

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดานความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (เอ็มเอชแอล)
เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครสวรรค์

ดริล รัถัญญะการ ส.บ.* นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตชาสุวรรณ ส.ด.**
ขวัญสุตา บุญทศ ปร.ด.*** จินทภา เบญจมาศ ส.ด.****

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สูญเสียความสุข ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดานความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (เอ็มเอชแอล) เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 54 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 27 คน ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 6 กิจกรรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เช่น ลักษณะอาการและการป้องกัน ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านเกมกระดานความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (เอ็มเอชแอล) ที่ออกแบบมาสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ผ่านการตรวจสอบความโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านจิตวิทยาโรงเรียน จำนวน 3 ท่าน (ได้ค่า IOC>0.5) โดยใช้สถิติ independent t-test และ paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลอง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตส่วนความรู้ และระดับเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุป โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดานความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (เอ็มเอชแอล) สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ ทั้งในส่วนของความรู้และเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับ และการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

คำสำคัญ: เกมกระดาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672091 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 25 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 13 กุมภาพันธ์ 2569

*นักศึกษาลัทธิศาสตราจารย์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล natnpa@kku.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

The effects of a mental health literacy promoting program combined with a mental health literacy (MHL) board game to prevent depression in high school students in Nakhon Sawan Province

Daral Rakthanyakan B.P.H.* Natnapa Heebkaew Padchasuwan Dr.P.H.**
Kwansuda Boontoch Ph.D.*** Jintapa Benchamas Dr.P.H.****

Abstract

Depression is an alteration in mental state, characterized by feelings of sadness, despair, and a loss of pleasure. It significantly impacts daily life and interpersonal relationships. This quasi-experimental study aimed at examining the effects of a mental health literacy promoting program combined with a Mental Health Literacy (MHL) board game to prevent depression in high school students in Nakhon Sawan Province. Participants were 54 upper secondary students in Nakhon Sawan Province, divided into experimental and comparison groups (27 each). The 10-week intervention included six activities focused on Mental Health Literacy promotion, such as symptom recognition and prevention; combined with learning through a specially designed MHL board game. Data were collected using a validated mental health literacy questionnaire, verified by three school psychology experts (IOC>0.5). Independent t-test and paired t-test statistics were used to analyze the data.

The results revealed that after participating in the activities, the experimental group showed higher levels of mental health literacy in terms of knowledge and attitudes conducive to acceptance and seeking appropriate help compared to before the intervention. However, when comparing post-intervention depression scores between groups, it was found that the experimental group exhibited higher average depression scores than the comparison group.

Conclusion: The mental health literacy promoting program combined with the Mental Health Literacy (MHL) board game can enhance high school students' mental health literacy, both in terms of knowledge and attitudes conducive to acceptance and seeking appropriate help.

keywords: board game; mental health literacy; depression

Ethical approval: HE672091, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 25 March 2025, Revised 9 June 2025, Accepted 13 February 2026

*A student of master of public health program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

**Associate professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Corresponding author,
E-mail: natnpa@kku.ac.th

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Lecturer, Faculty of Public Health, Naresuan University

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่ผิดปกติ อันเนื่องมาจากการเสียสมดุลของสารสื่อประสาทจนนำไปสู่การแสดงออกทางความคิด ความต้องการ อารมณ์และพฤติกรรมที่ต่างจากเดิม¹ ซึ่งแตกต่างจากภาวะอารมณ์โดยทั่วไป ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนและชุมชน จนนำไปสู่ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงเรียนหรือสถานที่ทำงานได้² หากภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการประเมินหรือป้องกันอาจดำเนินโรคนจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้³ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการสังเกต ประเมิน และตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของทั้งตนเองและผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น หากไม่มีการเตรียมพร้อมรับมือมาก่อนหน้า อาจทำให้เกิดปัญหากับความมั่นใจในตนเองได้ เมื่อพบว่าตนเองมีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ไม่เท่ากับคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน⁴

จากรายงาน Mental Health America ประชากรวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 12-17 ปี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.39 และ 2.78 ล้านคน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง⁵ และร้อยละ 60 ของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงไม่ได้เข้ารับการรักษา⁶ ซึ่งร้อยละ 17.60 ในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ของไทย พบว่า มีความคิดฆ่าตัวตาย⁷ จากการสำรวจเด็กและเยาวชนผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน mental health check-in พบว่า ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2564 มีเด็กและเยาวชนถึง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และร้อยละ 28 ตกอยู่ในภาวะเครียดสูง นอกจากนั้น ร้อยละ 22 ของเด็กและเยาวชนมีการเข้าสังคมที่ลดลง มีปัญหาการทะเลาะและการใช้ความรุนแรงเกิดขึ้นภายในครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น⁸ และข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จากฐานข้อมูลประชากรกลุ่มวัยรุ่นอายุช่วง 13-18 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 มีทั้งหมด 206,920 คน คิดเป็นร้อยละ 3.82 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 7,159 คน คิดเป็นร้อยละ 34.60 ของประชากรวัยรุ่นทั้งหมด ซึ่งถือได้ว่าสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3⁹ และจากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ในช่วงปี พ.ศ.2566 ถึงปี พ.ศ.2567 พบว่า มีเด็กและวัยรุ่นที่ในจังหวัดนครสวรรค์ตอบแบบประเมิน ทั้งหมด 5,200 คน เป็นผู้มีความเสี่ยงที่ตี 3,401 คน ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 567 คน และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 344 คน โดยมีสาเหตุอันดับหนึ่งมาจากปัญหาด้านการเรียน รองลงมาเป็นปัญหาด้านครอบครัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ตามลำดับ¹⁰

ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความน่าสนใจ สำหรับการนำมาปรับใช้เพื่อป้องกันและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย จากภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งสามารถทำได้ด้วยการเพิ่มเติมความรู้ ความเชื่อ และทักษะ ที่ใช้ในการจัดการและรับมือกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในชีวิตของตนเองรวมไปถึงการเสาะหาแหล่งความช่วยเหลือที่จำเป็นต่อการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้¹¹ และเมื่อมีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับหนึ่งแล้วนั้น จะสามารถส่งต่อหรือประยุกต์ใช้กับผู้อื่นได้อีกด้วย¹²

ปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศไทย ยังไม่มีระบุเอาไว้และไม่มีการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาโดยทั่วไป เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะด้านสุขภาพจิต ในปัจจุบันจึงมีผู้ออกแบบและพัฒนาหลายคนที่ได้นำเอาเนื้อหาและองค์ความรู้ต่าง ๆ สำหรับการเรียนการสอนมาประยุกต์ใช้และรวมเข้ากับเกมกระดาน เพื่อให้เกิดเป็นสื่อการสอนในรูปแบบใหม่ขึ้นมา

ด้วยปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาผลของการใช้งานเกมกระดาน MHL และความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนครสวรรค์ โดยประยุกต์ใช้ความรู้

ด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของตนเองให้เกิดขึ้นในนักเรียนมัธยมศึกษา อันนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

คำถามการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดาน MHL เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์สามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตได้หรือไม่

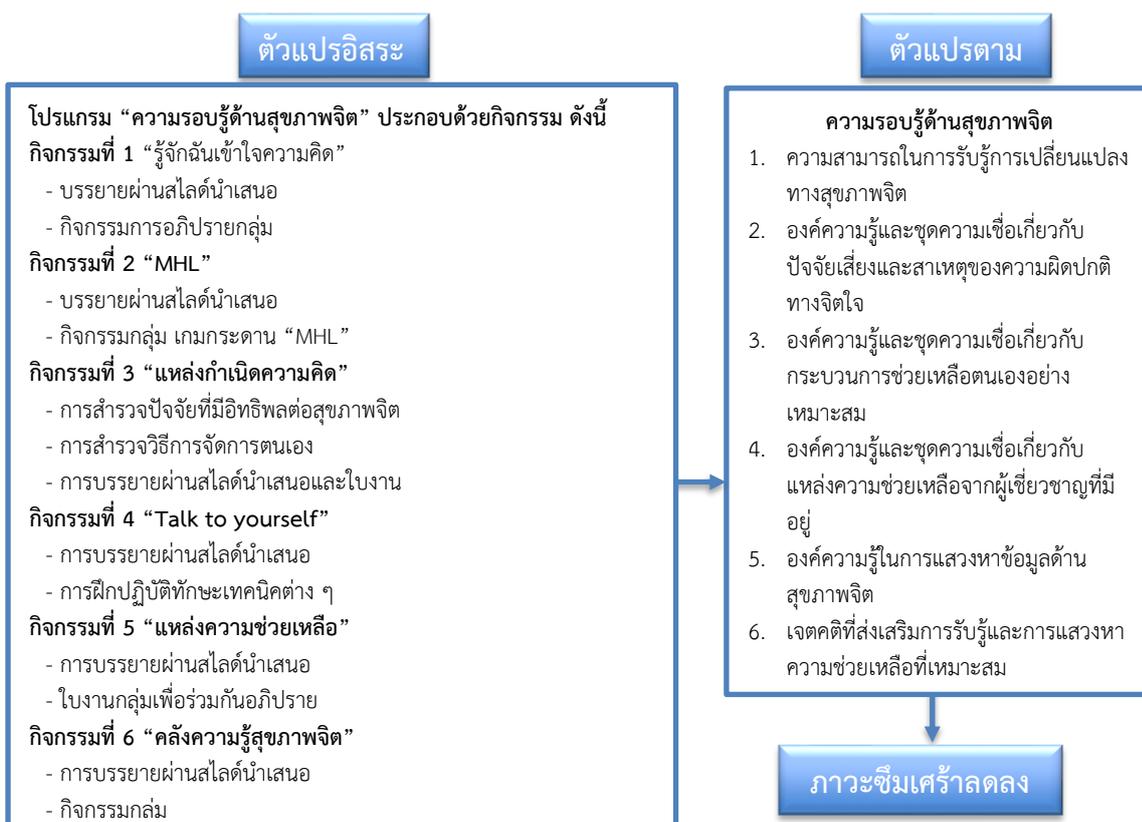
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดาน MHL เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และต่ำกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งก่อนและหลังการทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่ม (the two-group pretest-posttest design) เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและแบบสอบถามสำหรับงานวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จังหวัดนครสวรรค์ ในเขตพื้นที่การศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 54 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีระยะทางห่างกัน เพื่อป้องกันการรวมกันของกลุ่มตัวอย่าง เปิดรับอาสาสมัครเพื่อเข้ารับการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมิน CES-D โดยคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า 22 คะแนน ก่อนทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 27 คน ซึ่งจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 6 ครั้ง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 27 คน ได้รับบทเรียนตามปกติตามหลักสูตร แต่จะได้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต มีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและไม่พ้นสภาพการเป็นนักเรียน 2) เป็นผู้สามารถ อ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ 3) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือ ความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 4) ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย 5) ไม่มีประวัติการเป็นโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเภทอื่น ๆ ที่อาจได้รับผลกระทบจากกิจกรรม รวมถึงผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาหรือการบำบัดภายใต้การดูแลของแพทย์และนักจิตวิทยาและเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับคะแนนมากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เกมกระดาน MHL เกมประเภทปกปิดตัวตน (secret Identity) เป็นเกมที่จะให้ผู้เล่นมีส่วนร่วมเล็กน้อยจากการถามตอบ เพื่อทำหน้าที่ในการค้นหาความจริงต่าง ๆ คล้ายนิกสืบ โดยมีเนื้อหาเน้นการเพิ่มเติมระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) และมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเพิ่มความสามารถในการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจิต การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง

2. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดาน MHL เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ เนื้อหาการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เช่น ความหมาย การแยกแยะอาการของภาวะซึมเศร้าออกจากภาวะอื่น ๆ ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของตนเอง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างและการดูแลตนเองเบื้องต้น รวมถึงกิจกรรมสำรวจปัจจัยเสี่ยงและการฝึกปฏิบัติ

ตามเทคนิคการรับมือกับภาวะซึมเศร้าและความเครียดในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการเล่นเกมกระดาน MHL ที่ออกแบบโดยผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาแบบสอบถาม สำหรับการวิจัย ขึ้นมา มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม ทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ที่กำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (center for epidemiologic studies-depression scale: CES-D)¹⁴ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ได้โดยทั่วไป เป็นข้อคำถาม 4 ตัวเลือกตามความถี่ ของอาการ หากผู้ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการ ตรวจวินิฉัยต่อไป

3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวน วรรณกรรมและแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ส่วนขององค์ความรู้ ความเชื่อ ตามองค์ประกอบที่ 1 ถึง 5 ของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 35 ข้อเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด หรือไม่ทราบ โดยผู้ที่มีคะแนนรวม อยู่ในช่วง 28-35 คะแนน จะถือว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับมากและส่วนเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตามองค์ประกอบ ที่ 6 ของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ เป็นตัวแปรที่มีมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยผู้ที่มีคะแนนรวม อยู่ในช่วง 25-35 คะแนน ถือว่ามีเจตคติด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมและเกมกระดานที่จัดทำขึ้นมา โดยการตรวจสอบค่าความตรง ตามเนื้อหา (content validity) และความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านกิจกรรมบำบัด ด้านสุขศึกษาและด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ได้ข้อสรุปว่าเนื้อหามีความสอดคล้องกับการวิจัย สามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามก่อนนำมาใช้ในการ วิจัย โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาทำการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) และ ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยผู้เชี่ยวชาญความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านจิตวิทยา โรงเรียน จำนวน 3 ท่าน นำผลมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.70 จำนวน 42 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับนักเรียนในโรงเรียนพระบางวิทยา อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ชุด ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ทดสอบเครื่องมือ พบว่า การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการพิจารณาความสอดคล้อง ภายในด้วยค่า cronbach's alpha ของ แบบสอบถามส่วนย่อยที่ 1 เรื่ององค์ความรู้ความเชื่อ ตามองค์ประกอบที่ 1 ถึง 5 ของแนวคิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิต จำนวน 35 ข้อโดยรวมอยู่ที่ 0.77 และส่วนของเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหา ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตามองค์ประกอบที่ 6 ของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ อยู่ที่ 0.75

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดาน MHL เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ โดยกิจกรรมครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง บรรยายผ่านโปรแกรม Zoom ดำเนินกิจกรรมพร้อมกัน ทั้ง 27 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมดูแลเองทั้งหมด ดังนี้

1. ก่อนทำกิจกรรม แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการจัดกิจกรรมและสิทธิต่าง ๆ ตามจริยธรรมการวิจัยให้แก่ผู้อำนวยการโรงเรียน คุณครูที่ปรึกษา และคุณครูแนะแนว รวมถึงนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง ก่อนคัดเลือกผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ เพื่อทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การสร้างปฏิสัมพันธ์และชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้ปกครองก่อนการทำ pre-test หากพบว่า อาสาสมัครมีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้า มากกว่า 22 คะแนนขึ้น ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมรายชื่อและแจ้งแก่คุณครูที่ปรึกษาหรือคุณครูแนะแนว เพื่อดำเนินการประสานงานให้ความช่วยเหลือต่อไป

2. สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “รู้จักซึมเศร้าให้ดีกว่าเดิม” บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหา ความเครียดและทำกิจกรรมกลุ่ม โดยการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “ภาวะซึมเศร้าต่างจากความเครียดในชีวิตประจำวันอย่างไร?”

3. สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “MHL” บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมกลุ่มเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าผ่านการประยุกต์ใช้เกมกระดาน “MHL” ซึ่งผู้เล่นจะมีโอกาสได้บรรยายลักษณะของอาการหรือคำสำคัญของปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ ให้กับผู้เล่นอีกฝ่ายได้คาดเดาจนกว่าจะตอบคำถามได้ถูกต้อง

4. สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “แหล่งกำเนิดซึมเศร้า” สำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของตนเอง โดยใช้เทคนิคการบรรยายและทดลองสำรวจวิธีการจัดการของตนเองที่มีอยู่ในปัจจุบัน

5. สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “talk to yourself” บรรยายเทคนิคการช่วยเหลือตนเอง เมื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้าและความเครียดในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมทดลองทำเทคนิคการช่วยเหลือตนเอง เมื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้าและความเครียดในชีวิตประจำวัน

6. สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม “แหล่งความช่วยเหลือ” บรรยายหัวข้อส่งเสริมความรู้และเจตคติในการขอรับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และแนะนำช่องทางการรับข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือและร่วมกันอภิปราย และวางแผนขอรับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

7. สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรม “คลังความรู้สุขภาพจิต” บรรยายหัวข้อเสริมสร้างองค์ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย สรุปกิจกรรม รวมทั้งการทำ post-test

8. สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ แต่จะได้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ก่อนทำการทดลองและภายในหนึ่งสัปดาห์หลังทำการทดลองเสร็จสิ้น

9. เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ด้วยสถิติผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS statistics version 29 เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยค่าความเบ้และความโด่ง พบว่า ค่าความแจกแจงเป็นปกติ จึงเลือกใช้สถิติ parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ใช้สำหรับอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้ง 6 องค์ประกอบ และค่าเฉลี่ยคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การวิเคราะห์การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในประชากร (paired sample t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การวิเคราะห์การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม (independent-samples t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672091 วันที่ 2 กรกฎาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ความเคารพในการตัดสินใจอย่างอิสระ มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิจัยอย่างครบถ้วนไม่มีการปิดบัง ใช้ภาษาที่นักเรียนเข้าใจได้ง่าย นักเรียนสามารถถอนตัวเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อนักเรียน การรายงานผลการวิจัยอยู่ในภาพรวม โดยข้อมูลไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงนักเรียนได้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 17 ปี ร้อยละ 48.10 (SD=1.95) กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 92.60 มีเกรดเฉลี่ยสะสมมากที่สุด อยู่ในช่วง 3.01-4.00 ร้อยละ 70.40 และมีรายได้จากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อสัปดาห์ อยู่ที่ 500 บาท ถึง 1,000 บาท ร้อยละ 88.90 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในบ้านพักส่วนตัวกับพ่อแม่ ร้อยละ 81.50 เข้าร่วมกิจกรรมนอกเวลาเรียน ร้อยละ 88.90 เช่น กิจกรรมค่ายและกิจกรรมชมรม ในขณะที่ ร้อยละ 11.10 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมนอกเวลาเรียน

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.90 โดยมีอายุเฉลี่ย 17 ปี ร้อยละ 33.30 (SD=0.99) กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 37.00 มีเกรดเฉลี่ยสะสมมากที่สุด อยู่ในช่วง 3.01-4.00 ร้อยละ 70.40 และมีรายได้จากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อสัปดาห์ อยู่ที่ 500 บาท ถึง 1,000 บาท ร้อยละ 92.60 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บ้านพักส่วนตัวกับพ่อแม่ ร้อยละ 59.30 เข้าร่วมกิจกรรมนอกเวลาเรียน ร้อยละ 33.30 เช่น กิจกรรมการเล่นกีฬา เข้าค่ายต่าง ๆ และเล่นเกมมือถือ ในขณะที่ ร้อยละ 66.70 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมนอกเวลาเรียน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 21.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.14 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 21.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.81 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า ก่อนการทดลอง

ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.146$, $p\text{-value}=0.885$)

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 27.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.33 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 18.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.09 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า หลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.447$, $p\text{-value}<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test (N=27)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean Diff	95% CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	27	21.220	3.142	0.185	-2.385 ถึง 2.756	0.146	0.885
กลุ่มเปรียบเทียบ	27	21.040	5.814				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	27	27.110	6.333	8.519	5.380 ถึง 11.657	5.447	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	27	18.590	5.093				

3.การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมของกลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 28.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.62 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 27.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.87 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.605$, $p\text{-value}=0.114$)

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมของกลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 31.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.12 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 28.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.11 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม พบว่า หลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.468$, $p\text{-value}=0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ independent t-test (N=27)

ด้านเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean Diff	95% CI	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	27	28.810	2.617	1.444	-0.361 ถึง 3.250	52	1.605	0.114
กลุ่มเปรียบเทียบ	27	27.370	3.874					
หลังการทดลอง								
กลุ่มทดลอง	27	31.630	3.115	3.444	1.452 ถึง 5.437	52	3.468	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	27	28.190	4.114					

4.การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 16.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.89 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 16.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.51 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.147$, $p\text{-value}=0.884$)

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 19.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.99 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 15.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.43 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.304$, $p\text{-value}=0.027$) โดยคะแนนของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่เพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง independent t-test (N=27)

คะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	N	ค่าเฉลี่ย	SD	Mean Diff	95% CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	27	16.670	3.893	0.148	-1.877 ถึง 2.173	0.147	0.884
กลุ่มเปรียบเทียบ	27	16.520	3.512				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	27	19.960	8.989	4.444	0.540 ถึง 8.349	2.304	0.027
กลุ่มเปรียบเทียบ	27	15.520	4.432				

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นนั้นมาจาก กลุ่มทดลองได้รับความรู้ ความเชื่อและการเสริมสร้างเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดาน MHL เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ เช่น ความหมาย ลักษณะและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เทคนิคในมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมและการช่วยเหลือตนเอง เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นผ่านการบรรยาย การเล่นเกมกระดานและร่วมกันอภิปราย ส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้น หลังการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตในโรงเรียนสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา¹⁵ โดยให้คุณครูในโรงเรียนเป็นผู้สอนเพื่อพัฒนาความรู้ การขอความช่วยเหลือที่เหมาะสมและเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพจิต ในวัยรุ่นที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพจิตและสอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่องผลของโปรแกรมที่ใช้ทรัพยากรทางการศึกษาของห้องเรียนเป็นฐาน (classroom-based) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น¹⁶ ของกิจกรรมที่มีชื่อว่า “HeadStrong” เพื่อช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จัดขึ้นผ่านชั่วโมงเรียนปกติของนักเรียน มีครูประจำชั้นเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ผลการทดลอง พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดีขึ้น ในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม “HeadStrong” มากกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่า การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับเด็กนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ทั้งในส่วนของความรู้และเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้เป็นอย่างดี

คะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากช่วงระยะเวลาที่ได้ทำกิจกรรมอยู่นั้น ตรงกับช่วงเวลาของการเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยของกลุ่มทดลอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สอดคล้องกับการศึกษาของรัตน มาชะสวัสดิ์¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี พบว่า หากมีความเครียดในการเรียนสูงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะสูงตามไปด้วย และการศึกษาของสุจิตรา อุรัตนมณี และคณะ¹⁸ ศึกษาเรื่อง ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย ผลการศึกษาบอกว่าความคาดหวังของครอบครัว ปริมาณงานที่ได้รับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ของกลุ่มทดลองจึงเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

โดยสรุปจากการวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดาน MHL เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งความรู้ ความเชื่อ รวมถึงเจตคติที่เอื้อต่อการยอมรับและการมองหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้ แต่กลับพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภาวะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.304$, $p\text{-value}=0.027$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับเกมกระดาน MHL เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครสวรรค์ สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้แต่ไม่สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากตัวแปรบางกลุ่มไม่ได้รับการควบคุมอย่างเพียงพอ อาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนต่อคะแนนของแบบวัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าควรจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความ เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากยิ่งขึ้น เนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกันนั้นกระทบต่อผลการวิจัยในครั้งนี้
2. ควรวางแผนจัดการและรับมือกับปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผล การวิจัยได้ เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจน ทำให้การวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Danthaiwattana S. Adolescent depression and the role of teacher. Health Sci J Nakhon Ratchasima Coll [Internet]. 2023 Jan 14 [cited 2024 Mar 1];1(2):54-6. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/jhsnmc/article/view/604>. (in Thai)
2. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Depression... at risk of becoming major depressive disorder! [Internet]. Bangkok: Mahidol University; 2025 [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/ondemand/ภาวะซึมเศร้า-เสี่ยงเป็น/> (in Thai)
4. Cleveland Clinic. Adolescent development [Internet]. Ohio: Cleveland Clinic;2023 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/7060-adolescent-development>
5. Reinert M, Fritze D, Nguyen T. The state of mental health in America 2023 [Internet]. Alexandria (VA): Mental Health America; 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://archive.hshsl.umaryland.edu/entities/publication/9d5f259d-ae41-476e-8484-ecafd1ca8401>
6. UNICEF. COVID-19 pandemic continues to drive poor mental health among children and young people: UNICEF and department of mental health caution on world mental health day [Internet]. Bangkok: UNICEF; 2021 Oct 8 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/ยูนิเซฟและกรมสุขภาพจิตชี้โควิด-19>. (in Thai)

7. Lerksirinukul P. An in-depth analysis of the research on “The future of Thailand’s socio-mental health in 2033”: preparing for “an explosion of fear” and “isolation” [Internet]. Bangkok: Techsauce; 2023 Mar 3 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://techsauce.co/report/futures-of-mental-health-in-thailand-2033>. (in Thai)
8. Department of Mental Health. Department of Mental Health [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023 [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2503> (in Thai)
9. Mental Health Center Region 3. Annual report 2023 [Internet]. Nonthaburi: Mental Health Center Region 3; 2023 [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://mhc3.dmh.go.th/ITA2567/O12/รายงานผลการดำเนินงานศูนย์สุขภาพจิตที่3 ประจำปี2567.pdf> (in Thai)
10. Mental Health Center Region 3. Annual report 2024 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2024 [cited 2023 Mar 7]. Available from: <https://mhc3.dmh.go.th/2568/รูปเล่มประจำปี2567.pdf> (in Thai)
11. Namdej N, Phongsakcha P, Sangournpak O. Mental health literacy among senior high school students in Saraburi Province. *J Nurs Educ* 2018;11(3):125-38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/152685/111373> (in Thai)
12. Sriwichai N, Kuwivatchai M. Students and their mental health literacy. *J Soc Work Soc Adm* 2021;29(2):37-65. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/swjournal/article/download/251125/173627/937732> (in Thai)
13. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401. Available from: <http://dx.doi.org/10.1192/bjpp.177.5.396>
14. Sombat K, Sombat L. Social work and social welfare: unlook social inequality towards sustainability [Internet]. Anyflip; 2019 [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://anyflip.com/bookcase/hunkx> (in Thai)
15. Ojio Y, Yonehara H, Taneichi S, Yamasaki S, Ando S, Togo F, et al. Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015;69(9):572–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12320>
16. Perry Y, Petrie K, Buckley H, Cavanagh L, Clarke D, Winslade M, et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: a cluster randomized controlled trial. *J Adolesc* 2014;37(7):1143–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.001>
17. Makassawad R. Factors influencing depression among high school students in Pathum Thani Province. *RHPC9J* 2021;15(38):528-40. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/251406> (in Thai)

18. Uratanamnee S, Lerdsamran S. Stress, anxiety and depression of high school teenagers in preparation for university admission. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2021;15(38):528-40. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/105144> (in Thai)