บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

สุธีกาญจน์ ไชยลาภ [1]
จันทรรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์ [2] พรพรหม รุจิไพโรจน์ [2]
วัลยา ตูพานิช [3]
ณัฐนันท์ วัฒนวิการ [4]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้มาพัฒนาโปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน ระยะเวลาศึกษา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความตระหนักรู้การป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตฯ และความตระหนักโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) และ 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตฯ และความตระหนักโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต สามารถทำให้นักเรียนมีแนวโน้มของความรอบรู้และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้มากกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองจากแผ่นพับร่วมกับการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต/ การป้องกันปัจจัยเสี่ยง/ ความเครียด/ ภาวะซึมเศร้า/ วัยรุ่น

[1] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร กรุงเทพ

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพ

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพ

[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพ

Corresponding Author, E mail: nattanan.wat@nmu.ac.th

วันที่รับ 24 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 16 ธันวาคม 2567 วันที่ตอบรับ 25 ธันวาคม 2567

Research article

The Effectiveness of Mental Health Literacy Enhancement Program on Awareness in Prevention of Risk Factors for Stress and Depression Among Adolescents in Dusit District, Bangkok Metropolis

Suteekarn Chaiyalap [1]
Chantrarat Vongareesawat [2] *Pornprom Rujipairoch* [2]
Walaya Tupanich [3]
Nattanan Wattanawikan [4]

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of a mental health literacy enhancement program on raising awareness of risk factor prevention for stress and depression among student in urban areas of Bangkok. The concepts of mental health literacy and awareness were applied to the program development. The research took a quasi-experimental approach with a two group pre-posttest design. The sample consisted of 70 senior high school students in Dusit District, Bangkok, who were divided equally into experimental and control groups of 35 participants each. The data collection instruments included a general information record, a mental health literacy questionnaire, and a stress and depression a risk prevention awareness questionnaire. The study was conducted over four weeks, with data collected at week 1 and week 4. Data analysis was performed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests. The research revealed the following: 1) at posttest, the experimental group exhibited higher mean score for mental health literacy and awareness than at pretest (p-value>.05) 2) at posttest, the experimental group demonstrated a statistically significant higher mean score for mental health literacy and awareness than the control group, but without statistical significance. Therefore, the mental health literacy the mental health literacy promotion program can increase students literacy and awareness about prevention risk factors for stress and depression better than self-learning from a brochure combined with receiving advice on mental health promotion.

Keywords: mental health literacy/ risk prevention/ stress/ depression/ adolescents

[1] Associate Professor, Faculty of Nursing, Shinawatra University, Bangkok
[2] Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok
[3] Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok
[4] Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok
Corresponding Author, Email: nattanan.wat@nmu.ac.th

Received 24 November 2024; Revised 16 December 2024; Accepted 25 December 2024

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในวัยรุ่นทั่วโลก มีผลการศึกษาระหว่างปี ค.ศ. 2005-2015 พบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึง 18.4 เท่า[1] สำหรับประเทศไทย วัยรุ่นมีแนวโน้มจะมีปัญหาทางอารมณ์จนไปถึงภาวะซึมเศร้า จากข้อมูลสำรวจวัยรุ่นระหว่างอายุ 11-19 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 5,345 คน พบว่า มีวัยรุ่นมากถึง 2 ใน 3 ที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น ซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 49.8 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 13.2 ซึมเศร้ามาก ร้อยละ 3.2 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.7 โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย และมีความคิดอยากตายสูงถึงร้อยละ 20.5 เคยคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยคิดพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 อีกทั้งยังพบว่า อายุ 15-19 ปี มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าอายุ 11-14 ปี มีการสำรวจความชุกภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ กรุงเทพมหานครถูกจัดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 13 ซึ่งมีความชุกของความเสี่ยงภาวะเศร้าในวัยรุ่นอยู่ในลำดับที่สามของประเทศไทย จากผลการศึกษาความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงอายุ 11-19 ปี ทั่วประเทศ โดยอยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 49 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 17.9 ซึมเศร้ามาก ร้อยละ 5 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 1.2 ซึ่งเมื่อประเมินระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 14 ปานกลาง ร้อยละ 7.9 และสูง ร้อยละ 2.4[2] นอกจากนี้อุบัติการณ์ความเครียดในนักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนมากกว่าครึ่งมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ มากไปกว่านั้นบริบทความเป็นเขตเมืองอาจได้รับผลกระทบมากกว่าเขตชนบทหรือต่างจังหวัด ที่ผ่านมายังไม่มีการรวบรวมข้อมูลของภาวะเครียดและซึมเศร้าของวัยรุ่นในแต่ละเขต ส่วนใหญ่นำเสนอเป็นภาพรวมของกรุงเทพมหานคร แต่เขตดุสิตจัดเป็นเขตพื้นที่สำคัญของกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ใหญ่และมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นมาก มีลักษณะของความเป็นเขตเมืองโดดเด่น มีโรงเรียนจำนวนมาก ซึ่งจะสะท้อนปัญหาความเครียด และซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ชัดเจน นอกจากนี้ จากการศึกษามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดหลายปัจจัย ได้แก่ สถานศึกษา คุณครู การเรียน อนาคต การจัดสรรเวลา และครอบครัว สาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว คนใกล้ชิด เพื่อนฝูง การถูกดุด่า และปัญหาผิดหวังในความรัก รวมทั้งยังขาดความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเมื่อเผชิญปัญหา ทำให้เกิดความคิดอยากทำร้ายตนเอง และคิดฆ่าตัวตาย ปัจจัยทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดกับวัยรุ่น[3] อีกทั้งพัฒนาการตามช่วงวัยของวัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ส่งผลให้มีอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายกว่าช่วงวัยอื่น จึงทำให้วัยรุ่นในประเทศไทย และกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตทั้งภาวะซึมเศร้า และความเครียดเพิ่มสูงขึ้น

ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัย ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทัน[4] การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่ความตระหนักรู้ต่อการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การปรับเปลี่ยนความคิด และมุมมองของชีวิต ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความมีคุณค่าและ

การเติบโตในตนเองมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้[5] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น[6]

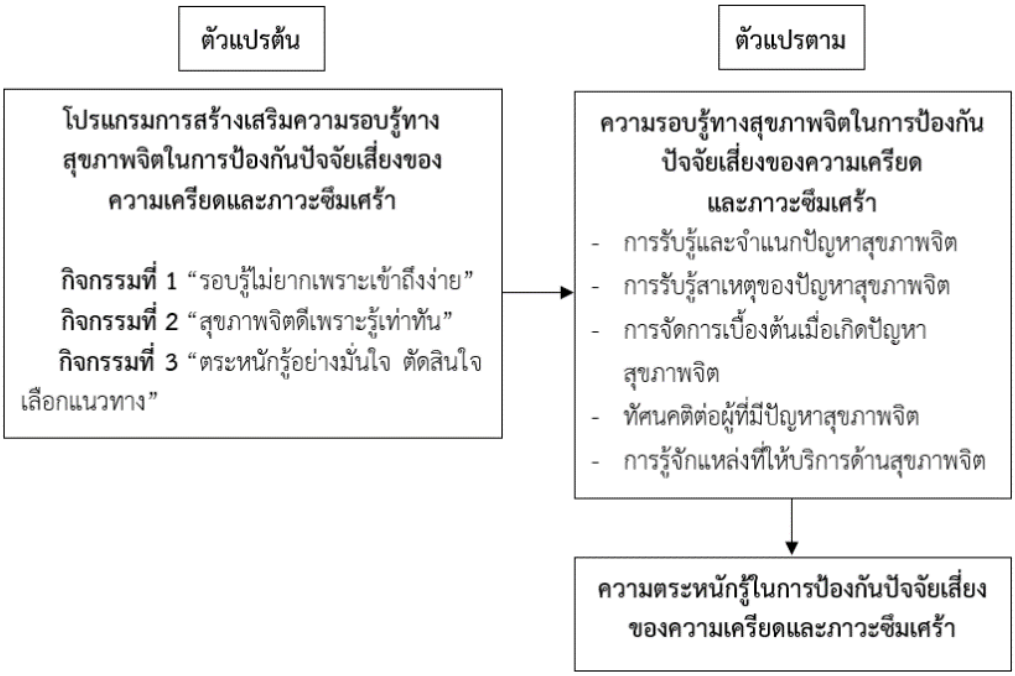
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความตระหนักรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น และการส่งเสริมในโรงเรียนส่วนใหญ่ยังเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากแผ่นพับร่วมกับการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต จากปัญหาที่กล่าวมา การประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทบีม[4] เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในวัยรุ่นมีความเหมาะสม เนื่องมาจากองค์ประกอบของแนวคิดนี้ มีความสอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นทางด้านสังคมและสติปัญญา คือ เป็นช่วงวัยที่เริ่มสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนและเรียนรู้บทบาททางสังคม มีความสามารถในการวิเคราะห์และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง กล่าวคือ การเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต ผ่านการใช้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลในช่องทางต่าง ๆ ที่ดีของวัยรุ่น ให้สามารถเข้าถึงข้อมูล และสามารถตัดสินใจเลือกรับฟังและอ่านข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติในชีวิตของตนเองและเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้อื่นได้อย่างภาคภูมิใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความตระหนักรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น และการส่งเสริมในโรงเรียนส่วนใหญ่ยังเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากแผ่นพับร่วมกับการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต จากปัญหาที่กล่าวมา การประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทบีม[4] เพื่อเสริมสร้าง ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในวัยรุ่นมีความเหมาะสม เนื่องมาจากองค์ประกอบของแนวคิดนี้ มีความสอดคล้องกับพัฒนาการของวัยรุ่นทางด้านสังคมและสติปัญญา คือ เป็นช่วงวัยที่เริ่มสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนและเรียนรู้บทบาททางสังคม มีความสามารถในการวิเคราะห์และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง กล่าวคือ การเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต ผ่านการใช้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลในช่องทางต่าง ๆ ที่ดีของวัยรุ่น ให้สามารถเข้าถึงข้อมูล และสามารถตัดสินใจเลือกรับฟัง และอ่านข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ นำไปสู่การเลือกปฏิบัติในชีวิตของตนเองและเผยแพร่ความรู้ให้กับผู้อื่นได้อย่างภาคภูมิใจ

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) และความตระหนักรู้ (awareness) นำมาพัฒนาโปรแกรม กระบวนการและกิจกรรมในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต สามารถปฏิบัติตัว มีทักษะในการจัดการกับความเครียด ความตระหนักรู้ในการป้องกันความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ในอนาคต และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในเขตเมืองต่อไป และเป็นแนวทางของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของดอน นัทบีม[4] มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต การจัดการปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองได้ ทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และการรู้จักแหล่งที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีความครอบคลุมทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ทัศนคติในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงทักษะในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตเพื่อให้ตนเองมีความสุขและสบายใจ ดังนั้น หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design)

ประชากร คือ วัยรุ่นซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นนักเรียน มีสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์สื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งที่ใช้อินเตอร์เน็ตได้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารด้วยการพูด และฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณตามสูตรการหาขนาดตัวอย่างของงานวิจัย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent sample) ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ (level of significance) ที่ระดับ .05 (α=.05) และกำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.50 และค่าขนาดของอิทธิพลกลุ่ม (effect size) คำนวณจากค่าเฉลี่ยคะแนน อ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมา[8] เพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ต่อกลุ่ม[9] ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ จำนวน 38 คนต่อกลุ่ม รวมเป็น 76 คน โดยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกสถานที่ที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ โดยคัดเลือกโรงเรียนสองแห่ง ในเขตดุสิตของกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะบริบทของโรงเรียนใกล้เคียงกันมากที่สุด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากห้องเรียนที่ได้เข้าร่วม โรงเรียนละ 1 ห้องเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกแบบตรวจสอบรายการ และกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม การแสวงหาใช้บริการให้ความช่วยเหลือ การสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจิต สถานะทางสุขภาพ การใช้บุหรี่ สารเสพติดหรือยาบางชนิด

2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ด้านการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต และด้านวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน

3. แบบสอบถามความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า

อาสาสมัครกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ ในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 กิจกรรม รวมใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 "รอบรู้ไม่ยากเพราะเข้าถึงง่าย" เป็นกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 10 นาที โดยอธิบายให้ความรู้ร่วมกับสาธิตการใช้สื่อ Line official และให้อาสาสมัครฝึกปฏิบัติใช้งาน Line official ย้อนกลับ

กิจกรรมที่ 2 "สุขภาพจิตดีเพราะเข้าใจรู้เท่าทัน" เป็นกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที โดยให้อาสาสมัครฝึกวางแผนการตระหนักรู้เพื่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากแบบฝึกวางแผนปฏิบัติ เช่น การจำแนกอาการเครียดและอาการเศร้าได้ การเข้าใจสาเหตุของความเครียดและซึมเศร้า และเทคนิคการคลายความเครียดด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 3 "ตระหนักรู้อย่างมั่นใจตัดสินใจเลือกแนวทาง" เป็นกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที โดยให้อาสาสมัครอภิปรายสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้กับผู้วิจัยตามคู่มือความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนและตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และการรู้จักเลือกแหล่งบริการเพื่อขอรับความช่วยเหลือผ่านการใช้สื่ออย่างเหมาะสม และการประยุกต์ใช้ความรู้ผ่านสื่อในการจัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและให้คำแนะนำเบื้องต้นกับผู้อื่นได้ โดยทีมผู้วิจัยอธิบายวิธีการรู้เท่าทันปัญหาสุขภาพจิตผ่านสื่อ Line official ตามคู่มือและให้นำไปปฏิบัติจริง จากนั้นโทรศัพท์ติดตามรายบุคคล ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 20 นาที เพื่อทบทวนความรู้และการปฏิบัติ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอาจสามารถบอกหรือแนะนำต่อได้

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามโดยผ่านการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาของโปรแกรมและแบบสอบถามโดยรวมจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน แพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 2 ท่าน พบว่าโปรแกรมและชุดแบบสอบถามโดยรวม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีค่า IOC มากกว่า 0.60 และผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมปลาย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) .934 และ.729 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้รับหนังสืออนุมัติเลขที่ COA 178/2564 วันที่อนุมัติ 14 สิงหาคม 2564 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามเกณฑ์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยในรายละเอียดเกี่ยวกับที่มา และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนที่จะได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลตามแผนการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและเผยแพร่ข้อมูลนำเสนอผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น หลังได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่จะถูกทำลาย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยนักวิจัยถึงแนวทางการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสอบถามในการวิจัย โดยดำเนินการที่ห้องประชุมในโรงเรียนของกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลอนามัยโรงเรียนในพื้นที่ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้การเก็บข้อมูลการวิจัยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปพร้อม ๆ กัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS statistics version 26 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (paired t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 38 คน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม คงเหลือกลุ่มทดลอง 35 คน เนื่องจากติดการเรียนการสอน จำนวน 3 คน

และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน เนื่องจากติดการเรียนการสอนเช่นเดียวกัน จำนวน 3 คน คงเหลือ 70 คน คิดเป็นอัตราการสูญหาย ร้อยละ 7.89

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นชาย ร้อยละ 40 และ 54.29 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น 16.46 ± 0.51 ปี และ 16.69 ± 0.72 ปี ตามลำดับ น้ำหนักเฉลี่ย 58.14 ± 13.43 กก. และ 59.01 ± 16.91 กก. ตามลำดับ มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสิ่งที่ใช้คลายเครียด ร้อยละ 80 และ 88.57 ตามลำดับ ได้แก่ บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า หรือยาเส้น ร้อยละ 5.71 และ 0.00 ตามลำดับ สารเสพติด ร้อยละ 5.71 และ 2.86 ตามลำดับ ยาคลายเครียด ร้อยละ 0.00 และ 8.57 ตามลำดับ และสิ่งที่ใช้คลายเครียดอื่น ๆ ร้อยละ 74.29 และ 80 ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยหาค่า homogeneity of variance (homogeneity assumption) และทดสอบ Levene's test หากค่า t ไม่ sig (มีค่ามากกว่า .05) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน ผลการทดสอบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	14	40.00	19	54.29	.243[d]
หญิง	19	54.29	16	45.71	
อื่น ๆ	2	5.71	0	0.00	
อายุ (ปี), mean ± SD	16.46 ± 0.51		16.69 ± 0.72		.128[c]
min. – max.	(16 - 17)		(15 – 18)		
น้ำหนัก (กก.), mean ± SD	58.14 ± 13.43		59.01 ± 16.91		.815[c]
min. – max.	(44 - 109)		(39 - 121)		
สิ่งที่ใช้เป็นประจำเพื่อคลายเครียด					
บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า/ยาเส้น	2	5.71	0	0.00	.493[d]
สุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0	0.00	0	0.00	NA
สารเสพติด	2	5.71	1	2.86	1.000[d]
ยาคลายเครียด	0	0.00	3	8.57	.239[d]
อื่น ๆ	26	74.29	28	80.00	.569[c]

[a]Independent samples t-test, [b]Mann-Whitney U test, [c]Chi-square test or [d]Fisher's exact test.

ข้อที่มีสัญลักษณ์ * เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด ในด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน และโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ส่วนด้านที่ 1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต ด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต และด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านที่ 4 ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง (n=35)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T	p
	M	SD	M	SD		
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า						
ด้านที่ 1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต	1.43	0.92	1.51	0.85	0.552	.585
ด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต	7.00	2.07	7.31	2.04	0.809	.424
ด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	37.46	8.75	39.86	7.09	1.686	.101
ด้านที่ 4 ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต	37.91	7.34	37.23	6.62	-0.615	.542
ด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	26.40	9.66	32.20	10.20	3.683	.001*
ด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน	33.37	10.28	37.40	8.77	2.386	.023*
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม	143.57	27.01	155.51	24.27	3.168	.003*

*significant at p-value < .05

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลอง (n=35)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม	37.51	5.72	38.74	4.93	1.290	.206

*significant at p-value<.05

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าในด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ส่วนด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้านที่ 1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต และด้านที่ 4 ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ส่วนด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต และด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าจำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า						
ด้านที่ 1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	1.43	0.92	1.66	0.73	-1.157	.252
หลังการทดลอง	1.51	0.85	1.89	0.32	-2.409	.020*
ด้านที่ 2 การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	7.00	2.07	7.77	1.57	-1.754	.084
หลังการทดลอง	7.31	2.04	7.89	1.16	-1.441	.155
ด้านที่ 3 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	37.46	8.75	41.66	6.80	-2.243	.028*
หลังการทดลอง	39.86	7.09	42.97	6.22	-1.953	.055

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		t	p
	M	SD	M	SD		
ด้านที่ 4 ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	37.91	7.34	37.83	7.43	0.049	.961
หลังการทดลอง	37.23	6.62	40.57	6.17	-2.186	.032*
ด้านที่ 5 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต						
ก่อนการทดลอง	26.40	9.66	24.37	8.05	0.955	.343
หลังการทดลอง	32.20	10.20	24.11	6.04	4.036	<.001*
ด้านที่ 6 วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน						
ก่อนการทดลอง	33.37	10.28	36.14	9.52	-1.170	.246
หลังการทดลอง	37.40	8.77	36.17	7.03	0.647	.520
ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	143.57	27.01	149.43	22.55	-0.985	.328
หลังการทดลอง	155.51	24.27	153.60	17.83	0.376	.708

*significant at p-value<.05

‡ adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวมสูงขึ้นแต่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้า จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	37.51	5.72	41.49	5.49	-2.965	.004*
หลังการทดลอง	38.74	4.93	43.37	3.77	-4.413	<.001*

*significant at p-value<.05

‡ adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.168, p=.003) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง (t=2.357, p=.024) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวม								
ก่อนการทดลอง	143.57	27.01	ปานกลาง	149.43	22.55	ปานกลาง	-0.985	.328
หลังการทดลอง	155.51	24.27	ปานกลาง	153.60	17.83	ปานกลาง	0.376	.197
	t = 3.168, p = 0.003*			t = 1.473, p = 0.150				

*significant at p-value<.05

‡adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.290, p=.206) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.357, p=.024) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N=70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวม								
ก่อนการทดลอง	37.51	5.72	ปานกลาง	41.49	5.49	สูง	-2.965	.004*
หลังการทดลอง	38.74	4.93	ปานกลาง	43.37	3.77	สูง	-4.413	.002*
	t = 1.290, p = 0.206			t = 2.357, p = 0.024*				

*significant at p-value<.05

ǂ adjusted mean difference estimated by ANCOVA with multiple comparisons using Bonferroni test, adjusted for baseline value

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดโดยรวมภายหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ด้านการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต และด้านวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยยังเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ถึงแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจมีผลกระทบมาจากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตฯ โดยรวมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบตั้งแต่ก่อนการทดลอง

จากคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้นของกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วานิศา ประโยชน์มี และคณะ (2563)[6] ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกัน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2566)[10] ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพทางเพศก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกัน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ซึ่งทำให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมาพัฒนาโปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปตามกระบวนการของแนวคิด คือ ผู้วิจัยที่มีความรู้และเชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตจัดทำ Line official โดยแนบคู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า การจำแนกอาการ สาเหตุ และการปรับทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าและฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่มาจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ร่วมกับการบรรยายเกี่ยวกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยสรุป และอภิปรายสิ่งที่

ได้เรียนรู้แสดงถึงความเข้าใจ และเกิดการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนของวัยรุ่นร่วมกันกับผู้วิจัย ซึ่งการออกแบบโปรแกรมลักษณะนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[11] ที่มีการมุ่งเน้นกิจกรรมเชิงปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ให้เพิ่มขึ้นของวัยรุ่นผ่านโปรแกรมฯ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และการรู้จักเลือกแหล่งบริการเพื่อขอรับความช่วยเหลือผ่านการใช้สื่ออย่างเหมาะสม นำไปสู่การจัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและให้คำแนะนำเบื้องต้นกับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[12] ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตช่วยเพิ่มทักษะในการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต การค้นหาแหล่งข้อมูลสุขภาพจิต และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

ถึงแม้ว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติให้เหมาะสมมีความจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ร่วมกับการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและมีความต่อเนื่องของกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์[13] ซึ่งโปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้มีทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมเพียง 1 ครั้ง ใน 1 เดือน อาจจะไม่เพียงพอต่อการสร้างทัศนคติที่เหมาะสม

คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยรวมภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนความตระหนักรู้ทางสุขภาพจิตฯ โดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ในตนเองและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) โดยการศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบจำลองการให้ข้อมูลแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ของฟิชเชอร์และฟิชเชอร์ (1992) ร่วมกับทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีนั้นต้องเกิดจากการได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง เมื่อได้รับข้อมูลที่ดี ได้รับแรงจูงใจให้มีการแสดงออกและมีทักษะพฤติกรรมที่ถูกต้องสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพในเชิงบวก[14] ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับองค์ประกอบของแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทบีม (2008)[4] ถึงแม้ว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามอาจมีผลกระทบมาจากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้โดยรวมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบตั้งแต่ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีผลในการเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตให้กับวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิผล โดยเฉพาะในด้านการรู้จักแหล่งช่วยเหลือและการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอย่างรู้เท่าทัน ซึ่งอาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลอนามัยโรงเรียน และสถานศึกษา โดยเฉพาะครูผู้สอนวิชาสุขศึกษา และครูประจำห้องพยาบาล สามารถนำโปรแกรมที่ศึกษานี้ ไปประยุกต์ให้เข้ากับนักเรียนในชั้นมัธยมต้นและมัธยมปลายได้ โดยมุ่งเน้นให้นักเรียนมีการตอบคำถาม อภิปราย

แสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อให้ทราบว่านักเรียนมีความรู้ และความตระหนักรู้ต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างไร และส่งเสริมให้มีความถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และความตระหนักรู้ต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น แต่โปรแกรมนี้ยังไม่สามารถพัฒนานักเรียนให้มีทัศนคติต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตให้ดีขึ้นจากเดิมได้ ผู้ที่สนใจควรเพิ่มการทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ กิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่มีความต่อเนื่องจะเสริมการเปลี่ยนด้านทัศนคติที่ดีของวัยรุ่นให้เพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับช่วงวัยรุ่นมากยิ่งขึ้นเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้นำไปสู่การมีความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าให้สูงขึ้น โดยประยุกต์ใช้กลวิธีต่าง ๆ ให้มีความหลากหลาย นอกเหนือจากการบรรยายความรู้ อาจมีการทำกิจกรรมกระตุ้น อย่างน้อย 1-3 ครั้ง ภายใน 1 เดือน เพื่อให้คอยเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นระยะ ๆ และเสนอแนะให้มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเรื่องของสุขภาพจิตอาจเป็นการเรียนรู้ใหม่ที่นอกเหนือจากหนังสือเรียนขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย จึงอาจเป็นเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจมากกว่าสุขภาพทางกายและเรื่องอื่น ๆ

2. ควรให้คุณครูในโรงเรียน โดยเฉพาะครูผู้สอนวิชาสุขศึกษา หรือครูประจำห้องพยาบาลได้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ถูกต้อง ให้มีความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าที่ดีและเหมาะสม สามารถเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือวัยรุ่นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้

3. ภายหลังเก็บรวบรวมก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเสร็จสิ้น ควรมีการคำนวณค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามที่ศึกษาก่อน เพื่อให้เห็นความแตกต่างของข้อมูลทั้งสองกลุ่มก่อนดำเนินการในขั้นถัดไป แต่หากดำเนินการจนสิ้นสุดโปรแกรมในขั้นวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อค่าผลลัพธ์ก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน ควรมีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งจะให้ผลการศึกษาเหมือนกับการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียด และภาวะซึมเศร้าของประชากรคนเมืองในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (Navamindradhiraj university research fund) ปี พ.ศ. 2565

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602.
2. Panyawong W, Jullagas N, Srithong S, Punyagupta P. Prevalence of depression and suicide risk in Thai adolescents: A survey of schools in 13 health districts. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2020;28(2):136-149. (in Thai)
3. Rujirungsijareon N, Limsuwan N, Hongsaguansri S, Yongyuan B. Factors associated with stress levels in secondary school students under Bangkok metropolitan administration. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2021;66(1):53-68. (in Thai)
4. Nutbeem D. The evolving concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67: 2072-2078.
5. Chanaphan N, Srisupawit W, Siriphol S, Manosuthikul S, Phetchat S. The relationship between social support and self-awareness with self-reintegration among patients with depression. *Thai Journal of Nursing Council*. 2013;28(2):44-57. (in Thai)
6. Prayochmee V, Sikaow O, Prasertsong C. The Effects of Health Literacy Program on Health Literacy and Sexual Prevention Behaviors among Junior High School Students. *Journal of the Royal Thai Academy of Nursing*. 2020;21(2):150-157. (in Thai)
7. Thanomsang N. *Population and samples: Sample size, sampling methods, allocation, and sample size in research* [Internet]. 2017 [cited 2021]. Available from: http://home.kku.ac.th/nikom.
8. Sukphun A, Kingmala C, Paengsuk P, Yeunyaw T, Wangman V. Effect of health literacy development program and health behaviors among working-age population. *Journal of Public Health Research*. 2020; 29(3):419-429. (in Thai)
9. Polit, D. F., & Hunger, B. P. *Nursing Research: Principles and Methods*. In Philadelphia: Lippincott. 1995.
10. Kingmala C, Sookpool A, Pangsook P, Kimthong S. Effectiveness of sexual health literacy promotion program among adolescents. *Journal of Health Research*. 2023;17(2):131-142. (in Thai)
11. Deanamjeud W, Srisang P. Health literacy in self-care for good health among the elderly in Bangkok: A case study of promoting health literacy in older adults. *Vajira Medical Journal and Urban Medicine Journal*. 2019;63(Suppl):73-82. (in Thai)

12. Thangkrothok P. Mental health literacy: Concepts and applications for mental health problem prevention among the elderly. *Chiang Mai Medical Journal*. 2020;59(3):163-72. (in Thai)
13. Pongthong W, Auemaneekul N, Powwattana A. Effects of a theory of the planned behavior-based program for intention not to drink alcohol among secondary school female students in Chiang Rai Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2024;25(2):411-9. (in Thai)
14. Kansukcharearn A, Pinchaleaw D, Keskomon T. The effects of a self-awareness and behavioral skills development program on self-awareness and repeated pregnancy prevention behaviors in teenage mothers, Phetchaburi Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*. 2022;23(2):248-257. (in Thai)