

การเข้ารับบริการสุขภาพจิต ปัญหาอุปสรรคต่อการรับรู้  
และเข้ารับบริการศูนย์บริการสุขภาพจิต  
มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง

ชนัยชนม์ นาราษฎร์

รณภูมิ สามัคคีคารมย์

นนท์ธิดา หอมขำ

กัญญาณี ปิ่นเมือง

อินทุมาศ คลายโศก

เจษฎาภรณ์ เพ็ญโคตร

เมษา แสงจันทร์

อรชพร ศิริวัฒนาศิลป์

ปอรพัชร์ วุฒิสินธุ์

กชามาส ทองมี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ: 11-11-2023

วันที่แก้ไขบทความ: 18-11-2023

วันที่ตอบรับบทความ: 18-12-2023

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต ปัญหา อุปสรรคต่อการรับรู้ และเข้ารับบริการศูนย์บริการสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical Cross-sectional Study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบการศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 173 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาและสถิติอนุมานโดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.6 เคยเข้ารับบริการ ร้อยละ 77.5 มีภาวะสุขภาพจิตดีและกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.8 มีความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตในระดับดี รวมทั้งมีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการระดับดีและดีมาก ร้อยละ 40.8 และ 36.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพจิตที่ศูนย์บริการฯ คือ ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการศูนย์บริการฯ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพจิตที่ศูนย์บริการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.009$ ) โดยนักศึกษาที่มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการในระดับที่ดีขึ้น จะเข้ารับบริการสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ปัญหา อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต เช่น จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับจำนวนนักศึกษาที่เข้ารับบริการ สภาพแวดล้อมและสถานที่ตั้งไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการ

**คำสำคัญ:** ภาวะสุขภาพจิต, ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต, ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต, ปัญหา อุปสรรค

Exploring Access to Mental Health Services  
and the Obstacles to Awareness and Utilization of  
Mental Health Services at a Public University  
in Central Thailand

Chanaichon Narat

Ronnapoom Samakkeekarom

Nontiya Homkham

Kanyanee Pinmuang

Intumart Klaisok

Jessadapon Piakotr

Mesa Saengchan

Ornchaporn Siriwattanasilp

Paonpat Wutisin

Khachamas Thongmee

Faculty of Public Health, Thammasat University

## Abstract

This research aims to investigate the relationship between factors affecting mental health service utilization and obstacles to awareness and access to mental health service centers in a public university in the central region. The research uses a mixed-methods approach, comprising quantitative research with an analytical cross-sectional study and qualitative research using phenomenological research methods. The study sample consists of 173 undergraduate students, and data is collected through online surveys and in-depth interviews with 10 participants. Quantitative data is analyzed using descriptive statistic and inferential statistic, including the Chi-square test, while qualitative data is analyzed through content analysis.

The study found that in the sample group, 56.6% had good mental health, 77.5% demonstrated the ability to perceive, prevent, and manage mental problems well, and 83.8% had positive attitudes toward accessing mental health services. Specifically, 40.8% had a good attitude, and 36.7% had a very good attitude towards service utilization. Factors related to the utilization of mental health services at the service center were examined, and it was determined that the attitude toward accessing the service center was significantly associated with service utilization ( $p$ -value=0.009). Students with a more positive attitude toward service utilization were more likely to utilize mental health services. Barriers to service utilization included the insufficient number of staff and location not conducive to service utilization.

**Keywords:** mental health, ability to perceive problems, prevention and management of mental problems, attitudes toward accessing mental health services, obstacles

## 1. บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่อาจเกิดขึ้นได้ภายใต้บริบทสังคมปัจจุบัน ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย จากการรายงานของสถาบัน Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) พบว่าอัตราการสูญเสียจำนวนปีสุขภาพจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ โดยโรคกลุ่มทางจิตเวชมีจำนวนปีรวมประมาณ 50 ล้านปี นอกจากนี้ตามรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 มีการรายงานสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาพจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ พบว่าความผิดปกติทางจิตทั้งในเพศชายและหญิงมี ร้อยละ 21-34 กรมสุขภาพจิตรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกต่อวันที่เข้ารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 อีกทั้งได้รายงานเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากระบบฐานข้อมูล รง 506S พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ป่วยโรคจิตเวช (ร้อยละ 24.2) (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565) จากแนวโน้มและสถิติของปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น ทำให้การรับรู้สุขภาพจิตในตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการลดการสูญเสียจากปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัยเป็นปัญหาสำคัญของงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาซึ่งมีความอ่อนไหวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่พลิกผัน เปลี่ยนแปลงและซับซ้อน (ณัฐภรณ์ สัณห์ ศรีวิชัย, 2564) จากรายงานจำนวนและอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกตามเพศและสาเหตุ ตามตารางการตายทั่วไปของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่าสาเหตุการตายจากโรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564 โดยปี พ.ศ. 2561 มีอัตราตาย 2.3 คนต่อแสนประชากร ต่อมาปี พ.ศ. 2562 มีอัตราตายเพิ่มขึ้นเป็น 3.0 คนต่อแสนประชากร (อัตราตายเท่ากับปี พ.ศ. 2563) และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2564 โดยมีอัตราตาย 3.1 คนต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เมื่อเจาะจงเฉพาะสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาในประเทศไทย จากผลศึกษาตลอด 4 ปีที่ผ่านมา พบว่ายิ่งชั้นปีที่สูง

ยิ่งพบภาวะซึมเศร้ามาก ซึ่งอาจจะเกิดจากการเรียนที่ทำทายนามากขึ้น ในการจัดการสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา ได้แก่ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ความเครียด ครุ่นคิดถึงเหตุการณ์เชิงลบ และการขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดการทางสุขภาพจิตของตนเอง (ปรินดา ตาสี, 2565) ดังนั้น แหล่งสนับสนุนหรือศูนย์ช่วยเหลือทางสุขภาพจิตจึงมีความจำเป็นในพื้นที่มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นการดูแลทางสุขภาพจิตให้กับนักศึกษาอย่างทั่วถึง

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตประกอบด้วย หลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ระบบประกันสุขภาพ ปัจจัยด้านความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยความตระหนักรู้ถึงความจำเป็นในการรักษา โดยพบว่า ผู้ที่รับรู้ว่าการต้องการความช่วยเหลือมีแนวโน้มในการเข้ารับบริการมากขึ้น แต่ในทางกลับกัน การขาดความรู้หรือมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดี ต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือการบริการสุขภาพจิตก็อาจเป็นอุปสรรค ต่อการเข้าถึงบริการเช่นกัน (ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, 2564) และปัจจัยสำคัญ อีกหนึ่งประการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ คือ ความรอบรู้หรือรู้เท่าทัน สุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ซึ่ง Jorm, et al. (2006) ได้ให้ความหมาย ของการรู้เท่าทันสุขภาพจิตคือ ความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงจัดการหรือป้องกันการ เกิดปัญหาทางจิตได้ โดยการศึกษาความรอบรู้สุขภาพจิตในนักศึกษาอายุ 18-28 ปี ของ Mahfouz et al. (2016) พบว่านักศึกษา ร้อยละ 90.3 มีการรับรู้ สุขภาพจิตในระดับปานกลางและยังพบว่านักศึกษามีทัศนคติทั้งดีและไม่ดี ต่อบุคคลที่ป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต

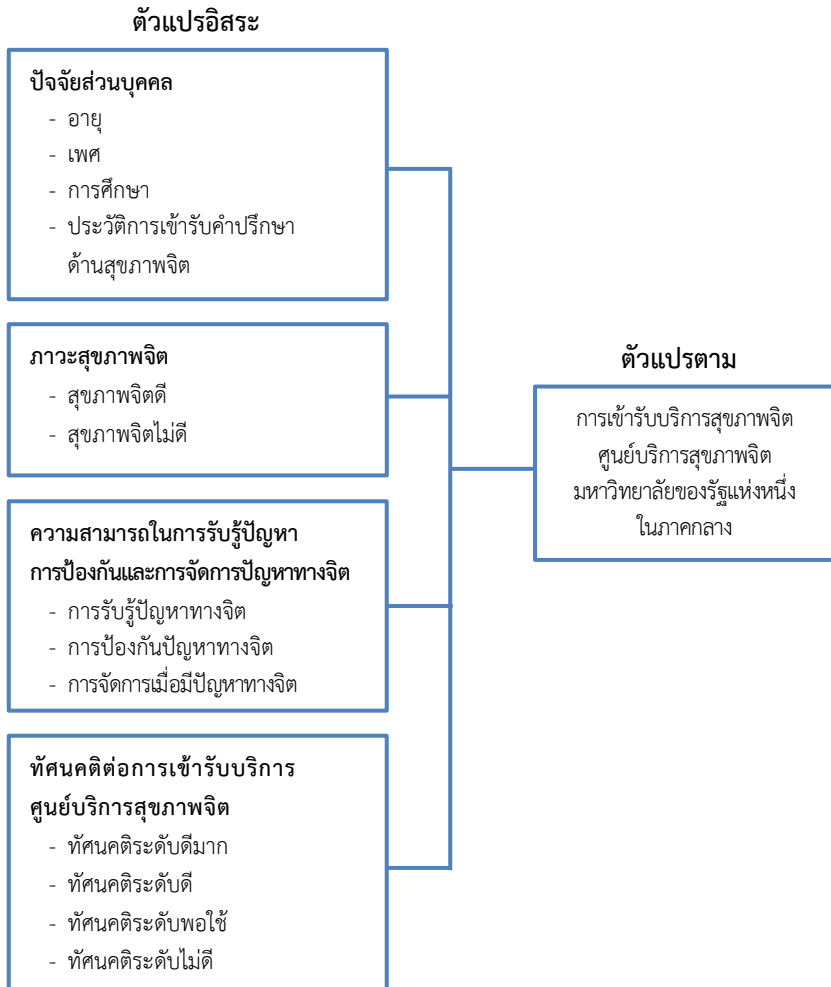
จากข้อมูลและสภาพปัญหาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่สำคัญ ควรตระหนักและได้รับการแก้ไข นักศึกษาเป็นประชากร กลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยง จึงควรได้รับการประเมินและส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อลดอัตราการสูญเสียจากปัญหาด้านสุขภาพจิต การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษา อธิบายปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่อการรับรู้ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ

ศูนย์บริการด้านสุขภาพจิต และเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงพัฒนานโยบายของมหาวิทยาลัย ในการส่งเสริมการรู้เท่าทันปัญหาทางจิตของนักศึกษาต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง
- 2) ศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการรับรู้และเข้ารับบริการสุขภาพจิต ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



#### 4. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบการศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

##### 4.1 กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเป็นการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 จากนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคกลาง ภาคการศึกษา ที่ 2/2565 จำนวน 27,888 คน (สำนักงานทะเบียนนักศึกษา, 2566) โดยกำหนด ค่าความคลาดเคลื่อน ที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5 และค่าสัดส่วนที่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การเข้ารับบริการปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 0.8903 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เป็น 150 คน เพื่อป้องกันการไม่ตอบสนอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (non-response rate) ร้อยละ 15 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 173 คน ทั้งนี้ การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

##### 4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

แบบสอบถามเรื่อง ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน การจัดการปัญหาทางจิต ทศนคติต่อการเข้ารับบริการ และปัญหา อุปสรรค ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามที่มีตัวเลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศภาวะ อายุ คณะที่กำลังศึกษา ชั้นปี การศึกษา และประวัติการเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 สุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-12) มีค่าความเชื่อถือได้และความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84-0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1-85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4-89.7 และสมควรมุ่งไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยได้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539)

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต จากงานวิจัยการพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ตามกรอบแนวคิดของ Jorm et al. (1997) จำนวน 21 ข้อ (ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, 2561)

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการศูนย์บริการสุขภาพจิต แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยศึกษาพัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบเลือกตอบ โดยเนื้อหาของข้อคำถามครอบคลุมและสอดคล้องกับหัวข้อวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการศูนย์บริการฯ จำนวน 7 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ผ่านการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงหรือความตรง (validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) จากการประเมินของอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแบบสอบถามส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ได้นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha

### 4.3 การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ปัญหาการป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิต มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการเข้ารับบริการศูนย์สุขภาพจิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00

#### 4.4 การตรวจสอบความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เป็นการนำแบบสอบถามส่วนที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต และส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการเข้ารับบริการศูนย์บริการฯ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ที่ 0.75 ขึ้นไป โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแบบสอบถามส่วนที่ 3 และแบบสอบถามส่วนที่ 4 มีผลดังนี้

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิต จำนวน 21 ตัวบ่งชี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.585 จึงตัดออกเหลือ 10 ตัวบ่งชี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.764

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการเข้ารับบริการศูนย์บริการฯ จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.566 จึงตัดออกเหลือ 5 ตัวบ่งชี้ โดยตัดตัวบ่งชี้ที่ 6 และตัวบ่งชี้ที่ 7 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.789

#### 4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย (1) ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) โดยมีการเตรียมแนวคำถามในการเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัยก่อน (3) เครื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ แล้วนำมาถอดเทปการสัมภาษณ์ โดยสามารถนำมาฟังซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 4.6 วิธีการเก็บข้อมูล

1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต การรับรู้ปัญหา การป้องกัน การจัดการปัญหาทางจิต และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการ ศูนย์บริการสุขภาพจิต

2) สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม เรื่อง ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน การจัดการปัญหาทางจิต ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการ และปัญหา อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง

3) เผยแพร่แบบสอบถามในรูปแบบ Google Forms ผ่านช่องทางออนไลน์ ได้แก่ Line Open Chat และ Instagram Stories ไปยังกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี แต่ละคณะภายในมหาวิทยาลัย

4) รวบรวมแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 173 คน และนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS

5) คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจาก Google Forms เพื่อติดต่อขอสัมภาษณ์เชิงลึกและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

#### 4.7 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพจิตที่ศูนย์บริการฯ ภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน การจัดการปัญหาทางจิต และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ในภาคกลาง โดยนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลปริมาณและจำนวนร่วมกับร้อยละสำหรับข้อมูลแจกแจง

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน การจัดการปัญหาทางจิต และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการ กับการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของศูนย์บริการสุขภาพจิตในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

#### 4.8 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี ผู้วิจัยใช้การตีความแบบการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการบันทึกและจัดข้อมูลออกเป็นกลุ่มภายใต้ประเด็นต่าง ๆ ตามแนวคิดและทฤษฎีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจึงวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ และแยกประเด็นตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้การวิจัยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ระยะการเตรียมข้อมูล ผู้วิจัยถอดเทปบทสนทนาจากเครื่องบันทึกเสียงด้วยตนเอง โดยคงบทสนทนาทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังบททวนซ้ำร่วมกับการอ่านบทสนทนาเพื่อยืนยันว่าไม่มีข้อมูลใดตกหล่น หากมีข้อมูลใดตกหล่น ผู้วิจัยจะกลับไป

สัมภาษณ์ซ้ำ รวมทั้งจัดแยกและกำหนดรหัสข้อมูลตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล (ตารางที่ 1) และบันทึกข้อมูลลงใน Google Sheet

**ตารางที่ 1** กำหนดรหัสข้อมูลตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

การรู้จักและเข้ารับบริการศูนย์ชีวิตชีวา	ประวัติการเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต	
	มี (E)	ไม่มี (N)
ไม่รู้จัก (A)	AE	AN
รู้จักและเคยเข้ารับบริการ รวมถึงจะเข้ารับบริการในอนาคต (B)	BE	BN
รู้จักและไม่เคยเข้ารับบริการ แต่จะเข้ารับบริการในอนาคต (C)	CE	CN
รู้จักและเคยเข้ารับบริการ แต่จะไม่เข้ารับบริการในอนาคต (D)	DE	DN
รู้จักและไม่เคยเข้ารับบริการ รวมถึงจะไม่เข้ารับบริการในอนาคต (E)	EE	EN

2) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) นำบทสนทนาทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ พฤติกรรม สีหน้า น้ำเสียง ท่าทาง การพูด อารมณ์ ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เห็นภาพรวม ลักษณะเฉพาะของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยอ่านบทสัมภาษณ์ซ้ำ 5-6 รอบ เพื่อให้เข้าใจเนื้อหา นำข้อความหรือประโยคที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดไว้กลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับ จากนั้นจึงตั้งคำสำคัญ จัดเป็นกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อยที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ (Sub-themes) ในรูปแบบตาราง เพื่อให้เกิดความชัดเจน สามารถวิเคราะห์ประเด็นเดียวกัน และแปลความหมายได้ง่าย จากนั้นนำข้อมูลมาเรียบเรียงและสังเคราะห์เป็นประโยค เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหา เขียนเป็นข้อสรุป พร้อมยกตัวอย่างบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล โดยนำแนวคิดและทฤษฎีอธิบายและเชื่อมโยง

#### 4.9 จริยธรรมในการวิจัย

ทางคณะผู้วิจัย ได้ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และชี้แจงถึงข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูล จะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุตัวตนและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้จัดทำขึ้นไม่สามารถตรวจสอบไปยังอีเมลของผู้ตอบแบบสอบถามได้และมีการขอความยินยอมให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มทำแบบสอบถามทุกครั้ง ทั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูลและจะทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว

### 5. ผลการศึกษา

#### 1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 65.4 รองลงมาคือผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 17.3 และผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 17.3 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 20.66 ปี และมีการเก็บข้อมูลจากทุกชั้นปี โดยมีสัดส่วนชั้นปีที่ 3 สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 23.1 ชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 16.2 และชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 14.5 ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งตามกลุ่มสายการเรียนได้ 3 กลุ่ม โดยมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ สายการเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 38.2 สายการเรียนมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 31.8 และสายการเรียนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คิดเป็นร้อยละ 30.0

โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 87.9 และมีประวัติการเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 12.1 มีการเข้ารับบริการสุขภาพจิตที่ศูนย์บริการฯ คิดเป็นร้อยละ 56.6 และไม่เข้ารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ภาพรวมของระดับความสามารถในการรับรู้ปัญหา ป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตมีระดับคะแนนเฉลี่ย

2.91 คะแนน (SD = 0.393) และภาพรวมของระดับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการ ศูนย์บริการฯ มีระดับคะแนนเฉลี่ย 2.06 คะแนน (SD = 0.756) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมระดับความสามารถในการรับรู้ปัญหาฯ (PPM) และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการกับการเข้ารับบริการศูนย์บริการสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง (n = 173)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		<b>ประวัติการเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต</b>	
ผู้ชาย	17.3	ไม่มี	87.9
ผู้หญิง	65.4	มี	12.1
ผู้มีความหลากหลายทางเพศ	17.3	<b>การเข้ารับบริการสุขภาพจิตที่ศูนย์บริการฯ</b>	
<b>อายุ</b>		เข้ารับบริการ	56.6
≤ 20 ปี	41.6	ไม่เข้ารับบริการ	43.4
> 20 ปี	58.4	<b>ระดับความสามารถในการรับรู้ปัญหาฯ (PPM)</b>	
<b>สายการเรียน</b>		ดี	83.8
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	38.2	พอใช้	12.7
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	31.8	ดีมาก	3.5
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	30.0	<b>ระดับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการศูนย์บริการฯ</b>	
<b>ชั้นปีการศึกษา</b>		ดี	40.8
ชั้นปีที่ 3	46.2	ดีมาก	36.7
ชั้นปีที่ 2	23.1	พอใช้	22.5
ชั้นปีที่ 1	16.2		
ชั้นปีที่ 4	14.5		



2) ปัจจัยต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตกับการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของศูนย์บริการฯ ของนักศึกษา

2.1) ปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการฯ พบว่าเพศ ( $p=0.473$ ), อายุ ( $p=0.641$ ), สายการเรียน ( $p=0.706$ ), ชั้นปีการศึกษา ( $p=0.706$ ), ประวัติการเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ( $p=0.165$ ) มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้ารับบริการฯ

2.2) ภาวะสุขภาพจิตกับการเข้ารับบริการฯ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.353$ ) โดยการเข้ารับบริการของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 60.2 และภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 52.0

2.3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน กับการเข้ารับบริการฯ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.701$ ) โดยการเข้ารับบริการของผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปัญหาฯ ดี ร้อยละ 57.9 และความสามารถในการรับรู้ปัญหาฯ พอใช้และดีมาก ร้อยละ 50.0

2.4) ทศนคติต่อการเข้ารับบริการฯ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.009$ ) โดยการเข้ารับบริการของผู้ที่มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 ระดับดี ร้อยละ 81.6 และระดับพอใช้ ร้อยละ 75.9 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ปัจจัยต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตกับการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของศูนย์บริการฯ ในนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง

ปัจจัยต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต	การเข้ารับบริการสุขภาพจิตศูนย์บริการฯ		p-value
	เข้ารับบริการ (ร้อยละ)	ไม่เข้ารับบริการ (ร้อยละ)	
<b>1. เพศ</b>			
ผู้ชาย	46.7	53.3	0.473 <sup>a</sup>
ผู้หญิง	58.4	41.6	
ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ	60.0	40.0	

ปัจจัยต่อการเข้ารับ บริการสุขภาพจิต	การเข้ารับบริการสุขภาพจิตศูนย์บริการฯ		p-value
	เข้ารับบริการ (ร้อยละ)	ไม่เข้ารับบริการ (ร้อยละ)	
<b>2. ช่วงอายุ</b>			
≤ 20 ปี	54.2	45.8	0.641 <sup>a</sup>
> 20 ปี	58.4	41.6	
<b>3. สายการเรียน</b>			
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	54.5	45.5	0.706 <sup>a</sup>
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	61.5	38.5	
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	54.5	45.5	
<b>4. ชั้นปีการศึกษา</b>			
ชั้นปีที่ 1	57.1	42.9	0.397 <sup>a</sup>
ชั้นปีที่ 2	52.5	47.5	
ชั้นปีที่ 3	62.5	37.5	
ชั้นปีที่ 4	44.0	56.0	
<b>5. ประวัติการเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต</b>			
มี	71.4	28.6	0.165 <sup>a</sup>
ไม่มี	54.6	45.4	
<b>6. ภาวะสุขภาพจิต</b>			
สุขภาพจิตดี	52.0	48.0	0.353 <sup>a</sup>
สุขภาพจิตไม่ดี	60.2	39.8	
<b>7. ความสามารถในการรับรู้ปัญหา (PPM)</b>			
พอใช้	50.0	50.0	0.701 <sup>a</sup>
ดี	57.9	42.1	
ดีมาก	50.0	50.0	
<b>8. ทักษะคิดต่อการเข้ารับบริการ</b>			
ระดับพอใช้	75.9	24.1	0.009 <sup>a</sup>
ระดับดี	81.6	18.4	
ระดับดีมาก	100.0	0.0	

a = Pearson's Chi-Square Test

### 3) ปัญหาอุปสรรคต่อการรับรู้และเข้ารับบริการสุขภาพจิต

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่รู้จักศูนย์บริการฯ สามารถอธิบายปัญหา อุปสรรคต่อการรับรู้จากการสัมภาษณ์ ได้ดังนี้

3.1) ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่มีการรับรู้ปัญหาทางจิต ไม่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต จึงไม่มีการแสวงหาแนวทางการป้องกันและรักษาปัญหาทางจิต ส่งผลให้เกิดเป็นปัญหา อุปสรรคต่อการรับรู้ เป็นไปตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ไม่รู้จักศูนย์บริการฯ มาก่อน เพราะตัวเองไม่ได้มีความสนใจในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตเลย อีกทั้งยังมีความรู้สึกที่ว่าตัวเองยังไม่มีความจำเป็น ต้องไปตรวจหรือปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต...” (ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่หนึ่ง, สัมภาษณ์: 10 เมษายน 2566)

3.2) ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่เคยพบเห็นสถานที่ตั้งของศูนย์บริการฯ ซึ่งส่งผลทำให้ไม่รู้จักศูนย์บริการฯ เป็นไปตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ไม่เคยเห็นเลย ดึกที่เรียนอยู่ก็อยู่แถวนั้น แล้วก็ไม่มีเพื่อนอยู่หอในด้วยก็เลยไม่รู้จัก รวมถึงเพื่อนก็ไม่เคยมีใครพูดถึงศูนย์บริการฯ...” (ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่สอง, สัมภาษณ์: 8 เมษายน 2566)

3.3) ศูนย์บริการฯ มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กรไม่มากพอหรือไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งการประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มนักศึกษา ส่งผลให้นักศึกษาบางรายไม่รู้จักศูนย์บริการฯ เป็นไปตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ศูนย์บริการฯ เป็นเหมือนองค์กรหรือเป็นกลุ่มคน ผมคิดว่าสาเหตุที่ผมไม่รู้จักอาจจะเพราะโฆษณาของเขาไม่ดี เขาไม่สามารถทำให้เด็กรู้ว่าศูนย์บริการฯ มีอยู่ได้...” (ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่สาม, สัมภาษณ์: 6 เมษายน 2566)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่รู้จักศูนย์บริการฯ สามารถอธิบาย ปัญหา อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต จากการสัมภาษณ์ ได้ดังนี้

3.4) ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เข้ารับบริการศูนย์บริการฯ ให้ข้อมูลว่า จำนวนบุคลากรภายในศูนย์บริการฯ ไม่เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษาที่เข้ารับบริการซึ่งถือเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ

3.5) ขนาด และสภาพแวดล้อมของศูนย์บริการฯ ไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการ ส่งผลให้เกิดเป็นปัญหา อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ เป็นไปตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...มองเข้าไปรู้สึกว่าเป็นแค່ห้องอ่านหนังสือมากกว่า ถ้าไม่บอกว่าคือศูนย์บริการฯ ก็คือดูไม่ออก คือมีป้ายแหละ แต่ก็คือเดินผ่านก็คิดว่า เป็นชื่อห้องสมุด...” (ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่สี่, สัมภาษณ์: 6 เมษายน 2566)

3.6) ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงข้อบกพร่องด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพของการบริการลดลง เกิดเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ

3.7) ผู้บริหารและมหาวิทยาลัยให้ความสำคัญในประเด็นปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา แต่ยังพบช่องว่างเชิงนโยบายอันก่อให้เกิดปัญหา อุปสรรคต่อการเข้ารับบริการของนักศึกษา เช่น การให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ศูนย์บริการฯ ให้ครอบคลุมกลุ่มนักศึกษามากยิ่งขึ้น การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาทางจิตให้กับนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย เป็นไปตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...เหมือนเป็นเพียงบอกว่ามีนะ แต่ไม่ได้เข้าถึงขนาดนั้น บอกว่าใครมีปัญหาไปใช้บริการได้นะ ซึ่งอาจไม่ค่อยเพียงพอในด้านการประชาสัมพันธ์ ควรจะทำให้นักศึกษาสบายใจว่ามีอะไร ก็เลือก

รับคำปรึกษาทางมหาวิทยาลัยหรือศูนย์บริการฯ ควรสร้าง  
ความสบายใจมากขึ้น...” (ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ห้า, สัมภาษณ์: 8  
เมษายน 2566)

3.8) ทศนคติของนักศึกษาที่มีต่อศูนย์บริการฯ แสดงถึงความ  
พึงพอใจและความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อระบบบริการของศูนย์บริการฯ  
ซึ่งข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลมีทั้งความคิดเห็นด้านบวกและด้านลบ รวมถึง  
มีข้อเสนอแนะให้ทางศูนย์บริการฯ ปรับปรุงการให้บริการในด้านต่าง ๆ  
มีผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นว่าบุคลากรภายในศูนย์บริการฯ มีความคิดและ  
ทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับเพศภาวะ เป็นไปตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ถ้าให้พูดถึงบุคลากรในนั้นบางท่าน เขาก็ดูมีความคิดที่  
แอบโบราณเป็นส่วนหนึ่งที่ยังทำให้ตัดสินใจไม่ไป...” (ผู้ให้สัมภาษณ์  
คนที่หก, สัมภาษณ์: 10 เมษายน 2566)

## 6. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่าทัศนคติต่อการเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์  
กับการเข้ารับบริการศูนย์บริการสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  
= 0.009) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการในระดับที่ดีขึ้น  
จะเข้ารับบริการศูนย์บริการสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา  
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของประชาชน  
ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ กล่าวว่า  
ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
0.05 (รุ่งนภา ฐูปหอม และอารยา ประเสริฐชัย, 2564) สัมพันธ์กับผลการวิจัย  
เชิงคุณภาพ ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของตน  
ที่มีต่อศูนย์บริการสุขภาพจิตในทางบวกและทางลบ โดยมีแนวโน้ม  
ต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์เป็นความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย  
ซึ่งสามารถส่งผลต่อการตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เช่น อยากเข้ารับบริการ

หรือไม่อยากเข้ารับบริการ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีข้อเสนอแนะให้กับทางศูนย์บริการสุขภาพจิต เพื่อปรับปรุงการให้บริการในด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของออร์จิรา เนตรอารี (2543) กล่าวว่า สถานการณ์ภายนอก ทัศนคติเป็นความรู้สึกและความเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใด ๆ ในทางที่ยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมตามแนวคิดนั้น เป็นความรู้สึกในด้านบวกหรือลบของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมโดยตรง

นอกจากนี้ จากการวิจัยเชิงคุณภาพยังพบปัญหาอุปสรรคต่อการรับรู้ คือ ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่รู้จักศูนย์บริการสุขภาพจิต อาจประสบปัญหาอุปสรรคด้านการรับรู้ ตระหนัก และใส่ใจปัญหาจิตในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี สิทธิกานต์ และดารุณี จงอุดมการณ์ (2563) ที่พบว่า ความเชื่อและการรับรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองและสมาชิกครอบครัว ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ World Health Organization (2000) Reddy et al. (2019) และ Becker MH and Maiman LA. (1975) พบว่า การเลือกเข้าถึงบริการสุขภาพแบบใดหรืออย่างไรนั้นมีความแตกต่างกันไปตามความเชื่อและการรับรู้ และตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ด้านการรับรู้สถานที่ตั้งของศูนย์บริการสุขภาพจิต อาจเนื่องมาจากนักศึกษาไม่เคยพบเห็นสถานที่ตั้งของศูนย์บริการฯ ทำให้ขาดกระบวนการรับรู้ซึ่งเป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก (Sensing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Decision Making) และการแสดงพฤติกรรม (กันยา สุวรรณแสง, 2532) และด้านการรับรู้ข่าวสารจากประชาสัมพันธ์ของศูนย์บริการฯ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารของศูนย์บริการฯ มีไม่มากพอหรือไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งการประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มนักศึกษา ส่งผลต่อการรู้จักและรับรู้ภาพลักษณ์ของศูนย์บริการฯ

ปัญหาอุปสรรคต่อเข้ารับบริการสุขภาพจิต คือ จำนวนบุคลากรภายใน ศูนย์บริการสุขภาพจิต ซึ่งไม่เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษาที่เข้ารับบริการ ขนาดพื้นที่ และสภาพแวดล้อมของศูนย์บริการฯ ไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการ การจัดระบบบริการสุขภาพจิต ผู้บริหารหรือมหาวิทยาลัยมีการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับปัญหาทางจิตของนักศึกษา แต่อาจมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรต่าง ๆ จึงทำให้ระบบบริการสุขภาพจิตยังมีข้อบกพร่อง และการเลือกปฏิบัติต่อเพศภาวะของบุคลากรภายในศูนย์บริการฯ

## 7. ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้กระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ซึ่งเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้ที่อาจจะทำให้ประชากรไม่มีโอกาสถูกเลือกมาด้วยความน่าจะเป็นที่เท่ากัน อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะครอบคลุมหรือเป็นตามกลุ่มประชากรที่กำหนดได้ แต่อย่างไรก็ตาม ในระหว่างกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยได้มีการกระจายแบบสอบถามผ่านช่องทางสื่อออนไลน์และผ่านเครือข่ายของทางมหาวิทยาลัย ให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อให้ นักศึกษาที่เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายสามารถเข้ามาร่วมให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามสายการเรียนรู้

## 8. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

### 1) ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผู้บริหารสถานศึกษาควรจัดหาหรือสนับสนุนทรัพยากรในการจัดการปัญหาทางจิตของนักศึกษา โดยมีการหารือร่วมกัน เพื่อสนับสนุนและผลักดัน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งควรมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้นักศึกษามีความตระหนักถึงปัญหาทางจิตมากยิ่งขึ้น เพิ่มบุคลากร เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการภายในศูนย์บริการฯ การมีการวางแผนกำลังคนและพัฒนาบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการวางแผนปรับปรุงสถานที่และสภาพแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ ให้มีการบริการที่เป็นระบบ

กระชับและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น เพื่อความสะดวกในการรับบริการของนักศึกษา มีการประชาสัมพันธ์และจัดระบบให้ข้อมูลแก่นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กรและสร้างทัศนคติที่ดีของนักศึกษา รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสุขภาพจิต ควรส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ และคุ้มครองไม่ให้เกิดการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 หลักจรรยาบรรณสำหรับนักจิตวิทยา และมาตรฐานการประพฤติปฏิบัติของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน

## 2) ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาซึ่งเป็นผู้ใช้บริการจึงควรมีการเก็บข้อมูลในผู้ให้บริการหรือผู้ดูแลศูนย์บริการสุขภาพจิตเพื่อเปรียบเทียบข้อจำกัดในการให้บริการของศูนย์บริการฯ ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผศ. ดร.พรทิพย์ จอมพุก และ รศ. ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะข้อแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนการวิจัยสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 Public Health Statistics A.D. 2021**. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9127>.
- กันยา สุวรรณแสง. (2532). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น.
- ณัฐภรณ์ สัมพันธ์ ศรีวิชัย. (2564). นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. **วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์**, 29(2), 37-59.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2539). “ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire”. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 41(1), 2-17.
- ปรินดา ตาสี. (2565). “ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง”. **วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์**. 30(1), 94-95.
- รุ่งนภา ฐปหอม และอารยา ประเสริฐชัย. (2564). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตเทศบาล ตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ”. **วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**. 19(2), 537.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ. (2561). “การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์**. 10(2), 99-105.
- ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). **สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตาย**. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก <https://suicide.dmh.go.th/>.

สุปราณี สิทธิกันต์ และดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). “อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง”. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 43(1), 19-29.

สำนักงานทะเบียนนักศึกษา. (2566). **จำนวนนักศึกษามีสภาพจำแนกตามคณะ สถานที่ศึกษา และเพศ ระดับปริญญาตรี ประจำปีภาคการศึกษาที่ 2/2565**. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก <https://www.reg.tu.ac.th/th/Picture/AttFile/d84adf3e-200d-491a-a8a7-3ef6ee0c29e7>.

อรจิรา เนตรอารีย์. (2543). **เจตคติต่อการเข้ารับการฝากอบรมของพนักงานธนาคารออมสิน**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

### ภาษาอังกฤษ

Becker MH, & Maiman LA. (1975). “Socio behavioral determinants of compliance with medical care recommendation”. **Med Care**. 13, 10-20.

Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). “Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know”. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 40(1), 3-5.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment”. **Medical Journal of Australia**. 166(4), 182-186.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018). **Findings from the Global Burden of Disease Study 2017**. [Online]. Retrieved from <https://www.healthdata.org/policy-report/findings-global-burden-disease-study-2017>.

Mahfouz, M. S., Aqeeli, A., Makeen, A. M., Hakami, R. M., Najmi, H. H., Mobarki, A. T., ...Ageel, O. A. (2016). “Mental Health Literacy Among Undergraduate Students of a Saudi Tertiary Institution: A Cross-sectional Study”. **Mental illness**. 8(2), 35-38.

Reddy R, Welch D, Lima I, Thorne P, & Nosa V. (2019). **Identifying hearing care access barriers among older Pacific Island people in New Zealand: a qualitative study**.

World Health Organization. (2000). **The family health nurse: context, conceptual, frame-work, and curriculum**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

### สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่หนึ่ง. 10 เมษายน 2566. สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่สอง. 6 เมษายน 2566. สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่สาม. 8 เมษายน 2566. สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่สี่. 10 เมษายน 2566. สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ห้า. 6 เมษายน 2566. สัมภาษณ์

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่หก. 8 เมษายน 2566. สัมภาษณ์