณ นนทมาตย์, ณัฐกร นิลเนตร. ความฉลาดองค์กรวม

และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2568; 18(3): 59-73.

13. Prizeman K, McCabe C, Weinstein N. Stigma and its impact on disclosure and mental health secrecy in young people with clinical depression symptoms: A qualitative analysis. PLoS ONE. 2024; 19(1): e0296221. doi:10.1371/journal.pone.0296221
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561–2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.