



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน  
เขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

มาลีเตาะ นิมาปู<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของสตรีมุสลิมวัยทำงาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน และ 3) ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงานในเขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างคือสตรีมุสลิมวัยทำงานอายุระหว่าง 20 ถึง 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุโบะ ดำเนินการโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยรวม 0.937 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-44 ปี ร้อยละ 71.70 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.80 ปี อายุสูงสุด 60 ปี และอายุต่ำสุด 20 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน จำนวน ร้อยละ 70.70 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 45.90 ไม่มีบุตรหลานที่ต้องดูแล ร้อยละ 29.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.50 มีรายได้ ต่ำกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 50.80 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 11,228.3 บาท ไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 88.60 ไม่มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 92.40 มี และไม่มีประวัติป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า/ปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับการรักษาในอดีต ร้อยละ 100.00 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และด้านการจัดการตนเองปลอดภัยของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.20 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์สูงกับระดับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.691$ ,  $P\text{-value}=0.001$ ) 3) ดังนั้น ผู้วิจัยจะนำตัวแปรจากผลการวิจัยนี้ มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน เขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, สตรีมุสลิมวัยทำงาน, ปัตตานี



## Factors associated with depression prevention behaviors among working-age Muslim women Talubo Subdistrict, Mueang District, Pattani Province

Maseetoh Nimapoo<sup>1</sup>

### Abstract

This descriptive research aimed to study 1) the personal characteristics of working-age Muslim women, 2) health literacy related to depression prevention behaviors among working-age Muslim women, and 3) the level of depression prevention behaviors among working-age Muslim women in Talu Bo Subdistrict, Mueang District, Pattani Province. The sample size was calculated using Daniel's formula for a known population size, resulting in 368 participants. Data were collected via an online questionnaire (Google Form) with content validity and an overall reliability of 0.937. Data analysis involved descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, with significantiy 0.05 level

The research findings indicate that 1) The majority are aged between 30-44 years, accounting for 71.7%. The sample group has an average age of 42.8 years, with the oldest being 60 years and the youngest being 20 years. The marital status of 70.7% is married/living together. 45.9% have completed secondary education/vocational education. 29.3% have no children to care for. 49.5% are employed in general labor. 50.8% have an income below 30,000 baht, with an average income of 11,228.3 baht. 88.60% have no chronic diseases requiring continuous treatment. 92.4% have no burden of caring for the elderly/bedridden patients. 100% have and have had a history of depression/mental health issues treated in the past. 2) The health literacy of working Muslim women includes aspects of knowledge and understanding, access to information and services, communication to enhance expertise, media and information literacy, decision-making, and self-management for safety. Overall, it is at a high level of 87.20%. Health literacy is significantly correlated with the quality of life and depression prevention behaviors of working Muslim women ( $r=0.691$ ,  $P\text{-value}=0.001$ ). 3) Therefore, the researcher will use the variables from this study to design a program for developing a model to promote the quality of depression prevention among working Muslim women in the Talubo sub-district, Mueang District, Pattani Province.

**Keywords:** Depression, Disease Prevention Behavior, Health Literacy, Muslim Working-age Women

---

1

## บทนำ

สถานการณ์สุขภาพจิตในระดับโลกได้ก้าวเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่ทำลายระบบสาธารณสุขในทุกระดับ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของความพิการและความสูญเสียสุขภาพทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยมากกว่า 280 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในปี 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตพุ่งสูงขึ้นจาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.9 ล้านคนในปี 2566 โดยกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบสูงสุดจากความเครียดสะสมในการประกอบอาชีพและการดูแลครอบครัวในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมมุสลิมสูงถึงร้อยละ 89.22 ประชาชนต้องเผชิญกับปัจจัยกดดันที่ซับซ้อนกว่าพื้นที่อื่น ความต่อเนื่องของสถานการณ์ความไม่สงบมานานกว่า 20 ปี ประกอบกับความเปราะบางทางเศรษฐกิจในพื้นที่ภาคเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ส่งผลให้สุขภาพจิตของประชากรมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง สตรีมุสลิมวัยทำงานจัดเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากพวกเธอต้องแบกรับหลายบทบาทพร้อมกัน (Role Strain) ทั้งบทบาทในการเป็นแม่ ภรรยา ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบครอบครัวขยาย และผู้หารายได้จุนเจือครอบครัว การศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดปัตตานีพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่สัมพันธ์กับความยากจนและการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ

ตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่สตรีวัยทำงานต้องปรับตัวเข้ากับกระแสโลกาภิวัตน์ไปพร้อมกับการรักษาจารีตประเพณีมุสลิม ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น (ST-5) ในพื้นที่ พบว่ากลุ่มสตรีเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ และมีความเครียดปานกลางในสัดส่วนที่น่ากังวล ปัญหาสำคัญคือ "ช่องว่างความรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy Gap) โดยเฉพาะความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคซึมเศร้าและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับหลักศาสนา สตรีมุสลิมจำนวนมากอาจแปลผลการเศร้าว่าเป็นเพียงความเหนื่อยล้าหรือบททดสอบทางจิตวิญญาณ ทำให้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์จนกว่าอาการจะรุนแรง ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษในระดับปฐมภูมิ การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจึงเป็นภารกิจที่สำคัญยิ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ซึ่งครอบคลุมทั้งทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการตัดสินใจ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ในบริบทมุสลิม ปัจจัยด้าน "ความศรัทธา" และ "ศาสนบัญญัติ" เป็นส่วนหนึ่งที่แยกขาดไม่ได้จากพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน เพื่อเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลจิตเวชชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพุทธวัฒนธรรมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีในพื้นที่อย่างยั่งยืน



## วัตถุประสงค์การวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงานเขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม พ. 2568- ธันวาคม พ.ศ.2568

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีมุสลิมวัยทำงาน (อายุ 20–60 ปี) ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยจิต ภาวะทางกายที่รุนแรง ไม่สามารถตอบคำถามได้ อย่างครบถ้วนและถูกต้อง ภาวะบกพร่องทางการรับรู้หรือความเข้าใจที่ทำให้ไม่สามารถเข้าใจคำถามและตอบ แบบสอบถามได้อย่างสมบูรณ์และสมเหตุผล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนด ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 368 คน ใช้วิธีการ สุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) เพื่อเลือกรายชื่อสตรีมุสลิมวัยทำงานเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ (Interview) ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคลของสตรีมุสลิมวัยทำงาน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส จำนวนบุตรที่อยู่ในความดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน โรคประจำตัว มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงในครัวเรือนและประวัติภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับการรักษาในอดีต

**ส่วนที่ 2** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า, การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย จำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมสุขภาพสตรีมุสลิมวัยทำงาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพกาย การจัดการความเครียด การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

**ส่วนที่ 4** คุณภาพชีวิตสตรีมุสลิมวัยทำงาน เขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงานตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า WHOQOL-OLD จำนวน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 26 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย ใช้เกณฑ์การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26–60 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลางๆ (61–95 คะแนน) คุณภาพชีวิตที่ดี (96 –130 คะแนน)

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรอง เลขที่ 0016/2568 ลงวันที่ 15 กันยายน 2568

### ผลการวิจัย

สตรีวัยทำงานส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-44 ปี (71.70%) ( $\bar{X}$ =42.80, S.D.=10.98, Max=60, Min=20) สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน (70.70%) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (45.90%) ไม่มีบุตรหลานที่ต้องดูแล (29.30%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 49.50) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท (50.80%) ( $\bar{X}$ =11,228.3, S.D.= 11,430.7, Max=90,000, Min=1,000) ไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง (88.60%) รองลงมา มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง(11.40%) ไม่มีภาระในการ



ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (92.40%) มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (7.60%) และไม่มีประวัติป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า/ปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับการรักษาในอดีต (100%)

ข้อมูลระดับความรู้ของสตรีมุสลิมวัยทำงาน โดยระดับความรู้ด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (87.20%) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (12.80%) ( $\bar{X}=2.872$ , S.D.=0.334) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ด้านสุขภาพของสตรี มุสลิมวัยทำงาน จำแนกเป็นรายด้าน (n=368)

| ความรู้<br>ด้านสุขภาพ             | ระดับ          |         |                |         |                |        | Mean  | S.D.  |
|-----------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|--------|-------|-------|
|                                   | สูง            |         | ปานกลาง        |         | ต่ำ            |        |       |       |
|                                   | จำนวน<br>(ราย) | ร้อยละ  | จำนวน<br>(ราย) | ร้อยละ  | จำนวน<br>(ราย) | ร้อยละ |       |       |
| ความรู้ความเข้าใจ                 | 323            | (87.80) | 39             | (10.60) | 6              | (1.60) | 2.861 | 0.390 |
| การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ   | 306            | (83.20) | 62             | (16.80) | -              | -      | 2.831 | 0.374 |
| การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ      | 271            | (73.60) | 92             | (25.00) | 5              | (1.40) | 2.722 | 0.477 |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ      | 224            | (60.90) | 136            | (37.00) | 8              | (2.20) | 2.587 | 0.535 |
| การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง | 339            | (92.10) | 28             | (7.60)  | 1              | (0.30) | 2.918 | 0.283 |
| การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย    | 345            | (93.80) | 23             | (6.30)  | -              | -      | 2.937 | 0.242 |
| รวมความรู้<br>ด้านสุขภาพ          | 321            | (87.20) | 47             | (12.80) | -              | -      | 2.872 | 0.334 |

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (72.60%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (26.90%) และระดับต่ำ (0.50%) ( $\bar{X}=2.720$ , S.D.=0.461) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน จำแนกเป็นรายด้าน (n=368)

| พฤติกรรมสุขภาพ                    | ระดับ          |         |                |         |                |         | Mean  | S.D.  |
|-----------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|-------|-------|
|                                   | สูง            |         | ปานกลาง        |         | ต่ำ            |         |       |       |
|                                   | จำนวน<br>(ราย) | ร้อยละ  | จำนวน<br>(ราย) | ร้อยละ  | จำนวน<br>(ราย) | ร้อยละ  |       |       |
| การดูแลสุขภาพกาย                  | 223            | (60.60) | 118            | (32.10) | 27             | (7.30)  | 2.532 | 0.629 |
| การจัดการความเครียด               | 191            | (51.90) | 137            | (37.20) | 40             | (10.90) | 2.410 | 0.678 |
| การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม      | 275            | (74.70) | 78             | (21.20) | 15             | (4.10)  | 2.706 | 0.538 |
| การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง            | 335            | (91.00) | 31             | (8.40)  | 2              | (0.50)  | 2.904 | 0.311 |
| การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น | 267            | (72.60) | 80             | (21.70) | 21             | (5.70)  | 2.668 | 0.580 |
| รวมพฤติกรรมสุขภาพ                 | 267            | (72.60) | 99             | (26.90) | 2              | (0.50)  | 2.720 | 0.461 |

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงานในภาพรวมคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (52.20%) รองลงมาคือการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (47.60%) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (0.30%) ( $\bar{X}$  =1.481, S.D.=0.505) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงาน (n=368)

| คุณภาพชีวิต    | ระดับ                 |        |                       |         |                          |         | Mean  | S.D.  |
|----------------|-----------------------|--------|-----------------------|---------|--------------------------|---------|-------|-------|
|                | การมีคุณภาพชีวิตที่ดี |        | การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ |         | การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี |         |       |       |
|                | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน                 | ร้อยละ  | จำนวน                    | ร้อยละ  |       |       |
|                | (ราย)                 |        | (ราย)                 |         | (ราย)                    |         |       |       |
| รวมคุณภาพชีวิต | 1                     | (0.30) | 175                   | (47.60) | 192                      | (52.20) | 1.481 | 0.505 |

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ( $r = 0.728$ , P-value = 0.000) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก >รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ( $r = 0.691$ , P-value = 0.000) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ( $r = 0.689$ , P-value = 0.000) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ( $r = 0.680$ , P-



value = 0.000) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ( $r = 0.666$ , P-value = 0.000) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ( $r = 0.638$ , P-value = 0.000) ตามลำดับ โดยทุกด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ( $n=368$ )

| ปัจจัย                                   | ระดับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน |         |                      |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
|                                          | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ )                             | P-value | ระดับความสัมพันธ์    |
| <b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>              |                                                                        |         |                      |
| ความรู้ความเข้าใจ                        | 0.691                                                                  | 0.000** | มีความสัมพันธ์สูง    |
| การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ | 0.666                                                                  | 0.000** | มีความสัมพันธ์สูง    |
| การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ             | 0.728                                                                  | 0.000** | มีความสัมพันธ์สูงมาก |
| การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ             | 0.689                                                                  | 0.000** | มีความสัมพันธ์สูง    |
| การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง        | 0.638                                                                  | 0.000** | มีความสัมพันธ์สูง    |
| การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย           | 0.680                                                                  | 0.000** | มีความสัมพันธ์สูง    |

หมายเหตุ \* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, \*\* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

### อภิปรายผลและสรุปผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และด้านการจัดการตนเองปลอดภัยของสตรีมุสลิมวัยทำงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) อธิบายเหตุผลได้ว่า การที่มีความรู้ความเข้าใจ การออกกำลังกายช่วยลดความเครียดและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ทราบว่าเมื่อมีปัญหาสุขภาพใจสามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์และเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ ถ้าหากจะพูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัวเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง รู้ทันสื่อตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพใจก่อนที่จะนำไปปฏิบัติหรือส่งต่อให้ผู้อื่น สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมเมื่อรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล จะตัดสินใจทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การละหมาด การ

ทำอาหาร หรือการอ่านหนังสือ และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือกิจกรรมในชุมชนเพื่อสร้างความสุขและผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้สามารถตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ปัจจัยด้านศาสนาและวัฒนธรรมยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การละหมาด การอ่านอัลกุรอาน และการขอพร (ดุอาอ์) สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกในการเผชิญปัญหาและช่วยลดความเครียดได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam (2008) ซึ่งอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะในระดับ interactive และ critical health literacy ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์และการคิดวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman et al. (2011) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ งานวิจัยของ Zhang et al. (2019) และ Liu et al. (2020) ยังพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า และมีผลผ่านตัวแปรกลาง เช่น ความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

## ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.

1. การบูรณาการมิติศาสนาในการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องหลักคำสอนอิสลาม เช่น การใช้กิจกรรมสุนทรียสนทนา (Dialogue) ร่วมกับการชิกรุลลอฮ์ เพื่อเพิ่มความยอมรับในกลุ่มสตรีมุสลิม

2. การพัฒนาทักษะการสื่อสารและความรอบรู้ รพ.สต. ควรจัดกิจกรรม "กลุ่มสตรีรอบรู้สุขภาพใจ" โดยเน้นการฝึกทักษะการสื่อสารระบายอารมณ์ (Assertive Communication) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันสูงสุด

3. การคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับสตรีที่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท และมีภาระดูแลคนในครอบครัวหลายคน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสคุณภาพชีวิตต่ำและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง

4. การเสริมสร้างความรู้เท่าทันสื่อ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ภาษาถิ่นมลายูที่เข้าใจง่าย เพื่อสอนวิธีการคัดกรองข้อมูลสุขภาพจิตในโซเชียลมีเดีย ป้องกันการหลงเชื่อข้อมูลที่ผิด

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การสร้างเครือข่ายอสม. จิตเวชชุมชน ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินสัญญาณเตือนภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นด่านแรกในการเข้าถึงสตรีมุสลิมในหมู่บ้าน



**2.การส่งเสริมคุณภาพชีวิตเชิงโครงสร้าง** อบต. และหน่วยงานท้องถิ่นควรมีนโยบายสนับสนุนอาชีพเสริมหรือศูนย์รับเลี้ยงเด็กในชุมชน เพื่อลดภาระของสตรีวัยทำงาน ทำให้พวกเธอมีเวลาในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองมากขึ้น

### **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

- 1.ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในกลุ่มสตรีที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำเพื่อค้นหาปัจจัยขัดขวาง (Barriers) ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างลึกซึ้ง
- 2.ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ประยุกต์ใช้แนวคิดอิสลาม (Islamic-based Health Literacy Intervention) ต่อการลดระดับความเครียดในสตรีมุสลิมวัยทำงาน
- 3.ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างสตรีมุสลิมในเขตเมืองและเขตชนบทเพื่อการวางแผนการพยาบาลที่จำเพาะเจาะจง

### **เอกสารอ้างอิง**

- กรมสุขภาพจิต. (2561). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่) ดูแลสุขภาพใจกันหน่อยนะ ตอน... “เครียดได้กลายเป็น”. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2567). Mental Health ปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. <https://www.nesdc.go.th>
- กรมอนามัย. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1). กระทรวงสาธารณสุข.
- กองส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ. (ม.ป.ป.). คู่มือความรู้ด้านสุขภาพ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (หมายเหตุ: ปรับแก้จากรายการ "การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ" ที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์)
- นโยบายสาธารณะไทยพีบีเอส [Policy Watch]. (2567). คนไทยมีสุขภาพจิตสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก. Thai PBS. <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35>
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12. (2567). รายงานผลการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ปีงบประมาณ 2567. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เฮฟโฟกัส [Hfocus]. (2568). ผลสำรวจสุขภาพจิตพนักงานไทย ปี 66 วัยทำงาน 40% เครียดสูง. สำนักข่าวซิสเต็มมีเดีย. <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32884>
- อังคณา วังทอง. (2562). รูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก

- จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 4(3), 131-142.
- เดอะแวนโอวัน [The101.world]. (2567). “ถึงเวลาสั่งการรักษาทางสังคม” บทสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรชาวไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.  
<https://www.the101.world/mental-health-policy-under-uhc-program/>
- Abu-Ras, R., & Quick, M. (2022). Islam: Basic Beliefs. United Religions Initiative.  
<https://www.uri.org/kids/world-religions/muslim-beliefs>
- Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). The health belief model of behavior change. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033295X.84.2.191>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). John Wiley & Sons.
- Drageset, J. (2021). Social support. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health promotion in health care – vital theories and research* (pp. 139–151). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11)
- Hossain, M. N., Lee, J., Choi, H., Kwak, Y. S., & Kim, J. (2024). The impact of exercise on depression: How moving makes your brain and body feel better. *Physical Activity and Nutrition*, 28(2), 43-51. <https://doi.org/10.20463/pan.2024.0015>
- Mental Health Commission of Canada. (2015). Promoting positive mental health.  
<https://www.canada.ca>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7–9.



<https://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000105>

Syeda, S. W. (2024). Muslim women's mental health and religious identity: Challenges and coping strategies in diaspora contexts. *Contemporary Journal of Social Science Review*, 2(4), 22-30.

World Health Organization. (2023). Depressive disorder (depression).

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Zhang, B., Zhang, W., Sun, X., Ge, J., & Liu, D. (2020). Physical comorbidity and health literacy mediate the relationship between social support and depression among patients with hypertension. *Frontiers in Public Health*, 8, Article 304.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00304>