

ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา Personal Factors, Social Support with Mental Health Literacy among Vocational Students

สุกัญญา ทาโส¹ พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง*¹ วิลัยพร นุชสุธรรม¹ วรุณี ไชยศิลป์²

Sukanya Tasod¹ Pronpawee Keawmungmueang¹ Wilaiporn Nuchsutham¹ Warunee Chaisin²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

¹Faculty of Nursing Chiang Rai College, Chiang Rai, Thailand, 57000

²วิทยาลัยเทคโนโลยีกรุงธนเชียงราย ไทย-เยอรมัน จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย 57000

²Krungthon Chiang Rai College of Technology Thai Germany, Chiang Rai, Thailand, 57000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของเพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนอาชีวศึกษา อายุระหว่าง 16-20 ปี จำนวน 127 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษาส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 70.08 เกือบครึ่งมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง ร้อยละ 47.24 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต($r=.19$)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, นักเรียนอาชีวศึกษา

Abstract

The purpose of this research was to study personal factors, social support, mental health literacy and the relationship between social support and mental health literacy among vocational students. Participants included 127 vocational students who are between 16-20 years old. The data was collected between February to March 2024. The research tools were demographic questionnaire, Mental health literacy questionnaire and social support questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, Spearman rank correlation coefficient and Chi-square test. The result showed that most of vocational students had moderate level of social support (70.08%) and almost half of vocational students had moderate level of mental health literacy (47.24%). There was a positive correlation of social support with mental health literacy ($r=.19$, $p<.05$). There

Corresponding Author: *Email: pronpawee.keawmungmueang@crc.ac.th

วันที่รับ(Received) 5 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 4 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 พ.ย. 2567

was no statistically significant relationship between personal factor and mental health literacy. This finding can be used in planning care for mental health problems in vocational students.

Keywords : Social support, Mental health literacy, Vocational students

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ข้อมูลจากรายงานสุขภาพคนไทย 2566 ได้สำรวจความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 154,054 คน พบว่า ร้อยละ 9.6 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.6 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 35.1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ความเครียด วิตกกังวล เป็นต้น¹ สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่ามีความซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 53.50² และการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาเพศชายที่พบว่ามีความเครียดระดับปานกลางถึงมาก³ หากปัญหาทางสุขภาพจิตเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขย่อมส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น โดยอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง⁴ นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้⁵ ดังนั้นการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับวัยรุ่นรายใหม่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะการสร้างความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) ซึ่งโจรัม⁶ ได้ให้ความหมายของความรู้ทางสุขภาพจิตว่าเป็นความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้เหมาะสม ตามแนวคิดของโจรัม ความรู้ทางสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 คุณลักษณะสำคัญ ดังนี้ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ 5) ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพจิตในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน

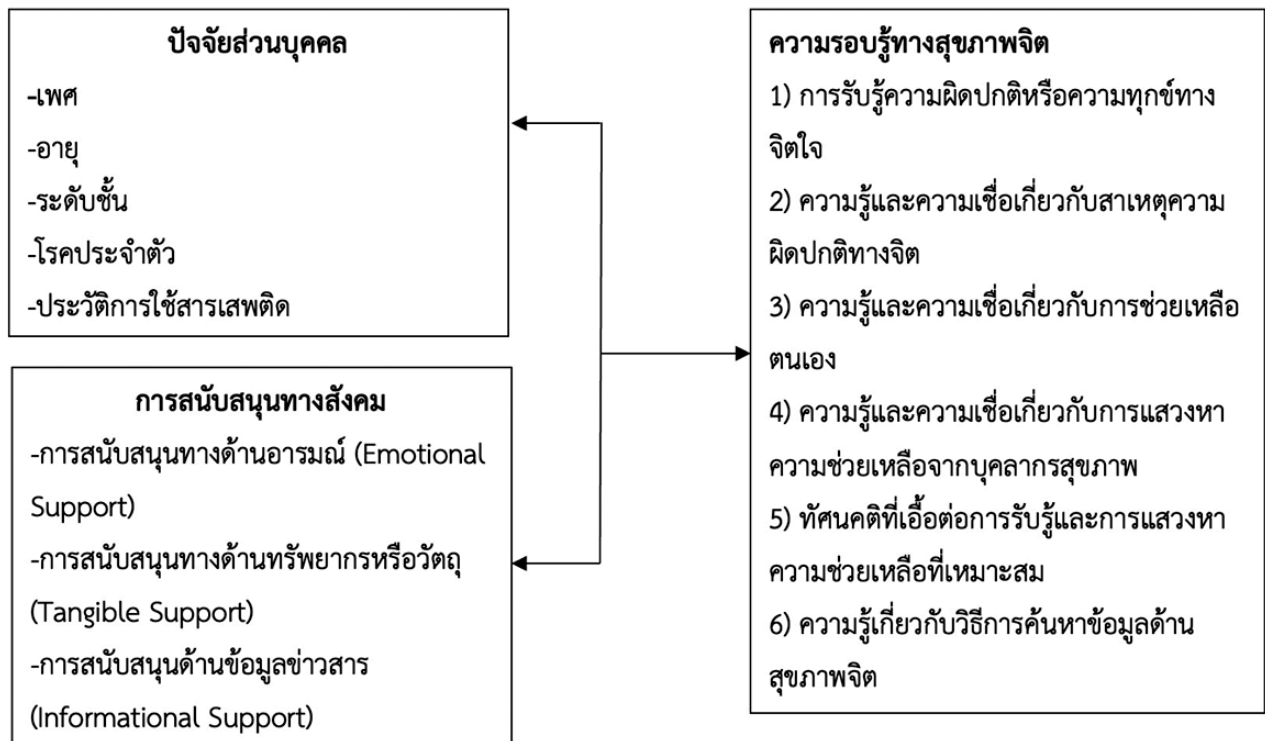
จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพจิตในวัยรุ่น อาทิเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล มีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีความรอบรู้

ทางสุขภาพจิตเชิงบวกมากกว่าเพศชาย⁷ และการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถกำหนดความรู้ทางสุขภาพจิตระดับสูง ได้แก่ อายุ (AOR = 1.56; 95% CI 1.07, 2.30) การไม่สูบบุหรี่ (AOR = 1.99; 95% CI 1.20, 4.26) และการไม่ดื่มสุรา (AOR = 1.23; 95% CI 1.18, 2.41)⁸ นอกจากนี้ระดับความรู้ทางสุขภาพจิตยังมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย (B = 0.017, SE = 0.006, p = .005)⁹ และระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹⁰ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ทางสุขภาพจิต ($r=.328$, $p=.01$)¹¹ วัยรุ่นที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีแนวโน้มระดับความรู้ทางสุขภาพจิตต่ำด้วย อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า¹² แต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่ดีอย่างเพียงพอ จะช่วยให้เกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความรู้ทางสุขภาพจิตมีความสำคัญในการช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม¹³ แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีลักษณะทางวัฒนธรรม พฤติกรรม ความเชื่อ ความรู้ อัตลักษณ์ และวิถีชีวิตที่แตกต่างจากวัยรุ่นไทย¹⁴ ผลการศึกษาข้างต้นยังไม่สามารถอธิบายความรู้ทางสุขภาพจิตในบริบทของวัยรุ่นไทยได้ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ทางสุขภาพจิตในวัยรุ่นไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาความรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนอาชีวศึกษา และพบว่าเมื่ออัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าเกินครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง² โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์- มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือนักเรียนอาชีวศึกษา ของโรงเรียนอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย ที่มีอายุ 16-20 ปี จำนวน 14,963 คน¹⁵

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนอาชีวศึกษา อายุ 16-20 ปี ที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ค่าอำนาจทดสอบที่ .90 และกำหนดค่าอิทธิพลตัวแปรที่ .328¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน ใช้วิธีสุ่มเลือก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของโจรม์⁶ และการทบทวนวรรณกรรมดังแผนภาพ

กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) มีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม จากโรงเรียนอาชีวศึกษาทั้งหมดในจังหวัดเชียงราย 13 แห่ง สุ่มมาได้ 5 โรงเรียน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยสุ่มโรงเรียนละ 1 ชั้นปี ขั้นตอนที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม ตามสาขา โรงเรียนละ 2 สาขา ขั้นตอนที่ 4 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามอัตราส่วน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย หมายเลข CRC.IRB No.021/2566 วันที่รับรอง 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 วันที่หมดอายุ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองกรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อทำการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย

พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธโครงการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการไม่สบาย หรือมีความประสงค์ ไม่ตอบแบบสอบถามต่อสามารถยุติการตอบแบบสอบถาม ได้ทันที ภายหลังเสร็จสิ้นทั้งแบบลงชื่อยินยอมและแบบสอบถาม ได้รับการบรรจุลงในซองปิดผนึก โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ในทุก ประเด็นคำถาม เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นต้น กรณี กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาต ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างก่อน การเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและ นำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น มีการจัด เก็บข้อมูลในตู้เอกสาร และทำลายข้อมูลหลังจากรวบรวม ข้อมูลเสร็จสิ้น ภายใน 1 ปี

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติดมีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะ ของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อความลงในช่องว่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต¹⁶ ซึ่งสร้างโดยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของ Jorm จำนวน 42 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ กำหนดค่าคะแนนหากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน

0-24 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับต่ำ

25-33 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จิตระดับปานกลาง

34-42 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จิตระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม¹⁷ ซึ่งสร้างโดยประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) จำนวน 16 ข้อ กำหนดค่าคะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง มากที่สุด การแปลผลคะแนน

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า mean-1SD หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนอยู่ระหว่าง mean-1SD และ mean + 1SD หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า mean + 1SD หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป^{16,17} แบบประเมินทั้งสองฉบับได้ผ่านการ พิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้ว ซึ่งเป็น ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลง จึงไม่นำมา หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ ในส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยได้ทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 คน แล้วนำไปวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) สำหรับแบบประเมินความรอบรู้ทาง สุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และสูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจาก วิทยาลัยเชียงรายไปยังโรงเรียนอาชีวศึกษาที่ทำการศึกษาวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบครูแนะแนว เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการยินยอม ของผู้เข้าร่วมวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเลือกเวลา ที่เหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเพื่อขอความร่วมมือ จากเจ้าหน้าที่ รวมถึงอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษา โรงเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งได้มีกระบวนการเชื้อเชิญกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจอย่างอิสระ ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทุกราย เมื่อสนใจเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และข้อมูลการดำเนินการ วิจัยนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างทำการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยก่อนวันเก็บข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ด้วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยใช้สถิติการหาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (The Spearman Rank Difference Method)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 127 คน เพศชายจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 เพศหญิงจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 อายุระหว่าง 16-20 ปี อายุเฉลี่ย 17.61 (SD=1.24) เรียนอยู่ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 3 มากที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 30.70 รองลงมาคือระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 และน้อยที่สุดคือระดับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 11.80 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 95.30 และมีการใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50

ส่วนที่ 2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 127)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	15	11.81
ระดับปานกลาง	89	70.08
ระดับสูง	23	18.11

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 70.08 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 18.11 และระดับต่ำ ร้อยละ 11.81 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (n = 127)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	25	19.69
ระดับปานกลาง	60	47.24
ระดับสูง	42	33.07

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง ร้อยละ 47.24 รองลงมา คือระดับสูง ร้อยละ 33.07 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.69 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา (n = 127)

ตัวแปร	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต			Chi-Square	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ				2.111	.348
ชาย	17(13.39)	35(27.56)	21(16.53)		
หญิง	8(6.30)	25(19.69)	21(16.53)		
อายุ				9.621	.293
น้อยกว่า 17 ปี	12(9.45)	23(18.11)	25(19.69)		
18 ปีขึ้นไป	13(10.23)	37(29.13)	17(13.39)		
ระดับชั้น				11.083	.197
ปวช. ชั้นปีที่ 1	5(3.94)	7(5.51)	8(6.30)		
ปวช. ชั้นปีที่ 2	6(4.73)	16(12.60)	15(11.80)		
ปวช. ชั้นปีที่ 3	7(5.51)	26(20.47)	6(4.73)		
ปวส. ชั้นปีที่ 1	4(3.15)	5(3.94)	7(5.51)		
ปวส. ชั้นปีที่ 2	3(2.35)	6(4.73)	6(4.73)		
โรคประจำตัว				1.044	.593
มี	1(0.79)	4(3.15)	1(0.79)		
ไม่มี	24(18.90)	56(44.09)	41(32.28)		
การใช้สารเสพติด				2.111	.348
ใช้	17(13.39)	35(27.56)	21(16.53)		
ไม่ใช้	8(6.30)	25(19.69)	21(16.53)		

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียน อาชีวศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด

ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา (n = 127)

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม	
	(r)	p-value
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	0.19	0.036*

*p<.05

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.19, p<.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 127 คน เกินครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.50 มีอายุระหว่าง 16-20 ปี เรียนอยู่ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1 ถึงระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.30 และมีการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 57.50 โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.24) มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด ต่างไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต สอดคล้องการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับชั้นเรียนมีความรอบรู้สุขภาพจิตระดับสูงไม่แตกต่างกัน¹⁶ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเชิงบวกและความผาสุกทางจิตใจของวัยรุ่นในประเทศนอร์เวย์⁷ ที่พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเชิงบวกมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต แต่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเชิงบวก เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่าสุขภาพทางกายและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต⁹ ไม่สอดคล้องกับในวัยรุ่นประเทศมาเลเซียที่พบว่า การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต⁸

จากผลการศึกษาในครั้งนี้กล่าวได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนอาชีวศึกษาไม่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต แสดงว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น ที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกับนักเรียนอาชีวศึกษาอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอื่น ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความแข็งแรงในชีวิตและภาวะซึมเศร้า¹⁸

2. การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ผลการศึกษาจะเห็นได้ว่านักเรียนอาชีวศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.08) มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับน้อย ($r=0.19, *p<.05$) คล้ายคลึงกับการศึกษาในนักศึกษาของประเทศจีน ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมาก ($\beta=0.294, p<0.01$)¹⁹ และการศึกษาในประเทศจีน ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.328$)¹¹ อธิบายได้ว่าการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในเครือข่ายสังคม มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ โดยเฉพาะการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียด บุคคลจึงรับรู้ได้ถึงความสัมพันธ์ที่มาจากกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมนี้ เป็นการช่วยให้บุคคลฟื้นตัวจากการที่ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ลำบากเพื่อช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิตให้สูงขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีทัศนคติ รับรู้และเข้าใจความรอบรู้ทางสุขภาพจิต สามารถปรับตัวได้ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ในภาพรวมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนอาชีวศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่ขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลเพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด แต่เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต อันนำไปสู่การตระหนักรู้และป้องกันตนเองเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะตึงเครียดทางอารมณ์อื่นๆ สามารถสังเกตและเฝ้าระวังบุคคลรอบตัว โดยการประเมินปัญหาได้เร็วเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น จึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้สุขภาพจิต

ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่โรงเรียนระดับอาชีวศึกษาหรือสังคม ที่อาจจะยังไม่สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะถึงแม้ทางระบบการศึกษาพยายามจัดให้เรียนตามหลักสูตร มีคู่มือจากกรมสุขภาพจิตที่ใช้สำหรับช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่ยังไม่สามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงเมื่อเติบโตในอนาคตได้ ดังนั้น การส่งเสริมที่มุ่งเน้นให้เกิดความรอบรู้ทาง

สุขภาพจิตนั้น จึงจำเป็นต้องทำในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ความรู้ทางสุขภาพจิตทั้งด้านการรับรู้ และเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นทักษะที่ต้องได้รับการพัฒนา ยิ่งขึ้น นอกเหนือเพิ่มเติมจากการเรียนในห้องเรียน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนอาชีวศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิตเพื่อให้ตระหนักและรับรู้ถึงการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหาแนวทางส่งเสริม และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเสนอผู้บริหารสถานศึกษาเพื่อกำหนดนโยบาย สนับสนุนการพัฒนาแนวทางในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตตามบริบทของสถานศึกษา เช่น การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา และเพิ่มการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้ทางสุขภาพจิตซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่ระบุความเป็นเหตุและผล ดังนั้นการศึกษาค้างต่อไปควรศึกษาในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อการจัดกระทำในการวิจัยเชิงทดลอง หรือศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนต่อไป

References

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Thai health 2023. Nakhonpathom: Amarin printing and publishing; 2023. (in Thai)
2. Pandee W. Prevalence of Depression and its Association in Late Adolescence: a Case Study in Sisaket Technical College. Thai Journal of Public Health. 2015;45(3):298-309. (in Thai)
3. Pimathai C, Homsin P, & Srisuriyawet R. Factors related to hazardous drinking among male vocational students in Sisaket province. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021; 14(1):170-84. (in Thai)
4. Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, Junker S, & Beyer AK. The effects of mental health problems in childhood and adolescence in young adults: Results of the KiGGS cohort. Journal of Health Monitoring. 2021;6(4):3-19.
5. Rungsang B, Chaimongkol N, & Deoisres W. Predictors of Suicidal Ideation among Thai Adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):64-73. (in Thai)
6. Jorm AF. Mental health literacy : Public knowledge and beliefs about mental disorder. British Journal of Psychiatry. 2000;177(5):396-401.
7. Bjørnsen HN, Espnes GA, Eilertsen M EB, Ringdal R, & Moksnes UK. The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: implications for school health services. The Journal of School Nursing. 2019;35(2): 107-16.
8. Singh S, Zaki RA, Farid N DN, & Kaur K. The Determinants of Mental Health Literacy among Young Adolescents in Malaysia. International journal of environmental research and public health. 2022;19(6):1-13.
9. Van D HI, Wang J, Droomers M, Spreuwenberg P, Rademakers J, & Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Journal of health communication. 2013;18(1):172-84.
10. Olyani S, Jafari A, & Tehrani H. The Relationship between Mental Health Literacy and General Health in Female Adolescents. Journal of Health Literacy. 2022;7(2):77-85.
11. Liu Y, Meng H, Conner KO, Qiao M, & Liu D. The Influence of Health Literacy and Social Support on Loneliness among Patients with Severe Mental Illness in Rural Southwest China. Frontiers in psychology. 2021;12:1-10.

12. Lam LT. Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2014;8(1):1-8.
13. Attygalle UR, Perera H, & Jayamanne BD. Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2017; 11(38):1-18.
14. Channarong N. Culture supports Tourism. *Ramkhamhaeng Journal Humanities*. 2016; 32(1):170-84. (in Thai)
15. Chiang Rai provincial education office. Educational information Chiang Rai Province, academic year 2022. Chiang Rai: Chiang Rai provincial education office; 2022. (in Thai)
16. Namdej N, Phongsakchat P, & Sangournpak O. Mental Health Literacy among Senior High School Students in Saraburi Province. *Journal of Nursing and Education*. 2018; 11(3):125-38.
17. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *journal-Medical Association of Thailand*. 2007; 90(10):2164-74.
18. Namarak R, Chankham W, & Buajaroen H. The Relationship between Mental Health Literacy Resilience and Depression in Students at Nakhon Pathom Rajabhat University. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2024; 4(2):1-16. (in Thai)
19. Zhong Y, Schroeder E, Gao Y, Guo X, & Gu Y. Social support, health literacy and depressive symptoms among medical students: an analysis of mediating effects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(2):1-12.