



## The Correlation of Health Literacy and Social Support to Depression Among Senior High School Students\*

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม  
กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย\*

Phatphitcha	Kruthangka**	ภัทร์พิชชา	ครูทางคะ**
Jeerawan	Ukakimaparn***	จีระวรรณ	อุคคิมาพันธุ์***
Kasidis	Kruthangka****	กษิติศ	ครูทางคะ****

### Abstract

Depression is one of the leading causes of morbidity and mortality in adolescents. If factors related to depression are known, adolescents can be protected from it. This study aimed to explore health literacy, social support, and depression among senior high school students and explain the correlation between these two factors and depression. The participants consisted of 301 senior high school students who were selected by multi-stage random sampling. The instruments used in the research were 1) the health literacy questionnaire; 2) the social support questionnaires; and 3) the CES-D as a screen for depression questionnaire. The reliability of the questionnaires was tested by Cronbach's alpha coefficient with results of 0.90, 0.89, and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

The results found that students' health literacy levels ( $M = 3.57$ ,  $SD = 0.72$ ) and social support levels ( $M = 3.75$ ,  $SD = 0.78$ ) were high while they had mild to moderate levels of depression ( $M = 20.34$ ,  $SD = 9.57$ ). Social support was moderately negatively related to depression ( $r_s = -.48$ ,  $p < .001$ ), and health literacy had a negative relationship with low levels of depression ( $r_s = -.36$ ,  $p < .001$ ) with statistical significance.

The results of this research can be used as basic information to promote students' health literacy and for increased social support in order to prevent students from becoming more depressed.

**Keywords:** Health literacy; Social support; Depression; Senior high school students

\* Research funding from the Faculty of Nursing, Pathumthani University

\*\* Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University; e-mail: phatphitcha.kru@gmail.com

\*\*\* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

\*\*\*\* Manager, Kulladiswittayanusorn Wichianburi School, Phetchabun



### บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในวัยรุ่น ซึ่งหากทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จะสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 301 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.90, 0.89 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ( $M = 3.57, SD = 0.72$ ) และระดับการสนับสนุนทางสังคม ( $M = 3.75, SD = 0.78$ ) อยู่ในระดับมาก และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ( $M = 20.34, SD = 9.57$ ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ( $r_s = -.48, p < .001$ ) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ( $r_s = -.36, p < .001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมนักเรียนให้มีความรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้นักเรียนเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

\* ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

\*\* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี e-mail: phatphitcha.kru@gmail.com

\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

\*\*\*\* ผู้จัดการ โรงเรียนกุลดิศววิทยาสุรธรรม วิเชียรบุรี เพชรบูรณ์



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาด้านสุขภาพทั่วโลก จากผลการวิจัยในสหภาพยุโรป ในปี ค.ศ. 2026 พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความชุกและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Shalaby, 2024) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 1.1 (อายุ 10-14 ปี) และร้อยละ 2.8 (อายุ 15-19 ปี) (World Health Organization, 2024) สำหรับในประเทศไทย ผลประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นใน ปี พ.ศ. 2566 พบว่า วัยรุ่นมีความเครียดสูง ร้อยละ 18.0 เสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.0 และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.5 โดยพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเรียน และความคาดหวังด้านการทำงานในอนาคต ปัญหาการกลั่นแกล้ง (bully) ในโรงเรียน สถานะทางการเงินของครอบครัว ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว (Office of the National Economics and Social Development Council, 2024) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ (Çelik, 2019)

วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี เป็นวัยที่ถือว่าเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง วัยรุ่นจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากมาย โดยเฉพาะในด้านสรีรวิทยา จิตวิทยา วัยรุ่นเป็นวัยที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ลักษณะของอารมณ์ไม่คงที่ หากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้จะมีการแสดงออกของพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านี้อาจทวีความรุนแรงขึ้นได้หากไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเอง และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบในรูปแบบของการแยกตัวออกจากเพื่อนหรือโรงเรียน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Bintang & Mandagi, 2021; Çelik, 2019; Clayborne et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย (อายุระหว่าง 15-19 ปี) ถูกจัดเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ (years lived with disability: YLDs) ของกลุ่มอายุนี้นี้ (GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และกำลังเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่อุดมศึกษา ถูกคาดหวังจากครอบครัวในการสอบเข้าคัดเลือกในการศึกษาต่อในสาขาที่เป็นที่ยอมรับในสังคม ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการดูแลหรือรักษาอาจเป็นอันตรายทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ (Alharbi et al., 2019) และอาจนำไปสู่การสื่อสารกับเพื่อนและครอบครัวลดน้อยลง การใช้สารเสพติด ความรู้สึกการถูกละเลย จนอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้ (Morgan et al., 2017) นอกจากนี้ วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในวัยผู้ใหญ่มากขึ้น (Vallati et al., 2020) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนี้สามารถป้องกันได้

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นประเด็นที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะปรากฏอาการจะช่วยลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าวาง การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะแรกที่มีประสิทธิภาพ คือ การค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและให้ความช่วยเหลืออย่างทันที่ (Grossberg & Rice, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานที่บ่งชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Zhang et al., 2020)

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ และการใช้ข้อมูลและบริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยพบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น และภาวะซึมเศร้าอาจลดลงหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองได้ (Zhang et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบอีกว่า หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Li et al., 2020) และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างด้วยความเต็มใจ



และก่อให้เกิดการตอบสนองทางบวกแก่ผู้รับ มีการช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งต่าง ๆ จากกลุ่มบุคคลในสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ทำให้รู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ มีคนเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) และจากการศึกษาในวัยรุ่นจีนพบว่า หากวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนจากสังคม ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านการประเมิน จะสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงภาวะซึมเศร้าได้ (Shi et al., 2022)

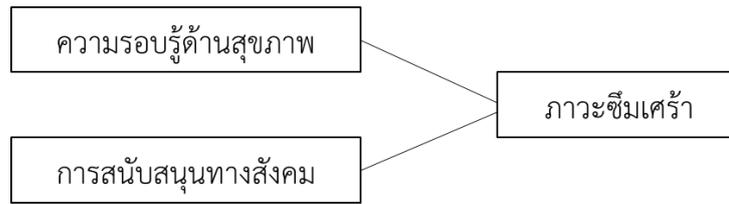
จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีความเครียดสูงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้นักเรียนเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2008) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ และการใช้ข้อมูลและบริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ สำหรับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ตามแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ในสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือคนในองค์กร เป็นต้น ในด้านการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่ ให้เกียรติ ยกย่อง ข้อมูลข่าวสาร หรือให้สิ่งของต่าง ๆ จนทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมิน สำหรับภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เกิดการเสียสมดุลทางด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกผิด ต่ำหนีดตนเอง และอาจส่งผลถึงด้านร่างกาย การดำรงชีวิต อาจนำไปสู่การมีความคิดอยากตาย และการฆ่าตัวตาย (Beck, 1967; Burgess & Lazare, 1976) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 ประเทศไทย  
กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอายุระหว่าง 15-19 ปีที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพลที่ โคเฮน (Cohen, 1988) ได้กำหนดขนาดกลางไว้เท่ากับ .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .01 และอำนาจทดสอบ .99 ทำการคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยโปรแกรม G \* power 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 254 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยขอกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 (In et al., 2020) ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 305 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 มีอายุระหว่าง 15-19 ปี สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้เข้าร่วมไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนทั้งฉบับ

ผู้วิจัยใช้การสุ่มตามวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร โดยใช้เกณฑ์การแบ่งภูมิภาคตามเขตการปกครอง คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ หลังจากนั้นสุ่มจังหวัด โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเก็บข้อมูลภูมิภาคละ 3 จังหวัด รวมเป็น 12 จังหวัด หลังจากนั้น สุ่มอำเภอในจังหวัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จังหวัดละ 1 อำเภอ รวมทั้งหมดได้ 12 อำเภอ หลังจากนั้น สุ่มโรงเรียนในอำเภอ โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย อำเภอละ 1 โรงเรียน รวมทั้งหมดได้ 12 โรงเรียน แล้วเลือกตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) จำแนกตามระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4, 5 และ 6 ระดับชั้นละ 9 คน โดยวิธีเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenient sampling) ได้โรงเรียนละ 27 คน รวมจำนวนทั้งหมด 324 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร รวมจำนวน 4 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam (2008) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบการวัด 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริง/เป็นจริงน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้น



เป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลักของ เบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ เฮ้าส์ (House, 1981) มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบการวัด 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (instrumental support) และการสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริง/เป็นจริงน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายระดับการสนับสนุนทางสังคมตามหลักของ เบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 4** แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ที่ได้รับการแปลเป็นไทยโดย อุมารพร ตรังคสมบัติ และคณะ (Trangkasant et al., 1997) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ในด้านบวก อาการทางกาย และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเป็นการสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน คือ เหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย 1 คะแนน คือ นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน คือ เกิดขึ้นบ่อยข้างบ่อย (3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3 คะแนน คือ บ่อยครั้ง (5-7 วัน/สัปดาห์) และให้คะแนนตรงกันข้ามในกรณีเป็นข้อคำถามเชิงบวก คะแนนรวมของแบบคัดกรองทั้งฉบับมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น มากกว่า 16 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง มากกว่า 21 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าเป็นรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ

สำหรับเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88 (Charoensuk, 2007) และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ผ่านการรับรองโครงการวิจัยเลขที่ PTU-REC 019/2566 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงเป็นเอกสารเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมถึงสิทธิในการให้ข้อมูลในรูปแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้ใน การวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วม การวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตามผลไม่ส่งผลกระทบต่อ การเรียนและการดำเนินชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามพร้อมให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงติดต่อกับ ผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ให้แต่ละโรงเรียนรวมทั้งผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตและขอเก็บข้อมูล เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละจังหวัดตามรายละเอียด การได้มาซึ่งตัวอย่างวิจัย เพื่อให้ได้แบบสอบถามกลับมาให้มากที่สุด โดยเก็บข้อมูลในช่วงหลังเลิกเรียนวิชาสุดท้าย ของวัน ให้นักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่รวมกันในห้องเรียนและตอบแบบสอบถามในเวลาเดียวกัน และผู้ช่วยวิจัย เก็บแบบสอบถามกลับทันที จากนั้นส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัย จากการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 301 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.69 ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

1. วิเคราะห์ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะซึมเศร้า โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า โดยทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีค่า .987 ( $p = .007$ ) การสนับสนุนทางสังคม มีค่า .973 ( $p < .001$ ) และภาวะซึมเศร้า มีค่า .981 ( $p < .001$ ) ซึ่งมีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ของ ซูกิโยโนะ (Sugiyono, 2019) คือ 1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.800-1.000 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก 2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.600-0.799 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูง 3) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.400-0.599 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง 4) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.200-0.399 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำ และ 5) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.000-0.199 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

### ผลการวิจัย

#### 1. ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 301 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 160 คน (ร้อยละ 53.16) มีอายุ 17 ปี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 32.89) รองลงมา คือ อายุ 16 ปี จำนวน 96 คน (ร้อยละ 31.89) และอายุ 18 ปี จำนวน 86 คน (ร้อยละ 28.57) ตามลำดับ ผลการเรียนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3.51-4.00



จำนวน 92 คน (ร้อยละ 30.56) รองลงมา คือ อยู่ระหว่าง 3.01-3.50 จำนวน 70 คน (ร้อยละ 23.26) และอยู่ระหว่าง 2.51-3.00 จำนวน 69 คน (ร้อยละ 22.92) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 279 คน (ร้อยละ 92.69) ระดับชั้นที่กำลังศึกษามีจำนวนตัวอย่างใกล้เคียงกับ คือ มัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 97 คน (ร้อยละ 32.23) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 103 คน (ร้อยละ 34.22) และ มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 101 คน (ร้อยละ 33.55)

### 2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.57, SD = 0.72) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 3.75, SD = 0.78) โดยการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านการประเมินมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้นการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 301)

ตัวแปร	M	SD	min	max	sk	ku	แปลผล
<b>1. ความรู้ด้านสุขภาพ</b>	<b>3.57</b>	<b>0.72</b>	<b>1.00</b>	<b>5.00</b>	<b>-.23</b>	<b>.31</b>	<b>มาก</b>
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.67	0.80	1.00	5.00	-.35	-.17	มาก
- ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.61	0.83	1.00	5.00	-.21	-.23	มาก
- ทักษะการสื่อสาร	3.38	0.86	1.00	5.00	-.15	-.23	ปานกลาง
- ทักษะการจัดการตนเอง	3.29	0.96	1.00	5.00	.06	-.42	ปานกลาง
- ทักษะการตัดสินใจ	3.63	0.80	1.00	5.00	-.38	.42	มาก
- การรู้เท่าทันสื่อ	3.78	0.89	1.00	5.00	-.51	-.12	มาก
<b>2. การสนับสนุนทางสังคม</b>	<b>3.75</b>	<b>0.78</b>	<b>1.00</b>	<b>5.00</b>	<b>-.48</b>	<b>.01</b>	<b>มาก</b>
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.93	0.84	1.00	5.00	-.81	.33	มาก
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.39	1.08	1.00	5.00	-.29	-.52	ปานกลาง
- การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ	3.86	0.94	1.00	5.00	-.50	-.35	มาก
- การสนับสนุนด้านการประเมิน	3.83	0.84	1.00	5.00	-.60	.05	มาก

หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 5 คะแนน, SE of Sk = .14, SE of Ku = .28

### 3. ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (M = 20.34, SD = 9.57) เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 131 คน (ร้อยละ 43.52) รองลงมา คือ ปกติ จำนวน 99 คน (ร้อยละ 32.89) และ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 71 คน (ร้อยละ 23.59) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 301)

ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนน (เต็ม 60 คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ปกติ	น้อยกว่า 16 คะแนน	99	32.89
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	16 - 21 คะแนน	71	23.59
ซึมเศร้ารุนแรง	มากกว่า 21 คะแนน	131	43.52
ภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (M = 20.34, SD = 9.57, )			

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.48, p < .001$ ) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.36, p < .001$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 301)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	ค่าความสัมพันธ์ ( $r_s$ )	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	-.36**	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	-.48**	ปานกลาง

การอภิปรายผล

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1.1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงของเจนเนอเรชันซี (generation Z) เติบโตมาพร้อมกับโลกที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีอุปกรณ์สื่อสารและสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ทำให้สามารถเรียนรู้ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการค้นหาได้หลากหลาย โดยมีแหล่งอ้างอิงมารองรับ จึงทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูโก และคณะ (Chu-Ko et al., 2021) เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และการศึกษาของ ดุสิตา พุทธิไสย และ ศรัณย์จร ศศิธนากรแก้ว (Putthisai & Sasithanakornkae, 2019) พบว่า เด็กเจนเนอเรชันวายมีความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี

สำหรับด้านทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในระดับปานกลางเกือบสูง และปานกลางค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสื่อสารในยุคปัจจุบันค่อนข้างเป็นการสื่อสารทางออนไลน์มากกว่าการสื่อสารแบบเผชิญหน้า จึงทำให้ขาดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความมั่นใจในด้านการเจรจาต่อรองหรือการพูดต่อหน้าสาธารณชน (Paksa, 2023) อีกทั้งอยู่ในยุคสิ่งแวดล้อมของความวุ่นวาย อ่อนไหว เปราะบาง (VUCA/BANI world) โลกที่อยู่เป็นโลกเสมือนจริง การเรียนเป็นแบบออนไลน์



โดยเฉพาะช่วงที่ผ่านมาซึ่งมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นช่วงวัยที่มีความคิดเป็นของตนเองมีเอกลักษณ์ ทำให้การเรียนรู้การสื่อสารและการจัดการตนเองนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

**1.2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม** พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐฐธร จิตธนากรนุกูร์ และ สุปาณี สนธิรัตน์ (Chitthanakornnukur & Sontirat, 2022) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านการประเมินมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ได้รับการดูแลทั้งในด้านการให้ความรักความอบอุ่น ให้อัตถุหรือสิ่งของต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต รวมถึงการอบรม ว่ากล่าวตักเตือนเพื่อให้เป็นคนดีของสังคม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มองว่าตนเองนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี

สำหรับการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในเรื่องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง นั้น อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น ซึ่งภาวะซึมเศร้าไม่ได้แสดงออกในรูปแบบของอารมณ์เศร้าเท่านั้น แต่อาจแสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึ่งอาจถูกมองว่าเป็นเพราะอยู่ในช่วงของวัยรุ่น หรือเป็นลักษณะนิสัยเฉพาะของบุคคล จึงอาจไม่ได้รับความสนใจในการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าดังกล่าว รวมทั้งการรับรู้ต่อข้อมูลข่าวสารในปัจจุบันของวัยรุ่นนั้นมองว่าภาวะซึมเศร้านี้อาจไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้น จึงควรให้การสนับสนุนและเพิ่มเติมข้อมูลส่วนนี้ให้กับวัยรุ่นมากขึ้น

**1.3 ระดับภาวะซึมเศร้า** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ (Panyawong et al., 2020) ที่พบว่า วัยรุ่นช่วงอายุระหว่าง 11-19 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.5 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ โดยจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศรหาระดับรุนแรง ถึงร้อยละ 43.52 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กำลังเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยเรียนในระดับอุดมศึกษา ได้รับความกดดันและความคาดหวังจากครอบครัวในการสอบคัดเลือก ทำให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลอันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการหลายด้านในชีวิตที่อาจเป็นปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น บทบาทความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับมัธยมศึกษาตอนต้น ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ความต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนและสังคม และมีก้อนไหวยกับการถูกปฏิเสธจากเพื่อนมากกว่าช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่นใหญ่ อย่างเช่นการถูกลั่นแกล้งหรือถูกรังแก (bullying) ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความสะเทือนใจกับเด็กวัยนี้เป็นอย่างมาก (Paksa, 2023) ซึ่งหากถูกปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเสียใจ ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และหากไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อาจมีแนวโน้มทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ (Bintang & Mandagi, 2021)

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี หรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี และคณะ (Li et al., 2020) และ แซง และคณะ (Zhang et al., 2020) ที่พบว่า หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และสามารถจัดการตนเองได้ และการรับรู้ที่ตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้งจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้าง จะช่วยทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีและลดภาวะซึมเศร้าได้ (Ringdal et



al., 2020; Shi et al., 2022) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสำคัญมากเมื่อมีบุคคลต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ตนเองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น จะสามารถช่วยลดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Dinh & Bonner, 2023)

ปัจจุบัน มีนักเรียนจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ และหากไม่ได้รับส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างทันที่และเหมาะสม อาจส่งผลให้นักเรียนหนีปัญหาและเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (Chitthanakornnukur & Sontirat, 2022) ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การช่วยลดหรือแก้ไขปัญหาวาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นต้องให้การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้วัยรุ่นมีความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถช่วยลดและป้องกันปัญหาวาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางหรือพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับนักเรียน
2. โรงเรียนควรสนับสนุนให้นักเรียนสามารถเข้าถึงช่องทางให้การปรึกษาที่สะดวก เพื่อให้นักเรียนได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังทำให้ครูทราบถึงปัญหาที่นักเรียนกำลังเผชิญ เพื่อแก้ปัญหานั้นได้อย่างทันที่ และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม
2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มอื่น เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น นักศึกษาอาชีวศึกษา นักศึกษาในมหาวิทยาลัย เป็นต้น

### References

- Alharbi, R., Alsuhaibani, K., Almarshad, A., & Alyahya, A. (2019). Depression and anxiety among high school student at Qassim Region. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(2), 504-510. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_383\\_18](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_383_18)
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper and Row.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Bintang, A. Z., & Mandagi, A. M. (2021). Depression incidence in adolescents according to social support in Jember Regency. *Journal of Community Mental Health and Public Policy*, 3(2), 92-101. <https://doi.org/10.51602/cmhp.v3i2.55>
- Burgess, A. W., & Lazare, A. (1976). *Psychiatric nursing in the hospital and the company* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Çelik, E. (2019). Stress regarding academic expectations, career exploration, and school attachment: The mediating role of adolescent-parent career congruence. *Australian Journal of Career Development*, 28(1), 51-60. <https://doi.org/10.1177/1038416218792314>



## The Correlation of Health Literacy and Social Support to Depression Among Senior High School Students

### ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

- Charoensuk, S. (2007). Negative thinking: A key factor in depressive symptoms in Thai adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(1), 55–74. <https://doi.org/10.1080/01612840600996265>
- Chitthanakornnukur, N., & Sontirat, S. (2022). Social support, coping with stress and academic success of Mathayomsuksa 6 student, at Saint Gabriel's Collage. *The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Sciences), 8*(2), 630-647. (in Thai)
- Chu-Ko, F., Chong, M. L., Chung, C. J., Chang, C. C., Liu, H. Y., & Huang, L. C. (2021). Exploring the factors related to adolescent health literacy, health-promoting lifestyle profile, and health status. *BMC Public Health, 21*(1), 2196. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12239-w>
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic review and meta-analysis: Adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(1), 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Dinh, T. T. H., & Bonner, A. (2023). Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. *BMC Health Services Research, 23*(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5>
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). Global, regional, and National Incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 acute and chronic diseases and injuries, 1990-2015: A systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet, 388*(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Grossberg, A., & Rice, T. (2023). Depression and suicidal behavior in adolescents. *Medical Clinics of North America, 107*(1), 169-182. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.005>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- In, J., Kang, H., Kim, J. H., Kim, T. K., Ahn, E. J., Lee, D. K., Lee, S., & Park, J. H. (2020). Tips for troublesome sample-size calculation. *Korean Journal of Anesthesiology, 73*(2), 114-120. <https://doi.org/10.4097/kja.19497>
- Li, Y., Hu, L., Mao, X., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing, 41*(5), 600-607. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *British Medical Journal, 359*, j4351. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>



## The Correlation of Health Literacy and Social Support to Depression Among Senior High School Students

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม  
กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

- Office of the National Economics and Social Development Council. (2024). *Social situation report, 1<sup>st</sup> quarter 2024*. [https://www.nesdc.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=5493&filename=socialoutlook\\_report](https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5493&filename=socialoutlook_report) (in Thai)
- Paksa, P. (2023). Generation Z adolescence: Essential age and time of life. *Ratchaphruek Journal*, 21(3), 1-15. (in Thai)
- Panyawong, W., Santitadakul, R., & Pavasuthipaisit, C. (2020). Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: A survey in schools from 13 public health region. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(2), 136-149. (in Thai)
- Putthisai, D., & Sasithanakornkae, S. (2019). Online social media accession and health literacy of generation Y. *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Humanities and Social Sciences)*, 14(1), 124-141. (in Thai)
- Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Bjørnsen, H. N., & Moksnes, U. K. (2020). Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nordic Psychology*, 72(4), 313-330. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1710240>
- Sanders, D., Nandi, S., Labonte, R., Vance, C., & Damme, W. V. (2019). From primary health care to universal health coverage-one step forward and two steps back. *Lancet*, 394(10199), 619-621. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8)
- Shalaby, N. (2024). Exploring the incidences behind childhood maltreatment in childhood and its association with the prevalence of depression and PTSD in teenagers. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 21(1), 1-6. <https://doi.org/10.9734/INDJ/2024/v21i1414>
- Shi, H., Zhao, H., Ren, Z., Li, X., He, M., Zha, S., Qiao, S., Li, Y., Pu, Y., Liu, H., & Zhang, X. (2022). Associations of parent-adolescent relationship and self-esteem with emotional and behavioral problems among Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 311, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.078>
- Sugiyono, P. D. (2019). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R dan D*. Alfabeta.
- Trangkasombat, U., Larpboonsarp, V., & Havanond, P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 42(1), 2-13. (in Thai)
- Vallati, M., Cunningham, S., Mazurka, R., Stewart, J. G., Larocque, C., Milev, R. V., Bagby, R. M., Kennedy, S. H., & Harkness, K. L. (2020). Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(5), 469-479. <https://doi.org/10.1037/abn0000521>
- World Health Organization. (2024). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Zhang, B., Zhang, W., Sun, X., Ge, J., & Liu, D. (2020). Physical comorbidity and health literacy mediate the relationship between social support and depression among patients with hypertension. *Frontiers in Public Health*, 8, 304. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00304>