

THE EFFECT OF ENHANCING MENTAL HEALTH LITERACY PROMOTION PROGRAM AMONG UNDERGRADUATED STUDENTS ON RISK GROUP TO DEPRESSIVE DISORDER

*Sarinya Chansuk, Ph.D. *, Jitimawan Bumrungrose, M.N.S. **, Kochanipa Kwawong, N.Sc. ****

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the effects of a mental health literacy enhancement program on mental health literacy and levels of depression.

Methods: This study employed a quasi-experimental, two-group repeated measures design. The sample consisted of 38 undergraduate students from Udon Thani Rajabhat University, selected through purposive sampling based on inclusion criteria, specifically those with moderate levels of depression. Participants were assigned into experimental and control groups using a matched-pair technique. The experimental group participated in a mental health literacy enhancement program comprising eight sessions, each lasting 60-90 minutes. The control group received training under the Social Engineer Project, which aimed to develop soft skills. Mental health literacy and depression levels were assessed at three time points: pre-intervention, post-intervention, and one-month follow-up. The instruments used included the Mental Health Literacy Scale, and depression screening and assessment tools (2Q and 9Q). Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Results: The experimental group demonstrated significantly higher mental health literacy than the control group after receiving the program and at the one-month follow-up, with statistical significance at the $p < .001$ level. Furthermore, the experimental group exhibited significantly lower risk of depression than the control group both post-intervention and at the one-month follow-up, also with statistical significance at the $p < .001$ level.

Conclusion: The mental health literacy enhancement program represents a potential approach for reducing depression among university students and may serve as an alternative strategy for the prevention of depression in this group.

Keywords: undergraduate students, mental health literacy, depressive symptoms

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima College, e-mail: jitimawan@nmc.ac.th

***Lecturer, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

Received: 7 July 2024, Revised: 12 September 2025, Accepted: 19 September 2025

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อ ความรอบรู้สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า

ศรียุญา หาญสุข, ปร.ค.*, จิติมาวรรณ บำรุงรส, พย.ม.**, กชนิกา ขาววงษ์, วท.ม.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อระดับความรู้สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา : รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จำนวน 38 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า โดยมีคะแนนซึมเศร้าในระดับปานกลาง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีจับคู่เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต มีกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมโครงการวิศวกรสังคม เพื่อพัฒนาทักษะ Soft skill ประเมินระดับความรู้สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบวัดความรู้สุขภาพจิต แบบคัดกรองและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการศึกษา : ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม และในระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ และความเสี่ยงโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาได้ จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำมาใช้สำหรับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

คำสำคัญ : นักศึกษาระดับปริญญาตรี, ความรอบรู้สุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, e-mail: jitimawan@nmc.ac.th

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

วันที่รับ: 7 กรกฎาคม 2567, วันที่แก้ไข: 12 กันยายน 2568, วันที่ตอบรับ: 19 กันยายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมโลก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรม ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่มีความเปราะบางทางจิต มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จนนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง และจิตเภท ซึ่งนักศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มจะเกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเปลี่ยนผ่านชีวิตสู่รั้วมหาวิทยาลัย (Montgomery & Côté, 2003) และเผชิญกับความท้าทายด้านพัฒนาการที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 24 ปี (Kessler et al, 2007) ได้แก่ การเกิดปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ไม่ดี (Hysenbegasi et al., 2005) และการเลิกเรียนกลางคัน (Megivern et al., 2003) โดยมีจำนวนนักศึกษาที่หยุดเรียนเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.0 เนื่องจากสุขภาพจิตไม่ดี ในช่วงสี่ปีที่ผ่านมา (Hubble & Bolton, 2020) ในช่วงการระบาดของ COVID-19 มีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่าโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้มากกว่าในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยหรือยากจนและชนชั้นแรงงาน ผิดคำหรือแอฟริกันอเมริกัน ละติน และเอเชีย ที่เป็นเพศหญิง คนข้ามเพศ และกลุ่มที่ไม่ใช่ไบนารี เกย์หรือเลสเบียน ไบเซ็กชวล เคียวรี่ ผู้ไม่เลือกเพศ กะเทย และผู้ดูแลเด็กหรือผู้ใหญ่คนอื่น ๆ (Chrikov et al., 2020)

ในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2565 สถาบัน

วิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ผลสำรวจพบว่า นักศึกษา 9,050 คน จาก 15 สถาบันทั่วประเทศ มีประเด็นความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยนักศึกษาร้อยละ 40 มีความเครียดอย่างมาก นักศึกษาสัดส่วนร้อยละ 4.3 ได้รับการวินิจฉัยว่า มีอาการทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า รวมไปถึงโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) กว่าร้อยละ 4 ของนักศึกษาทั่วประเทศ เคยคิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้งถึงตลอดเวลา และร้อยละ 12 เคยลงมือทำร้ายตนเอง ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 1.3 ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอยู่บ่อยครั้งถึงตลอดเวลาซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลในสัดส่วนสูงที่สุด (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566) รวมทั้งข้อมูลล่าสุด รายงานผลการประเมินสุขภาพจิตนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 เมื่อวันที่ 13 - 14 มิถุนายน 2566 โดยใช้เครื่องมือ MENTAL HEALTH CHECK IN เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566) พบว่า นักศึกษามีภาวะเครียดระดับรุนแรง จำนวน 117 คน มีภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง จำนวน 28 คน และมีความคิดที่อยากฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง จำนวน 37 คน จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น จำนวน 2,231 คน (กรมสุขภาพจิต, 2566)

จังหวัดอุดรธานี เป็นเมืองใหญ่อันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเมืองศูนย์กลางการค้า การลงทุน การคมนาคมและขนส่ง โดย

เชื่อมโยงกับกลุ่มประเทศอนุภูมิภาคุ่มแม่น้ำโขง และในปี 2565 มีการเติบโตทางเศรษฐกิจ มูลค่าเศรษฐกิจ (GPP) 120,539 ล้านบาท มากเป็นอันดับ 4 ของอีสาน และมีรายได้ต่อหัว (GPP per capita) 96,546 บาท สูงเป็นอันดับ 5 ของอีสาน ซึ่งมีแนวโน้มการเติบโตของมูลค่าเศรษฐกิจและรายได้ต่อหัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานจังหวัดอุดรธานี, 2565) พบปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษา เช่นเดียวกัน ผลสำรวจภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.43 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และคณะ, 2563)

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะช่วยลดอุบัติการณ์ดังกล่าวได้เพราะความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นความรู้ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (Jorm et al., 2011) นอกจากนี้ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต ยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว บุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมี

ทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (Langslands et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และคณะ (2563) พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

เนื่องด้วยในประเทศไทย การศึกษาในประเด็นความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังอยู่ในวงจำกัด ประกอบกับ มีอุปสรรคในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นโปรแกรมจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (Beck, 1995) ร่วมกับแนวคิดกลุ่มของ Yalom (1995) และความรู้รอบรู้สุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ (2561) จึงมีความสำคัญ และจำเป็นต้องการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและลดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่จะเติบโตเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน

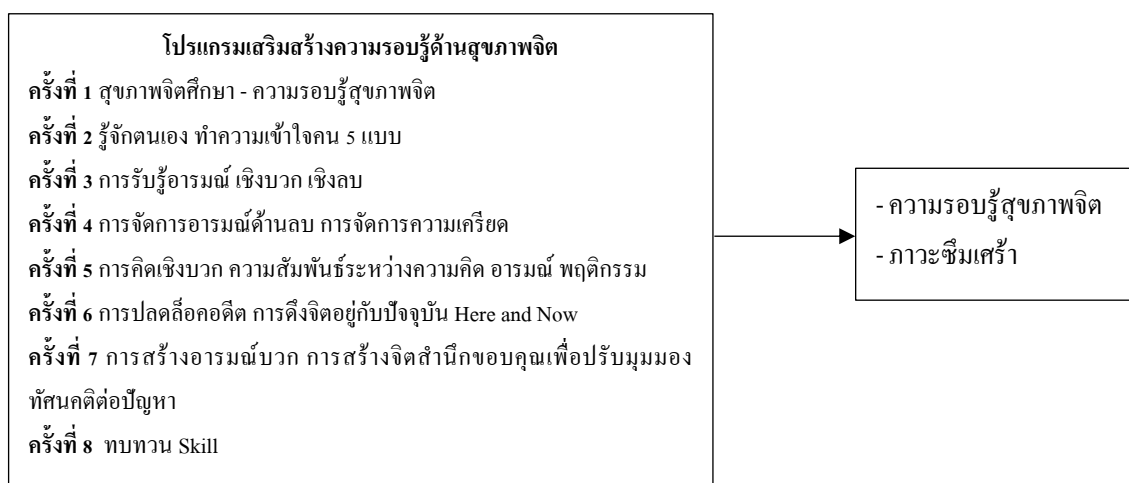
สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Jorm et al. (2006) ที่สรุปว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ด้านความ

เชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต การรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (Langlands et al., 2008) รวมถึงความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของการรักษา การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2565 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จำนวนทั้งหมด 1,750 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1

ปีการศึกษา 2565 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อ. เมือง จ.อุดรธานี ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive selection) โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (คะแนน ≥ 1 คะแนน) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงระดับซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลาง (13 - 18 คะแนน) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม Winpepi กำหนดค่า Significant level 5% power of the test 90% ratio of sample 1:1 S.D. กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 0.75, S.D. กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 1.10 ความต่างของผล (effect size) เท่ากับ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 38 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกเข้าร่วมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 19 คน โดยการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติด้านเพศ อายุ ชั้นปี รายได้ต่อเดือน คะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต และคะแนนระดับซึมเศร้าคล้ายคลึงกัน การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ อว 0622.7/221 และผู้วิจัยพบอาสาสมัคร สอบถามความสมัครใจและขอความอนุเคราะห์จากอาสาสมัคร เพื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวอาสาสมัครวิจัย และข้อมูลที่ได้อาจจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่ หรือระบุชื่อผู้ให้

ข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง สามารถแจ้งขอยกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และจะไม่นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัวออกจากการวิจัยมานำเสนอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ รายได้ต่อเดือน มีความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพ พื้นฐานอุปนิสัย ความเข้มแข็งในการใช้ชีวิต การปรับตัว ความภูมิใจในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว แบบแผนการเลี้ยงดู การสนับสนุนจากคนใกล้ชิด บุคคลที่ไว้วางใจ ความรู้ ความเข้าใจการดูแลจิตใจตนเอง และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ใช้ ผู้วิจัยหา content validity ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสม ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ศึกษา และวัตถุประสงค์การวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 แบบวัดความรู้

สุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) พัฒนาขึ้นโดย ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะ (2561) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับ

สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นคำถามเลือกตอบ ถูก ผิด (dichotomous key) การให้คะแนนให้ 1 คะแนน เมื่อตรงกับข้อถูกต้องที่เฉลยไว้ ส่วนข้อที่ไม่ตรงเฉลยและข้อไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน

จำนวน 15 ข้อ (คะแนนเต็ม 15) เกณฑ์การแปลผล นำคะแนนรวมมาแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนรวม 12 - 15 คะแนน มีความรู้ในระดับดี 2) คะแนนรวม 8 - 11 คะแนน มีความรู้ในระดับ ปานกลาง และ 3) คะแนนรวม 0 - 7 คะแนน มีความรู้ในระดับ ไม่ดี

องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิต คำถาม ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1 - 4 ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

เลือกข้อ 4 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 4 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 1

เลือกข้อ 3 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 3 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 2

เลือกข้อ 2 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 2 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 3

เลือกข้อ 1 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 1 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 4

แล้วนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์ และแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.00 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับไม่ดี

องค์ประกอบที่ 3 ความสามารถ ในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต คำถาม ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก และเชิงลบ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 1 - 4 ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด การให้คะแนน ดังนี้

เลือกข้อ 4 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 4 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 1

เลือกข้อ 3 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 3 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 2

เลือกข้อ 2 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 2 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 3

เลือกข้อ 1 ข้อที่เป็น Positive ให้คะแนน 1 ข้อที่เป็น Negative ให้คะแนน 4

นำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ย ตามเกณฑ์ และแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.00 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการ

ปัญหาทางจิต อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการ ปัญหาทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพแบบวัดความรอบรู้ สุขภาพจิต โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย

การนำแบบประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิต ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มี คุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

1.3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) เป็นแบบเลือกตอบด้วยตนเอง (Self-report inventories) 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี ให้ 0 คะแนน มี ให้ 1 ลักษณะคำถาม ประเมินอารมณ์ความรู้สึก ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้

การแปลผล ถ้า ตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้า คำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้ม ที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) คุณภาพเครื่องมือ มีความไว ร้อยละ 96.5 ความจำเพาะร้อยละ 44.6 แต่ถ้าตอบ มี ทั้ง 2 ข้อ จะ เพิ่มความจำเพาะสูงขึ้น ถึงร้อยละ 85.1 สามารถ นำไปค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคซึมเศร้า ในชุมชนได้ (สุวรรณอรุณไพศาล และคณะ, 2550)

1.4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า

(9Q) เป็นแบบเลือกตอบด้วยตนเอง (Self-report inventories) ใช้ในการช่วยวินิจฉัยโรค และใช้ ประเมินเพื่อจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับอาการที่ เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้า ภายใน 2 สัปดาห์ โดย คำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มี เป็นบางวันในตลอดสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย ให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์แปลผล นำคะแนนรวมทั้ง ฉบับ มาแปลผล 4 ระดับ ได้แก่

1) คะแนนรวม < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการ ของโรคซึมเศรียรระดับน้อยมาก

2) คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับน้อย

3) คะแนนรวม 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศรียรระดับปานกลาง

4) คะแนนรวม ≥ 19 คะแนน หมายถึง อาการของโรคซึมเศรียรระดับรุนแรง

คุณภาพเครื่องมือ มีค่าความไว ร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.12 ค่าความ ถูกต้องร้อยละ 83.29 เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมใน การนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในสถาน บริการสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2554)

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต ลักษณะ เป็นโปรแกรมจิตบำบัดแบบประคับประคอง ที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Cognitive Behavioral Therapy (Beck, 1995) ร่วมกับแนวคิด

กลุ่มของ Yalom (1995) และความรอบรู้สุขภาพจิตของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และคณะ (2561) ลักษณะของโปรแกรมเป็นกิจกรรมให้สุขภาพจิตศึกษา และจิตบำบัดประคับประคอง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที มีรายละเอียด กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ปฐมนิเทศ ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และ Pre-test (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง - การรู้จักตนเอง การเข้าใจตนเอง (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้อารมณ์เชิงบวก เชิงลบ (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4 การจัดการอารมณ์ลบ และการจัดการความเครียด (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5 การคิดเชิงบวก (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 6 การปลดปล่อยอดีต การวิเคราะห์ปมอดีต การดึงจิตสู่ปัจจุบัน (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 7 การสร้างอารมณ์บวกด้วยจิตสำนึกแห่งการขอบคุณ การยืนยันคำพูดทางบวก แก่ตนเองเพื่อสร้างพลังชีวิต (1 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 8 ทบทวน skill (1 ชั่วโมง)

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลทางจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ ความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และลำดับของเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนี IOC (Item-Objective Congruence Index) ซึ่งได้ค่า IOC มากกว่า

.67

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการคัดเลือกอาสาสมัคร

1) ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยทางเครือข่าย สังคมออนไลน์ ในกลุ่มนักศึกษา และให้ผู้สนใจ register ทาง Google form เพื่อทำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบคัดกรองซึมเศร้า โดยให้ระบุตัวตนเพียง ID Line email address และหมายเลขโทรศัพท์

2) ทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างมาจำนวนทั้งหมด 38 คน คือ ผู้ที่มีคะแนนคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) ตั้งแต่ 1 - 2 คะแนน และคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) มีคะแนนตั้งแต่ 13 - 18 คะแนน จัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 19 คน ใช้วิธีจับคู่ตามลักษณะบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับชั้นปี รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ คะแนนความรู้สุขภาพจิต และคะแนนระดับซึมเศร้าคล้ายคลึงกัน

3) ทีมวิจัยติดต่อกลับอาสาสมัครเพื่อชี้แจงรายละเอียดข้อตกลงและเงื่อนไขในการเข้าร่วมวิจัย และให้ลงนามใน หนังสือขอความยินยอม

2. ระยะดำเนินการทดลอง (ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - 5 ธันวาคม 2566) ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 60 -90 นาที รวมเวลาที่ใช้ประมาณ 8 ชั่วโมง มีรายละเอียด กิจกรรมดังนี้

1) ดำเนินการ Pre test ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยประเมินกลุ่มทดลอง

ก่อน และตามด้วยกลุ่มควบคุมที่หลัง แล้วเก็บรวบรวมคะแนนไว้เพื่อวิเคราะห์ผล

2) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต กิจกรรม 8 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 2 คน มีบทบาทหน้าที่ช่วยหัวหน้าโครงการวิจัยในการเก็บรวบรวม

รวมข้อมูล pre-test, post- test และดำเนินกิจกรรมย่อยของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ตามที่ได้รับมอบหมาย โดยหัวหน้าทีมวิจัย จะเป็นผู้ฝึกอบรมการเป็นผู้นำดำเนินกิจกรรมให้ผู้ร่วมวิจัย ตามตารางกิจกรรมที่กำหนดไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1	เปิดกลุ่ม	เพื่อสร้างความเข้าใจและชี้แจงข้อมูลกระบวนการวิจัยและกำหนดการตามโปรแกรม	1. ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ	กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต
Part 1 สุขภาพจิตศึกษา				
1	- ความหมายของโรคจิต อารมณ์เศร้า - สาเหตุ โรคจิต โรคซึมเศร้า - อาการ การเจ็บป่วยทางจิต - การส่งเสริมสุขภาพจิต - การป้องกันปัญหาทางจิต	เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจสาเหตุอาการ การเจ็บป่วยทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต	- ซึมเศร้าคืออะไร - โรคจิต คืออะไร - สาเหตุปัจจัย - การส่งเสริมสุขภาพจิต - การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต	กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจสาเหตุอาการ การเจ็บป่วยทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต
Part 2 กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์				
2	2.1 รู้จักตนเอง ทำความเข้าใจคน 5 แบบ	เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการรับรู้ปัญหาการป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต	- หน้าต่าง โจ ฮารี - คน 5 แบบ - วิเคราะห์ตนเอง	กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจและตระหนักรู้ในตนเอง
3	2.2 รับรู้อารมณ์ เชิงบวก เชิงลบ (สมาธิบำบัด)	- เพื่อสร้างการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง และ ความสำคัญของการจัดการอารมณ์ลบ - จำแนกความคิดอารมณ์ พฤติกรรม - ปรับเปลี่ยนอารมณ์เชิงลบเป็นอารมณ์	- อารมณ์คืออะไร - ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม - ผลของอารมณ์ลบต่อความคิด พฤติกรรม	- กลุ่มเป้าหมายตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง และความสำคัญของการจัดการอารมณ์ลบ - จำแนกความคิดอารมณ์ พฤติกรรมได้

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
เชิงบวกได้				
4	2.3 การจัดการอารมณ์ลบ		- การจำแนกอารมณ์ บวก อารมณ์ลบ - การดึงอารมณ์ลบมาสู่ อารมณ์บวก	- กลุ่มเป้าหมายจำแนก อารมณ์บวก อารมณ์ลบ ได้ และปรับอารมณ์ กลับมาในเชิงบวกได้
5	2.4 การคิดบวก		- ความหมายของการ คิดบวก - ความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อ การดำเนินชีวิต - การปรับแนวคิดจาก ลบสู่การคิดบวก	- กลุ่มเป้าหมายจำแนก ความคิดบวกและ ความคิดลบได้ - วิเคราะห์สถานการณ์ และปรับจากคิดลบสู่ แนวคิดบวกได้
6 - 7	การปลดปล่อยอดีต 1) การวิเคราะห์ปมในอดีต 2) ความคาดหวัง คิดบวก วางเป้าหมาย ชีวิต 3) การดึงจิตอยู่กับปัจจุบัน Here and Now 4) การสร้างอารมณ์บวก ด้วยการสร้าง จิตสำนึกขอบคุณเพื่อปรับมุมมอง ทัศนคติต่อปัญหา 5) การสร้างคำยืนยันเชิงบวกแก่ตนเอง	- เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจสาเหตุ อาการ การเจ็บป่วย ทางจิต การส่งเสริม สุขภาพจิต การ ป้องกันปัญหาทางจิต - เพื่อเสริมสร้าง ความสามารถในการ รับรู้ปัญหาการ ป้องกัน และการ จัดการปัญหาทางจิต	- การตระหนักรู้ปัญหา ของตนเองในอดีต - การเข้าใจผลของปม อดีตที่ส่งผลต่อชีวิต ปัจจุบัน - การใช้เหตุผลเพื่อดึง อารมณ์กลับสู่ปัจจุบัน - การสร้างความเชื่อมั่น ในตนเองโดยการตั้ง จิตสำนึกผ่าน Self- talk	- รับรู้และเข้าใจอารมณ์ ตนเอง เข้าใจ ความสัมพันธ์เชื่อมโยง ระหว่างปมอดีตที่ สะสมอารมณ์ลบๆ จน เกิดปัญหาทางจิต และสามารถดึงการรับรู้ ต่อตนเองในเชิงลบ กลับสู่เชิงบวกใน ปัจจุบันได้ มีความเข้มแข็ง ที่จะ เผชิญปัญหา และสิ่ง คุกคามทางจิตได้
8	ทบทวน Skill และ Post test	- เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ - เพื่อสร้างความ ชำนาญในการ ตระหนักรู้ในตนเอง การจัดการ อารมณ์ ลบ การคิดเชิงบวก	- ทบทวนความรู้ สุขภาพจิต 3 องค์ประกอบ - ทบทวน skill 3 ด้าน การตระหนักรู้อารมณ์ การรู้จักและเข้าใจ ตนเอง การจัดการ อารมณ์ลบ การคิดบวก	- มีความรู้ ความเข้าใจ ความรอบรู้ สุขภาพจิตทั้ง 3 องค์ประกอบ - ตระหนักรู้อารมณ์ ตนเอง และความสำคัญ ของการจัดการอารมณ์ ลบ - ปรับเปลี่ยนการรับรู้ ต่อตนเองในเชิงลบ

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	กิจกรรมย่อย	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
				กลับสู่เชิงบวกใน ปัจจุบันได้ มีความ เข้มแข็ง ที่จะเผชิญ ปัญหา และสิ่งคุกคาม ทางจิตได้

กลุ่มควบคุมได้รับการอบรมโครงการ
วิศวกรสังคม เพื่อพัฒนาทักษะ Soft skill (ทักษะนักคิด
นักประสาน นักสื่อสาร นักนวัตกรรม) หาก
นักศึกษาต้องการรับคำปรึกษา หรือสอบถามข้อมูล
ด้านสุขภาพจิต รวมทั้งมีศูนย์ UDRU care plus
บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ให้คำปรึกษา
และหากเกินศักยภาพในการดูแล ได้จัดบริการส่ง
ต่อไปยังสถานพยาบาลตามความเร่งด่วน และ
จำเป็นต่อไป

ส่วนการป้องกันการส่งต่อวิธีการที่ได้รับ
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัย และผู้
ร่วมวิจัย ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง
ปกปิดข้อมูล และการติดต่อสื่อสาร ที่ได้รับจากการ
เข้าร่วมกิจกรรม มิให้เผยแพร่ข้อมูล และทักษะ ไป
ยังกลุ่มควบคุม

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตาม
ผล 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะ
ติดตามผล หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัย
ประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต คัดกรองโรค
ซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2Q ประเมินโรคซึมเศร้า
ด้วยแบบประเมิน 9Q กับกลุ่มทดลอง และกลุ่ม
ควบคุม และนำคะแนนทั้งหมดมาวิเคราะห์ผลการ
ทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มา
วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติ
จำแนกตามลักษณะข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ
ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนน ความรอบรู้
สุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ใน
ระยะก่อน หลัง และติดตามผล 1 เดือน หลังเข้าร่วม
โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต โดยใช้
สถิติทดสอบที่ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
65.00 รายได้ต่อเดือน ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด
6,000 บาท ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,157.89 บาท มีความ
เพียงพอของรายได้ ร้อยละ 73.70 ไม่มีปัญหา
สุขภาพ ร้อยละ 94.70 พื้นฐานบุคลิกภาพ มีทั้งแบบ
ร่าเริงและแบบเครียดง่ายปนกัน ร้อยละ 57.60
ความเข้มแข็งในการใช้ชีวิต พึ่งพาคนอื่นบางอย่าง
ร้อยละ 50.0 การปรับตัว ปานกลาง ร้อยละ 71.7
ความภูมิใจในตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.15

สัมพันธภาพในครอบครัว ดีมาก ร้อยละ 50.7 แบบแผนการเลี้ยงดู ปานกลาง (ไม่ตามใจ ไม่ปล่อยปละละเลย) ร้อยละ 100 การสนับสนุนจากคนใกล้ชิด ปานกลาง ร้อยละ 78.94 บุคคลที่ไว้วางใจ สะดวกใจจะขอคำปรึกษา คือ เพื่อน ร้อยละ 87.61 ความรู้ความเข้าใจในการดูแลจิตใจตนเอง ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.31 และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ใช้ คือ สื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 80.00

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.00 รายได้ต่อเดือน ค่าสุด 3,000 บาท สูงสุด 8,000 บาท ค่าเฉลี่ย 3417.58 บาท มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 73.70 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 100 พื้นฐานอุปนิสัย ร่าเริงและเครียดง่าย ปนกัน ร้อยละ 84.20 ความเข้มแข็งในการใช้ชีวิต พึ่งพาคนอื่นบางอย่าง ร้อยละ 52.60 การปรับตัว ปานกลาง ร้อยละ 73.70 ความภูมิใจในตนเอง ระดับมาก ร้อยละ 57.9 สัมพันธภาพในครอบครัว ดีมาก ร้อยละ 52.60 แบบแผนการเลี้ยงดู ปานกลาง (ไม่ตามใจ ไม่ปล่อยปละละเลย) ร้อยละ 100 มีการสนับสนุนจากคนใกล้ชิดดี ร้อยละ 50 มีบุคคลที่ไว้วางใจ ร้อยละ 84.20 มีความรู้ ความเข้าใจการดูแลจิตใจตนเอง ระดับดี ร้อยละ 63.20 และแหล่งความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ใช้ คือ สื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 89.50

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า ผลประเมินโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลประเมินความเครียดต่อโรคซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2Q ผลประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตของกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านที่ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และด้านที่ 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาอยู่ในระดับดี ระยะหลังทดลอง ในด้านที่ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตและด้านที่ 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ส่วนด้านที่ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตคงที่ ส่วนผลคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ระยะก่อนทดลอง ผล Positive ร้อยละ 100 และระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เช่นเดียวกัน

ความรอบรู้สุขภาพจิต ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านที่ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และด้านที่ 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาอยู่ในระดับดี ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ความรอบรู้สุขภาพจิตในทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และมีความสัมพันธ์กับผลคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ระยะก่อนทดลอง ผล positive ร้อยละ 100.00 ระยะหลังทดลอง ผล positive ลดลง เป็นร้อยละ 42.10 ระยะติดตามผล positive ลดลงเป็น ร้อยละ 15.78

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า ผลประเมินโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n = 19)

องค์ประกอบความรู้สุขภาพจิต	ระยะก่อนทดลอง		ระยะหลังทดลอง		ระยะติดตามผล 1 เดือน	
	mean	S.D.	mean	S.D.	mean	S.D.
กลุ่มควบคุม						
ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	9.89	.99	10.05	.69	9.78	.78
ด้านที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	2.87	.26	2.87	.26	2.87	.26
ด้านที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา	2.78	.32	2.87	.26	2.87	.26
กลุ่มทดลอง						
ด้านที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	9.89	.99	13.05	.84	14.42	.69
ด้านที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	2.87	.26	3.59	.11	3.72	.13
ด้านที่ 3 ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา	2.78	.32	3.74	.14	3.83	.11

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า ผลประเมินโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (n = 19) (ต่อ)

ภาวะซึมเศร้า	ระยะก่อนทดลอง		ระยะหลังทดลอง		ระยะติดตามผล	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ผลคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)						
กลุ่มควบคุม						
Negative	0	0.00	2	10.53	3	15.79
Positive	19	100.00	17	89.47	16	84.21
กลุ่มทดลอง						
Negative	0	0.00	11	57.89	16	84.21
Positive	19	100.00	8	42.10	3	15.79
ผลประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)						
กลุ่มควบคุม						
ไม่มีอาการหรือซึมเศร้าระดับน้อยมาก	-	-	-	-	-	-
ซึมเศร้าระดับน้อย	-	-	4	21.05	5	26.31
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	19	100.00	15	78.95	14	73.69
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	-	-	-	-	-	-
กลุ่มทดลอง						
ไม่มีอาการหรือซึมเศร้าระดับน้อยมาก	-	-	13	68.42	17	89.47
ซึมเศร้าระดับน้อย	-	-	3	31.58	2	10.53
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	19	100.00	-	-	-	-
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	-	-	-	-	-	-

ในระยะหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า หรือมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก (คะแนน < 7) ร้อยละ 68.43 และมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 31.57 ระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีซึมเศร้าระดับน้อยมาก ร้อยละ 89.48 และมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 10.53 ระยะติดตามผล

ระยะหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับน้อยมาก (คะแนน < 7) ร้อยละ 68.43 อยู่ในระดับน้อย (คะแนนรวม 7-12 คะแนน) ร้อยละ 31.57 ระยะติดตามผล มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก (คะแนน < 7) ร้อยละ 89.48 ระดับน้อย (คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน) ร้อยละ 10.52

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

จากตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามผล 1 เดือน ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันทีภายในกลุ่มทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ($n_1 = n_2 = 19$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตหลังการทดลอง (mean = 13.05, S.D. = .848) สูงกว่าก่อนการทดลอง

(mean = 9.89, S.D. = .994) และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 14.42, S.D. = .692) สูงกว่าระยะหลังสิ้นสุดทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันทีภายในกลุ่มทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ($n_1 = n_2 = 19$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต หลังการทดลอง (mean = 3.59, S.D. = .117) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 2.87, S.D. = .267) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 3.72, S.D. = .031) สูงกว่าระยะหลังสิ้นสุดทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมทันทีภายในกลุ่มทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ($n_1 = n_2 = 19$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิตหลังการทดลอง (mean = 3.74, S.D. = .143) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 2.78, S.D. = .32) และระยะติดตามผล 1 เดือน (mean = 3.83, S.D. = .111) สูงกว่าระยะหลังสิ้นสุดทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้านในระยะก่อน ระยะหลัง ทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง (n = 19 คน)

องค์ประกอบความรอบรู้สุขภาพจิต	Mean difference	Standard error	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-3.158	.175	-18.00	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	-1.368	.175	-7.839	.000***
2. ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-.73	.24	13.06	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	-.126	.08	-6.74	.000***
3. ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา				
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	-.959	.36	-11.60	.000***
หลังทดลองติดตามผล	-.089	.05	-7.70	.000***

*** $p < .001$

3. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการเข้ารับโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ระยะก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired sample t-test ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $< .001$

สรุปผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ และในระยะติดตามผล 1 เดือน และความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มควบคุม (n = 19) และกลุ่มทดลอง (n = 19)

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ก่อน-หลัง	9.89	.99	9.42	1.21	1.31	.197
หลัง-ติดตามผล	13.05	.841	9.53	.96	11.97	.000***
ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต						
ก่อน-หลัง	2.87	2.61	2.87	.26	.000	1.000
หลัง-ติดตามผล	3.59	.117	3.12	.275	6.88	.000***
ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหา						
ก่อน-หลัง	2.87	.26	2.99	.296	-1.40	.169
หลัง-ติดตามผล	3.74	.143	3.01	2.9	9.59	.000***

*** $p < .001$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง (n = 19)

ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	mean	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	.78947	.71328	4.825	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	.36842	.59726	2.689	.015*

* $p < .05$, *** $p < .001$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 19) และกลุ่มควบคุม (n = 19) ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะทดสอบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	.42	.51	1.47	.77	4.97*	.000***
หลังทดลอง-ติดตามผล	.05	.23	1.68	.48	13.42*	.000***

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. คะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต หลังทดลองและระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ความรอบรู้สุขภาพจิตที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคจิต อารมณ์เศร้า สาเหตุ โรคจิต โรคซึมเศร้า อาการเจ็บป่วยทางจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต 2) การทำความเข้าใจตนเอง ทำความเข้าใจผู้อื่น 3) การฝึกการรับรู้อารมณ์เชิงบวกเชิงลบ 4) การจัดการอารมณ์ด้านลบ การจัดการความเครียด 5) การฝึกคิดคิดเชิงบวก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม 6) การปรับทัศนคติต่อตนเอง ปลดปล่อยอดีต การตั้งจิตอยู่กับปัจจุบัน Here and Now และการสร้างอารมณ์บวก การสร้างจิตสำนึกขอบคุณ เพื่อปรับมุมมอง ทัศนคติต่อปัญหา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถรับรู้ความผิดปกติทางจิตใจของตนเองได้ และมีความรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิต มีความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหา มีความรู้ถึงแหล่งประโยชน์ ที่จะขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับตนเองได้ และสามารถที่จะค้นหาความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ จึงทำให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Newcomb-Anjo (2019) ที่ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเรื่องภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน พบว่าการเพิ่มพูน ความรู้และ

การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ และส่งเสริมพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการขอความช่วยเหลือ จะเพิ่มกระบวนการรับรู้ และอารมณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของวัยรุ่น จะทำให้วัยรุ่นรับรู้ถึงปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือได้เหมาะสมและรวดเร็ว ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเกิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zare et al. (2022) ที่ศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักเรียนหญิงพบว่าหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการฝึกอบรมแล้ว กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้เพิ่มพูนความรู้ด้านกลยุทธ์การช่วยเหลือตนเอง ทำให้เกิดความตระหนัก ซึ่งอาจนำไปสู่การแสวงหาความช่วยเหลือที่ทันทั่วถึง และเหมาะสมได้

2. กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน เป็นผลสืบเนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจสุขภาพจิต การเจ็บป่วยทางจิต สามารถรับรู้ความผิดปกติทางจิตใจของตนเองได้ และมีความรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิต รวมทั้งความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหา สามารถขอความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับตนเองได้และสามารถที่จะค้นหาความรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตได้ ทำให้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรลักษณ์ อินทร์เดช (2565) พบว่าหลังการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษา

ตอนปลายกลุ่มทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ แสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล และคณะ (2563) ที่พบว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.62; p = .000$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและ

การรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตาม ประสิทธิภาพของโปรแกรมโดยประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้สุขภาพจิต และประเมินโรคซึมเศร้า

2. ควรใช้เครื่องมือประเมินโรคซึมเศร้าประเภทอื่น ในการศึกษาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน และได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัราชภัฏอุดรธานี

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2554). คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติการฆ่าตัวตาย. https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.as

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ตรวจสุขภาพใจ. <https://checkin.dmh.go.th/publichealth>

ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, รัตติกร เหมือนนาคอน, สุมัทธนา แก้วมา, และวีระพงษ์ เรียบพร. (2563). ภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 21(2), 40-51.

วรัลภณณ์ อินทร์เดช. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริพร พัวศิริ, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภาศรี ทุ่งมีผล, และ วินัย รอบคอบ. (2561). การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 10(2), 97-109.

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.).

สำนักงานจังหวัดอุดรธานี. (2565). รายงานผลการดำเนินงานจังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ 2565. อุดรธานี: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด.

สุวรรณ อรุณ ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, จินดา ลิ้มเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และสิริธร บุตรวงศ์. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 138-148.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. Guilford Press.

Chrikov, I., Soria, K. M., Horgos, B., & Jones-White, D. (2020). *Undergraduate and graduate students' mental health during the COVID-19 pandemic*. <https://escholarship.org/uc/item/80k5d5hw>

Hubble, S., & Bolton, P. (2020). *Support for students with mental health issues in higher education in England*. UK Parliament Briefing paper. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3874416>

Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *The Journal of mental health policy and economics*, 8(3), 145-151.

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. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5.

Jorm, A. F. (2011). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 31, 1-13.

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364.

Langlands, R. L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2008). First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of affective disorders*, 105(1-3), 157-165.

Megivern, D., Pellerito, S., & Mowbray, C. (2003). Barriers to higher education for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 217-231.

Montgomery, M. J., & Côté, J. E. (2003). College as a transition to adulthood. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 149-172). Blackwell Publishing. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00784-008>

- Newcomb-Anjo, S.E. (2019). Applying What is Known About Adolescent Development to Improve School-Based Mental Health Literacy of Depression Interventions: Bridging Research to Practice. *Adolescent Research Review*, 4(3), 235-248.
- Yalom, J. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. 4th ed. Basic Books.
- Zare, S., Kaveh, M. H., Ghanizadeh, A., Nazari, M., Asadollahi, A., & Zare, R. (2022). Adolescent Mental Health Literacy Questionnaire: Investigating Psychometric Properties in Iranian Female Students. *BioMed research international*, 7210221.