

# **ความรู้ทางสุขภาพจิต** **ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี** **Mental Health Literacy among Senior** **High School Students in Saraburi Province**

นุสรานามเดช\* พยาวั พงษ์ศักดิ์ชาติ\*\* อรทัย สงวนพรรค\*\*\*  
 Nusara Namdej\* Payao Phongsakchat\*\* Oratai Sangounpak\*\*\*

## **บทคัดย่อ**

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นวัยต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่จึงอาจเกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งหากมีความรู้ทางสุขภาพจิตจะส่งผลให้ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสระบุรี 2) เปรียบเทียบระดับความรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนที่มี เพศ ชั้นปีที่เรียน และสายการเรียนที่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 จำนวน 380 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบหลายชั้นตามเพศ ชั้นปีที่เรียน และสายการเรียน จากโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ จำนวน 7 โรงเรียน ในจังหวัดสระบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสระบุรี มีความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับสูง (Mean = 33.20, S.D.= 5.29) โดยรู้จักและสามารถจำแนกปัญหาทางสุขภาพจิตได้ คิดเป็นร้อยละ 61.30 สามารถรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ร้อยละ 67.60 เมื่อพิจารณาความรู้ทางสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถระบุแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และสามารถระบุวิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ คิดเป็นร้อยละ 98.70, 95.50 และ 91.30 ตามลำดับ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพศหญิง มีความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนชั้นปีที่เรียนและสายการเรียนที่แตกต่างกัน พบว่ามีความรู้ทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิตให้กับนักเรียนเพศชาย เพื่อให้ตระหนักถึงโอกาสในการที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตและหาแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป

**คำสำคัญ :** ความรู้ทางสุขภาพจิต นักเรียนมัธยมศึกษา

\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

\*\* ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

\*\*\* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

### ABSTRACT

Senior High School Students were changed from childhood to adulthood which caused stress. Mental Health Literacy was the way to prevent severe mental illness. This study aimed to: 1) study the level of mental health literacy among senior high school students in Saraburi Province, and 2) compare mental health literacy between sex, grade and learning programs of senior high school students.

Sample group of this study consisted of 380 senior high school students enrolled in 2017 academic year. The multi-stage sampling method was applied for the sample group from high schools in Saraburi Province. Research instrument was mental health literacy Questionnaire. The descriptive statistics, t test and One-way ANOVA were used for statistical analysis.

The findings revealed that senior high school students in Saraburi Province had a high mental health literacy level. (Mean = 33.20, S.D. = 5.29). Among these, 61.30 % of participants could recognize and identify mental health problems, 87.90% and 65.00 % could recognize anxiety and depression respectively. Most participants recognized early interventions for mental health problems, had a positive attitude toward a person with mental health problems, and recognized helpful recourses for mental health problems (91.30, 95.50 and 98.70 percent, respectively). Female senior high school had statistically significant higher mental health literacy level than male ( $p < .05$ ). Senior high school which difference grade and learning programs had no difference in mental health literacy level. The findings suggested the need to develop knowledge and belief about causes of mental health problems in senior high school students to facilitate recognition and appropriate help seeking to prevented of severe mental illnesses.

**Keywords :** Mental health literacy, High school student

---

\* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

\*\* Director, Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira

\*\*\* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phraputthabat

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในช่วงอายุ 15-18 ปี เป็นวัยรุ่นที่กำลังก้าวออกจากความเป็นเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งตนเองได้ จึงเป็นวัยแห่งการเตรียมความพร้อมในการค้นหาและพัฒนาตนเอง ทำให้ต้องมีการปรับตัวหลายด้านพร้อม ๆ กัน การปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่ต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมนของวัยรุ่น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของวัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นมักมีอารมณ์ที่ปั่นป่วน เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย เครียดง่าย โกรธง่าย อาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุได้ง่าย จึงพบว่าเกิดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและสุขภาพจิตได้บ่อย และสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาวะในวัยรุ่น 3 อันดับแรก คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 45.00) อุบัติเหตุ (ร้อยละ 12.00) และสุรา (ร้อยละ 7.00) โดยร้อยละ 50 ของโรคทางจิตเวชที่พบในผู้ใหญ่ มีอาการตั้งแต่อยู่ในวัยรุ่น<sup>1</sup>

วัยรุ่นนั้นเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้หากมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต เพราะความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้และเจตคติที่มีต่อสุขภาพจิตที่ทำให้บุคคลรับรู้ จัดการและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้<sup>2-3</sup> โดยมีลักษณะ คือ มีความสามารถในการรู้จักความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้วิธีการหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต รู้ที่จะแสวงหาการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต และหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสม<sup>4-5</sup>

การวิจัยนี้ให้นิยามความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในทำนองเดียวกับ Jorm<sup>2</sup> และเชษฐา แก้วพรม<sup>5</sup> แต่ปรับให้เหมาะสมกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยนิยามว่า หมายถึงความสามารถในการรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต

ในต่างประเทศทั้งในเอเชีย อเมริกา และยุโรป ให้ความสำคัญกับการสำรวจระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตวัยรุ่น เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นและไม่ได้ได้รับการรักษา หากวัยรุ่นมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จะทำให้สามารถรู้ถึงปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้เหมาะสม โดยส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถามที่เป็นสถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น เป็นเครื่องมือในการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ในองค์ประกอบด้านการระบุปัญหาสุขภาพจิต และท้ายสถานการณ์จะเป็นคำถามให้ระบุชนิดของปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์นั้น ตามด้วยแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสาเหตุและการช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับต่ำ โดยเฉพาะในเพศชายจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่ำกว่าเพศหญิง<sup>6-8</sup>

สำหรับประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตยังไม่มากนัก ดังเช่น เชษฐา แก้วพรม<sup>5</sup> ได้สำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่น ในระดับ

ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งผลการศึกษจะทำให้ได้ข้อมูล และข้อความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการศึกษา บุคลากรทางสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในเวลาอันใกล้ เพื่อให้สามารถรู้เท่าทันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายใน จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนที่มี เพศ ชั้นเรียน และสายการเรียนที่แตกต่างกัน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Descriptive cross sectional study) ประชากร เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 ที่เรียนในโรงเรียนรัฐบาล ขนาดใหญ่ประจำอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี จำนวน

13 โรงเรียน จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 5,840 คน มีการคัดเลือกและกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จำแนกตามสายการศึกษา ชั้นปีการศึกษา และเพศ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน่<sup>9</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้เรื่องสุขภาพจิตของ Jorm,<sup>2</sup> Attygalle, Perera & Jayamanne<sup>6</sup> และ เชษฐา แก้วพรหม<sup>5</sup> ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) เท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญ 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูล เกี่ยวกับเพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษาและสายการเรียน

2) แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเอง โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล ดังนี้

**สถานการณ์ที่ 1 :** นางสาวแพรไหมอายุ 17 ปี ไม่ยอมไปโรงเรียนนานหลายวัน จากการที่เพื่อน ไม่ยอมพูดคุยกับเธอ และเธอคิดว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการของเพื่อน ๆ นางสาวแพรไหมรู้สึกเศร้า และเสียใจมาก ส่งผลให้เธอไม่อยากไปโรงเรียน เธอไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ นางสาวแพรไหม ไม่เคยเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นให้ใครฟัง

**สถานการณ์ที่ 2 :** นางสาวก้านแก้วอายุ 16 ปี รูปร่างอ้วน ผิวคล้ำ เธอมักจะโดนเพื่อนล้อ เป็นประจำ ทำให้เธอรู้สึกเครียด และไม่มั่นใจในรูปร่างของตัวเอง ทำให้เวลาที่จะรับประทานอะไรสักอย่างจะต้องใช้ความคิดอย่างหนัก นางสาวก้านแก้วพยายามลดน้ำหนักโดยการอดอาหาร ซื้อยาลดน้ำหนักทางอินเทอร์เน็ตมารับประทานเพื่อให้ตนเองสวย หุ่นดีแบบเพื่อน ๆ

ในส่วนท้ายของสถานการณ์จะเป็นการสอบถาม ความคิดเห็น ของผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็น ต่อไปนี้ การจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต (2 ข้อ) การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต (10 ข้อ) การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (9 ข้อ) ทศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (12 ข้อ) และ การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (9 ข้อ) ใช้วิธีการตอบแบบสองตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” กำหนดการให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม ทั้งฉบับเท่ากับ 42 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผล คะแนน ดังนี้ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-24 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60-79 (25-33 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับปานกลาง 3) คะแนนร้อยละ 80-100 (34-42 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับสูง

### การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบ ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน และเลือกข้อ คำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.60-1.00 นำมาใช้เป็นข้อคำถาม จากนั้นหาค่า

ความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสระบุรีจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

### การรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการประเมินและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่ 3-002/2560 จากนั้น ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือ ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัยของโครงการวิจัย ด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออก จากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีความผิด หรือ เสียสิทธิประโยชน์ ไม่มีผลต่อการเรียนใดๆ ทั้งสิ้น และเข้าพบชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง วัตถุประสงค์และวิธีการทำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้นักเรียน โดยใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 10-15 นาที รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2560 โดยการแจก และรับแบบประเมินกลับคืนด้วยตนเองครบ 380 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความรู้ทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติที (Independent t-test) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 236 คน (ร้อยละ 62.11) เพศชาย จำนวน 144 คน (ร้อยละ 37.89) ชั้นปีที่ศึกษา โดยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 133 คน (ร้อยละ 35.00) รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 126 คน (ร้อยละ 33.20) และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 121 คน (ร้อยละ 31.80) ตามลำดับ สายการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เรียนอยู่สายการเรียนศิลป์ จำนวน 210 คน (ร้อยละ 55.30) และสายการเรียนวิทย์-คณิต จำนวน 170 คน (ร้อยละ 44.70)

2. ระดับความรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.20) มีระดับความรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (Mean = 34.09, S.D. = 5.29) เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิต ที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.10) มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตผ่านเกณฑ์

เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตในรายองค์ประกอบตามลำดับ ดังนี้ การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทักษะคิดต่อผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต และการรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น โดยคิดเป็นร้อยละ 98.70, 95.50, 91.30, 67.60 และ 61.30 ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ความรู้ทางสุขภาพจิต จำแนกรายข้อในแต่ละองค์ประกอบ แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (n=380)

| องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต                                                | ตอบถูก<br>จำนวน (ร้อยละ) | ตอบไม่ถูก<br>จำนวน (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>1. การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น</b><br>(คะแนนเต็ม 2 คะแนน) |                          |                             |
| - ซึมเศร้า                                                                         | 247 (65.00)              | 133 (35.00)                 |
| - วิดกกังวล                                                                        | 334 (87.90)              | 46 (12.10)                  |
| <b>2. การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต</b><br>(คะแนนเต็ม 10 คะแนน)                 |                          |                             |
| - ได้รับแรงกดดันจากครอบครัว                                                        | 300 (78.90)              | 80 (21.10)                  |
| - ได้รับผลทางพันธุกรรม                                                             | 142 (37.40)              | 238 (62.60)                 |
| - ติดสารเสพติด                                                                     | 242 (63.70)              | 138 (36.30)                 |
| - การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ                                                      | 99 (26.10)               | 281 (73.90)                 |
| - มองได้รับการกระทบกระเทือน                                                        | 200 (52.60)              | 180 (47.40)                 |
| - ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง                                                          | 288 (75.80)              | 92 (24.20)                  |
| - ไม่มั่นใจในรูปร่างตนเอง                                                          | 293 (77.10)              | 87 (22.90)                  |
| - สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก                                                        | 281 (73.90)              | 99 (26.10)                  |
| - คบเพื่อนนิสัยไม่ดี                                                               | 196 (51.60)              | 184 (48.40)                 |
| - สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้                                              | 155 (40.80)              | 225 (59.20)                 |
| <b>3. การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต</b><br>(คะแนนเต็ม 9 คะแนน)         |                          |                             |
| - เล่าเรื่องราวระบายความรู้สึก                                                     | 350 (92.10)              | 30 (7.90)                   |
| - เผชิญหน้ากับความกลัว                                                             | 320 (84.20)              | 60 (15.80)                  |
| - ไปเที่ยวเพื่อผ่อนคลาย                                                            | 337 (88.70)              | (11.30)                     |
| - เก็บตัวอยู่เพียงลำพัง                                                            | 49 (12.90)               | 331 (87.10)                 |
| - รับประทานอาหารเมนูโปรด                                                           | 327 (86.10)              | 53 (13.90)                  |
| - สวดมนต์/ทำสมาธิ                                                                  | 302 (79.50)              | 78 (20.50)                  |
| - ปล่อยใจตนเอง                                                                     | 342 (90.00)              | 38 (10.00)                  |
| - ปรับทัศนคติเป็นแง่บวก                                                            | 356 (93.70)              | 24 (6.30)                   |
| - พยายามแก้ปัญหาไว้อย่างใจ                                                         | 82 (21.60)               | 298 (78.40)                 |

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (n=380) (ต่อ)

| องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต                               | ตอบถูก<br>จำนวน (ร้อยละ) | ตอบไม่ถูก<br>จำนวน (ร้อยละ) |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>4. ทักษะติดต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต</b>                       |                          |                             |
| (คะแนนเต็ม 12 คะแนน)                                              |                          |                             |
| - รู้สึกอาย เมื่อเพื่อนเป็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต               | 39 (10.30)               | 341 (89.70)                 |
| - ผู้มีสุขภาพจิตควรได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง                 | 362 (95.30)              | 18 (4.70)                   |
| - รู้สึกไม่อยากเข้าใกล้บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต                   | 65 (17.10)               | 315 (82.90)                 |
| - ผู้มีสุขภาพจิตเป็นบุคคลที่สังคมไม่ยอมรับ                        | 50 (13.20)               | 330 (86.80)                 |
| - ผู้มีสุขภาพจิตสามารถใช้ชีวิตปกติได้                             | 337 (88.70)              | 43 (11.30)                  |
| - ยินดีเป็นเพื่อนกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต                      | 317 (83.40)              | 63 (16.60)                  |
| - ยินดีให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต                   | 317 (83.40)              | 9 (2.40)                    |
| - รู้สึกตกใจ เมื่อเห็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิตทำอะไรแปลกๆ              | 49 (12.90)               | 331 (87.10)                 |
| - ไม่มีความจำเป็นที่จะช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต           | 36 (9.50)                | 344 (90.50)                 |
| - บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถรักษาให้หายได้                 | 59 (15.50)               | 321 (84.50)                 |
| - อยากเห็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี              | 365 (96.10)              | 15 (3.90)                   |
| - บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้เป็นคนบ้า/โรคจิต                  | 343 (90.30)              | 37 (9.70)                   |
| <b>5. การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต</b> |                          |                             |
| (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)                                               |                          |                             |
| - ศึกษาแหล่งข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นทางอินเทอร์เน็ต          | 347 (91.30)              | 33 (8.70)                   |
| - ซื้อมาคลายเครียดจากเภสัชกร                                      | 70 (18.40)               | 310 (81.60)                 |
| - ไปปรึกษาจิตแพทย์                                                | 374 (98.40)              | 6 (1.60)                    |
| - ขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข                               | 341 (89.70)              | 39 (10.30)                  |
| - ไปปรึกษาหมอ                                                     | 79 (20.80)               | 301 (79.20)                 |
| - ไปปรึกษาเพื่อนคนสนิท                                            | 307 (80.80)              | 73 (19.20)                  |
| - ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต                               | 370 (97.40)              | 10 (2.60)                   |
| - ไปปรึกษาผู้ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน                            | 266 (70.00)              | 114 (30.00)                 |
| - ติดต่อสายด่วนกรมสุขภาพจิต                                       | 352 (92.60)              | 27 (7.10)                   |

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จำแนกรายข้อในแต่ละองค์ประกอบพบว่า

3.1 การรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และจำแนกความวิตกกังวลและซึมเศร้า จากสถานการณ์ที่กำหนดไว้ในแบบประเมินได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 87.90 และ 65.00 ตามลำดับ ด้านการรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต เกิดจากความกดดันของครอบครัว การไม่มั่นใจในรูปร่างตนเอง การขาดความมั่นใจ การสูญเสียคนหรือของรัก คิดเป็นร้อยละ 78.90, 77.10, 75.80 และ 73.90 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยตอบว่าใช่ คือ ได้รับผลทางพันธุกรรม สมองได้รับการกระทบกระเทือน ติดสารเสพติด โดยมีผู้ตอบว่าใช่คิดเป็นร้อยละ 37.40, 52.60 และ 63.70 ตามลำดับ

3.2 การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบว่าปรับทัศนคติเป็นแง่บวกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.70 รองลงมา คือเล่าเรื่องระบายความรู้สึก ปลอบใจตนเอง ไปเที่ยวเพื่อผ่อนคลาย และรับประทานอาหารเมนูโปรด คิดเป็นร้อยละ 92.10, 90.00, 88.70 และ 86.10 ตามลำดับ

3.3 ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและถูกต้องต่อผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต อยากเห็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตควรได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้าง และเข้าใจว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้เป็นคนบ้า/โรคจิต โดยคิดเป็นร้อยละ 96.10, 90.50 และ 90.30 ตามลำดับ

3.4 การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้จักแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต คือ การปรึกษาจิตแพทย์ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ติดต่อสายด่วนกรมสุขภาพจิต ศึกษาแหล่งข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นทางอินเทอร์เน็ต และปรึกษาเพื่อนคนสนิท โดยคิดเป็นร้อยละ 98.40, 97.40, 92.60, 91.30 และ 80.80 ตามลำดับ

4. ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนที่มี เพศ ชั้นเรียนและสายการเรียนที่แตกต่างกัน พบว่า นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพศหญิง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย ส่วนนักเรียนที่เรียนในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 และนักเรียนในสายการเรียนวิทย์-คณิต และสายศิลป์ มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนเปรียบเทียบระหว่างเพศ และสายการเรียน (n=380)

| ตัวแปร      | Mean  | S.D. | t     | p-value |
|-------------|-------|------|-------|---------|
| เพศ         |       |      |       |         |
| ชาย         | 33.20 | 5.29 | 3.46* | .001*   |
| หญิง        | 34.97 | 4.56 |       |         |
| สายการเรียน |       |      |       |         |
| วิทย์-คณิต  | 34.48 | 4.94 | 0.63  | .52     |
| ศิลป์       | 34.16 | 4.91 |       |         |

\* p<.05

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนเปรียบเทียบระหว่างชั้นปีที่เรียน (n=380)

| ชั้นปี            | Mean  | S.D. | F    | p-value |
|-------------------|-------|------|------|---------|
| มัธยมศึกษาปีที่ 4 | 34.69 | 4.87 | 2.15 | .118    |
| มัธยมศึกษาปีที่ 5 | 33.59 | 4.89 |      |         |
| มัธยมศึกษาปีที่ 6 | 34.67 | 4.95 |      |         |

### สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 โรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่ประจำอำเภอ ทั้งสายการเรียนวิทย์-คณิต และสายศิลป์ มีอายุระหว่าง 16 - 19 ปี จำนวน 380 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.10 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.20) มีระดับความรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (Mean = 34.09, S.D. = 5.29) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Doyle, O'Sullivan, Nearchou and Hennessy<sup>3</sup> ที่พบว่าเด็กนักเรียนชั้นมัธยมปลายชั้นปีที่ 4 - 6 คน จำนวน 235 คน ของประเทศไอร์แลนด์มีระดับความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับต่ำ โดยเฉพาะในประเด็นของภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเนื่องจากความแตกต่างกันทางด้านการจัดระบบการศึกษา ด้านวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ตลอดจนการอบรมเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว และเมื่อพิจารณาจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นคะแนนรวมในทุกองค์ประกอบ พบว่า มีเพียงร้อยละ 54.20 ซึ่งเกินจำนวนกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมาเพียงเล็กน้อย ดังนั้นนักเรียนอีกจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งยังคงมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับปานกลางและระดับต่ำ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ทางสุขภาพจิตให้มีระดับสูงขึ้น

สำหรับผลการศึกษาในแต่ละองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพจิตนั้น พบว่า ด้านการรับรู้และจำแนกปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น คือ ความซึมเศร้าและวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.90 และ 65.0 สามารถรับรู้และจำแนกความวิตกกังวลและความซึมเศร้าจากสถานการณ์ที่กำหนดไว้ในแบบประเมินได้ถูกต้อง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Attygalle, Perera & Jayamanne<sup>6</sup> ซึ่งศึกษาความรู้ทางสุขภาพจิตโดยประเมินความสามารถในการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนวัยรุ่น อายุเฉลี่ย 14 ปี ของประเทศศรีลังกา โดยให้สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต 4 ปัญหา คือ โรคซึมเศร้า โรคจิต โรคกลัวสังคม และโรคเบาหวาน ซึ่งนักเรียนวัยรุ่นสามารถรับรู้และระบุปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง โดยวัยรุ่นมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 82.20 โดยรับรู้ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 68.70 โรคจิตร้อยละ 62.10 ความหวาดกลัวทางสังคมร้อยละ 58.48 และการศึกษาของ Guptab, Kamlesh, Sharmab, Rakesh & Chaddac<sup>10</sup> ซึ่งศึกษาความรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นในประเทศอินเดีย โดยพบว่าวัยรุ่นมีความตระหนักรู้ถึงโรคทางจิตเวช โดยสามารถระบุโรคทางจิตในสถานการณ์ตัวอย่างได้ถูกต้อง แต่ยังไม่มีความรู้ด้านสาเหตุการเกิดโรคไม่เพียงพอ นอกจากนี้จากผลการวิจัย พบว่า ร้อยละของการรับรู้และจำแนกความวิตกกังวลได้ถูกต้อง สูงกว่าการรับรู้ความซึมเศร้าจากสถานการณ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้

เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นเหตุการณ์ที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างพบบ่อยในชีวิตประจำวันและมีอาการไม่ซับซ้อนนัก ส่วนความซึมเศร้ามีอาการที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิต จึงยากที่จะระบุได้ชัดเจน โดยบางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด โมโหง่าย แยกตัว<sup>11</sup> ขัดแย้งกับผลการเฝ้าระวังล่าสุดในปี 2560 ซึ่งพบว่าวัยรุ่นมีอัตราป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.24 หรือประมาณ 113,343 คน เข้าถึงบริการ 45,158 คน หรือเพียงร้อยละ 40 เนื่องจากไม่รู้ว่าตัวเองป่วย คิดว่าอาการเชิง เบื่อโลก เป็นอาการเครียดทั่วไป และไม่กล้าไปพบจิตแพทย์ เพราะกลัวเสียภาพลักษณ์ กลัวถูกล้อว่าบ้า ทำให้ทนทุกข์อยู่คนเดียว และสรรหาการเล่นสื่อออนไลน์เป็นทางออกคลายเครียดให้ตัวเอง<sup>12-13</sup>

ผลการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความกดดันของครอบครัวมากที่สุด และเกิดจากการไม่มั่นใจในรูปร่างตนเอง การขาดความมั่นใจ การสูญเสียคนหรือของรัก ซึ่งสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยภายนอกและสิ่งแวดล้อมรอบตัววัยรุ่น ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน รวมทั้งความเครียดจากสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงปรารถนา การขาดการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยภายในตัววัยรุ่นเอง คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และลักษณะพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของตัววัยรุ่นเอง รวมทั้งความเครียดความกดดันทางจิตใจจากเหตุการณ์ในชีวิต ความคิดทางลบ ความไม่มั่นใจในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย ตู๊กลอง อรพรรณ ทองแดง อธิศักดิ์ สาตรา และสุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์<sup>14</sup> ที่พบว่าปัจจัยด้านความคิด อัตโนมิติทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมน้อยสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้

นอกจากนี้จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่รับรู้ถึง ผลทางพันธุกรรม การติดสารเสพติด และสมองได้รับการกระทบกระเทือน เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 63.70, 37.40 และ 36.30 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มากนัก แต่นับว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในการใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรง หรือการขับขีที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้มีการกระทบกระเทือนของสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการทางจิตเวช

สำหรับผลการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้านทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ด้านการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตใน 3 องค์ประกอบนี้ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 91.30 จะศึกษาแหล่งข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นทางอินเทอร์เน็ต โดยสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>15</sup> ที่สำรวจและรายงานว่าในปัจจุบันกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตสูงกว่ากลุ่มอื่นจากร้อยละ 39.70 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 51.90 ในปี 2554 และคาดว่าจะการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มวัยรุ่นน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยมักใช้อินเทอร์เน็ตค้นหาข้อมูลทั่วไปหรือสินค้าหรือบริการมากที่สุด การที่วัยรุ่นใช้สื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ก ไลน์ เป็นที่ค้นคว้าหาความรู้ ระบายอารมณ์ปรึกษาและหาวิธีการแก้ปัญหาจากบุคคลในโลกออนไลน์ ซึ่งอาจจะเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเกิดปัญหาเพิ่มขึ้นและอันตรายจากการไม่รู้เท่าทันสื่อหรือบุคคลในโลกออนไลน์ที่ตนเองไม่เคยรู้จักมาก่อน โดยผู้ที่เกี่ยวข้องอาจจะวางแผนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพจิตด้วยการใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ตที่เชื่อถือได้อย่างเหมาะสม

ส่วนผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีเพศ ชั้นเรียน และสายการเรียนที่แตกต่างกัน พบว่า นักเรียนในระดับชั้นมัธยมตอนปลายเพศหญิง มีความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชายในทุกองค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Melas, Tartani, Forsner, Edhborg & Forsell<sup>16</sup> ที่พบว่าวัยรุ่นหญิงอายุเฉลี่ย 16 ปี มีความรู้ทางสุขภาพจิตด้านการรับรู้อาการของโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชาย นอกจากนี้ลักษณะประจำเพศหญิงที่มีความอ่อนไหว ละเอียดอ่อนต่อการรับรู้สิ่งเร้าและสิ่งแวดล้อม อาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เพศหญิงมีความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ในภาพรวมความรู้ ทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในระดับสูง แต่ในด้านการรับรู้สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตซึ่งจะนำไปสู่การตระหนักรู้ และการป้องกันตนเองของวัยรุ่นที่จะหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมเสี่ยง หรือสังเกตและเฝ้าระวังเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดปัญหา สามารถประเมินปัญหาได้เร็วเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ยังควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ทางสุขภาพจิตในด้านนี้เพิ่มมากขึ้น และจากผลการวิจัยในส่วนการรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง เพียงร้อยละ 67.60 นั้น นับว่ายังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ผลวิจัยที่ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุรณ์คณิต จันทศิริพุทธ และคณะ<sup>17</sup> ซึ่งพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดยะลา ปีการศึกษา 2551 จำนวน 428 คน มีสุขภาพจิตปกติเพียงร้อยละ 58.90 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 41.10 รวมทั้งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงระบบการ

ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตของโรงเรียนมัธยมหรือของสังคมไทยว่ายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เพราะถึงแม้ว่ากระทรวงศึกษาธิการ จะเน้นให้โรงเรียนมัธยมจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 โดยให้บรรจุเนื้อหาการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้แก่ นักเรียนเรื่องความสามารถในการแก้ปัญหาและความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต ไว้ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา<sup>18</sup> และมีการร่วมมือกับกรมสุขภาพจิตในการจัดทำคู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษา รวมทั้งคู่มือครูสำหรับช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ครูในโรงเรียนใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือนักเรียนหรือจัดกิจกรรมโฮมรูมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนาให้นักเรียนมีความรู้ทางสุขภาพจิตแล้วก็ตาม<sup>18-19</sup> แต่ยังไม่สามารถพัฒนานักเรียนให้มีความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่จะสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ในระดับสูง เพื่อสร้างเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษารั้งนี้ มีข้อเสนอแนะแก่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารสถานศึกษา รวมทั้งครูอาจารย์และบุคลากรทางสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน คือ ควรมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในด้านการรู้จักและรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และปัจจัยสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ตระหนักและรับรู้ถึงการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้โดยเร็ว รวมทั้งการหาแนวทางส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในนักเรียนชาย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพจิต โดยเพิ่มเติมในส่วนของการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต โดยการเพิ่มสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนปลาย
2. สสำรวจและเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพจิตให้ครอบคลุมนักเรียนมัธยมต้น ทั้งในโรงเรียนขนาดเล็กและขนาดกลาง รวมทั้งวัยรุ่นในกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในโรงเรียน และในกลุ่มครูผู้สอน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต ทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร

### REFERENCES

1. Chuengsirakulwit, D. Counseling program, episode 3 : Introduction to mental health problems [online]. 2016 [cited 2018/2/2]. Available from: <http://www.thaiteentraining.com/> (in Thai)
2. Jorm, A. F. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 177(5): 396-401.
3. Doyle, E., O'Sullivan, S., Nearchou, F. & Hennessy, E. An exploration of mental health literacy in relation to depression in secondary school pupils. *Journal of Education and Training*, 2017; 4 (2): 1-13.
4. O'Connor, M., & Casey, L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 2015; 229(1-2): 511-516.
5. Kaewprom, C., Yuthavisut, S., Pratoom, L. & Boontum, A. Mental health literacy among village health workers: a case study of two sub-districts in Klong, Chantaburi. *Journal of Health Science Research*, 2014; 8(1): 10-16. (in Thai)
6. Attygalle, Perera & Jayamanne. Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2017: 1-8.
7. Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., and Forsell, Y. Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry*, 2013; 28: 404-411.
8. Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B. Denn, D., Bronstein, L. R., and McLeod, S. Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 2016; 58: 57-62.
9. Agakul, T. Research methodology behavioral sciences and social sciences. 5th edition. Ubon Ratchathani: Witthaya offset printing, 2007.
10. Guptab, Kamlesh, Sharmab, Rakesh, & Chaddac. Awareness of mental disorders among youth in Delhi Arun Deva, Sandhya. *Current Medicine Research and Practice*, 2017; 7: 84-89.

11. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003; 112: 353-363.
12. Vatanasin, D. Prevention of adolescent depression: evidence to practice. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 2016; 24(1): 1-12. (in Thai)
13. Triruangworawat, B. Medhubnews.com [online]. 2017 [cited 2017/2/3]. Available from <https://medhubnews.com/article-8341-1-1>.
14. Tooglang, S, Thongtang, O., Satra, T., & Phattharayuttawat, S. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 2012; 57(3): 283-294. (in Thai)
15. National Statistical Office. Adolescent: internet: online game [online]. 2011 [cited 2018/2/13]. Available from: [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news\\_internet\\_teen.jsp](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_internet_teen.jsp) (in Thai)
16. Melas, Tartani, Forsner, Edhborg, & Forsell. Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry* [online]. 2013 [cited 2018]; 28: 404-411. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.02.002>
17. Chantarasiripoot, B., Rongsawat, P., Musigawan, A., & Dumrongsaree, P. Mental health and mental health self-care behaviors among adolescents in secondary schools, Yala province, Thailand. *Journal of Nursing and Education*, 2014; 7(1): 68-80. (in Thai)
18. Phumipak, C. Teacher's guideline of learning plans of health and physical education learning area: health education and physical education 1, senior high school (Grade 10-12), the basic education core curriculum B.E. 2551. Bangkok: Wattanapanit, 2008.
19. Puaskul, I. Mental health promotion handbook for secondary school teachers. 6th edition. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2001.