

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ยุพธร เสือเผ่า, พย.ม.*^a

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาที่สังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จันทบุรี ทราย ในอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 316 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินความเครียด ST-5 แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลทั่วไป และแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.85, 0.90, 0.91, 0.90 และ 0.96 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมัศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 47.64 คะแนน ครอบคลุมด้าน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การรับรู้ปัญหา ทัศนคติและความสามารถในการขอความช่วยเหลือ ด้านความเครียด พบว่านักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 46.84 รองลงมาคือกลุ่มที่มีความเครียดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 36.99 สำหรับระดับความวิตกกังวลพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ไม่มีหรือมีน้อย ร้อยละ 52.22 และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.96 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.30 รองลงมาคือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 32.91 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่านักเรียนส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีกลุ่มที่มีความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ ส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต; ภาวะสุขภาพจิต; นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขลุง อ.ขลุง จ.จันทบุรี

^a Corresponding author: ยุพธร เสือเผ่า Email: Yupathon.w@gmail.com

รับบทความ: 4 ส.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 25 ส.ค. 68; ตอรับตีพิมพ์: 25 ส.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 21 ก.ย. 68

Mental Health Literacy and Mental Health Conditions among High School Students

Yupathorn Sourthao, M.N.S.*^a

Abstract

Objectives of this research were to study the level of mental health literacy and mental health status of secondary school students and to use this information to develop a model for mental health care and support. Samples consisted of secondary school students from schools under the Chanthaburi-Trat Secondary Education Service Area Office in Khlung District, Chanthaburi Province, during the 2025 academic year, totaling of 316. Research instruments were the mental health literacy, the general information, and the stress assessment questionnaires. The ST-5 General Anxiety Assessment and the PHQ-A Depression Assessment Questionnaires obtained reliability coefficients of 0.85, 0.90, 0.91, 0.90, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The research findings indicated that secondary school students have an overall mental health literacy at a moderate level, with an average score of 47.64, covering knowledge about mental health, problem perception, attitudes, and the ability to seek help. The majority of the students had a normal stress level (46.84%) followed by a mild stress level (36.99%). For anxiety levels, the majority of students had none or a very low level of anxiety (52.22%), and a mild level (31.96%). The assessment of depression found that the majority of students (44.30%) did not have depression, followed by a mild depression level (32.91%). The results indicated that most students had an overall moderate level of mental health, but there were still groups with mild to moderate stress, anxiety, and depression levels. Further study is needed to develop models of mental health care and support to enhance literacy and promote, and prevent mental health problems.

Keywords: Mental health literacy; Mental health conditions; High school students

* Registered Nurse, Professional Level, Psychiatric and Substance Abuse Department, Khlung Hospital, Khlung District, Chanthaburi Province

^a Corresponding author: Yupathorn Sourthao Email: Yupathon.w@gmail.com

Received: Aug. 4, 25; Revised: Aug. 25, 25; Accepted: Aug. 25, 25; Published Online: Sep. 21, 25

บทนำ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาถือเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ วัยรุ่นในช่วงนี้ต้องเผชิญกับความท้าทายหลากหลาย ทั้งจากแรงกดดันในการเรียน ความคาดหวังจากครอบครัว และการปรับตัวทางสังคม ส่งผลให้พวกเขาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ รายงานว่า หนึ่งในหกของวัยรุ่นทั่วโลกมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ต้องการการดูแล โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดในวัยนี้ นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ ชี้ให้เห็นว่า นักเรียนมัธยมศึกษาร้อยละ 17.5 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และในบางพื้นที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 25 องค์การอนามัย ระบุว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นทั่วโลกมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เช่น การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ในประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต 2565 พบว่า ประมาณร้อยละ 10 ของนักเรียนมัธยมศึกษาแสดงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง ต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 13-17 ปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 4.4 ซึ่งเป็น ตัวเลขที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ ในประเทศไทย การสำรวจ โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า วัยรุ่นอายุ 11-19 ปีมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.50 โดยในบางพื้นที่ เช่น เขตสุขภาพที่ 5 ความชุกสูงถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้ รายงานยังระบุว่า วัยรุ่นร้อยละ 20.50 มีความคิด อยากรตาย และร้อยละ 6.40 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มนี้ และการวิจัย เพิ่มเติมจาก UNICEF ระบุว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต มักไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัด ในระบบการศึกษาที่ขาดบุคลากรด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนที่เพียงพอในโรงเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตและการเรียนของนักเรียน และจากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียน มัธยมศึกษา อำเภอลำลูก จัหวัดจันทบุรี จำนวน 1,329 ราย พบนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.1 และ พบภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากกว่าในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70 การประเมินภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน จำนวนทั้งสิ้น 530 ราย พบว่ามีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับรุนแรง ระดับปานกลาง และระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.60, 12.70 และ 8.11 ตามลำดับ⁽³⁾ จากการติดตามผลคัดกรองซึมเศร้า ผู้วิจัยได้สำรวจสอบถามและสัมภาษณ์เด็กวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า พบปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้น ประกอบไปด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ผลการเรียนไม่ดีไม่เป็นตามคาดหวัง มีความคิดอัตโนมัติทางลบ ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา และ ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และปัจจัยภายนอกมักเกิดจากสัมพันธภาพครอบครัว พ่อแม่แยกทางกัน ถูกทอดทิ้งให้อยู่กับปู่ย่าตายาย ขัดแย้งกับพี่น้อง ทะเลาะกับเพื่อน ซึ่งพบว่าในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีใครรักใคร่เข้าใจ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยทางชีวภาพอื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุซึมเศร้าได้แก่ ความผิดปกติของสมองส่วน Frontal cortex และ Temporal cortex ความผิดปกติของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis

และการสร้าง Cortisol และความผิดปกติของ Central serotonergic system ที่ตอบสนองต่อปัจจัยความเครียด⁽⁵⁾ เมื่อศึกษาระบบประสาทวิทยาภาวะซึมเศร้า เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท คือ Serotonin norepinephrine และ Dopamine ลดลงกว่าปกติ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังไร้ค่า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ⁽⁶⁾

ในปัจจุบัน โรงเรียนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน เนื่องจากเป็นสถานที่ที่นักเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตภายในโรงเรียนสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักเรียนในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การสำรวจขององค์การยูนิเซฟ⁽⁷⁾ พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพจิต การขาดความรู้และความเข้าใจของครูและผู้บริหารในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน รวมถึงการขาดระบบมาตรฐานในการติดตามและให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนที่มีความเสี่ยง จากข้อจำกัดดังกล่าว นักเรียนที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวนมากจึงอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่ ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบในด้านต่าง ๆ เช่น การเรียนถดถอย พฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะป่วยทางจิตในระยะยาว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพจิตในระดับชุมชน เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาและทำความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการออกแบบแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยมุ่งหวังว่าผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนที่เหมาะสม สามารถระบุและช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้แก่ครู บุคลากรในโรงเรียน และครอบครัว เพื่อร่วมกันสนับสนุนให้นักเรียนมีสุขภาวะทางจิตที่ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

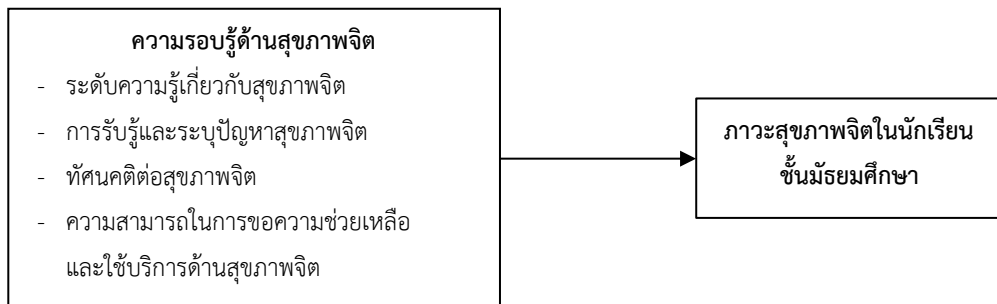
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิต และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะสุขภาพจิตในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยอิงแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy: MHL) ตามที่ Jorm et al.⁽⁸⁾ ได้เสนอไว้ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรู้จำอาการของปัญหาสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการรักษา การพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และความสามารถในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งที่เหมาะสม ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของบุคคล ในส่วนของ

ภาวะสุขภาพจิต (Mental health status) การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ และแนวคิดสุขภาพจิตของ Keyes⁽¹⁰⁾ มาใช้ในการอธิบาย โดยภาวะสุขภาพจิตมิได้หมายถึงเพียงการไม่มีโรคหรือความผิดปกติทางจิตเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการมีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดในชีวิตการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างสร้างสรรค์อีกด้วย โดย Keyes นิยามภาวะสุขภาพจิตไว้ว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านบวก ได้แก่ สุขทางอารมณ์ การทำหน้าที่ทางจิตสังคม และความพึงพอใจในชีวิต และองค์ประกอบด้านลบ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีการออกแบบการวิจัยดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ระหว่างปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร นักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จังหวัดจันทบุรี ตราด อำเภอลុង จังหวัดจันทบุรี ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 1,132 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมัธยมศึกษาที่สังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา จันทบุรี ตราด ในอำเภอลុង ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 316 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Krejcie & Morgan⁽¹¹⁾ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับชั้นของนักเรียน หรือประเภทของโรงเรียนที่สังกัด โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มกำหนดชั้นภูมิ ของประชากร ผู้วิจัยแบ่งประชากรนักเรียนออกเป็นกลุ่มย่อยตามระดับชั้นการศึกษา ในชั้น ม.1-ม.6 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิใช้วิธีการสุ่มตามสัดส่วนโดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นตามสัดส่วนของประชากรในชั้นนั้น และสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นภูมิ หลังจากกำหนดจำนวนตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละชั้นแล้ว ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อคัดเลือกนักเรียนในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ตอน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะครอบครัว รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ปัญหาสุขภาพที่เป็นประจำ สถานที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความเครียด ST-5 เป็นเครื่องมือคัดกรองความเครียดที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม ใช้สำหรับประเมินความถี่ของอาการที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หงุดหงิด ขาดสมาธิ และเบื่อหน่ายไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ตอบจะให้คะแนนตามความถี่ของอาการ ตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 3 (เป็นทุกวัน) รวมคะแนนสูงสุดได้ 15 คะแนน โดยแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปกติ (0-4 คะแนน) เครียดเล็กน้อย (5-7 คะแนน) เครียดปานกลาง (8-9 คะแนน) และเครียดรุนแรง (10-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder-7: GAD-7) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะวิตกกังวลเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ใช้ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น อาการกังวลมากเกินไป ควบคุมความกังวลไม่ได้ นอนไม่หลับ หรือขาดสมาธิ แต่ละข้อให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมคะแนนสูงสุด 21 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีหรือมีน้อย (0-4 คะแนน) เล็กน้อย (5-9 คะแนน) ปานกลาง (10-14 คะแนน) และรุนแรง (15-21 คะแนน) โดยหากได้ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A (Patient Health Questionnaire for Adolescents) พัฒนาโดย Johnson et al.⁽¹⁴⁾ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A เป็นแบบสอบถาม 9 ข้อ สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (อายุ 11-20 ปี) ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น รู้สึกเศร้า เบื่อ ไม่มีสมาธิ หรือคิดอยากตาย ให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 ต่อข้อ รวมสูงสุด 27 คะแนน แปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปกติถึงซึมเศร้ารุนแรง หากได้คะแนน 10 ขึ้นไป หรือมีความคิดอยากตาย ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมโดยผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy Questionnaire: MHLQ) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และทักษะของบุคคลในการรับรู้ ป้องกัน และดูแลปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในตนเองและผู้อื่น โดยเน้นการวัดองค์ประกอบที่หลากหลาย เช่น ความสามารถในการจำแนกอาการผิดปกติทางจิต ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือจิตเภท ทักษะที่มีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงและขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งบริการที่เหมาะสมแบบสอบถามนี้ใช้รูปแบบการตอบแบบมาตร Likert 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Item-objective congruence index: IOC) ได้เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้กับเรียน จำนวน 30 คน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับ

นักเรียนระดับมัธยมศึกษา แบบสอบถามประเมินความเครียด ST-5 แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลทั่วไป แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85, 0.90, 0.91, 0.90 และ 0.96 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการในเดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยนัดหมายนักเรียนในชั้นเรียน แจกแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ให้เวลาตอบประมาณ 30-45 นาที แล้วส่งแบบสอบถามกลับโดยใส่ในซองกระดาษที่ห่อซึ่งได้รับกลับครบ 316 ฉบับและตอบได้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม มีด้วยสถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 หมายเลข 013/68 ลงวันที่ 25 เมษายน 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 212 คน ร้อยละ 67.08 เพศชาย 101 คนร้อยละ 31.96 และLGBTQ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.94 มีอายุอยู่ระหว่าง 12-18 ปี โดยส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีอายุ 18 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.35 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.50-4.00 คิดเป็นร้อยละ 46.84 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 55.69 และมีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท อยู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.38 และพบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพทางกายร้อยละ 90.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=316)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	212	67.08
ชาย	101	31.96
อื่น ๆ	3	0.94
อายุ (ปี)		
13	52	16.45
14	44	13.92
15	49	15.50

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=316)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
16	56	17.72
18	57	18.03
18	58	18.35
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	52	16.45
มัธยมศึกษาปีที่ 2	44	13.92
มัธยมศึกษาปีที่ 3	49	15.50
มัธยมศึกษาปีที่ 4	56	17.72
มัธยมศึกษาปีที่ 5	57	18.03
มัธยมศึกษาปีที่ 6	58	18.35
เกรดเฉลี่ย (GPA) ในภาคเรียนที่ผ่านมา		
ต่ำกว่า 2.00	6	1.90
2.00-2.49	24	7.59
2.50-2.99	40	12.66
3.00-3.49	98	31.01
3.50-4.00	148	46.84
สถานะครอบครัว		
อยู่กับบิดาและมารดา	176	
อยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว	82	
อยู่กับผู้ปกครองอื่น	58	
รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	39	12.34
5,000-10,000 บาท	96	30.38
10,001-20,000 บาท	86	27.22
20,001-30,000 บาท	52	16.46
มากกว่า 30,000 บาท	43	13.61
ปัญหาสุขภาพที่เป็นประจำ		
ไม่มี	286	90.50
มี	30	9.49
สถานที่อยู่อาศัย		
อยู่บ้านกับครอบครัว	254	80.38
หอพัก/บ้านเช่า	46	14.56
อื่น ๆ	16	5.06
Mean=13.01; SD=10.12		

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.23 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.75 จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง การรับรู้และระบุปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 14.20 (SD=4.09) อยู่ในระดับ ปานกลาง ทักษะคิดต่อสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 13.15 (SD=3.74) อยู่ในระดับ ปานกลาง และความสามารถในการขอความช่วยเหลือและใช้บริการด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 17.06 (SD=4.62) จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	Mean	SD	ระดับ
ระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	3.23	0.75	ปานกลาง
การรับรู้และระบุปัญหาสุขภาพจิต	14.20	4.09	ปานกลาง
ทักษะคิดต่อสุขภาพจิต	13.15	3.74	ปานกลาง
ความสามารถในการขอความช่วยเหลือและใช้บริการด้านสุขภาพจิต	17.06	4.62	ปานกลาง

3. ความเครียด (Stress) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 46.84 กลุ่มที่มี ความเครียดเล็กน้อย มีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 36.99 กลุ่มที่มี ความเครียดปานกลาง มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 9.49 กลุ่มที่มี ความเครียดรุนแรง มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 6.65

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับความเครียด (Stress) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

ระดับความเครียด	จำนวนคน	ร้อยละ
ปกติ	148	46.84
เครียดเล็กน้อย	117	36.99
เครียดปานกลาง	30	9.49
เครียดรุนแรง	21	6.65

4. ความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความวิตกกังวล ไม่มีหรือ มีน้อยมาก จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 52.22 กลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวล เล็กน้อย จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 31.96 กลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวล ปานกลาง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 12.03 กลุ่มที่มี ระดับความวิตกกังวล รุนแรง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=316)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่มีหรือมีน้อยมาก	165	52.22
เล็กน้อย	101	31.96
ปานกลาง	38	12.03
รุนแรง	12	3.80

5. ภาวะซึมเศร้า (Depression) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 44.30 มี ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 32.91 มี ภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 11.71 มี ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 8.86 มี ภาวะซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับภาวะซึมเศร้า (Depression) ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 316)

ระดับความซึมเศร้า	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	140	44.30
ซึมเศร้าเล็กน้อย	104	32.91
ซึมเศร้าปานกลาง	37	11.71
ซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง	28	8.86
ซึมเศร้ารุนแรง	7	2.22

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.23, SD=0.75) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tam et al.⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับการระบุนาการของปัญหาสุขภาพจิต และการเข้าถึงบริการช่วยเหลือทางจิตเวช ทั้งนี้ สาเหตุอาจมาจากข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะคิด และความกลัวการตีตราทางสังคม (Stigma) ที่ยังพบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่น ในรายองค์ประกอบ พบว่า ด้านการรับรู้และระบุปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 14.20 (SD=4.09) จัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่านักเรียนสามารถสังเกตหรือจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในตนเองหรือผู้อื่นได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงอาการกับโรคทางจิตเวชที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jorm et al.⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ มักไม่สามารถวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวลจากกรณีศึกษาได้อย่างถูกต้อง ด้านทัศนคติต่อสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 13.15 (SD=3.74) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่านักเรียนยังคงมีทัศนคติแบบผสมผสานทั้งด้านบวกและลบต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจเป็นผลจากการรับสื่อ ขาดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง และอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ยังตีตราผู้ป่วยจิตเวชอยู่ สำหรับด้านความสามารถในการขอความช่วยเหลือและ

ใช้บริการด้านสุขภาพจิต พบว่ามีค่าเฉลี่ย 17.06 (SD=4.62) อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน บ่งชี้ว่านักเรียนมีแนวโน้มจะขอความช่วยเหลือหากเกิดปัญหา แต่ยังคงความมั่นใจหรือไม่รู้จักช่องทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gulliver et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าแม้วัยรุ่นจะมีความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือ แต่ยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงแหล่งบริการ ทั้งด้านข้อมูล ความกลัว และการตีตราตนเอง (Self-stigma) จากผลดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทักษะด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน โดยเฉพาะการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากครูที่ปรึกษา และระบบโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

ความเครียด นักเรียนระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 46.84) ขณะที่บางส่วนที่มีความเครียดเล็กน้อย (ร้อยละ 36.99) ความเครียดปานกลาง (ร้อยละ 9.49) และความเครียดรุนแรง (ร้อยละ 6.65) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้นักเรียนส่วนใหญ่จะสามารถรับมือกับความเครียดได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีกลุ่มนักเรียนจำนวนไม่น้อยที่ประสบกับความเครียดในระดับที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saffari et al.⁽¹⁹⁾ ที่ระบุว่าวัยรุ่นในช่วงมัศึกษามักประสบกับความเครียดจากหลากหลายปัจจัย เช่น แรงกดดันทางการเรียน ความคาดหวังจากครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจในช่วงวัยรุ่น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะความเครียดในระดับต่าง ๆ ได้ กลุ่มที่มีความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลางนั้นถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจพัฒนาไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล⁽¹⁾ นอกจากนี้ การที่ยังพบกลุ่มที่มีความเครียดรุนแรง (ร้อยละ 6.65) สะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดในโรงเรียน เช่น การฝึกสติ (Mindfulness), การแนะแนวกลุ่ม, หรือการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping skills) เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่นักเรียน

ความวิตกกังวลทั่วไป จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลในระดับไม่มีหรือมีน้อยมาก (ร้อยละ 52.22) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 31.96) ขณะที่กลุ่มที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางและรุนแรงมีจำนวนน้อยลงตามลำดับ (ร้อยละ 12.03 และ 3.80 ตามลำดับ) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นส่วนใหญ่มีภาวะความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่ต้องการการติดตามและให้การดูแลอย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mohammadi et al.⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำถึงปานกลาง แต่ในบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่เผชิญความเสี่ยงทางครอบครัว การเรียน หรือปัญหาด้านความสัมพันธ์ อาจพัฒนาความวิตกกังวลไปสู่ระดับที่สูงขึ้นได้ หากขาดทักษะในการจัดการอารมณ์หรือไม่ได้รับการดูแลทางจิตสังคมที่เหมาะสม นอกจากนี้ การศึกษาของ Beesdo et al.⁽²¹⁾ ชี้ว่า ความวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder: GAD) เป็นหนึ่งในโรคทางอารมณ์ที่เริ่มปรากฏตั้งแต่วัยรุ่น และสามารถต่อเนื่องสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยมักสัมพันธ์กับความเครียดเรื้อรัง การหลีกเลี่ยงทางสังคม และคุณภาพชีวิตที่ลดลง แม้กลุ่มที่มีความวิตกกังวลรุนแรง

จะมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 3.80) แต่ก็เป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและสนับสนุนอย่างเร่งด่วน เพราะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ปัญหาการเรียน และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น โรงเรียนควรมีบทบาทสำคัญในการประเมินความวิตกกังวลเบื้องต้น และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การฝึกผ่อนคลาย การแนะแนวกลุ่ม และการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อลดภาวะวิตกกังวลและส่งเสริมการมีสุขภาวะทางใจที่ดีในกลุ่มนักเรียน

ภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 44.30) และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 32.91) แสดงให้เห็นว่าเกินครึ่งหนึ่งของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงปกติถึงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่ามีนักเรียนร้อยละ 11.71 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.86 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 2.22 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังสุขภาพจิตของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization⁽¹⁾ ระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น โดยมีสาเหตุจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากการเรียน ความคาดหวังจากครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ และการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการในช่วงวัยรุ่น นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Thapar et al.⁽²²⁾ ที่ระบุว่า วัยรุ่นช่วงต้น (Early adolescence) เป็นช่วงเสี่ยงต่อการเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า เนื่องจากยังไม่มีทักษะในการจัดการอารมณ์และความเครียดได้ดีเพียงพอ และการรับรู้ต่อปัญหาชีวิตในเชิงลบมักส่งผลต่อการพัฒนาอาการซึมเศร้าในระยะยาว ในส่วนของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 11.08 รวมกัน) ถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทั้งจากครู ที่ปรึกษา และระบบสนับสนุนทางจิตสังคมของโรงเรียน เช่น การให้คำปรึกษาเชิงลึก การส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ หรือการดูแลต่อเนื่องในระบบสาธารณสุข ทั้งนี้ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) และการลดการตีตราเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในโรงเรียน จะช่วยให้นักเรียนสามารถเปิดเผยปัญหาได้ง่ายขึ้น และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง และยังมีบางส่วนที่มีภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในระดับที่ควรได้รับการดูแล ส่งผลให้จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลและสนับสนุนสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน เพื่อให้ นักเรียนสามารถเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

1) โรงเรียนควรจัดให้มีระบบการคัดกรองสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการใช้แบบประเมินมาตรฐานที่มีความเที่ยงตรง เช่น แบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เพื่อติดตามสภาพจิตใจของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการคัดกรองในช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญ เช่น การเลื่อนชั้นหรือช่วงสอบ ถือเป็นโอกาสสำคัญในการค้นหากลุ่มเสี่ยง และวางแผนการดูแลต่อไป

2) ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน ผ่านการบูรณาการเนื้อหาด้านสุขภาพจิตในชั่วโมงแนะแนว หรือการจัดกิจกรรมเสริมความรู้ด้านจิตวิทยาพื้นฐาน เพื่อให้นักเรียนสามารถจำแนก

อาการ ความผิดปกติทางจิตใจ และเข้าใจวิธีการขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ลดการตีตราผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น

3) ควรพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ให้กับนักเรียน โดยการจัดอบรมในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ การผ่อนคลายความเครียด และการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เช่น การฝึกสติ (Mindfulness) การหายใจเข้าออกอย่างมีสติ หรือการเขียนบันทึกความรู้สึก (Emotional journaling) เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีเครื่องมือในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

4) โรงเรียนควรจัดกิจกรรมสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางใจ (Psychological safe space) ให้แก่นักเรียน เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ พื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือการสร้าง “ชมรมสุขภาพใจ” ที่นักเรียนสามารถพูดคุยโดยปราศจากการตัดสิน ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และกล้าแสดงออกทางความรู้สึกอย่างเปิดเผย

5) ครูและบุคลากรในโรงเรียนควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การสังเกตสัญญาณของความผิดปกติทางอารมณ์ และการสื่อสารอย่างเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้โรงเรียนมีระบบการช่วยเหลือนักเรียนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และลดโอกาสที่ปัญหาจะรุนแรงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health of Adolescents [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทย ปี 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. โรงพยาบาลชลung. รายงานการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอชลung จังหวัดจันทบุรี. จันทบุรี: โรงพยาบาลชลung; 2565.
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. Nature. 2008 Oct 16;455(7215):894-902. doi: 10.1038/nature07455.
6. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. Am J Psychiatry. 1965 Nov;122(5):509-22. doi: 10.1176/ajp.122.5.509.
7. UNICEF. The State of the World's Children 2021–On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health [Internet]. New York: UNICEF; 2021 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

8. Jorm AF, Wright A, Morgan AJ. Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Interv Psychiatry*. 2007 Feb;1(1):61-70. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x.
9. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. Geneva: World Health Organization; 2004.
10. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002 Jun;43(2):207-22.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308
12. กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองความเครียด 5 ข้อ (ST-5). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
13. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความวิตกกังวลทั่วไป 7 ข้อ (GAD-7). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
14. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health*. 2002 Mar;30(3):196-204. doi: 10.1016/s1054-139x(01)00333-0.
15. กรมสุขภาพจิต. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy Questionnaire: MHLQ). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
16. Tam WW, Lo KK, Pacheco J. Measurement of mental health literacy in Asia: A systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(9):e027087. doi:10.1136/bmjopen-2018-027087
17. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997 Feb 17;166(4):182-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.
18. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30;10:113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
19. Saffari M, Ghofranipour F, Mahmoudi M, Montazeri A. Stress, coping strategies and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Iran Red Crescent Med J*. 2011 Sep;13(9):641-6. doi: 10.5812/kowsar.20741804.2241.

20. Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *J Anxiety Disord*. 2020 Jun;73:102234. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102234.
21. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Jan;67(1):47-57. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.177.
22. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1056-67. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.