

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิตกับปัญหาสุขภาพจิต
ทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง
The Correlations between Ability to Manage Mental Problems and Negative
Emotional State among Working-Age Population in rural Lampang Province

กฤษฎี ทองบรรจบ^{1,*} และ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ²

Krid Thongbunjob^{1,*} and Sriprapai Inchaiatthep²

¹โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

¹Ngao Hospital, Lampang, ²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

(Received: April 20, 2022, Revised: May 9, 2022, Accepted: May 23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิตกับปัญหาสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชาชนวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรวัยทำงาน จำนวน 348 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถจัดการปัญหาทางจิตและการจัดการปัญหาทางจิต มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ด้านลบ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ประชากรวัยทำงานมีความชุกทางภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.14 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 33.91 และความเครียด ร้อยละ 10.06 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.47 มีความสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถจัดการปัญหาทางจิตในภาพรวมกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า การรับรู้ปัญหา มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำกับอารมณ์ด้านลบทั้ง 3 ด้าน ส่วนการจัดการปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

จากผลการศึกษา การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองเมื่อเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต จะนำไปสู่การหาวิธีจัดการปัญหาและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดได้

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิต, ทางอารมณ์ด้านลบ, ซึมเศร้า, วิตกกังวล, ความเครียด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: krid.fmpc@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine, from May to June 2020, the correlation between the ability to manage mental problems (recognition, prevention, and management domains) and the negative emotional states (depression, anxiety, and stress) among the working-age population in rural Ngao District of Lampang Province. The sample was 348 working-age people between 25 and 59 years. Simple random sampling was applied. The research tool was a set of questionnaires to assess the ability to manage mental problems, and the three above-mentioned negative emotional states. Its reliability was tested, obtaining values of 0.89 and 0.96, respectively. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that the prevalence of depression, anxiety, and stress among the working-age population was at the 24.14, 33.91, and 10.06 percent levels, respectively. The majority of the sample (57.5%) had perception, prevention, and management of mental problems at a good level. The ability to manage mental problems negatively was statistically correlated with depression as well as anxiety. The problem of recognition was negatively and statistically correlated with the three negative emotions. The problem management was negatively and statistically correlated with both depression and stress.

Per findings, it is important to strengthen people's ability to assess their own perceptions of their mental health status, leading to proper management of the mental health problems and resulting in depression, anxiety, and stress reduction.

Keywords: Manage mental problems, Negative emotional states, Depression, Anxiety, Stress.

บทนำ

จากรายงานการศึกษาสถานการณ์ภาระโรคทั่วโลก (Global burden of disease) ตั้งแต่อดีตจนถึงในปี 2562 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตและโรคทางจิตใจยังคงเป็นสาเหตุสำคัญในสิบอันดับแรกของภาระโรค โดยพบว่ามีผลกระทบของปัญหาโรคทางสุขภาพจิตอย่างน้อยร้อยละ 10 ของทุกประเทศ และมีจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years lived with disability, YLDs) จากปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็นมากกว่า ร้อยละ 14 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 30 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า 596 ล้านคน โรคไบโพลาร์ 113 ล้านคน วิตกกังวล 199 ล้านคน โรคจิตเภทและโรคจิตเวชอื่น ๆ 142 ล้านคน นำไปสู่ปัจจัยที่กระทบกับคุณภาพชีวิต เกิดความทุกข์ทรมาน และเป็นภาระทางสังคมเป็นอย่างมาก (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022)

เช่นเดียวกับในประเทศไทยพบว่าประชาชนมีอาการของโรคจิตเวช 1.7 ล้านคน (3 ลำดับแรก คือ กลุ่มโรควิตกกังวล ความผิดปกติ การควบคุมอารมณ์และการควบคุมตนเอง) มีพฤติกรรมเสพติด 5.6 ล้านคน และเคยมีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตาย ถึง 3.4 แสนคน ในจำนวนนี้กลุ่มที่เข้าถึงบริการสำหรับ

ปัญหาสุขภาพจิตมีเพียง 1 ใน 10 (Sooksompong, Kwansanit, Supanya, Chutha, Kittirattanapaiboon, & Udomitpong, et al., 2016)

ความผิดปกติทางจิตซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ด้านลบ เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ในประชากรทุกกลุ่มวัย ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ภาวะอารมณ์ด้านลบดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Too, Spittal, Bugeja, Reifels, Butterworth, & Pirkis., 2019) อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต และการช่วยเหลือ หรือการให้การรักษาความผิดปกติทางจิตในปัจจุบันพบว่า ยังไม่เพียงพอและทั่วถึง ดังนั้น การดำเนินการเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ประชาชนจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจังและเร่งด่วนเพื่อสร้างทักษะส่วนบุคคลในการดูแลจัดการตนเองด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นดังกล่าวได้

ความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt., 1997) ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรับรู้และยอมรับเมื่อตนเองมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาต่างๆเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต การดูแลเยียวยาตนเองและสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้อื่นเบื้องต้นในด้านปัญหาสุขภาพจิต (Jorm, 2012) โดยพบว่าระดับความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการกับปัญหา (Jorm, 2000) ในบุคคลที่มีความสามารถสูงในการปรับตัวและจัดการรับมือต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้ดีนั้น ทำให้พิจารณาแนวทางแก้ปัญหาได้หลากหลายทางออกหรือวิธีแก้ไขได้มากขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตหรือสภาวะความวุ่นวายใจต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะลดลง ถ้าหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตก็จะเกิดผลกระทบต่อบุคคลทำให้เกิดความทุกข์ มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาได้ในที่สุด (Venkataraman, Patil, & Balasundaram, 2019)

ข้อมูลของโรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง ปี พ.ศ. 2558 – 2562 พบว่า โรคทางสุขภาพจิตที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ โรคจิตเภท (ร้อยละ 25) รองลงมา คือ โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 21) ภาวะเครียดนอนไม่หลับ (ร้อยละ 13) พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ 8) ในจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน นอกจากนี้ จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภองาว ปีงบประมาณ 2560 - 2563 อำเภองาว จังหวัดลำปาง มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 16.06, 33.9, 24.98, 37.96 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงเกินกว่ามาตรฐานตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องฆ่าตัวตายที่ไม่เกินร้อยละ 7 และในปี 2563 อำเภองาว มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดลำปาง ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 78.57 อยู่ในช่วงกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยนี้ถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศ ในขณะเดียวกันมีภาระการรับผิดชอบสูงในการดูแลตนเองและครอบครัว ดังนั้น ผลการศึกษาความสามารถจัดการปัญหาทางจิตของประชากรวัยทำงาน เป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ด้านลบ 3 ภาวะ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด หรือไม่ จะเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมป้องกันทางสุขภาพจิตประชากรกลุ่มวัยทำงานของอำเภองาว จังหวัดลำปาง นี้ได้ต่อไป

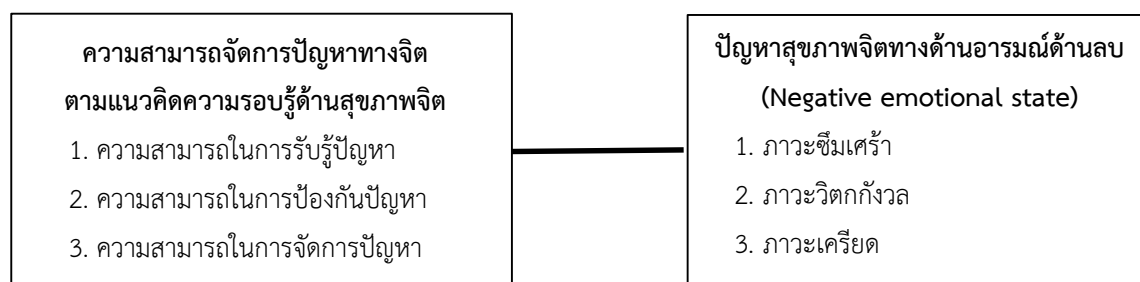
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดของประชากรวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

สมมติฐาน

ความสามารถจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยในอำเภองาว จังหวัดลำปาง ช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 36,153 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยทำงานอายุระหว่าง 25 - 59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภองาว อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละตำบลทั้ง 10 ตำบล ของอำเภองาว จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Finite population เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและ ความเครียดในประชากรผู้ใหญ่ของจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มากที่สุด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 380 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้ 420 คน โดยได้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 348 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแบบการวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ในด้านความสามารถจัดการปัญหาทางจิต (Mental Health Literacy: MHL) ของ Inchaithep, Punsawat, & Nuntana (2018) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถจัดการปัญหาทางจิต (Management: MN) มีรายละเอียดประเมินความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 1 - 4 ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ผลรวมคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ดีมาก ดี พอใช้ และไม่

ส่วนการวัดความชุกของภาวะอารมณ์ด้านลบใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียด Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Oei, Sawang, Goh, & Mukhtar (2013) จำนวน 21 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0 - 3 ผลรวมคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปกติ ต่ำ ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียดไม่ได้ตรวจสอบความตรงเนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐาน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จ้างวัดลำปาง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ Cronbach alpha coefficient พบว่า แบบการวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ในด้านความสามารถจัดการปัญหาทางจิต ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียด ได้ค่าเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล จ้างวัดลำปาง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการตลอดจนกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละขั้นตอนงานวิจัยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) เนื่องจาก ตรวจสอบพบว่า การแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ (Normal distribution)

โดยเกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะความเครียด (Bart, 1999) มีดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$), ความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.60 - 0.79$), ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$), ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิตกับ ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และภาวะเครียด ของประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง

ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามหมายเลขรับรองที่ E 2563-101

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=348)

ข้อมูล	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	152	43.70
หญิง	196	56.30
อายุ (ปี)		
25 - 29	34	9.77
30 - 39	64	18.39
40 - 49	92	26.44
50 - 59	158	45.40
(M= 46.00 ปี, S.D.= 10.17, Min.= 25 ปี, Max.= 59 ปี)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	19	5.46
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	150	43.10
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	132	37.93
อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	14	4.02
ปริญญาตรี	29	8.33
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.15
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	244	70.11
มีโรคประจำตัว	104	29.89
โรคความดันโลหิตสูง	48	46.20
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	36	34.60
โรคเบาหวาน	20	19.20

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.30) มีค่าเฉลี่ยอายุ 46 ปี (S.D.= 10.17 ปี) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 43.10) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.11) โรคประจำตัวที่มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.20)

2. ระดับความสามารถจัดการปัญหาทางจิต ดังนี้

ตาราง 2 ระดับความสามารถจัดการปัญหาทางจิต (21 ตัวอย่าง) (n= 348)

ระดับ	ค่าเฉลี่ยรวม	การรับรู้		การป้องกัน		การจัดการ		ความสามารถจัดการปัญหาทางจิต	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	3.51-4.00	0	0.00	27	7.76	21	6.03	2	0.53
ดี	2.51-3.50	190	54.60	169	48.56	178	51.15	200	57.47
พอใช้	1.51-2.50	158	45.40	152	43.68	147	42.24	146	42.00
ไม่ดี	1.00-1.50	0	0.00	0	0.00	2	0.57	0	0.00
		M= 2.56		M= 2.64		M= 2.62		M= 2.61	
		S.D.= 0.29		S.D.= 0.55		S.D.= 0.51		S.D.= 0.38	

จากตาราง 2 พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.47) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า มากกว่าครึ่งมีการรับรู้ และการจัดการอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.60 และ 51.15) และใกล้เคียงกับการป้องกันที่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 48.56)

3. ความสุขของภาวะอารมณ์ด้านลบ ดังนี้

ตาราง 3 ความสุขของภาวะอารมณ์ด้านลบ (n= 348)

ระดับสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า		ภาวะวิตกกังวล		ความเครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	264	75.86	230	66.09	313	89.94
ผิดปกติ	84	24.14	118	33.91	35	10.06
เล็กน้อย	28	33.33	52	44.07	16	45.71
ปานกลาง	45	53.57	47	39.83	11	31.43
รุนแรง	6	7.14	9	7.63	7	20.00
รุนแรงมาก	5	5.95	10	8.47	1	2.86

จากตาราง 3 พบว่า ภาวะซึมเศร้า ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิตปกติ (ร้อยละ 75.86) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ ประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับผิดปกติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.57)

ภาวะวิตกกังวล ประมาณ 2 ใน 3 มีระดับสุขภาพจิตปกติ (ร้อยละ 66.09) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสุขภาพจิตผิดปกติมากที่สุดอยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 44.07)

ความเครียด เกือบร้อยละ 90 อยู่ในระดับสุขภาพจิตปกติ (ร้อยละ 89.94) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสุขภาพจิตผิดปกติ มากที่สุดในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 45.71)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ดังนี้

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ระหว่างความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด (n= 348)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ภาวะเครียด
ความสามารถจัดการปัญหาทางจิต	-0.186**	-0.169**	-0.057
1. ด้านการรับรู้ปัญหา	-0.235**	-0.222**	-0.255**
2. ด้านการป้องกันปัญหา	-0.032	-0.052	-0.048
3. ด้านการจัดการปัญหา	-0.211**	-0.064	-0.235**

** $p < 0.01$

จากตาราง 4 พบว่า ความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิตในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{sp} = -0.186$ และ -0.169) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{sp} = -0.235$, -0.222 และ -0.255) ตามลำดับ ส่วนด้านการจัดการปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียดอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{sp} = -0.211$ และ -0.235) ตามลำดับ สำหรับด้านการป้องกันปัญหา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ด้านลบทั้งสามด้าน

อภิปรายผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ด้านความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต (Mental Health Literacy Management: MHL- MN) กับภาวะอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ ความเครียด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.47) อาจเนื่องมาจากกลุ่มวัยทำงานเป็นวัยกลุ่มผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และประสบการณ์การรับมือกับปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบจิตใจมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Inchaithep, Punsawat, & Nuntana (2018) ที่ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนผู้ใหญ่ในจังหวัดลำปาง พบว่ามีความสามารถด้านการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพจิตในแต่ละระดับช่วงอายุของ Farrer, Leach, Griffiths, Christensen, & Jorm (2008) ที่พบว่าความรู้ทางสุขภาพจิตของกลุ่มวัยทำงาน (อายุมากกว่า 25 - 59 ปี) จะอยู่ในระดับที่ดีกว่ากลุ่มวัยรุ่น วัยเรียนและผู้สูงอายุ โดยพบว่าในช่วงอายุ 18 - 24 ปี และอายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไป มีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าวัยทำงาน

ด้านการรับรู้ปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจจะเป็นเพราะว่าในกลุ่มวัยทำงาน ผ่านประสบการณ์การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งจากประสบการณ์โดยตรงกับตนเอง หรือโดยอ้อมจากปัญหาสุขภาพจิตของคนอื่นในครอบครัว เพื่อน หรือ คนอื่นในสังคม ได้แก่ ความเศร้า เครียด วิตกกังวล ผิดหวัง ท้อแท้ ตลอดจนความคิด

อยากตาย โดยการรับรู้ถึงปัญหาเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังนี้จะส่งผลต่อการดูแลตนเองและการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Inchaithep, Punsawat, & Nuntana (2018) ที่รายงานพบว่า ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของคนในครอบครัว มีผลต่อความสามารถในด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาวิจัยของ Kaewprom, Yuthavisut, Pratoon, & Boontum (2014) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี พบว่ามีระดับความสามารถในการรับรู้และจำแนกความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดีถูกต้องเกินกว่าร้อยละ 60 ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความเห็นว่า การมีบุคลิกภาพวิตกกังวลและภาวะวิตกกังวลในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทางจิต

ส่วนด้านการป้องกันปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มวัยทำงาน มีกิจกรรมของวัยผู้ใหญ่ที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ปัญหาทางด้านจิตใจต่างๆ ที่มีให้เลือกมากกว่าวัยเด็ก วัยรุ่นหรือวัยผู้สูงอายุ เช่น การสังสรรค์ การท่องเที่ยว การแสวงหาความสงบทางใจ การเข้าวัด ปฏิบัติธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถปรึกษาเรื่องราวความไม่สบายใจเพื่อระบายและวิธีแก้ปัญหาด้านจิตใจได้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam (2014) พบว่า วัยรุ่นจะมีปัญหาในการเลือกวิธีป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้น้อย โดยให้เหตุผลถึงปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายที่สูง ความกลัว อายุ ไม่กล้าปรึกษา และไม่มั่นใจในการขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตจากคนรอบตัว เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของ Thangkratok (2020) รายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่า มีช่องทางการค้นหาข้อมูลสุขภาพจิตที่จำกัด ภาวะพึ่งพิงจากลูกหลาน การเลือกกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุต้องขึ้นอยู่กับสถานะทางการเงินและบริบทของครอบครัวเป็นหลัก ทำให้มีโอกาสเลือกวิธีป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุได้น้อย

สำหรับการจัดการปัญหา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มวัยทำงาน สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นด้วยการค้นหาวิธีการและแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ง่าย ตลอดจนถึงสนใจเข้ารับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาทางการแพทย์ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือหรือขออนุญาตจากใครเหมือนกลุ่มวัยเด็ก วัยเรียน หรือ วัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dahlberg, Waern, & Runeson (2008) ที่ทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในประเทศสวีเดน และ การศึกษาของ Kaewprom, Yuthavisut, Pratoon, & Boontum (2014) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ การรับบริการจิตบำบัด การออกไปพบปะผู้คน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการจัดการความเครียด การปฏิบัติธรรม การนั่งสมาธิ และการอ่านหนังสือหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต วิถีลดความเครียด เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตมีอาการดีขึ้น โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มวัยที่ต้องพึ่งพิงอาศัยผู้อื่นในการดูแลตนเองด้านการจัดการปัญหาสุขภาพจิต (White & Casey, 2017)

สำหรับความชุกของภาวะอารมณ์ด้านลบ พบว่า ทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติมากกว่าครึ่ง อาจจะเป็นเพราะว่า ในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยทั่วไปสามารถมีภาวะอารมณ์ด้านลบเกิดขึ้นได้เป็นปกติธรรมชาติของมนุษย์ แต่ไม่ได้อยู่ในระดับที่ถือว่าผิดปกติของภาวะสุขภาพจิตตามภาวะอารมณ์ด้านลบทั้งสามด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Komwong, Prasanthanakul, Wongwan, & Phanasathit (2021) ที่ทำการศึกษาปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนใน

เขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าภาวะอารมณ์ด้านลบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติมากกว่าครึ่งเช่นเดียวกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 76.11, 76.92 และ 82.19 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิต กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด พบว่า ในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวล อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตโดยรวมที่สูงจะมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ดี นำไปสู่มีแนวทางในการป้องกันตนเองจากปัญหาสุขภาพจิต และรับมือจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้หลากหลายและได้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้มีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลน้อยกว่าคนที่มีความสามารถจัดการปัญหาทางจิตที่ต่ำ หรือเรียกว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ต่ำ สอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ Yu, Zi-wei, Mi, Xi-guang, Hui-ming, & Joyce, et al (2015) ที่ทำการศึกษาประชาชนในประเทศจีนโดยใช้แบบสอบถามวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่พัฒนาโดยประเทศจีน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ดีสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมที่ดี โดยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่น้อยมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอภิปรายรายละเอียดดังนี้

ด้านการรับรู้ปัญหา พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด อยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า บุคคลที่มีความสามารถในการรับรู้และจำแนกปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองได้เป็นอย่างดี นำสู่การช่วยเหลือจัดการตนเองทางสุขภาพจิตเบื้องต้น มีทัศนคติที่ดีต่อการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Bovopoulos, Jorm, Bond, Lamontagne, Reavley, & Kelly, et al (2016) ได้ทบทวนและรายงานการศึกษาโปรแกรมการจัดการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพจิตในสถานที่ทำงานพบว่าเมื่อพนักงานได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองให้ดีขึ้นแล้วจะนำไปสู่การเริ่มต้นการหาความช่วยเหลือและจัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้รวดเร็วขึ้นนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านจิตใจให้ลดน้อยลงได้ดีกว่าพนักงานที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม

ด้านการจัดการปัญหา พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด อยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า เมื่อบุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตแล้วมีความสามารถด้านการจัดการปัญหาที่สูง จะทำให้บุคคลนั้นมีความพยายามแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยอาจขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือค้นหาวิธีการทดลองจนแหล่งช่วยเหลือจากที่ต่าง ๆ หากไม่ได้ผลก็พร้อมที่จะไปขอรับการรักษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ มีความยินดีที่จะบอกเล่าความรู้สึกหรืออาการทางสุขภาพจิตของตนเองแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Madalyn, Henny, & Group (2012) ที่ทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในประชาชนผู้ใหญ่ของประเทศแคนาดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหาที่ดีจะชอบแก้ปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองและค้นหาวิธีดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจากหลากหลายแหล่งข้อมูลทั้งจากเพื่อนและคนในครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ

การประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงานมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนวัยทำงานอย่างเป็นองค์รวมทั้งสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในด้านทักษะการดูแลตนเองด้านจิตใจและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองที่เป็นรูปธรรม ให้สามารถรับมือและแก้ปัญหาสุขภาพจิตภาวะอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ได้ (Ganaseen, Parker, Hugo, Stein, Emsley, & Seedat, 2008)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการประเมินอารมณ์ด้านลบของประชาชนวัยทำงาน พบภาวะวิตกกังวลตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความรุนแรงและลดภาวะวิตกกังวลในประชาชนวัยทำงาน
2. ระดับความสามารถจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ประเมินและพัฒนาความรู้สุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหาทางจิตในกลุ่มประชาชนวัยทำงานได้
3. ความสามารถจัดการปัญหาทางจิตด้านการรับรู้ปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรทำการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถรับรู้ภาวะปัญหาอารมณ์ด้านลบของตนเองเมื่อเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต จะนำไปสู่การหาวิธีจัดการปัญหาและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการปัญหาทางจิต เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานพัฒนาตนเองให้สามารถจัดการปัญหาทางจิตได้
2. งานวิจัยชิ้นนี้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตประเด็นความสามารถด้านการจัดการปัญหาซึ่งเป็นการประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ เช่น ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ มุมมองต่อปัญหาสุขภาพจิตว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างไรเพิ่มเติม โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ ทั้งฉบับ จำนวน 48 ข้อคำถาม
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าระดับของความรู้ด้านสุขภาพจิตแต่ละระดับส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากภาวะอารมณ์ด้านลบเป็นอย่างไร เช่น โรคจิตเภท โรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

References

- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts*: Merrill.
- Bovopoulos, N., Jorm, A. F., Bond, K. S., Lamontagne, A. D., Reavley, N. J., & Kelly, C. M., et al. (2016). Providing mental health first aid in the workplace: A delphi consensus study. *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi:10.1186/s40359-016-0148-x>.
- Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a swedish community sample—investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(1), 8. <https://doi:10.1186/1471-2458-8-8>.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K., Christensen, H., & Jorm, A. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8, 125. <https://doi:10.1186/1471-2458-8-125>.

- Ganaseen, K. A., Parker, S., Hugo, C. J., Stein, D. J., Emsley, R. A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*, 11(1), 23-8. <https://doi:10.4314/ajpsyv11i1.30251>.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9, 137-50.
- Inchaithep, S., Punsawat, M., & Nuntana, P. (2018, November 8-10). Mental health literacy among people in Lampang Province, Thailand. In *The 6th Asian Academic Society International Conference (AASIC) A Transformative Community: Asia in Dynamism, Innovation, and Globalization*. Mae Fah Luang University, Chiangrai. (in Thai)
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. <https://doi:10.1192/bjp.177.5.396>.
- 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. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071>.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi:10.1037/a0025957>.
- Kaewprom, C., Yuthavisut, S., Pratoom, L., & Boontum, A. (2014). Mental health literacy among village health workers: A case study of two sub-districts in Klong, Chantaburi. *Journal of Health Science Research*, 8(1), 10-16.
- Komwong, D., Prasanthanakul, J., Wongwan, T., & Phanasathit, M. (2021). Preventive behaviors and mental health problems of population during the first wave COVID-19 pandemic: A case study of health region 1-2, Northern Thailand. *Lanna Public Health Journal*, 17(2), 1-13.
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: A population Based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 26. <https://doi:10.1186/1753-2000-8-26>.
- Madalyn, M., Henny, W., & Group, M. M. R. (2012). Mental health literacy in canadian young adults: Results of a national survey. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(1), 1-15. <https://doi:10.7870/cjcmh-2012-0002>.
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the depression anxiety stress scale 21(DASS-21) across cultures. *Int J Psychol*, 48(6), 1018-1029. <https://doi:10.1080/00207594.2012.755535>

- Sooksompong, S., Kwansanit, P., Supanya, S., Chutha, W., Kittirattanapaiboon, P. & Udomittipong, D., et al. (2016). The thai national mental health survey 2013: Prevalence of mental disorders in megacities: Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(1), 75-88.
- Thangkratok, P. (2020). Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *Chiang Mai Medical Journal*, 59(3), 163-172.
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders*, 259, 302-313.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>.
- Venkataraman, S., Patil, R., & Balasundaram, S. (2019). Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(6), 2723.
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20192350>.
- White, M., & Casey, L. (2017). Helping older adults to help themselves: the role of mental health literacy in family members. *Aging & Mental Health*, 21(11), 1129-1137.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1206513>.
- Yu, Y., Liu, Z. W., Hu, M., Liu, X.G., Liu, H. M., & Yang, J., et al. (2015). Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a chinese rural population. *BMJ Open*, 5(10), e009054. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00905>.