

การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป Development of Mental Health Literacy Indicators for the Public

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (Sriprapai Inchaihthep)¹

สิริอร พัวศิริ (Siriorn Puasiri)¹

มนิรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์ (Maneerat Punsawat)¹

ประภาศรี ทุ่งมีผล (Prapasri Thungmepon)¹

วินัย รอบคอบ (Winai Robkob)¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต และตรวจสอบคุณภาพของโมเดลการประเมินรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดลำปาง จำนวน 960 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยใช้โปรแกรม LISREL 8.72 ผลการวิจัยพบว่า

1. ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 48 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จำนวน 15 ตัวบ่งชี้ 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต จำนวน 12 ตัวบ่งชี้ และ 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต จำนวน 21 ตัวบ่งชี้

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้ค่า Chi square = 1954.66 , df = 1060, $p = .0421$, GFI = 0.94, AGFI = 0.93, RMR = 0.04, RMSEA=0.013 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักสูงสุด 4 อันดับแรก ได้แก่ 1) การบอกความรู้สึก/เล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ 2) ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิตสามารถโทรสายด่วน 1323 3) สถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่ใกล้ที่สุด คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 4) ความคิดอยากตายเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับใครก็ได้

คำสำคัญ : การพัฒนาตัวบ่งชี้, การรู้เท่าทันสุขภาพจิต, ประชาชนทั่วไป

1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

อีเมล: inchaihthep@gmail.com
E-mail: inchaihthep@gmail.com

ABSTRACT

The purposes of this research were to synthesize the indicators of mental health literacy indicators for the public and to validate the evaluation model. The samples consisted of 960 participants including people age 15 and above in Lampang province. The multi-stage random sampling technique was used. The research instrument was a questionnaire on mental health literacy. Data were analyzed by confirmatory factor analysis using LISREL 8.72. The results of the study were as follows:

1. The mental health literacy indicators for the public. consisted of three factors and 48 indicators. The factors include: 1) Knowledge about mental health and mental disorders consisted of 15 indicators 2) Beliefs about mental health and mental disorders consisted of 12 indicators 3) Abilities to recognize, prevention and management of mental health problems consisted of 21 indicators.

2. The quality of mental health literacy evaluation model fitted with empirical data was found as the Chi square = 1954.66, df = 1060, $p = .0421$, GFI = 0.94, AGFI = 0.93, RMR = 0.04, RMSEA=0.013. The highest four factors loading were 1) express the feelings/explain the changing symptoms to health professional, 2) available of accessing 1323 - mental health hotline, 3) the nearest community mental health service is the Sub - district Health Promoting Hospital and 4) suicidal idea is normal life situation.

Keywords : Development indicators, Mental health literacy, The public

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้ประสบปัญหาภาวะเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในหลายๆ ด้าน ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ลักษณะการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปมาก ประชาชนเกิดความตึงเครียดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้ง

ด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประชาชนมีความคาดหวังและความกดดันในการใช้ชีวิตค่อนข้างสูง จึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนอย่างมาก ซึ่งเห็นได้จากทั่วโลกที่มีผู้ป่วยจิตเวชถึง 26 ล้านคน (Thai Health Promotion Foundation, 2014) ขณะที่ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1,734,410 คน ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเวชในจังหวัด

ลำปาง จำนวน 3,778 คน (Department of Mental Health, 2015) และจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นสัมพันธ์กับการประมาณการจากองค์การอนามัยโลกว่าภายในปี 2563 โรคที่เป็นสาเหตุความสูญเสีย 10 อันดับแรก เป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภท และ โรคย้ำคิดย้ำทำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้นมาจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมสิ่งแวดล้อมได้ จึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่แปรเปลี่ยนไปตามสิ่งเร้าที่มากระทบ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ความไม่สมหวังในชีวิต ถ้าหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดผลกระทบต่อบุคคลทำให้เกิดความทุกข์ ขาดความสามารถ บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Videbeck, 2011) ซึ่งระดับความรุนแรงของปัญหาทางจิตขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการแก้ปัญหาที่แต่ละบุคคลต้องเผชิญ ในบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาสูง โอกาสที่บุคคลนั้นจะพิจารณาหาทางแก้ปัญหาจะมีมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความรุนแรงของปัญหาหรือสภาวะความวุ่นวายใจต่างๆ มีแนวโน้มที่จะลดลง (Kaewprom et al., 2014) ทั้งนี้ความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาทางจิตของบุคคลมีผลมาจากการที่บุคคลสามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษาของ Jorm และคณะพบว่า การแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจะพบเฉพาะในคนที่สามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง

และมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทางจิต ซึ่งการรับรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางจิต เป็นองค์ประกอบของทักษะการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Jorm et al., 2007)

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว (Jorm et al., 2006) การรู้เท่าทันสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต (Jorm et al., 1997) บุคคลที่มีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (Langlands et al., 2008) รวมถึงมีความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการรักษา การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ทัศนคติที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการรู้เท่าทันสุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือในการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในประเทศไทยยังไม่มีให้เลือก

หลากหลาย ส่วนใหญ่นิยมใช้แบบประเมินของ Jorm et al. (2006) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ตอบวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต แล้วตอบคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำหนดด้วยการเขียนอธิบาย ซึ่งผู้ที่ตอบแบบสอบถามในลักษณะนี้ได้จะต้องสามารถอ่านออกเขียนได้และมีความเข้าใจศัพท์ด้านสุขภาพจิต จึงเป็นข้อจำกัดในการนำเครื่องมือมาใช้ในกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดลำปาง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความสามารถในการสื่อสารด้วยการอ่าน การตีความ และการอธิบายอยู่ในระดับที่ยังไม่ดีนัก นอกจากนี้ยังพบว่า ยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในประเทศไทยที่เหมาะสมกับบริบทของคนไทย การศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจิต ความสุข และความเครียดของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต และยังไม่พบว่ามีเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิต และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิต (Jorm et al., 2007) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยผ่านกระบวนการพัฒนาตัวบ่งชี้และวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยอาศัยหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ตามวิธีการของ Johnstone (1981) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้ได้ตัวบ่งชี้ที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง และแม่นยำ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างสุขภาพจิต และป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

สมมติฐานการวิจัย

โมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) องค์ประกอบด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดลำปาง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษา ในประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) องค์ประกอบด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต

2.2 คุณภาพของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ครอบคลุมความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความเชื่อมั่น (Reliability)

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงมีนาคม 2560 ถึง มิถุนายน 2560

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิจัยเป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง จำนวน 646,258 คน (Registration Office Department of Administration, 2017)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดลำปาง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยแพะ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีหมวดเกล้า และ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 960 คน ประกอบด้วย วัยรุ่นอายุ 15- 20 ปี จำนวน 180 คน วัยผู้ใหญ่ อายุ 20-59 ปี จำนวน 465 คน และวัยผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 315 คน โดยคำนวณจากสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มวัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ ซึ่งกำหนดไว้ว่า สัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อตัวบ่งชี้ควรเป็น 20:1 สัดส่วนต่ำสุดที่พอใช้ได้ คือ 5:1 (Hair et al., 2006) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวบ่งชี้ 20:1 จำนวนตัวบ่งชี้ 48 ตัวบ่งชี้ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่าง 960 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) จาก 13 อำเภอในจังหวัดลำปาง ได้ อำเภอเมือง

ขั้นที่ 2 สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรตามพื้นที่ให้บริการเป็นหน่วยปฐมภูมิ และหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ แล้วสุ่มพื้นที่ออกมา โดยหน่วยปฐมภูมิสุ่มได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยแพะ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีหมวดเกล้า ส่วนหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิได้ โรงพยาบาลลำปาง

ขั้นที่ 3 เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) หน่วยบริการสุขภาพกำหนดพื้นที่ ที่เป็นชุมชนที่ประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด และน้อยที่สุด จำนวน 2 ชุมชนต่อหน่วยบริการสุขภาพ โดยคณะผู้วิจัยได้ประสานงานผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย และคณะผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในแต่ครอบครัวจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Jorm et al. (1997) จำนวน 52 ข้อ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นแบบทดสอบถูกผิดจำนวน 16 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

12 - 16 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับ ดี

8 - 11 คะแนน มีความรู้ในระดับ ปานกลาง

0 - 7 คะแนน มีความรู้ในระดับ ไม่ดี

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 13 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 23 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต ดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต ดี

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต พอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ของตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย

การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of congruence: IOC) พบว่า มีตัวบ่งชี้ 4 ตัว ที่มีค่า .40 จึงตัดออก เหลือ 48 ตัวบ่งชี้ที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .80 ถึง 1.0

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ที่มาร่วมกิจกรรมพยาบาลนิทรรศน์ ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง กลุ่มละ 10 คน รวม 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง โดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินด้านความรู้ ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .72 ส่วนแบบประเมินด้านความเชื่อ และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต วิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลขเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ E 2559/12

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนในจังหวัดลำปาง โดย

1.1 ศึกษาเอกสารแนวคิดของการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต

1.2 กำหนดตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไข โดยเมื่อ

พิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความ
คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (IOC) พบว่า มีตัวบ่งชี้ 4
ตัว ที่มีค่า .4 จึงตัดออก

1.3 ตรวจสอบความเที่ยงของตัวบ่งชี้
ก่อนนำไปเก็บข้อมูล

2. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
(Confirmatory factor analysis)

2.1 คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดทำ
แบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกล้วยแพะ , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลศรีหมวดเกล้า และ โรงพยาบาลลำปาง โดย
กลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ให้ตอบ
แบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่อ่านไม่ออก
คณะผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม
ให้ตอบ

2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของ
แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน ตัดแบบสอบถามที่ไม่
สมบูรณ์ออกจำนวน 48 ชุด และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม
จนครบ 960 ชุด เพื่อนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ
เชิงยืนยัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย
ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์

2. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของ
โมเดลการประเมินด้วยสถิติการวิเคราะห์
องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor
analysis) โดยใช้โปรแกรม LISREL 8.72

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย
สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผลการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทัน สุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กำหนดองค์ประกอบการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ตาม
แนวคิดของ Jorm et al. (2006) จำนวน 3
องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ตัวบ่งชี้ให้
สอดคล้องกับองค์ประกอบ ทั้ง 3 ด้าน จำนวน 52
ตัวบ่งชี้ เมื่อผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรง
เชิงเนื้อหา พบว่ามีตัวบ่งชี้ที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 48
ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับ
สุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 15
ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับ
สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 12
ตัวบ่งชี้ และ 3) องค์ประกอบด้านความ
สามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และ
การจัดการปัญหาทางจิต มีจำนวน 21 ตัวบ่งชี้

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพของโมเดล การประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับ ประชาชนทั่วไป

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง
ของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต
สำหรับประชาชนทั่วไป พบว่า มีความสอดคล้อง
กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ของ
ค่าสถิติวัดความกลมกลืนของโมเดล พบว่าทุกค่า
เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นค่า Chi square
- sig ที่น้อยกว่า .05 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณา
ค่า Chi square/ df พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.84 ซึ่ง
น้อยกว่า 2 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Kline,
2011, Wiratchai, 1999) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติวัดความกลมกลืนของโมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์ที่ดี	ค่าที่ได้	ผลการพิจารณา
Chi square/ df	< 2	1.840	ผ่าน
GFI	>0.90	0.94	ผ่าน
AGFI	>0.90	0.93	ผ่าน
CFI	>0.90	0.97	ผ่าน
RMR	<0.05	0.04	ผ่าน
SRMR	<0.05	0.038	ผ่าน
RMSEA	<0.05	0.013	ผ่าน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า โมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 15 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 12 ตัวบ่งชี้ และ 3) องค์ประกอบด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต มีจำนวน 21 ตัวบ่งชี้ รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1

เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า น้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละตัวบ่งชี้ มีดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 15 ตัวบ่งชี้ (KN1-KN15) มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .39 - .62 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .20 - .32 การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าสถิติ t) มีค่าอยู่ระหว่าง 14.15 - 18.12 และค่า R^2 คือ ความเที่ยงในการวัดองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .48 - .74 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดสามอันดับแรกได้แก่ สถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่ใกล้ที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การทำหน้าที่ที่บกพร่องของสมองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง

จิต อาการซึมเศร้าเกิดในคนที่จิตใจอ่อนแอ และผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถมองเห็นและได้ยินบางอย่างที่คนอื่นไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .62, .56 และ .55 ตามลำดับ

2. องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีจำนวน 12 ตัวบ่งชี้ (BE1 - BE12) มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .42 - .60 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .24 - .30 การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าสถิติ t) มีค่าอยู่ระหว่าง 13.86 - 20.22 และค่า R^2 คือ ความเที่ยงในการวัดองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .44 - .71 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดสามอันดับแรกได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิตเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์และเรื่องเหนือธรรมชาติ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่ควรปกปิด เพราะเป็นเรื่องน่าอับอาย และเฉพาะผู้ที่มีการรุนแรงเท่านั้นที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยา โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .60, .56 และ .55 ตามลำดับ

3. องค์ประกอบด้านความรู้ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต มีจำนวน 21 ตัวบ่งชี้ (RE1 - MA7) มีน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .41 - .68 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .24 - .40 การทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ

(ค่าสถิติ t) มีค่าอยู่ระหว่าง 17.64 - 20.25 และค่า R^2 คือความเที่ยงในการวัดองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง .54 - 0.79 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดสามอันดับแรก ได้แก่ ความสามารถบอกความรู้สึก/เล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิตสามารถโทรสายด่วน 1323 และความคิดอยากตายเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับใครก็ได้ โดยมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .68, .65 และ .61 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการสังเคราะห์ตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป พบว่า ตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ข้อความที่เป็นรายการคำถามใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายทำให้ประชาชนทั่วไป ทั้งที่อ่านออกเขียนได้ และไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถเข้าใจคำถามได้ทุกตัว ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความมีความเที่ยงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือประเมิน (Kanjana-wasee, 2009) ทั้งนี้ ผลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ที่พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้การประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไปได้ โดยมีความเที่ยงในการประเมินอยู่ระหว่าง .44 - .79 เป็นระดับที่น่าเชื่อถือในการประเมิน วิธีการพัฒนาดังกล่าวนี้ เป็นไปตามแนวทางที่ Johnstone (1981) ได้อธิบายไว้ว่า การพัฒนาตัวบ่งชี้โดยการนิยามเชิงประจักษ์ เป็นการรวมกลุ่มความสัมพันธ์ของตัวแปร และกำหนดน้ำหนักของ

ตัวแปร ที่เป็นวิธีการพัฒนาตัวบ่งชี้ที่น่าเชื่อถือมากที่สุด

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต เมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักสูงสุด ในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความรู้เกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพจิต ในชุมชน สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต และอาการของผู้ที่มีปัญหาทางจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในคนไทย เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ และสามารถพัฒนาได้โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและสามารถป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับ Langlands et al. (2008) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และคนรอบข้างได้ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการรักษาและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพได้

องค์ประกอบด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต พบว่า ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ และเรื่องเหนือธรรมชาติ รวมถึงการตีตราผู้ป่วยทางจิตว่าเป็นสิ่งที่น่าอับอาย จำเป็นต้องปกปิดไม่ให้สังคมรับรู้ ตัวบ่งชี้เหล่านี้ เป็นไปตามความเชื่อที่ถูกสั่งสมมาจากสมัยก่อน ที่บอกต่อกัน

มาว่าการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเกิดจากการสิ่งส่งจากสิ่งชั่วร้าย ต่อมาความเชื่อได้เปลี่ยนไป คิดว่าเกิดจากความอ่อนแอทางจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นตราบาปที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบ (Kittirattanapaiboon, 2006)

ส่วนองค์ประกอบในด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต พบว่า ตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ ความสามารถในการบอกความรู้สึก/เล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ และการหาแสงแหล่งช่วยเหลือ เช่น โทรสายด่วน 1323 ผลการศึกษาเป็นไปตามข้อสรุปของ Jorm et al (2007) ที่กล่าวว่า การรู้เท่าทันสุขภาพจิต เป็นระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการแก้ปัญหาใดๆ ขึ้นกับศักยภาพและความสามารถของบุคคลนั้น ในด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงความรู้ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลนั้นจะพิจารณาหาทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ดังนั้น ผู้ที่สามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง และมีทัศนคติที่ดี จะสามารถในการรับรู้ เข้าใจ เข้าถึง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางจิตได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Langlands et al. (2008) ที่อธิบายไว้ว่า บุคคลที่มีความรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตครั้งนี้ จึงสามารถใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขได้นำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนและหาแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาอันเนื่องจากการขาดการรู้เท่าทันสุขภาพจิต

(Ganasen et al., 2008) การพัฒนาตัวบ่งชี้ในครั้งนี้ จะช่วยให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของบุคคล และถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะใช้ในการคัดกรอง เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการที่บุคคลรู้เท่าทันสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้านในระดับที่ดี จะส่งผลทำให้การเกิดปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกายลดลง (Berkman et al., 2017; Prince et al., 2007)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสุขภาพจิต และหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำเครื่องมือประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตซึ่งได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้ประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตเพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิตแก่ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไป เพื่อส่งเสริมความรู้ ความตระหนักและสามารถป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้

2. เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง และมีความสะดวกในการใช้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ประเมินได้ทราบระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของตนเอง นำไปสู่ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนานตนเอง

3. ในการนำตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ผู้รับผิดชอบสามารถนำตัวบ่งชี้ที่พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงไปเร่งรัดพัฒนา ก่อน เช่น การสร้างความไว้วางใจให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยความรู้สึกหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงให้แก่บุคลากรสุขภาพ การ

ประชาสัมพันธ์ช่องทางโทรสายด่วน 1323 เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต การให้ความรู้ในด้านสาเหตุและอาการเตือนของการเจ็บป่วยทางจิต และการแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดความผิดปกติทางจิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้สมรรถนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาเป็น

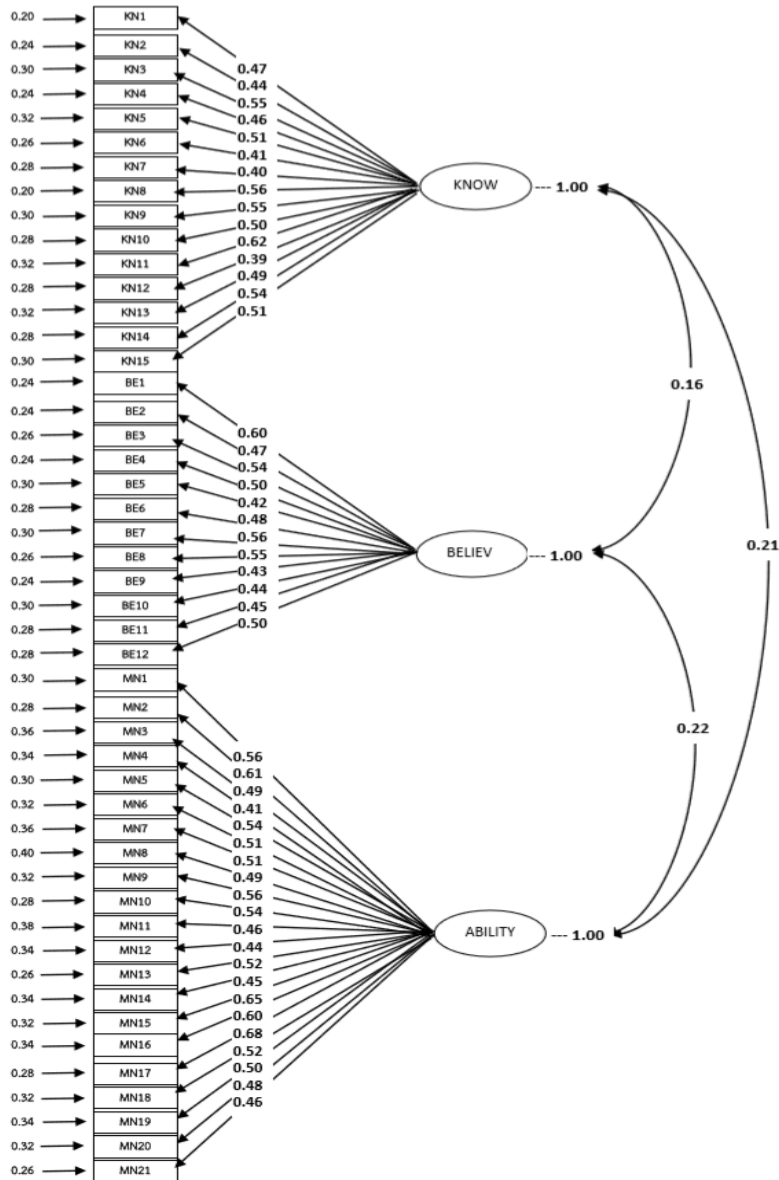
รูปแบบหรือแนวทางการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับคนไทย เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2. ควรศึกษารูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ให้ครอบคลุมกับตัวบ่งชี้ที่สังเคราะห์ได้ เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม

References

- Berkman, N.D., Sheridan S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2017). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 55(2), 97-115.
- Department of Mental Health. (2015). *Annual Report, Department of Mental Health*, Ministry of Public Health Annual Fiscal Year 2015. Bangkok: PRINTING LTD. (in Thai)
- Ganaseen, K.A., Parker, S., Hugo C.J., Stein D.J., Emsley R.A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*, 11, 23 - 28.
- Hair, J. F. Jr. Black, W. C., Babin, B. J. Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. (6th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Johnstone, J. N. (1981). *Indicators of education system*. London: The Anchor Press.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, R.A., et al. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A.F., Barney L.J., Christensen H., Highet N.J., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5.

- Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Kanowski, L.G. & Kelly, C. (2007). Mental health first aid training for members of the public. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (1), 141-151.
- Kaewprom C., Yuthavisut S., Pratoom L., & Boontum A., (2014). Mental health literacy among village health workers A case study of two sub-districts in Kloong, Chantaburi. *Journal of health science*, 8(1),10 -16. (in Thai)
- Kanjanawasee. S, (2009). *Modern test theories*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Kittirattanapaiboon P., (2006). *A psychiatric guide for the public*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Kline R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford press.
- Langlands R.L., Jorm A.F., Kelly C.M., & Kitchener B.A. (2008). First aid for depression: A Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 157-165.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370 (9590), 859-77.
- Registration Office Department of Administration. (2017). *Population and housing statistics - Population aged 2560*. Retrieved from; stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2014) *Annual Report 2557*. Bangkok: Office of Health Promotion Fund. (in Thai)
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric mental health nursing*. (5th ed). China: Wolters Kluwer.
- Wiratchai, N. (1999). *LISREL statistical analysis for research*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)



ภาพที่ 1 โมเดลการประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต สำหรับประชาชนทั่วไป