

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้า
ในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

The Relationship between Mental Health Literacy Resilience and Depression
in Students at Nakhon Pathom Rajabhat University

เรียม นมรักษ์¹, วริยา จันทร์ขำ^{1*}, หทัยชนก บัวเจริญ¹

Riam Namarak¹, Wariya Chankham^{1*}, Hathaichanok Buajaroen¹

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม¹

Nakhon Pathom Rajabhat University¹

(Received: October 2, 2023; Revised: September 24, 2023; Accepted: May 9, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Study Design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จำนวน 684 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.23 มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.11, S.D. = 0.38) มีความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.61, S.D. = 0.49) ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14$, $p\text{-value} < 0.001$) และความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.08$, $p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนออกแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพจิต, ความแข็งแกร่งในชีวิต, ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษามหาวิทยาลัย

*ผู้ให้การติดต่อ วริยา จันทร์ขำ e-mail: cwariya@webmail.npru.ac.th

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the relationship between mental health knowledge, resilience, and depression among students of Nakhon Pathom Rajabhat University. Participants comprised 684 Nakhon Pathom Rajabhat University students. Data were collected using an online questionnaire consisting of general information and depression assessment, with a reliability coefficient of 0.82, mental health knowledge assessment with a reliability coefficient of 0.94, and resilience assessment with a reliability coefficient of 0.98. Data analysis employed both correlation and Pearson's correlation coefficient.

The study revealed that, in the past 2 weeks, 35.23% of participants experienced depression. Most participants had overall mental health knowledge was predominantly low (Mean = 1.11, S.D. = 0.38), whereas the level of resilience was predominantly high (Mean = 2.61, S.D. = 0.49). The results of the correlation test revealed a statistically significant moderately negative correlation between resilience and depression ($r = -0.33$, $p\text{-value} < 0.001$), a statistically significant low positive correlation between mental health knowledge and depression ($r = 0.14$, $p\text{-value} < 0.001$), and a statistically significant low positive correlation between mental health knowledge and resilience ($r = 0.08$, $p\text{-value} < 0.001$). This study can serve as foundational data for designing activities to promote mental health knowledge and resilience in order to prevent depression among university students.

Keywords: Mental Health Literacy, Resilience, Depression, University Students

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกระบุว่า สถานการณ์สุขภาพจิตใน 17 ประเทศ พบ 350 ล้านคนของประชากรโลกป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 18 ในช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2564 โดยเป็นผลจากจำนวนประชากรโลกที่เพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2020) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก มากกว่าร้อยละ 80 โดยโรคทางจิตเวชนั้นมีผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ประเมินการว่าภาวะซึมเศร้านั้นก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่ามูลค่าของความสูญเสียนี้อาจเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี 2573 (World Health Organization, 2020) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อความสามารถ

ในการเรียน ความสามารถในการทำงาน การเข้าสังคม ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง หรือความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงและในกรณีที่รุนแรงที่สุด อาจนำไปสู่ การฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2565a)

สำหรับประเทศไทยภาวะซึมเศร้านั้นจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพ จากการรายงานสถิติภาวะซึมเศร้ากับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในต่างประเทศพบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 และพบว่า กว่าร้อยละ 4 ของนักศึกษากำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Ashraful Islam, Yun Low, Ting Tong, Wan Yuen, & Abdullah, 2018) และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย พบว่า นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45.30 (กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล, 2563) นอกจากนี้ การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายพบว่าสูงถึงร้อยละ 53.50 (ไพบรียพ ศิริบุตร บุศหงส์ และเชาวลิต ศรีเสริม, 2562)

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา มาจากปัจจัยจากสภาพทางเศรษฐกิจที่มีรายได้น้อย ความไม่เพียงพอของรายรับ (รัตนกรณ ชูทอง และคณะ, 2562) การครุ่นคิด เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความเครียด (กาญจนา สุทธิเนียม และอุบล สุทธิเนียม, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา (นันทยา คงประพันธ์, 2563; ปิยะ ทองบาง, 2562) อีกทั้งวัยรุ่นยังขาดการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) หรือความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย (ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันธ์ คล่องดี, และสุรัชย์ เณียง, 2563) จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นลักษณะของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพจิตดี ดำเนินชีวิตอย่างเข้มแข็ง เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญเหตุการณ์เลวร้าย สามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ความแข็งแกร่งในชีวิตประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่แต่ละบุคคลจะนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้าย เพื่อจัดการปัญหาลดความรุนแรง และเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการที่ตนเองผ่านพ้นภาวะการณนั้น คือ 1) I have (ฉันมี) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็น) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถ) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Grotberg, 1995) หากมีความแข็งแกร่งในชีวิต หรือความเข้มแข็งทางใจต่ำ ระดับความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวต่ำ จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าสูงได้ (เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์ และพลิศรา ธรรมโชติ, 2563)

นอกจากความแข็งแกร่งในชีวิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องรู้และความสามารถที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตที่ดี และเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของภาวะสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคล

หรือชุมชนสามารถเข้าถึงปัญหาทางจิตและค้นหาการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา (Hart, Morgan, Rossetto, Kelly, Mackinnon, & Jorm, 2018; Tay, Tay, & Klainin-Yobas, 2018) โดยที่ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทราบแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากคนใกล้ชิดหรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เพื่อรับการดูแล รักษา ฟื้นฟู รวมถึงการป้องกันและลดความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม (Dias, Campos, Almeida, & Palha, 2018) รวมทั้งเป็นความรู้ความสามารถของบุคคลที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต รู้ถึงวิธีการค้นหาข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้ เข้าใจ จัดการและป้องกันปัญหาทางจิต (Attygalle, Perera, & Jayamanne, 2017) ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพจิต จึงเป็นทรัพยากรในตัวบุคคลที่สำคัญประการหนึ่งของวัยรุ่นที่จะใช้ในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง และลดโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้

จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, รัตติกร เหมือนนาดอน และสุมัทนา แก้วมา, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ของ วัชรพร เขยสุวรรณ และคณะ (2561) พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับขั้นพื้นฐานร้อยละ 60 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำ ในทำนองเดียวกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ระดับปริญญาตรี ประเทศซาอุดีอาระเบีย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ บ่งชี้ว่านักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต (Almanasef, 2021) ในขณะที่การศึกษาของ ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2563) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบกับความเหงา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ในนักเรียน และนักศึกษามีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน และเป็นการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในบริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ เพื่อเป็นข้อมูลได้ใช้ในการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อการส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า และสามารถนำไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

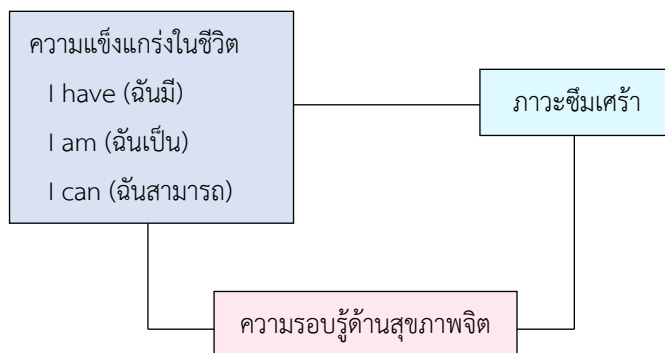
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความแข็งแรงในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
2. ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
3. ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิตในของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดความแข็งแรงในชีวิตของ Grotberg (1995) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ที่แต่ละบุคคลจะนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้าย เพื่อจัดการปัญหา ลดความรุนแรง และเกิดการเรียนรู้จากกระบวนการที่ตนเองผ่านพ้นภาวะการณั้้น คือ 1) I have (ฉันมี) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงในชีวิต 2) I am (ฉันเป็น) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถ) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ Dias, Campos, Almeida, & Palha (2018) ซึ่งแบ่งความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต (Knowledge of Mental Health Problem) 2) ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต (Erroneous Beliefs and Stereotype) 3) ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น (First Aid Skill and Help Seeking Behavior) 4) ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม (Self-Help Strategies) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา หากนักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเชื่อที่เหมาะสมจนเกิดเป็นความแข็งแรงในชีวิต มีความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเผชิญเหตุการณ์เลวร้าย สามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และสามารถจัดการอารมณ์ ความผิดปกติทางจิตของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม โดยรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัยมีดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จาก 5 คณะ ประกอบด้วย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะครุศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ และ คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 12,760 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาปริญญาตรีที่กำลังศึกษาชั้นปี 1-4 ในมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 684 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนจากจำนวนนักศึกษาในแต่ละสาขาทั้ง 5 คณะ คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากรให้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา คณะที่ศึกษา การทำกิจกรรมทางสังคม
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (2557) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ โดยระดับคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนนไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่า 19 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง
3. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยนำมาจาก ญัฎฐภักดิ์สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2564) ที่แปลมาจาก Dias, Campos, Almeida, & Palha (2018) มีจำนวน

29 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 11 ข้อ 2) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวน 8 ข้อ 3) การรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อ 4) กลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม จำนวน 4 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 ระดับ ถึง ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ให้ 5 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างมาก ให้ 1 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งรายด้านและภาพรวมมากำหนดระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมาก

4) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำมาจากพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ฉันมี 9 ข้อ 2) ฉันเป็น 10 ข้อ 3) ฉันสามารถ 9 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง เฉย ๆ 4 หมายถึง เห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลระดับความแข็งแกร่งในชีวิต ดูจากคะแนนเฉลี่ยทั้งรายด้านและภาพรวมมากำหนดระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 มีมีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อย ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 มีความแข็งแกร่งในชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ความแข็งแกร่งในชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านทาง Google Form ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ภาวะซีมเศร้า 9 คำถาม ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความแข็งแรงในชีวิต ของนักศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซีมเศร้า โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ก่อนการวิเคราะห์ หาค่าความสัมพันธ์ พบว่าข้อมูลมีการกระจายในโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม โครงการ 043/2564 ผ่านการรับรองเลขที่ 048/2564 หลังจากผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดบนใบปะหน้าของแบบประเมิน ก่อนการทำแบบประเมินใน Google Form โดยกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ โดยข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น การวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.13) อายุระหว่าง 18-31 ปี อายุเฉลี่ย 20.44 ปี (S.D. = 1.61) ศึกษาชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 36.30) กำลังศึกษาคณะวิทยาการจัดการ (ร้อยละ 27.60) ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	88	12.87
หญิง	596	87.13
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	209	30.56
ชั้นปีที่ 2	248	36.36
ชั้นปีที่ 3	81	11.80
ชั้นปีที่ 4	146	21.30

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คณะที่ศึกษา		
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	78	11.40
คณะวิทยาการจัดการ	189	27.60
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	173	25.30
คณะพยาบาลศาสตร์	116	17.00
คณะครุศาสตร์	128	18.71

2. การทำกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

พบว่า ส่วนใหญ่มีกิจกรรมผ่อนคลายหรืองานอดิเรก (ร้อยละ 94) จำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ใช้เวลา 2-5 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 54.53) ส่วนใหญ่เล่นโซเชียล (ร้อยละ 99.4) ใช้เวลามากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันมากถึง (ร้อยละ 61.55) ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท (ร้อยละ 96.35) เวลาไม่สบายใจส่วนใหญ่จะปรึกษาครอบครัว (ร้อยละ 36.70) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของการทำกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กิจกรรมผ่อนคลายหรืองานอดิเรก		
ทำ	643	94.01
ไม่ทำ	41	5.99
จำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรม		
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	143	20.91
2-5 ชั่วโมงต่อวัน	373	54.53
มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน	127	18.57
เล่นโซเชียลมีเดีย		
เล่น	680	99.42
ไม่เล่น	4	0.58
จำนวนชั่วโมงในการทำกิจกรรม		
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	28	4.09
2-5 ชั่วโมงต่อวัน	231	33.77
มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน	421	61.55
เพื่อนสนิท		
มี	659	96.35
ไม่มี	25	3.65
จำนวนเพื่อนสนิท		
น้อยกว่า 3 คน	126	18.42

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3-5 คน	331	48.39
มากกว่า 5 คน	202	29.53
เวลาไม่สบายใจปรึกษา		
ครอบครัว	251	36.70
เพื่อน	229	33.48
โพลสโงเซียล	12	1.75
แฟน	69	10.09

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 64.77) มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 35.23) โดยแบ่งเป็นมีอาการระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 21.05) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.33) และระดับรุนแรง (ร้อยละ 5.85)

4. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 629 คน (ร้อยละ 92) ระดับปานกลาง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 5.40) และระดับสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 2.63)

สำหรับ ระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 425 คน (ร้อยละ 62.13) ระดับปานกลาง จำนวน 256 คน (ร้อยละ 37.43) และระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.44) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=684)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	18	2.63	สูง
	37	5.41	ปานกลาง
	629	91.96	ต่ำ
ความแข็งแกร่งในชีวิต	425	62.13	สูง
	256	37.43	ปานกลาง
	3	0.44	ต่ำ

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.11, S.D. = 0.38) อยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 2.38, S.D. = 0.82) รองลงมา คือ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต

[10/16]

(Mean = 2.55, S.D. = 0.74) ส่วนกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 2.22, S.D. = 0.99) สำหรับระดับความแข็งแรงในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.61, S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้าน ฉะนั้นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด Mean = 3.92 (S.D. = 0.77) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแรงในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	1.11	0.38	น้อย
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	2.38	0.82	ปานกลาง
ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	2.55	0.74	ปานกลาง
การรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น	2.61	0.77	ปานกลาง
กลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม	2.22	0.99	ปานกลาง
ความแข็งแรงในชีวิต	2.61	0.49	สูง
ฉันมี	3.88	0.80	สูง
ฉันเป็น	3.92	0.77	สูง
ฉันสามารถ	3.81	0.76	สูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33$, $p\text{-value} = <0.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14$, $p\text{-value} = <0.001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความแข็งแรงในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.08$, $p\text{-value} = <0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแรงในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ความแข็งแรงในชีวิต	ภาวะซึมเศร้า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	1		
ความแข็งแรงในชีวิต	0.08*	1	
ภาวะซึมเศร้า	0.14*	-0.33*	1

* $p\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถอภิปรายผล ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่หลาย ๆ คนยังไม่คำนึงถึงยังขาดความใส่ใจในเรื่องสุขภาพจิตและนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นโดยส่วนใหญ่ให้ความสนใจในเรื่องความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านร่างกายมากกว่าสุขภาพจิต สอดคล้องการรายงานการศึกษาของคนไทยจำนวนหนึ่งยังขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมรอบข้าง นำไปสู่การละเลย เพิกเฉย และปฏิเสธการเข้ารับบริการสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2565a) สอดคล้องกับแนวโน้มปัญหาด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในสังคมที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2565b) เมื่อพิจารณารายด้านในด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตนักศึกษาอาจยังมีความรู้ที่ยังไม่เพียงพอขาดการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต รวมทั้งพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อปัญหาไม่สามารถหาวิธีการหรือกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับนักศึกษาส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมผ่อนคลายหรืองานอดิเรก ร้อยละ 94 ใช้เวลา 2-5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 54.53 เล่นโซเชียล ร้อยละ 99.42 ใช้เวลามากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันมากถึงร้อยละ 61.55 ส่วนใหญ่เวลาไม่สบายใจจะปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 36.70 ไม่ค่อยมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเลยไม่แสวงหาช่องทางในการความรู้ ส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องงานวิจัยอื่นที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (นุสรา นามเดช, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และอรทัย สงวนพรรค, 2561; ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, พิมพ์ลัญช์ आयुวัฒน์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี, 2562)

ความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมส่วนใหญ่มาพักอาศัยที่หอพักโดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการเงินช่วยให้นักศึกษามีความรู้สึกมั่นใจที่เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ (I have) ที่ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในตนเอง (I am) ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ความยุ่งยากในชีวิตได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยผลจากการสำรวจเวลาไม่สบายใจส่วนใหญ่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่จะปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 36.70 นอกจากนักศึกษายังมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้คำปรึกษา สนับสนุนให้นักศึกษา พร้อมเรียนรู้ตามศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม พร้อมทั้งจะยอมรับและยกย่องผู้อื่นและรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำและยอมรับผลของการกระทำ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมีลักษณะเด่นเป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เช่น เป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจห่วงใยคนรอบข้าง เป็นคนที่คนอื่น ๆ พุดคุยด้วยแล้วมีความสุขและสามารถจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม ตามศักยภาพของตนเอง สามารถปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นอย่างดีสามารถเผชิญความยุ่งยากใจหรือความเครียดในชีวิตได้ดี สอดคล้องตามแนวคิดของ Grothberg (1995) ซึ่งกล่าวว่า I can (ฉันสามารถ) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สามารถที่จะหาทางออกหรือ

วิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่สามารถที่จะขอความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ จึงส่งผลให้ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณา นพโสธร, อัจรา จิตวัฒนกุล และนิรดา กลิ่นทอง (2561) ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมาจากการได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน และการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จะทำให้นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีโอกาสนในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย อาจเนื่องมาจากคนที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำขาดความสามารถในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งทราบวิธีการในการจัดการตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์ และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว (2561) ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังเป็นในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของสุหทัย โตสังวาลย์ (2564) และ สมติ อนันต์ปฏิเวธ, นันทนัส แววกระโทก และสุกัญญา แก่นงูเหลือม (2565) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีโอกาสนในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังนั้นนักศึกษาที่ได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม และยังเป็นเกราะป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า

นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม อธิบายได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นทักษะการรับรู้และมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพจิตทำให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น สามารถการจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้า และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต (Attygalle, Perera, & Jayamanne, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, รัตติกร เหมือนนาตอน และสุ่มัทนา แก้วมา (2563) พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าของวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น: ความรู้ของคนหนุ่มสาวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคจิตกังวลทางสังคม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า และอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น (Coles, Ravid, Gibb, George-Denn, Bronstein, & McLeod, 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สถาบันการศึกษาควรจัดกิจกรรมนอกหลักสูตร โดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพจิต อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้นักศึกษา เพื่อจะเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ในสถานศึกษา หรือผสมผสานแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้
2. ควรศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก แล้วนำสร้างโปรแกรมพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อไป ความแข็งแรงในชีวิตและลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2566 จาก <https://thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>.
- กรมสุขภาพจิต. (2565a). *ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2566 จาก <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/dash01.php>.
- กรมสุขภาพจิต. (2565b). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสังคมไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 7 พฤษภาคม 2567 จาก <http://www.somethingmendis.or.th/mentalhealth>.
- กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 343-354.
- กาญจนา สุทธิเนียม และอุบล สุทธิเนียม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 43-61.
- เกวลี ชัยสุวรรณรักษ์ และพลิศรา ธรรมโชติ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เข้มแข็งแบบโลกไซเบอร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(2), 191-204.
- ณัฐธันธ์สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *มนุษยศาสตร์สาร*, 22(1), 143-161.
- นันทยา คงประพันธ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนักศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(11), 302-315.
- นุสรา นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และอรทัย สงวนพรรค. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 125-138.
- ปวีณา นพโสธร, อัจรา ฐิตวัฒนกุล และนิรดา กลิ่นทอง. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 1-10.

- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัธ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-116.
- ปิยะ ทองบาง. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร*, 10(1), 28-36.
- โปรยทิพย์ ศิริภูพร บุคหงส์ และเชาวลิต ศรีเสริม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาล. *วารสารกิจการณย์*, 26(1), 187-199.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- รัตนภรณ์ ชูทอง และคณะ. (2562). “ภาวะสุขภาพจิต สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ภาคใต้ของประเทศไทย.” *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 337-350.
- ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, พิมพ์ลัญช์ आयวัฒน์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูงอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(2), 35-42.
- ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, รัตติกร เหมือนนาดอน และสุเมธมา แก้วมา. (2563). ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น. *วารสารการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 41-51.
- วัชรพร เขยสุวรรณ และคณะ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักเรียนพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทย์นาวี*, 45(2), 255-266.
- สมติ อนันต์ปฏิเวธ, นันทภัส แวกระโทก และสุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 4(3), 1-16.
- สุหทัย โตสังวาลย์. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 58-74.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และจุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 13-38.
- Almanasef, M. (2021). Mental Health Literacy and Help-seeking behaviours among undergraduate pharmacy students in Abha, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 1281-1286. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S289211>
- Ashraful Islam, M., Yun Low, W., Ting Tong, W., Wan Yuen, C. C., & Abdullah, A. (2018). Factors associated with depression among university students in Malaysia: A cross-sectional study. *KnE Life Sciences*, 4, 415. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i4.2302>

- Attygalle, U. R., Perera, H., & Jayamanne, B. D. W. (2017). Mental health literacy in adolescents: Ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0176-1>
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental health literacy in young adults: Adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7). 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Hart, L. M., Morgan A. J., Rossetto A., Kelly C.M., Mackinnon A., & Jorm A.F. (2018). Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen mental health first aid. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 638-651. <https://doi.org/10.1177/0004867417753552>
- Grotberg, E. H. (1995). Resilience for Tomorrow, Retrieved February 19, 2014 Retrieved March 4, 2023 from http://resilient.uluc.edu/library/grotberg2005_resilience-for-tommorrowbrazil.pdf.
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row Publications.
- World Health Organization. (2020). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO Document Production Services.