

การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน

สุวิมล ทิพย์ชมภู*

*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 396 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 25 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมโดยบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นกรอบเชิงเนื้อหาในการกำหนดความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบจำลองการสร้างความรอบรู้เป็นกรอบพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นขั้นตอน และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรมด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง 107 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 53 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Linear mixed model

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.54, S.D. = 0.76 และ Mean = 3.62, S.D. = 0.68 ตามลำดับ) แต่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงสูงถึงร้อยละ 57.3 และมีความคิดอยากตายร้อยละ 10.4 โดยอุปสรรคสำคัญในการแสวงหาความช่วยเหลือคือความกังวลต่อการถูกตีตราทางสังคม ผลการวิจัยระยะที่ 3 พบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\beta = 14.91$, 95% CI 13.38 ถึง 16.43, $p < 0.001$) และมีคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\beta = 21.34$, 95% CI 19.89 ถึง 22.80, $p < 0.001$) ขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\beta = -2.20$, 95% CI -2.79 ถึง -1.62, $p < 0.001$)

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่บูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงรุกในสถานศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/ ภาวะซึมเศร้า/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย/
โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

Development and Evaluation of a Mental Health Literacy Program for Depression Prevention among High School Students in Lamphun Province

Suwimon Thipchomphu^{*}

^{*}Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Lamphun Provincial Public Health Office

Abstract

This study aimed to investigate the current status of mental health literacy, develop a mental health literacy enhancement program for depression prevention, and evaluate its effectiveness among high school students in Lamphun Province, Thailand. A research and development (R&D) design was conducted in three phases. Phase 1 involved a situational analysis using a cross-sectional descriptive study combined with qualitative research. Participants included 396 high school students and 25 key informants. In Phase 2, the program was developed by integrating the concept of mental health literacy as a content framework to identify essential knowledge and skills related to depression prevention, the Health Belief Model to explain behavioral change, and a health literacy development model as a process framework for designing sequential learning activities to strengthen mental health literacy skills. In Phase 3, the program was implemented and evaluated using a quasi-experimental, two-group pretest-posttest design. A total of 107 students participated, including 54 in the intervention group and 53 in the comparison group. The intervention group participated in the four-week program. Data were analyzed using descriptive statistics and linear mixed models.

The findings from Phase 1 showed that the students had high overall levels of mental health literacy and health beliefs (Mean = 3.54, S.D. = 0.76 and Mean = 3.62, S.D. = 0.68, respectively). Nevertheless, 57.3% of the students reported depressive symptoms ranging from mild to severe, and 10.4% reported suicidal ideation. A major barrier to help-seeking was concern about social stigma. The Phase 3 findings demonstrated that, at the end of the four-week intervention, the intervention group showed a significantly greater increase in mental health literacy scores than the comparison group ($\beta = 14.91$, 95% CI 13.38 to 16.43, $p < 0.001$). Health Belief Model scores also increased significantly more in the intervention group than in the comparison group ($\beta = 21.34$, 95% CI 19.89 to 22.80, $p < 0.001$), whereas depressive symptom scores decreased significantly more in the intervention group ($\beta = -2.20$, 95% CI -2.79 to -1.62, $p < 0.001$).

In conclusion, the mental health literacy enhancement program, which integrated mental health literacy concepts with the Health Belief Model, was effective in improving mental health literacy and reducing depressive symptoms among high school students. The program may be applied as a proactive school-based approach to depression prevention, particularly for students at moderate to high risk of depression.

Keywords: Mental health literacy/ Depression/ Health belief model/ Adolescents/ Blended learning program

^{*}Corresponding author: Suwimon Thipchomphu, email: Thipchomphu317@gmail.com

Received: July 17, 2026/ Revised: August 19, 2026/ Accepted: August 20, 2026

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด แรงจูงใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลในทุกช่วงวัย⁽¹⁾ โดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีความเปราะบางต่อปัญหาทางสุขภาพจิต⁽²⁾ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Years lived with disability: YLDs) ในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี⁽³⁾ และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2572 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุหลักของภาระโรคในระดับโลก โดยการฆ่าตัวตายซึ่งเกี่ยวเนื่องกับภาวะซึมเศร้า จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในกลุ่มประชากรอายุ 15 - 29 ปี⁽⁴⁾ สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับสามของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ในประชากรหญิง และอยู่ใน 12 อันดับแรกของประชากรชาย⁽⁵⁾ จากรายงานสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2568 พบว่า คนไทย 13.4 ล้านคน เคยประสบปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มเยาวชนอายุ 18 - 24 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการป่วยเป็นโรคจิตเวชสูงถึงร้อยละ 13.7 ซึ่งสูงกว่าช่วงวัยอื่น และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 7.9 คนต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กรมสุขภาพจิตกำหนดไว้ ปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวส่งผลกระทบต่อปีสุขภาวะของประชากรทุกกลุ่มอายุ แต่พบผลกระทบสูงสุดในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 29 ปี โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวชอื่นๆ ซึ่งโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มความชุกสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงที่ผ่านมา⁽⁶⁾

ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น พบปัญหาภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงและซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของวิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ⁽⁷⁾ ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11 - 19 ปี พบว่าร้อยละ 17.5 มีภาวะซึมเศร้าที่ต้องได้รับการดูแล และร้อยละ 22.5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มเสี่ยงนี้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มปกติเกือบ 10 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ โสภา ชดช้อย และคณะ⁽⁸⁾ ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11 - 16 ปี ที่พบว่าร้อยละ 72.2 มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ในบริบทของสถานศึกษา โดยการศึกษาของ มยุรัตน์ รักเกียรติ และ รุ่งนภา ภาณิตร์ตัน⁽⁹⁾ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 32 มีภาวะซึมเศร้าที่ควรได้รับการดูแลทางคลินิก โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และเพื่อน รายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั่วประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 21.3 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 28.7 ในปี พ.ศ. 2567 โดยภาคเหนือมีอัตราความชุกสูงสุดในประเทศถึงร้อยละ 31.2 ซึ่งเป็นกลุ่มอายุและกลุ่มเป้าหมายเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ให้ความสนใจ

สถานการณ์ในจังหวัดลำพูนซึ่งอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือสะท้อนแนวโน้มดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาระดับจังหวัด ร้อยละ 16.5 ขณะที่การศึกษาเจาะจงพื้นที่ พบภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่ามาก กล่าวคือ วัยรุ่นในอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 52 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 3.4⁽¹¹⁾ การศึกษาของ ภัทราภรณ์ พรหมเสน⁽¹²⁾ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งจังหวัดสูงถึงร้อยละ 50.3 ความแตกต่างของความชุกของภาวะซึมเศร้าที่รายงานในแต่ละการศึกษาอาจแปรผันตามกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล เครื่องมือคัดกรองที่ใช้ประเมิน เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ฉบับภาษาไทย⁽¹³⁾ แต่ข้อมูลในภาพรวมแสดงให้เห็นว่า จังหวัดลำพูนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาอยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ที่ ภัทราภรณ์ พรหมเสน⁽¹²⁾ ระบุไว้ ได้แก่ ประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้ง การใช้สมาร์ทโฟนเกินวันละ 7 ชั่วโมง และประเด็นด้านเพศสภาพ ซึ่งกลุ่มเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 72.7 แนวโน้มดังกล่าวนี้บ่งชี้เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของพื้นที่ เนื่องจากนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ และสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดลำพูน ในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2565 ที่สูงถึง 13.39 - 22.96 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากรอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยดวงใจ วัฒนสินธุ์⁽¹⁷⁾ ระบุว่า การป้องกันในระยะเริ่มต้นก่อนปรากฏอาการจะช่วยลดผลกระทบได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยแนวทางที่มีประสิทธิภาพ คือการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง และให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เพื่อลดความรุนแรงและฟื้นฟูสภาพจิตใจ การดำเนินงานเชิงรุกดังกล่าวจะช่วยสร้างศักยภาพให้วัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหา จัดการอารมณ์ภายใต้ความกดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾ แนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญของการป้องกันเชิงรุก คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่ง Jorm et al.⁽¹⁹⁾ นิยามไว้ว่า เป็นความรู้และความเชื่อที่ช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ ตลอดจนสามารถจัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูงจะตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเอง และสามารถแสวงหาแนวทางป้องกัน ผ่านการค้นหาข้อมูลหรือการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม⁽²⁰⁾ รวมทั้งช่วยเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพจิตใจ และสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออาทรต่อกัน⁽²¹⁾ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ อาจขาดการตระหนักรู้ถึงปัญหาของตนเองและผู้อื่น ตลอดจนนำไปสู่การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต⁽²²⁾

นอกจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแล้ว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ยังเป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้อธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดย Rosenstock⁽²³⁾ เสนอว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในบริบทของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยอธิบายว่าเหตุใดนักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับใกล้เคียงกัน จึงอาจมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน การบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Sørensen et al.⁽²⁴⁾ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพ จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ครอบคลุมทั้งมิติความรู้และมิติความเชื่อไปพร้อมกัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมด้านสุขภาพจิตที่นำมาใช้ในสถานศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาในกลุ่มนักเรียนที่มีอาการซึมเศร้าแล้ว โดยอาศัยแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นหลัก⁽²⁵⁻²⁶⁾ หรือเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่ดำเนินการในกลุ่มประชากรอื่น เช่น ระดับอุดมศึกษา⁽²⁷⁾ ซึ่งยังไม่ได้บูรณาการร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเฉพาะสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมเชิงป้องกันสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มที่ยังไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ และการศึกษาที่บูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอนของ Sørensen et al.⁽²⁴⁾ ไว้ในโปรแกรมเดียวกัน ยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของจังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาอยู่ในระดับสูงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว อีกทั้งมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่บูรณาการทั้งสองแนวคิดดังกล่าวจึงเป็นช่องว่างความรู้สำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการศึกษา เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีความจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในสถานศึกษา

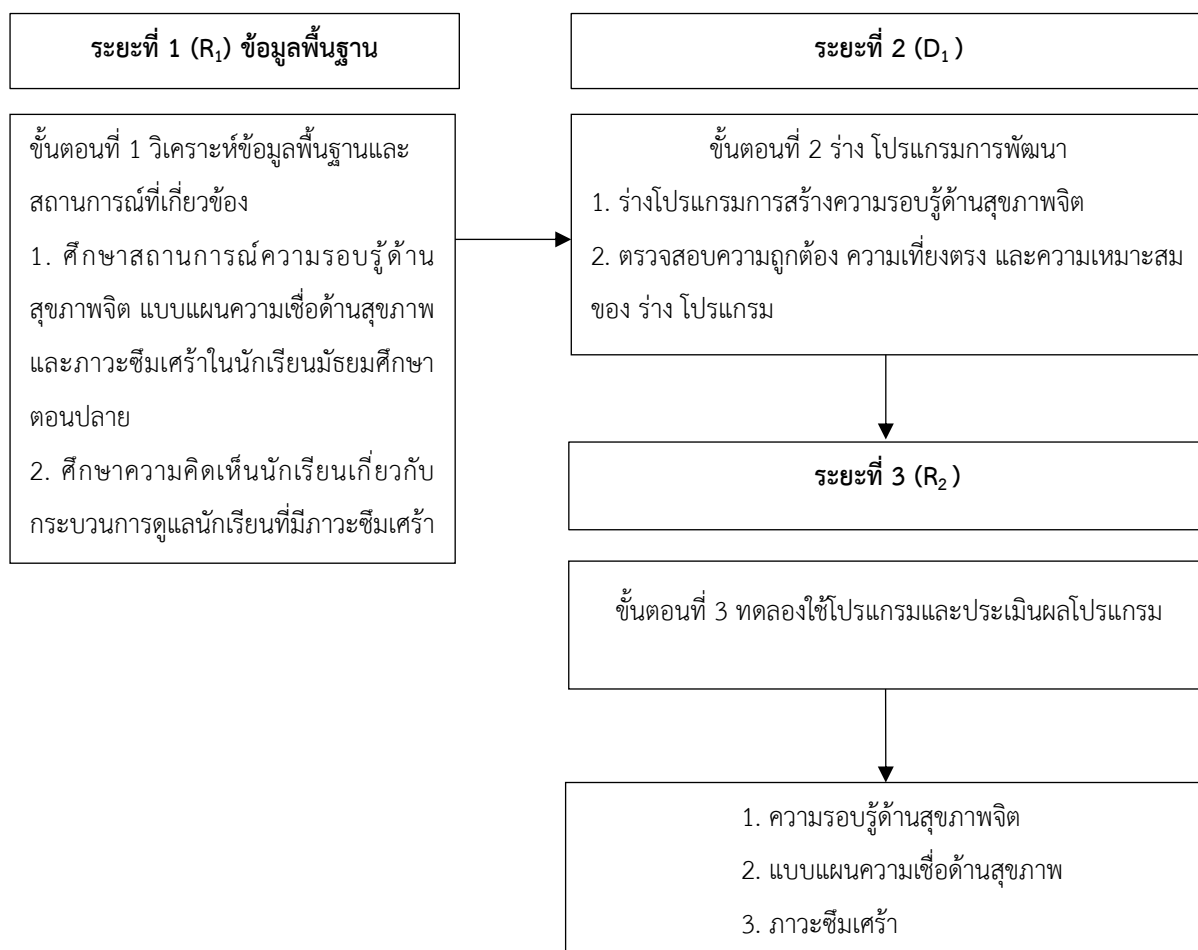
ด้วยเหตุนี้ การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ขยายผลเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสถานศึกษา ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นแนวทางสำคัญในการสร้างเสริมความเข้มแข็งและภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรค บรรเทาผลกระทบระยะยาว และลดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมเชิงบวก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตพัฒนาโปรแกรม และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต^(19, 20) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽²³⁾ และผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้ตามแบบจำลอง Integrated model of health literacy⁽²⁴⁾ ตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ศึกษา ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 องค์ประกอบ 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ 3) ภาวะซึมเศร้า ทำการติดตามผลทันทีภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีดำเนินงานวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดลำพูน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน

2. การดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 (R1)

การวิจัยในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า (R1)

2.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 – 6 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา ลำปาง ลำพูน สหวิทยาเขตจังหวัดลำพูน จำนวน 3 สหวิทยาเขต จำนวน 15 โรงเรียน จำนวน 5,646 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan⁽²⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5% และกำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.5 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน และเมื่อเมื่อกรณีแบบสอบถามสูญหายหรือไม่สมบูรณ์อีก ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 396 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มสถานศึกษาแบบแบ่งชั้นภูมิตามขนาดโรงเรียน เพื่อคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 8 แห่ง จาก 15 แห่ง จากนั้นจัดสรรสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อกำหนดจำนวนนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 - 6 ของแต่ละโรงเรียนให้สอดคล้องกับสัดส่วนประชากรจริงจนครบจำนวน 396 คน ขั้นสุดท้ายได้ดำเนินการสุ่มห้องเรียนด้วยวิธีจับสลาก และสุ่มนักเรียนรายบุคคลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายนามนักเรียน

เกณฑ์การเข้า ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 - 6 อายุ 15 - 18 ปี ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร นักเรียนมีความยินยอม สมัครใจ และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชหรือกำลังรักษาด้วยยา และกลุ่มที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีจำนวน 36 ข้อ มี แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 18 ข้อ โดยอ้างอิงเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลตามแนวทางของแบบประเมิน The Mental Health Literacy Questionnaire - Young Adult (MHLQ) ของ ญัณฐภัณท์สันต์ ศรีวิชัย และคณะ⁽²⁹⁾ ตอนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 18 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน พิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเพื่อจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ออกเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย ระดับสูงมาก (4.21 - 5.00 คะแนน) ระดับสูง (3.41 - 4.20 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.61 - 3.40 คะแนน) ระดับต่ำ (1.81 - 2.60 คะแนน) และระดับต่ำมาก (1.00 - 1.80 คะแนน) ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) รูปแบบของแบบสอบถาม ความเหมาะสมด้านภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจง และความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดลำพูนที่เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อม การปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha) ซึ่งต้องมีค่าความเที่ยง 0.70 ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการยอมรับว่า มีความเที่ยงหรือเชื่อถือได้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เท่ากับ 0.955 และ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 0.957

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents : PHQ-A) ฉบับภาษาไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง⁽¹³⁾

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.92 และค่าพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (AUC) เท่ากับ 0.88 โดยกำหนดคะแนนจุดตัดที่ระดับ 8 (ความไวร้อยละ 76 และความจำเพาะร้อยละ 81) ซึ่งผ่านการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 11 - 20 ปี แล้ว ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ตามฉบับมาตรฐานโดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาหรือรูปแบบข้อคำถาม จึงไม่ได้ดำเนินการคำนวณค่าความเชื่อมั่นซ้ำในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ สำหรับการประเมินระดับความรุนแรง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10 - 14 คะแนน) ระดับมาก (15 - 19 คะแนน) และระดับรุนแรง (20 - 27 คะแนน) ตามลำดับ⁽¹³⁾

2.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2569 โดยทำหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูนถึงผู้บริหารสถานศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย จากนั้นประสานงานร่วมกับครูประจำชั้นเพื่อคัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการพร้อมจัดส่งเอกสาร ขอลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) จากทั้งนักเรียนและผู้ปกครองตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการผ่านแบบสอบถามออนไลน์ตามวันและเวลาที่สถานศึกษานัดหมาย โดยใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที ภายหลังสิ้นสุดการจัดเก็บ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ (Data cleaning) ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

2.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นนำข้อมูลมารวมกันเพื่อหาข้อสรุป

2.2 ระยะที่ 2 การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับความต้องการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 (D1) ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจำนวน 25 คน แบ่งเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 - 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา ลำปาง ลำพูน สหวิทยาเขตจังหวัดลำพูน จำนวน 20 คน และ ครูแนะแนว 5 คน เครื่องมือที่ใช้คือแนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และปรับปรุงผ่านการทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 6 คน การเก็บข้อมูลดำเนินการ ณ โรงเรียน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา และมีผู้ช่วยบันทึกเสียงและจดบันทึกพฤติกรรม ใช้เวลา 60 - 90 นาที ดำเนินการเก็บข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation) โดยเก็บข้อมูล 3 รอบ จนครบจำนวน 25 คน เมื่อพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจึงหยุดการเก็บข้อมูล หลังเสร็จสิ้นมีการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันความถูกต้อง หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาถอดเทปคำต่อคำและวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic analysis) เพื่อนำผลไปใช้ออกแบบกิจกรรมในระยะต่อไป ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์และการสนทนากลุ่ม จะนำไปสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมต่อไป

2.2.2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดลำพูน ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนา (ร่าง) โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต⁽¹⁹⁾ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽²³⁾ โดยใช้กระบวนการสร้างความรู้ตามแนวคิดของ Sørensen et al.⁽²⁴⁾ เพื่อให้ได้เนื้อหาและกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสาน 2 ส่วน

ได้แก่ 1) กิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน จำนวน 4 กิจกรรม จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 สัปดาห์ เน้นการสะท้อนคิด การฝึกทักษะจัดการอารมณ์ 2) กิจกรรมผ่านระบบ line Official Accounting ด้วยการส่งข้อความ ความรู้สั้น เพื่อกระตุ้นซ้ำ และการฝึกสังเกต ประเมินอารมณ์ตนเองในชีวิตประจำวัน วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 28 วัน โดยมีรายละเอียดการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกันในแต่ละสัปดาห์

2.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมของภาษา กิจกรรมการลำดับเนื้อหา ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 และระยะเวลาที่ใช้ ดำเนินการปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์ ก่อนนำไปทดสอบประสิทธิภาพในขั้นตอนต่อไป กระบวนการทั้งหมดในระยนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2569

2.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม (R2)

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มไม่เท่าเทียมกันที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Non-equivalent control group pretest-posttest design) ได้แก่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน

2.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 – 6 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียน ก และโรงเรียน ข จำนวน 108 คน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากการคัดเลือกโรงเรียนที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ขนาดสถานศึกษา บริบทพื้นที่ นโยบายการดูแลสุขภาพจิต และความสนใจของบุคลากรจากโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อคัดเลือกและสุ่มเข้ากลุ่ม ได้โรงเรียน ก เป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียน ข เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวิเคราะห์อำนาจทางสถิติ (Power analysis) ผ่านโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7⁽³⁰⁾ ตามเกณฑ์ขนาดอิทธิพลของ Cohen⁽³¹⁾ โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 และขนาดอิทธิพลปานกลางค่อนข้างสูง (0.6) สำหรับสถิติ Independent t-test ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 45 คน เมื่อดำเนินการขออนุญาตของข้อมูล อีกร้อยละ 15 ตามแนวคิดของ Gray et al.⁽³²⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 53 คน ผู้วิจัยได้ปัดเศษตัวเลขขึ้นเพื่อให้สะดวกต่อการบริหารจัดการ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง กลุ่มละ 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 54 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 108 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยด้วยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ด้วยการประชาสัมพันธ์รับสมัคร จนได้จำนวนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด การวิเคราะห์ผล หลังการทดลองเพื่อหาค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Linear Mixed Model (LMM)

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีทักษะการสื่อสารภาษาไทย สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟน มีสุขภาพกายและจิต ที่เอื้อต่อการให้ข้อมูล สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโปรแกรม และได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง

เกณฑ์คัดออกและเกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติหรือกำลังรับการรักษาโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคจิต มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง มีความบกพร่องทางการสัมผัสและการสื่อสาร หรือเกิดปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคระหว่างดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ยุติการศึกษาหากอาสาสมัครมีอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เพื่อคงไว้ซึ่งความเที่ยงตรงของผลการทดสอบ

2.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกันกับในระยะเวลาที่ 1 (R1) ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และระดับภาวะซึมเศร้า โดยทำการจัดเก็บข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (Post-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm et al.⁽¹⁹⁾ ซึ่งมี 6 องค์ประกอบหลัก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock⁽²³⁾ ร่วมกับกระบวนการสร้างความรอบรู้ 4 ขั้นตอน การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ ตามแบบจำลองของ Sørensen et al.⁽²⁴⁾ ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสาน 2 ส่วน ได้แก่ 1) กิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน จำนวน 4 กิจกรรม จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 สัปดาห์ เน้นการสะท้อนคิด การฝึกทักษะจัดการอารมณ์ 2) กิจกรรมผ่านระบบ line Official Accounting ด้วยการส่งข้อความ ความรู้สั้น เพื่อกระตุ้นซ้ำ และการฝึกสังเกตประเมินอารมณ์ตนเองในชีวิตประจำวัน วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 28 วัน โดยมีรายละเอียดการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกันในแต่ละสัปดาห์

2.3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทดลองจริงในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2569 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2569 กับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยประสานงานผ่านหนังสือราชการถึงผู้อำนวยการโรงเรียน ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) จากนักเรียนและผู้ปกครอง จากนั้นให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามชุดเดียวกันผ่านระบบออนไลน์ (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ภายหลังก่อนสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง (Post-test) รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมระหว่างช่วงการทดลองแสดงไว้ในส่วนผลการวิจัยระยะที่ 3

2.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยใช้สถิติแบบจำลองเชิงเส้นผสม (Linear Mixed Model: LMM) เป็นสถิติหลักเพียงวิธีเดียว เนื่องจาก LMM สามารถวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลองพร้อมกันในโมเดลเดียว ทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา (Group × Time Interaction) เดิมผู้วิจัยพิจารณาใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนก่อนการทดลองเป็นตัวแปรควบคุม อย่างไรก็ตาม จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มศึกษากับคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรตาม ซึ่งเป็นการละเมิดข้อตกลงความเป็นเอกพันธ์ของความชันเส้นถดถอย (Homogeneity of regression slopes) ผู้วิจัยจึงปรับมาใช้สถิติแบบจำลองเชิงเส้นผสม (LMM) ซึ่งมีความทนทานต่อการละเมิดข้อตกลงดังกล่าว ทั้งนี้ กำหนดให้กลุ่มเปรียบเทียบและระยะก่อนการทดลองเป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference category) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ REC 2569-05 รับรอง ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2568 การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์และสิทธิในการเข้าร่วม การถอนตัวจากการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ขอความยินยอมจากผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย และ ขอความยินยอมจากนักเรียน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ

ต่ำกว่า 18 ปี ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถูกเก็บเป็นความลับนำเสนอผลในภาพรวมไม่ระบุตัวตนผู้ตอบแบบสอบถาม ให้ความสำคัญเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับ หรือทำให้เกิดความเกรงใจ กรณีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปหรือมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายผู้วิจัยมีมาตรการดูแลและส่งต่อ ดังนี้ แจ้งครูแนะแนว หรือนักจิตวิทยาประจำโรงเรียน เพื่อประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และให้ข้อมูลสายด่วนสุขภาพจิต 1323 แก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ว่าจะพบความเสี่ยงหรือไม่

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย 3 ส่วน ดังนี้ 1) สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดลำพูน 2) การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน 3) การทดลองใช้โปรแกรมและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน มี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาศถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดลำพูน

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 396 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.1 มีอายุเฉลี่ย 16.69 ปี (S.D. = 0.81) และมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) เท่ากับ 3.35 ด้านปัจจัยแวดล้อมทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับดีมาก (ร้อยละ 55.6) ประเด็นประสบการณ์การเผชิญปัญหา พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.0 มีประวัติเคยถูกกลั่นแกล้ง (Bullying) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยรูปแบบที่พบมากที่สุดคือการกลั่นแกล้งทางวาจา (ร้อยละ 17.9) รองลงมาคือการกลั่นแกล้งทางสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 3.8) สำหรับความต้องการบริการช่วยเหลือทางสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการรับบริการในรูปแบบการให้คำปรึกษาออนไลน์ผ่านระบบแชทบอทไม่ระบุตัวตนมากที่สุด (ร้อยละ 51.5)

ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.54, S.D. = 0.76) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การขาดความตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวหรืออารมณ์หงุดหงิด เป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (Mean = 2.55, S.D. = 1.26) และการขาดความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงทางกาย เช่น ภาวะนอนไม่หลับหรือภาวะเบื่ออาหารว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรค (Mean = 2.70, S.D. = 1.34) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อพฤติกรรมแสดงออกบนสื่อสังคมออนไลน์ในระดับต่ำ โดยไม่รับรู้ว่าการโพสต์ข้อความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความต้องการสิ้นสุดชีวิตเป็นสัญญาณขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (Mean = 2.99, S.D. = 1.46)

ผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.62, S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณาในมิติของการรับรู้อุปสรรค พบปัจจัยที่ขัดขวางการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความกังวลต่อการถูกตีตราทางสังคม จากกลุ่มเพื่อนและการถูกปฏิเสธทางสังคม หากเข้ารับบริการปรึกษาจากครูแนะแนวหรือจิตแพทย์ (Mean = 3.65, S.D. = 1.22) รองลงมาคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล (Mean = 3.48, S.D. = 1.24) และอุปสรรคด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างขาดความมั่นใจในการเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ปกครองเนื่องจากเกรงว่าจะถูกมองว่าอ่อนแอ (Mean = 3.46, S.D. = 1.31)

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.3) มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง และเมื่อพิจารณาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 10.4 ที่มีความคิดอยากตายหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 8.1 มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

ส่วนที่ 2 ผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากกลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปประเด็นความต้องการและแนวทางการพัฒนาโปรแกรมได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) ด้านเนื้อหาที่ต้องการเรียนรู้ ต้องการเน้นหนักในเรื่องทักษะการตระหนักรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง เทคนิคการจัดการความเครียดอย่างง่ายที่ทำได้ด้วยตนเอง และวิธีการประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด
- 2) ด้านรูปแบบกิจกรรม ต้องการกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมมากกว่าการบรรยายทางทฤษฎี เช่น กิจกรรมกลุ่มย่อย เกมจำลองสถานการณ์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเพื่อน
- 3) ด้านสื่อประกอบการเรียนรู้ ควรใช้สื่อดิจิทัลที่เข้าถึงง่ายและกระชับ เช่น สื่ออินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอสั้น สื่อโซเชียล ที่เข้าถึงง่าย

ระยะที่ 2 (D1) การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลายในจังหวัดลำพูน

ผลการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย ผู้วิจัยได้บูรณาการกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm⁽¹⁹⁾ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽²³⁾ และแบบจำลองกระบวนการสร้างความรอบรู้ 4 ขั้นตอน การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ของ Sørensen et al.⁽²⁴⁾ มาพัฒนา ผลการประเมินความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในระดับสูงมาก โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นโปรแกรมการเรียนรู้แบบผสมผสาน ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) กิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน จำนวน 4 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ มุ่งเน้นกระบวนการสะท้อนคิด และการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ในสถานการณ์จำลอง 2) กิจกรรมการเรียนรู้ผ่านระบบแอปพลิเคชัน ดำเนินการควบคู่ผ่านระบบ LINE Official Account (LINE OA) โดยผู้วิจัยจัดส่งเนื้อหาความรู้อย่างสั้นเพื่อการกระตุ้นซ้ำ และระบบเตือนให้กลุ่มตัวอย่างฝึกสังเกตพร้อมประเมินอารมณ์ตนเองในชีวิตประจำวัน วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 28 วัน ทั้งนี้ กิจกรรมในห้องเรียนและกิจกรรมผ่านระบบออนไลน์ จะมีเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกันในแต่ละสัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกันในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การรับรู้และเข้าใจภาวะซึมเศร้า กิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน ให้นักเรียนสามารถเข้าใจ จดจำอาการระบุปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ผ่านกิจกรรมเกมทายอาการ การอภิปรายกรณีศึกษา และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง ควบคู่ไปกับกิจกรรมออนไลน์ (วันที่ 1 - 7) ที่ส่งข้อความความรู้ย่อยเพื่อเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย อาการ ความชุก และปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 2 การประเมินประโยชน์และการจัดการอุปสรรค จัดกิจกรรมในห้องเรียนให้นักเรียนตระหนักถึงประโยชน์และระบุอุปสรรคของการขอความช่วยเหลือ พร้อมทั้งเสนอแนวทางในการเอาชนะอุปสรรคดังกล่าว ผ่านกระบวนการระดมความคิด ในกลุ่มย่อย และการอภิปรายกรณีสมมติ ในขณะที่กิจกรรมออนไลน์ (วันที่ 8 - 14) จะส่งเสริมเนื้อหาเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการแสวงหาความช่วยเหลือ ตลอดจนแนวทางการลดการตีตราทางสังคม

สัปดาห์ที่ 3 การฝึกทักษะจัดการอารมณ์เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น จัดกิจกรรมในห้องเรียน เรื่องฝึกเทคนิคการจัดการอารมณ์ด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย การฝึกหายใจแบบมีสติ การบันทึกและจัดการความคิด รวมถึงการแลกเปลี่ยนการจัดการอารมณ์ตนเองของแต่ละคน ส่วนกิจกรรมออนไลน์ (วันที่ 15 - 21) เป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพจิต เช่น สุขอนามัย การนอนหลับ การออกกำลังกาย และการจัดการความคิด

สัปดาห์ที่ 4 เป็นการแนะนำแหล่งช่วยเหลือกรณีพบปัญหาสุขภาพจิต การจัดทำแผนดูแลจิตใจ จัดกิจกรรมในห้องเรียน ให้นักเรียนระบุแหล่งช่วยเหลือ และฝึกทักษะการช่วยเหลือเพื่อนเบื้องต้น ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ รวมถึงการจัดทำแผนดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล พร้อมทั้งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทดลองหลังสิ้นสุด ส่วนกิจกรรมออนไลน์ (วันที่ 22 - 28) จะให้ข้อมูลย้ำเตือนเกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ ทักษะการช่วยเหลือเพื่อนเบื้องต้น และความสำคัญของการวางแผนดูแลจิตใจตนเองอย่างยั่งยืน

ระยะที่ 3 (R2) การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การทดลองใช้โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น (D1) ให้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 4 กิจกรรม กิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสาน 2 ส่วน ได้แก่ 1) กิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน จำนวน 4 กิจกรรม จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 สัปดาห์ เน้นการสะท้อนคิด การฝึกทักษะจัดการอารมณ์ การดำเนินกิจกรรมในคาบชมรม ณ ห้องประชุมโรงเรียน 2) กิจกรรมผ่านระบบ line official accounting ด้วยการส่งข้อความ ความรู้สั้นเพื่อกระตุ้นซ้ำ และการฝึกสังเกต ประเมินอารมณ์ตนเองในชีวิตประจำวัน วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 28 วัน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้รับโปรแกรมนี้ แต่ได้รับการดูแลตามปกติของทางโรงเรียน เมื่อสิ้นสุดการทดลองจะได้รับการแจกแผ่นพับความรู้ และกิจกรรมการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในคาบชมรม

หลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง การวิจัยระยะนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการจำนวน 108 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 54 คน ในระหว่างการดำเนินงานทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบถอนตัวจากการวิจัยจำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สะดวกเข้าร่วมทำแบบทดสอบหลังการทดลอง ส่งผลให้มีกลุ่มตัวอย่างที่เสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 107 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 107 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.6 และ 56.6 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 16.37 ปี (S.D. = 0.85) และ 16.51 ปี (S.D. = 1.27) ตามลำดับ มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) อยู่ในเกณฑ์ดี (GPAX) 3.55 และ 3.44 ตามลำดับ ด้านปัจจัยแวดล้อมพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 15,001 - 30,000 บาทต่อเดือน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีประวัติถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 72.2 และ 88.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 54)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 53)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	20.4	21	39.6
หญิง	43	79.6	30	56.6
อื่นๆ	0	0.0	2	3.8
อายุ	16.37 ± 0.85		16.51 ± 1.27	
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาปีที่ 4	17	31.5	15	28.3
มัธยมศึกษาปีที่ 5	11	20.4	16	30.2
มัธยมศึกษาปีที่ 6	26	48.1	22	41.5
ผลการเรียนเฉลี่ย (GPAX)	3.55 ± 0.44		3.44 ± 0.37	
สถานภาพสมรสของบิดามารดา				
อยู่ด้วยกัน	38	70.4	35	66
แยกกันอยู่	2	3.7	7	13.2
หย่าร้าง	11	20.4	10	18.9
อื่นๆ	3	5.5	1	1.9
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน				
ต่ำกว่า 15,000 บาท	19	35.2	8	15.1
15,001 - 30,000 บาท	24	44.4	33	62.3
30,001 - 50,000 บาท	9	16.7	8	15.1
50,001 บาทขึ้นไป	2	3.7	4	7.5
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
ดีมาก (อบอุ่น คุยได้ทุกเรื่อง)	22	40.7	33	62.3
ดี (คุยได้บางเรื่อง)	21	38.9	18	34
ปานกลาง	11	20.4	2	3.7
ประวัติการถูกกลั่นแกล้ง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา				
ไม่เคย	15	27.8	6	11.3
เคย (ทางร่างกาย ทางคำพูด ทางความสัมพันธ์ สื่อสังคมออนไลน์)	39	72.2	47	88.7

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ (กลุ่มเปรียบเทียบมีการถอนตัวระหว่างการทดลอง 1 คน)

ส่วนที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

การศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.741$) ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรม ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) และพบการละเมิดข้อตกลง ความเป็นเอกพันธ์ของความชันเส้นถดถอย (Homogeneity of regression slopes) เนื่องจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มศึกษา กับคะแนนก่อนการทดลอง (Group $\times$ Pre-test) มีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรตามทุกตัว ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Linear Mixed Model (LMM) แทน เนื่องจากมีความทนทานต่อการละเมิดข้อตกลงดังกล่าวและเหมาะสมกับลักษณะข้อมูลที่มีการวัดซ้ำ (Repeated measures) มากกว่า ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Linear mixed model โดยกำหนดให้กลุ่มเปรียบเทียบและระยะก่อนการทดลองเป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference category) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group $\times$ Time Interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในตัวแปรตามทุกตัว ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่าหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (74.48) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (77.30) สูงกว่าก่อนการทดลอง (55.56 และ 54.52 ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 4.13 เหลือ 1.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผลการวิเคราะห์ประสิทธิผล ด้วยสถิติ Linear mixed model พบว่า อิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มและเวลา (Group $\times$ Time) มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรตาม ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\beta = 14.91$, 95% CI 13.38 ถึง 16.43) มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\beta = 21.34$, 95% CI 19.89 ถึง 22.80) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -2.20$, 95% CI -2.79 ถึง -1.62) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยประมาณการและความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์ จำแนกตามกลุ่มและช่วงเวลา และ ผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลาจากแบบจำลอง Linear mixed model

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 54)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 53)		Group $\times$ Time β (95% CI)	p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
	EMM (SE)	EMM (SE)	EMM (SE)	EMM (SE)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	55.56 (1.34)	74.48 (1.10)	63.91 (1.36)	67.93 (1.11)	14.91 (13.38, 16.43)	<0.001
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	54.52 (1.08)	77.30 (0.98)	69.49 (1.09)	70.93 (0.98)	21.34 (19.89, 22.80)	<0.001
ภาวะซึมเศร้า	4.13 (0.43)	1.80 (0.38)	4.66 (0.44)	4.53 (0.38)	-2.20 (-2.79, -1.62)	<0.001

EMM, Estimated Marginal Mean; SE, Standard Error.

เนื่องจากพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิค Johnson-Neyman⁽³³⁾ เพื่อวิเคราะห์ผลต่างระหว่างกลุ่มจำแนกตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Conditional effect) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย) และระดับสูง (ค่าเฉลี่ย +1 S.D.) โปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดคะแนนภาวะซึมเศร้าลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ -2.40 และ -4.45 คะแนน ตามลำดับ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองต่ำ (ค่าเฉลี่ย -1 S.D.) ไม่พบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่าง = -0.34, 95% CI -0.87 ถึง 0.19, $p = 0.206$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลต่างระหว่างกลุ่มจำแนกตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง ด้วยเทคนิค Johnson-Neyman

ระดับคะแนนซึมเศร้าก่อนทดลอง	ผลต่างคะแนนปรับปรุง Conditional Effect (95% CI)	p-value
ต่ำ (ค่าเฉลี่ย -1 S.D.)	-0.34 (-0.87, 0.19)	0.206
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย)	-2.40 (-2.95, -1.85)	< 0.001
สูง (ค่าเฉลี่ย +1 S.D.)	-4.45 (-5.10, -3.80)	< 0.001

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมสูง (Mean = 3.54, S.D. = 0.76 และ Mean = 3.62, S.D. = 0.68) แต่กลับพบว่ามีภาวะซึมเศร้าที่สูงถึงร้อยละ 57.3 และความคิดอยากตาย ร้อยละ 10.4 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า ข้อจำกัดคือการขาดความสามารถในการระบุอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง โดยนักเรียนไม่รับรู้ว่ามีอารมณ์หงุดหงิดหรือก้าวร้าว (Mean = 2.55, S.D. = 1.26) และอาการทางกาย (Mean = 2.70, S.D. = 1.34) เป็นสัญญาณเตือนของโรค รวมถึงมีทัศนคติต่อการโพสต์ข้อความยุติชีวิตบนสื่อสังคมออนไลน์ที่ต่ำที่สุด (Mean = 2.99, S.D. = 1.46) ซึ่งแสดงถึงการไม่ตระหนักว่าเป็นสัญญาณขอความช่วยเหลือ อธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Jorm et al.⁽¹⁹⁾ ที่ว่าอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นมักแสดงออกผ่านความหงุดหงิดและก้าวร้าว ซึ่งมักถูกมองข้ามว่าเป็นเพียงพฤติกรรมตามช่วงวัย ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการตระหนักรู้โรคและการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดในการขัดขวางการแสวงหาความช่วยเหลือ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความกังวลต่อการถูกตีตราจากเพื่อนสูงที่สุด (Mean = 3.65, S.D. = 1.22) รองลงมาคือความกังวลเรื่องการรักษาความลับข้อมูล (Mean = 3.48, S.D. = 1.24) และความกลัวถูกมองว่าอ่อนแอจากผู้ปกครอง (Mean = 3.46, S.D. = 1.31) สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock⁽²³⁾ ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าการรับรู้ด้านอื่น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับประวัติการถูกกลั่นแกล้ง (ร้อยละ 22.0) และความต้องการบริการปรึกษาออนไลน์แบบไม่ระบุตัวตน (ร้อยละ 51.5) ซึ่งบ่งบอกว่านักเรียนเลือกใช้ช่องทางที่ลดความเสี่ยงจากการเปิดเผยตัวตน เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตีตราทางสังคม

ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตในการศึกษานี้ (Mean = 3.54, S.D. = 0.76) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล และคณะ⁽³⁴⁾ (Mean = 3.56) ซึ่งพบระดับค่อนข้างมากเช่นเดียวกัน โดยทุกการศึกษาพบข้อจำกัดร่วมกัน ในด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตและทักษะการปฐมพยาบาลทางจิตใจที่มีคะแนนต่ำกว่าความรู้ทั่วไป สอดคล้องกับ Songsin และคณะ⁽³⁵⁾ ที่พบว่าข้อจำกัดด้านการจดจำอาการเริ่มแรกเป็นลักษณะร่วมของวัยรุ่น อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยของ ปรีดา ตาสี⁽³⁶⁾ และ ญัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย⁽²⁹⁾ รวมถึงสูงกว่าการศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาลของ สาวีณี ยศสอน และคณะ⁽³⁷⁾ ที่พบเพียงระดับปานกลาง กล่าวคือ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาจอยู่ในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงสื่อ แหล่งข้อมูล ด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น หรืออาจเกิดจากความแตกต่างของเครื่องมือวัด เกณฑ์การประเมิน ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล แนวโน้มความสนใจด้านสุขภาพจิตในสังคมไทยที่เพิ่มขึ้นตามกระแสการรณรงค์ด้านสุขภาพจิตในภาพรวมของประเทศในช่วงหลัง

ภาวะซึมเศร้าที่พบสูงถึงร้อยละ 57.3 (ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.6) สอดคล้องกับรายงานในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดลำพูนของ ภัทธาภรณ์ พรหมเสน⁽¹²⁾ (ร้อยละ 50.32) และ พรสุตา เชื้อเงินดวงค์⁽¹¹⁾ (ร้อยละ 52.00) แต่กลับสูงกว่าผลการศึกษาของ วรารวรรณ สุทธิประภา และ พัทธี ด้วงคำจันทร์⁽³⁸⁾ ในเขตเทศบาลเมืองหลังสวน (ร้อยละ 43.6) และสูงกว่าการสำรวจระดับประเทศโดย วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ⁽⁷⁾ (ร้อยละ 17.5) ที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ชนิดเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ ข้อแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ของจังหวัดลำพูน ซึ่งมีอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนความเปราะบางด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย เฉพาะพื้นที่มากกว่าจะเป็นลักษณะร่วมของวัยรุ่นในภาพรวมประเทศ ในด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างมีความคิดอยากตายร้อยละ 10.4 และมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 8.1 สอดคล้องกับแนวโน้มข้อมูลการศึกษาระดับประเทศ วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบความคิดอยากตาย ร้อยละ 25.6 และประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 รวมถึงวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มทั่วไปถึง 9.8 เท่า (OR = 9.8; 95% CI = 8.4 - 11.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารวรรณ สุทธิประภา และคณะ⁽³⁸⁾ ที่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 53.2 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้า ที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของจังหวัดลำพูน มากกว่าการประยุกต์ใช้แนวทางมาตรฐานทั่วไปเพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้ามีประสิทธิภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งอธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองนั้น เกิดจากการพัฒนาโปรแกรมที่นำผลการศึกษาในระยะแรกมาประกอบเป็นแนวทางหลัก เนื่องจากการข้อมูลการศึกษาศาสนาการณ์ที่พบว่า ข้อจำกัดในการจำแนกอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอาการแสดงเชิงพฤติกรรมและอาการทางกาย เช่น อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว ภาวะนอนไม่หลับ หรือภาวะเบื่ออาหาร ซึ่งมักถูกมองข้าม และไม่ได้รับรู้ว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรค ยิ่งไปกว่านั้นยังมีการรับรู้อุปสรรคที่สูงมากจากความกลัวต่อการถูกตีตราทางสังคม การถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน ความวิตกกังวลเรื่องการรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล ตลอดจนความไม่มั่นใจในการเปิดเผยปัญหาแก่ผู้ปกครองเนื่องจากเกรงว่าจะถูกมองเป็นคนอ่อนแอ เมื่อผู้วิจัยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm et al.⁽¹⁹⁾ มาบูรณาการร่วมกับกระบวนการสร้างความรู้สุขภาพ 4 ขั้นตอนของ Sørensen et al.⁽²⁴⁾ จึงสามารถพัฒนากิจกรรม ที่ตรงต่อความต้องการได้ โดยการจัดกิจกรรมในห้องเรียนที่เน้นกระบวนการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และการสะท้อนคิดกลุ่ม เป็นกลไกในการส่งเสริมกระบวนการเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิตที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Asplund et al.⁽³⁹⁾ ที่ชี้ว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนส่งผลเชิงบวกอย่างชัดเจนต่อการเพิ่มพูนความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ สร้างทักษะการดูแลตนเองเบื้องต้น รวมถึงช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจให้เยาวชนตระหนักรู้ และพร้อมที่จะช่วยเหลือเพื่อนรอบข้างได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว และคณะ⁽⁴⁰⁾ ที่ระบุว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ มีศักยภาพในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของการเผชิญปัญหา นอกจากนี้ การออกแบบ

โปรแกรม ให้มีการส่งข้อความความรู้สึก การเตือนให้ฝึกสังเกตประเมินอารมณ์ตนเอง ผ่านระบบ LINE official account อย่างต่อเนื่องตลอด 28 วัน เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่มีความสม่ำเสมอ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock⁽²³⁾ นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมให้มีช่องทางแชทออนไลน์ที่ไม่ระบุตัวตน ซึ่งเป็นรูปแบบบริการช่วยเหลือที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุด จึงสามารถลดอุปสรรคในด้านการลดความวิตกกังวลเรื่องการละเมิดความลับและการถูกเพื่อนปฏิเสธลงได้ สอดคล้องกับ จิรัชกร ญัษฐังสี และคณะ⁽⁴¹⁾ ที่ระบุว่าการศึกษาทางสังคมและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเป็นอุปสรรคที่รุนแรงที่สุดในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทย การนำสื่อดิจิทัลส่วนบุคคลที่เข้าถึงง่าย จึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยลดความวิตกกังวล ปรับเปลี่ยนความเชื่อ และช่วยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้า แม้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมด้วยสถิติแบบจำลองเชิงเส้นผสม (Linear mixed model) จะพบว่าโปรแกรมสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ในภาพรวม แต่เมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์เชิงเงื่อนไขเพิ่มเติมด้วยเทคนิค Johnson-Neyman⁽³³⁾ พบว่า โปรแกรมนี้สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับคะแนนก่อนทดลองในระดับปานกลางและระดับสูงเท่านั้น โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ -2.40 และ -4.45 คะแนนตามลำดับ ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่มีคะแนนเริ่มต้นต่ำ (Conditional effect เท่ากับ -0.34, $p = 0.206$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์ Floor effect เนื่องจากกลุ่มนักเรียนที่มีคะแนนต่ำมีฐานคะแนนเดิมที่ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติอยู่แล้ว จึงมีพื้นที่ในการลดลงของระดับคะแนนค่อนข้างจำกัด ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นจริงของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันเฉพาะกลุ่มที่มีอาการแสดงมากกว่าจะเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิเชิงครอบคลุมประชากรทั่วไปโดยตรง อย่างไรก็ตาม สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนเริ่มต้นปานกลางถึงสูงการจัดกิจกรรมฝึกทักษะจัดการอารมณ์ในห้องเรียน ร่วมกับการบันทึกประเมินอารมณ์ตนเองผ่านระบบ LINE OA วันละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นเครื่องมือในขั้นการประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลตามแบบจำลองของ Sørensen et al.⁽²⁴⁾ ถือเป็นกลไกในการส่งเสริมให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงสูงรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองได้เร็วยิ่งขึ้น อันอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าสู่กระบวนการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ก่อนที่ภาวะซึมเศร้าจะพัฒนาไปสู่ระดับรุนแรงยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการช่วยสนับสนุนข้อเสนอแนะงานวิจัยของ โสรดา วงศ์สร้อย และคณะ⁽⁴²⁾ ที่ชี้ว่าปัญหาทางสุขภาพจิตและเหตุการณ์ด้านลบในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 45.59 ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายของไทย ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านกลยุทธ์การช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้น โปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้ จะเป็นเครื่องมือช่วยในการคัดกรองความเสี่ยงในระยะเริ่มต้น และอาจมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในเบื้องต้นได้ นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการควบคู่กัน เนื่องจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว อาจจะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจิตได้ หากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไม่สามารถจัดอุปสรรคและลดความกังวลเรื่องการถูกติตราทางสังคมของนักเรียนได้สำเร็จ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางการขยายผลในระบบการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา โดยการนำวิธีการใช้ช่องทางแชทออนไลน์ที่ไม่ระบุตัวตนร่วมกับระบบ LINE OA เข้าเป็นส่วนหนึ่งของบริการแนะแนวหรือห้องพยาบาล เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกเสริมในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูงได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการลดข้อจำกัดงานวิจัยของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ⁽⁴³⁾ ที่พบว่าการศึกษาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยที่ผ่านมามักจำกัดวงอยู่เฉพาะกลุ่ม และยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อการป้องกันปัญหาเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน

ทั้งนี้ ผลต่างของประสิทธิผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่พบในการศึกษานี้ น่าจะเกิดจากอิทธิพลของโปรแกรมมากกว่าปัจจัยด้านช่วงเวลาเก็บข้อมูล เนื่องจากทั้งสองกลุ่มเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์เดียวกัน ปัจจัยแทรกแซงอื่นที่อาจกระทบความเครียดของนักเรียน เช่น ภาระงาน กิจกรรม หรือเหตุการณ์เฉพาะช่วง จึงส่งผลต่อทั้งสองกลุ่มในระดับใกล้เคียงกัน อีกทั้งสถิติแบบจำลองเชิงเส้นผสม (Linear mixed model) ที่ใช้วิเคราะห์ยังทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา (Group $\times$ Time Interaction) โดยตรง ปัจจัยด้านเวลาที่กระทบทั้งสองกลุ่มเท่ากันจึงไม่สามารถอธิบายผลต่างระหว่างกลุ่มที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่พบได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยไม่มีการติดตามผลในระยะยาว จึงไม่สามารถยืนยันความคงอยู่ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตและการลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอคติในการตอบหรือความคลาดเคลื่อนจากการตีความหมายของข้อคำถาม โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความอ่อนไหว เช่น ความคิดอยากตายหรือประวัติการทำร้ายตนเอง
3. กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ซึ่งมีมาตรฐานและกิจกรรมด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน จากปัจจัยแวดล้อมของโรงเรียนได้อย่างสมบูรณ์
4. การศึกษานี้ไม่ได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับช่วงเวลาของปฏิทินการศึกษารูปแบบเป็นระบบ อีกทั้งเป็นการสุ่มเข้ากลุ่มในระดับโรงเรียน มิใช่ระดับบุคคล หากจะมีการศึกษาในลักษณะคล้ายกัน ควรจะพิจารณาควบคุมปัจจัยเรื่องปฏิทินการศึกษาของแต่ละโรงเรียนเพิ่มเติม
5. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสมัครอาสาสมัคร ส่งผลให้ได้สัดส่วนนักเรียนที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงสูงมากกว่าปกติ การอ้างอิงประสิทธิผลของโปรแกรมครั้งนี้จึงจำกัดอยู่เฉพาะในกรอบการป้องกันเฉพาะเจาะจงกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น และไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบโดยตรงกับการดำเนินงานเชิงป้องกันในกลุ่มประชากรทั่วไป

สรุป

โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตที่บูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงรุกในสถานศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.1 โรงเรียน และครูแนะแนว สามารถพิจารณานำโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมแนะแนวหรือกิจกรรมโฮมรูม โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงสูง ทั้งนี้ควรมีการปรับเนื้อหาและระยะเวลาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงเรียน
- 1.2 หน่วยงานสาธารณสุขและเขตพื้นที่การศึกษา สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพครูแนะแนวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุกในโรงเรียนให้เกิดการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบการดูแลนักเรียนอย่างเป็นระบบ

1.3 ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพิจารณาบรรจุกิจกรรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตไว้ในแผนการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนอยู่ในระดับสูง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น ที่ 1, 3 และ 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกนักเรียน ครู และผู้ปกครอง เพื่อศึกษาประสบการณ์ และกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรอบด้าน

2.2 ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเฉพาะ ในกลุ่มนักเรียนที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบภาวะซึมเศร้าสูง โดยปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องต่อความอ่อนไหวทางอัตลักษณ์ทางเพศสภาพ

2.3 การศึกษาครั้งต่อไปควรตั้งสมมติฐานเพื่อติดตามผลระยะยาวเพิ่มเติม เช่น อัตราการเข้าใช้บริการสุขภาพจิต การลดการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต (NSSI) ตลอดจนการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และความเป็นไปได้ในการบูรณาการโปรแกรมเข้ากับระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนหรือระบบแนะแนว เพื่อสนับสนุนการขยายผลในเชิงนโยบายระดับเขตพื้นที่การศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
2. Gifford-Smith ME, Brownell CA. Childhood peer relationships: social acceptance, friendships, and peer networks. J Sch Psychol. 2003;41(4):235-284. doi:10.1016/S0022-4405(03)00048-7.
3. 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. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
4. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Aug 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
5. World Health Organization Thailand. Thailand burden of disease study 2019: mental health disorders. Bangkok: WHO Country Office for Thailand; 2020.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานสุขภาพคนไทย 2568: เกิดน้อยๆ ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
7. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิพิศธิฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(2):136-149.
8. โสภา ขตช้อย, วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย อายุ 11-16 ปี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2566;31(1):22-35.
9. มยุรัตน์ รักเกียรติ, รุ่งภา วัฒนรัตน์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเขต กรุงเทพมหานคร. วารสารจิตเวชศาสตร์ไทย. 2567;25(2):125-138.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
11. พรสุตา เชื้อนจินดาวงศ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน [การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2567.

12. ภัทรภรณ์ พรหมเสน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดลำพูน [การค้นคว้าอิสระปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2568.
13. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่น (Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A). กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
14. พิชัย อภิรัฐสกุล, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. โรคซึมเศร้า. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณานิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. p. 167-189.
15. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2021.
16. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
17. ดวงใจ วัฒนสินธุ์. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559;24(1):1-12.
18. Werner-Seidler A, Spanos S, Caele AL, Perry Y, Torok M, O'Dea B, et al. School-based depression and anxiety prevention programs: an updated systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2021;89:102079. doi:10.1016/j.cpr.2021.102079.
19. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust. 1997;166(4):182-186. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.
20. Langlands RL, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA. First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. J Affect Disord. 2008;105(1-3):157-165. doi:10.1016/j.jad.2007.05.004.
21. สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
22. Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM, Kitchener BA, Parslow RA. Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. Aust N Z J Psychiatry. 2006;40(4):289-294.
23. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-335.
24. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
25. นันทิยา จีระทรัพย์, สุพัตรา สุขาวท, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง. การพัฒนาและทดสอบ ประสิทธิภาพโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มสำหรับวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;65(1):47-62.
26. ประภาส อุดรอนันท์, นันทิยา จีระทรัพย์, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุพัตรา สุขาวท, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
27. สุภารัตน์ อภิตกุลวงศ์, ประภาศิต พูลวงศ์, จารุวรรณ ก้านศรี, ภัทรวดี ศรีนวล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ ต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถานศึกษาแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(3):87-101.

28. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-610. doi:10.1177/001316447003000308.
29. ณัฏฐภัณท์สัมพันธ์ ศรีวิชัย, มัจฉริยะ คูวิวัฒน์ชัย. นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.* 2564;29(2):37-65.
30. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-191.
31. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
32. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St Louis (MO): Elsevier; 2017.
33. Hayes AF. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2018.
34. ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, รัตติกร เหมือนนาตอน, สุมัทธนา แก้วมา. ภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ.* 2563;21(2):40-51.
35. Songsin N, Kunnapan K, Hounghom P, Hayiwani N, Sukam P, Kingkaew WM, Siladlao S, Runnuch R, Wannapaschaiyong P. Mental health literacy and mental well-being among senior high school students in Samut Songkhram Province, Thailand. *J Public Health Dev.* 2025;23(3):191-200. doi:10.55131/jphd/2025/230315.
36. ปรีดา ตาสี. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.* 2565;30(1):91-126.
37. สาวินี ยศสอน, วราภรณ์ บุญเชียง, พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. ความรอบรู้สุขภาพจิตในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดเทศบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ.* 2566;24(1):107-119.
38. วรารวรรณ สุทธิประภา, พัชรี ดวงคำจันทร์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.* 2567;8(1):1-16.
39. Asplund A, Kummel M, Laaksonen C, Erjavec K, Sakellari E, Santala E, Korhonen J. Promoting mental health literacy of 13-16-year-old students: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2025;22(10):1578. doi:10.3390/ijerph22101578.
40. กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว, มนัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี, ชะเอม มหาภักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.* 2566;33(2):85-96.
41. จิรังกูร ณัฏฐรังสี, ทศฯ ชัยวรรณวรรต, สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. ความท้าทายและโอกาสในการส่งเสริมการสื่อสารสุขภาพจิตเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสู่ประชาชน. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์.* 2569;8(1):64-71.
42. ไสรดา วงศ์สร้อย, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, สมบัติ สุกุลพรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย. *Life Sciences and Environment Journal.* 2025;26(2):249-264.
43. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชยา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวลวัลย์, ปรีศนา บุญประดิษฐ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *เชียงใหม่เวชสาร.* 2563;59(3):163-172.