

การพัฒนาแนวทางการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียน
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตาก

Development of guidelines for building mental health literacy
among high school students in Tak Province

วรรณภา แดนสีแก้ว¹ และ บุญยานุช เดชบริบูรณ์²

Wannapha Danseekaew¹ and Bunyanuch Dechboriboon²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตาก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Sørensen และคณะ (2012) เป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรม การศึกษามีลักษณะเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดซ้ำ (One group pretest-posttest design) ประกอบด้วยนักเรียนจำนวน 233 คน ที่ได้รับการสุ่มหลายขั้นตอนจากโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดตาก เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การรู้จักสุขภาพจิต การเข้าถึงข้อมูล การประเมินข้อมูล การดูแลตนเอง และทัศนคติและการขอความช่วยเหลือ ดำเนินกิจกรรมรวม 2 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในทั้ง 5 องค์ประกอบ ทั้งในด้านคะแนนเฉลี่ยและระดับจำแนก โดยคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน การนำไปใช้ และทัศนคติ เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง นอกจากนี้สัดส่วนของผู้เรียนที่อยู่ในระดับ “ดีมาก” เพิ่มขึ้นเกือบทั้งหมดในทุกองค์ประกอบ ขณะที่ระดับ “ไม่ดีพอ” ลดลงอย่างมาก สรุปโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานศึกษาเพื่อเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพจิตของเยาวชนในพื้นที่และบริบทที่คล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพจิต, วัยรุ่น, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

Abstract

This study aimed to develop a mental health literacy promotion program for high school students in Tak Province by applying the Health Literacy framework proposed by Sørensen et al. (2012). A quasi-experimental one-group pretest–posttest design was employed. The participants were 210 high school students selected through multi-stage sampling from schools under the Office of the Basic Education Commission in Tak Province. Research instruments included a general information questionnaire, the adolescent depression assessment, and the mental health literacy scale, all of which were validated for content and demonstrated acceptable reliability (Cronbach’s alpha = 0.89). The intervention consisted of five components understanding mental health, accessing information, appraising information, self-care practices, and attitudes and help-seeking delivered over a two-week period. Data were analyzed using paired t-tests to compare pretest and posttest scores.

The findings revealed statistically significant improvements ($p < 0.001$) in all five components of mental health literacy following participation in the program. Mean scores for accessing, understanding, appraising, applying information, and attitudes toward mental health increased markedly compared with baseline. The proportion of students classified as having a “high” level of mental health literacy increased substantially across all components, while those in the “inadequate” category declined sharply. In conclusion, the developed program was effective in enhancing mental health literacy among high school students and may be adapted for use in other educational settings with similar contexts to strengthen adolescents’ mental health competencies.

Keywords: Mental health literacy, Adolescents, Mental health promotion program

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1946; อ้างใน WHO, 1995) ได้ให้นิยามสุขภาพว่าเป็นภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยเท่านั้น การดูแลสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นอายุ 10–19 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ และเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการพัฒนาทั้งด้านสังคมและอารมณ์ และยังเป็นการวางรากฐานสุขภาพในระยะยาว (Baltag & Servili, 2016; Negiff, 2020)

กรมสุขภาพจิตได้ประเมินสุขภาพจิตด้วยตัวเองของเด็กและเยาวชน (Mental Health Check in) ในปี 2023 พบว่า เด็กและเยาวชนมีความเครียดสูงร้อยละ 55.9 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 64.3 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 47.8 (MENTAL HEALTHCHECK IN, 2023) ซึ่งสถานการณ์ตัวเลขเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาสูงขึ้น ประกอบการมีความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้น ทำให้ผู้บริหารที่เป็นผู้กำหนดนโยบายกลับมาสนใจกับการพัฒนามิติจิตใจของนักเรียน การพัฒนาโรงเรียนให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยทั้งทางกายและใจ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่เป็นมิตร รวมถึงการพัฒนาาระบบดูแลสุขภาพจิตมากขึ้น แต่ระบบดูแลสุขภาพจิตในระดับโรงเรียนยังไม่มีความเป็นระบบที่ชัดเจน ขาดทั้งการสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน และบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจ การประชาสัมพันธ์ มีปัญหาการส่งต่อ ทำงานแยกส่วนกันขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน และประชาชนทำให้การดำเนินงานไม่เป็นเอกภาพขาดการติดตามผลหลังจากที่นักเรียนมารับบริการ

จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในจังหวัดตาก ผ่านระบบ Mental Health Check In ปี 2567–2568 พบว่า เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีจำนวน 1,209 คน มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีเพียงร้อยละ 48.47 ขณะที่กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 10.67 และกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 16.96 สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางด้านสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียนวัยเรียนในพื้นที่จังหวัดตาก ทั้งนี้ แม้จะมีระบบติดตามและให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงโดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 แต่การดำเนินงานยังมีข้อจำกัด เช่น การติดตามต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกับสถานศึกษาและครอบครัวจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดตาก

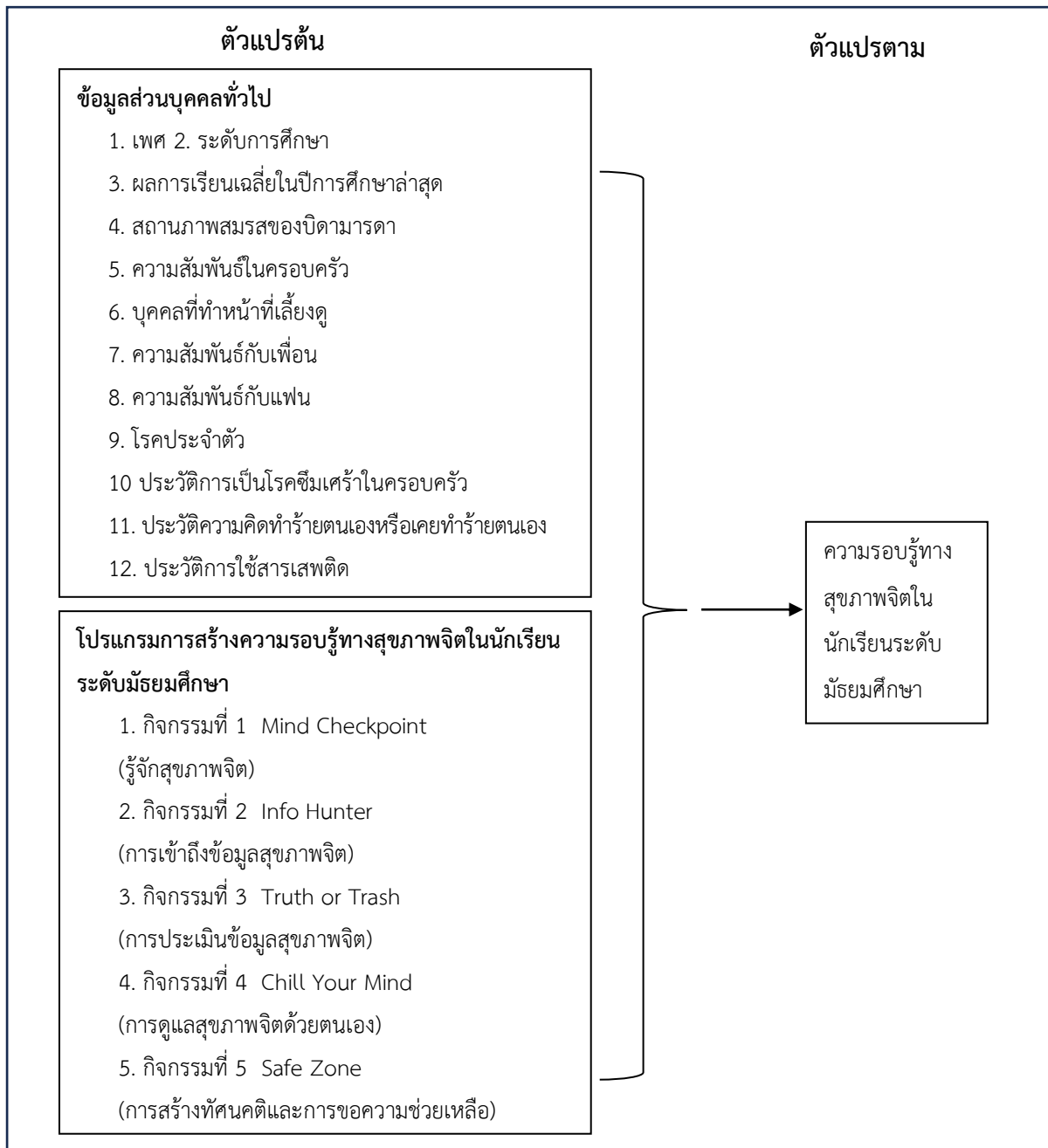
ดังนั้น ปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนวัยเรียนของจังหวัดตากจึงถือเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลสุขภาพจิตมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน และสอดคล้องกับความต้องการจริงของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากใช้แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งครอบคลุมทั้งการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้เด็กและเยาวชนสามารถพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ดียิ่งขึ้น อันจะเป็นรากฐานสำคัญต่อการเติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของสังคมในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดหลัก โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมที่ออกแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิด “Health Literacy” ของ Sørensen และคณะ (2012) ผู้วิจัยมุ่งเน้นการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต ให้แก่นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) ในจังหวัดตากโดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยและพัฒนา (R&D) ขึ้นนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและละเอียดละไม เพื่อสร้างสรรค์และทดสอบโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยอาศัยกรอบแนวคิดของ Borg and Gall (1989) ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลที่เน้นกระบวนการวนซ้ำ (iterative process) ในการวิเคราะห์ พัฒนา ทดสอบ และประเมินผล เพื่อให้เกิดนวัตกรรมที่ตอบโจทย์บริบทจริง การศึกษานี้ผสมผสานแนวทางกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งเหมาะสมสำหรับการพัฒนาโปรแกรมในพื้นที่จำกัด โดยบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อเสริมสร้างความน่าเชื่อถือผ่าน triangulation (Teddlie & Tashakkori, 2009). ประชากรเป้าหมายคือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตาก จำนวนประมาณ 5,000 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียน 233 คน จาก 5 โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (OBEC) ได้รับการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยสุ่มโรงเรียนก่อน จากนั้นสุ่มห้องเรียนและนักเรียนภายในห้อง ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน 5% เพื่อให้ครอบคลุมความหลากหลายทางเพศ อายุ และภูมิภาคหลังทางสังคมในพื้นที่ชายแดนที่มีชาติพันธุ์ผสมผสาน

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ระยะนี้มุ่งรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน

เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียน เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมที่ตอบโจทย์บริบทท้องถิ่น โดยอาศัยแนวคิดการวิเคราะห์สถานการณ์แบบองค์รวม (Comprehensive Situation Analysis) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ (Green & Kreuter, 2005) วัตถุประสงค์ละเอียดคือประเมินภาวะซึมเศร้า ความต้องการ และปัจจัยเสี่ยงในนักเรียนมัธยมปลายจังหวัดตาก ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรมซับซ้อน เช่น การย้ายถิ่นและความเครียดจากสภาพแวดล้อม

กิจกรรมหลักประกอบด้วย

- การสำรวจภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ผ่านแบบสอบถามที่ครอบคลุมมิติต่างๆ เช่น อาการซึมเศร้า การเข้าถึงข้อมูล และทัศนคติต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมิน CES-D ภาษาไทย (อุมาพร ตรีงคสมบัติ et al., 2540) และแบบวัดความรู้ที่พัฒนาจากกรอบ Sørensen et al. (2012)

- การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions: FGD) กับนักเรียน ครู และผู้ปกครอง จำนวน 5 กลุ่ม (กลุ่มละ 8-10 คน) เพื่อระบุความต้องการ เช่น ความนิยมในกิจกรรมดิจิทัลหรือการบูรณาการศาสนา

- การวิเคราะห์ข้อมูลรองจากแหล่งทางการ เช่น รายงาน Mental Health Check-In 2023 ของกรมสุขภาพจิต (2566) ซึ่งระบุว่าวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 17.5

การเก็บข้อมูลในระยะนี้ใช้ทั้งวิธีด้วยตนเองและออนไลน์ เพื่อครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลและลดอุปสรรค หากพบข้อมูลไม่เพียงพอ จะวนซ้ำกระบวนการเก็บข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นฐานสำหรับระยะถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดตาก ปีการศึกษา 2568 จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) ในโรงเรียน สังกัด สพฐ. ของจังหวัดตาก ที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมที่อายุน้อยกว่า 18 ปีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และนักเรียนทุกคนต้องให้ความยินยอมโดยรู้ข้อมูล (assent/consent) ทั้งหมดจำนวน 210 คน ด้วยการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ภายในเฉพาะโรงเรียน สังกัด สพฐ. ดังนี้

1. เลือกอำเภอในจังหวัดตาก 4 อำเภอ ให้ครอบคลุมบริบทต่างกัน (เมือง-ชายแดน-ชนบท-พื้นที่ภูเขา) การศึกษานี้ใช้การคัดเลือกอำเภอแบบแบ่งชั้นตามบริบทพื้นที่ 4 ชั้น ได้แก่ เขตเมือง (เมืองตาก) เขตชายแดนเมือง (แม่สอด) เขตชนบทกึ่งเกษตร (สุ่ม 1 อำเภอจาก พบพระ/แม่ระมาด) และเขตภูเขาห่างไกล (สุ่ม 1 อำเภอจาก อุ้มผาง/ท่าสองยาง) โดยในชั้นที่มีหลายอำเภอจะทำการสุ่มเลือกแบบ Probability Proportional to Size (PPS) ตามสัดส่วนจำนวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. สุ่มโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัด สพฐ. ในแต่ละอำเภอที่คัดเลือก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก

3. สุ่มห้องเรียนระดับ ม.4-ม.6 ภายในโรงเรียนที่เลือก (สุ่มแบบกลุ่ม/cluster sampling เลือกทั้งห้อง)

4. ได้กลุ่มตัวอย่างรวมประมาณ 210 คน (ประมาณ 7 ห้องเรียน ห้องละเฉลี่ย 30 คน) ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการทดสอบ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (Rosner, 2015; WHO, 1991)

กำหนดค่าที่ใช้ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times 2(1 - \rho)}{d^2}$$

โดยที่

ค่า $Z_{\alpha/2}$	=	1.96 สำหรับนัยสำคัญ 0.05
ค่า Z_{β}	=	0.84 สำหรับ power = 80%
ค่า ρ	=	0.5 (ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนก่อนและหลัง)
ค่า d	=	0.35 (ขนาดอิทธิพลที่คาดหวัง)

ดังนั้น การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อให้เพียงพอต่อการพิจารณาระดับชั้นและความหลากหลายพื้นที่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม ประมาณ 210 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม (Program Development) บนพื้นฐานข้อมูลจากระยะแรก ระยะนี้มุ่งสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรม โดยบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ตามกรอบ Sorensen et al. (2012) และการมีส่วนร่วมจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน วัตถุประสงค์ละเอียดคือพัฒนากิจกรรมที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ เพื่อตอบโจทย์ปัญหาซึมเศร้าและความเครียดในวัยรุ่นนจังหวัดตาก

กิจกรรมหลักประกอบด้วย

- การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) กับผู้เชี่ยวชาญ 5 คน (เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และครูแนะแนว) เพื่อทบทวนวรรณกรรมและปรับโปรแกรม โดยพัฒนากิจกรรม 5 ด้าน Mind Checkup (รู้จักสุขภาพจิต), Mind Checkpoint (เข้าใจข้อมูล), Truth or Trash (ประเมินข้อมูล), Chill Your Mind (นำข้อมูลไปใช้ดูแลตนเอง), และ Safe Zone (ทัศนคติและการขอความช่วยเหลือ)
- การทดสอบเบื้องต้น (Pilot Test) กับนักเรียน 30 คน เพื่อปรับภาษาและกิจกรรมให้เข้าใจง่าย ลดความคลาดเคลื่อน และคำนวณ Cronbach's alpha เพื่อยืนยันความเชื่อมั่น (Nunnally, 1978)
- การตรวจสอบความสอดคล้องวัฒนธรรม เช่น สอดแทรกคำสอนศาสนาพุทธเพื่อลดแรงต้านในชุมชนชาติพันธุ์

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล การประชุมกลุ่ม, แบบประเมินโปรแกรม; เก็บ feedback จากผู้เชี่ยวชาญ ระยะนี้ใช้เวลา 1-2 เดือน เพื่อให้โปรแกรมพร้อมใช้งานและนำไปทดสอบในระยะ 3 หากประสิทธิภาพต่ำ จะวนซ้ำเพื่อปรับปรุง

ระยะที่ 3 การนำไปปฏิบัติและทดสอบ (Implementation and Testing) ระยะนี้มุ่งนำโปรแกรมไปใช้จริงและทดสอบประสิทธิภาพในกลุ่มเป้าหมาย โดยวัดการเปลี่ยนแปลงความรู้และภาวะซึมเศร้า วัตถุประสงค์ละเอียดคือทดสอบโปรแกรมในสถานการณ์จริง เพื่อประเมินผลกระทบต่อพฤติกรรมและทัศนคติ

กิจกรรมหลักประกอบด้วย

- การจัดกิจกรรมภาคสนาม 2 สัปดาห์ กับนักเรียน 233 คน โดยแบ่งเป็น 5 สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เช่น Mind Checkup เกมไฟสำรวจอารมณ์; Mind Checkpoint: อภิปรายกรณีศึกษา; Truth or Trash: วิเคราะห์ข่าวปลอม; Chill Your Mind: ฝึก mindfulness; Safe Zone: Role play การขอความช่วยเหลือ
- การให้บริการคำปรึกษาแบบกลุ่มและรายบุคคล เพื่อเสริมสร้าง EQ และระบบส่งต่อไปยังหน่วยงานสาธารณสุข
- การขยายเครือข่ายกับครูและผู้ปกครอง เพื่อฝึกอบรมและติดตามผล

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล แบบสอบถามก่อน-หลัง, บันทึกการสังเกตการณ์, รายงานกิจกรรม ระยะนี้ใช้เวลา 1 เดือน เพื่อเก็บข้อมูลผลกระทบสำหรับประเมินในระยะ 4 หากพบปัญหา เช่น การยอมรับต่ำ จะวนซ้ำเพื่อปรับ

ระยะที่ 4 การประเมินและปรับปรุง (Evaluation and Refinement) ระยะนี้มุ่งประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม สังเคราะห์บทเรียน และปรับปรุงสำหรับการขยายผล วัตถุประสงค์ละเอียดคือวัดผลกระทบบน KAP และถอดบทเรียนเพื่อความยั่งยืน

กิจกรรมหลักประกอบด้วย

- การวัดผลกระทบบนคะแนนความรอบรู้และภาวะซึมเศร้าก่อน-หลัง
- การถอดบทเรียนผ่าน FGD และสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จ เช่น การบูรณาการศาสนา และข้อจำกัด เช่น ประสิทธิภาพลดหากไม่ติดตาม
- การขยายผล เช่น เผยแพร่ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์และนำไปใช้ในโรงเรียนอื่น

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม, สัมภาษณ์, การสนทนากลุ่ม FGD; วิเคราะห์ด้วย Paired t-test (Field, 2018) และ content analysis (Elo & Kyngäs, 2008) ระยะนี้ใช้เวลา 1 เดือน เพื่อได้บทเรียนสำหรับขยายเครือข่าย

เครื่องมือวิจัยและการสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการพัฒนาอย่างรอบคอบ เพื่อให้สอดคล้องกับการออกแบบวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methods) ที่อาศัยกรอบแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ซึ่งเน้นความเป็นระบบและการปรับปรุงซ้ำ เครื่องมือเหล่านี้ไม่เพียงรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถวัดผลได้อย่างแม่นยำ แต่ยังครอบคลุมข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนมุมมองและประสบการณ์จริงของผู้เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การบูรณาการหลักศาสนาพุทธและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Nutbeam, 2008) การพัฒนาเครื่องมืออาศัยกระบวนการที่เข้มงวด เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) สูงสุด โดยผ่านการทบทวนวรรณกรรม การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบเนื้อหา และการทดลองนำร่อง (Creswell & Plano Clark, 2018)

เครื่องมือวิจัยหลักประกอบด้วยสามประเภท ดังนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (Demographic Questionnaire):** เครื่องมือนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานของนักเรียน เช่น อายุ เพศ ระดับชั้นเรียน ประสบการณ์การใช้สื่อออนไลน์ และปัจจัยครอบครัว ซึ่งช่วยให้เข้าใจลักษณะประชากรตัวอย่างได้อย่างชัดเจน โดยประกอบด้วยคำถามแบบหมวดหมู่ (Categorical Items) และเปิดกว้างเพื่อความยืดหยุ่น

กระบวนการสร้างเครื่องมือ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาของ Tonsing (2018) เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น และปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายแดนอย่างจังหวัดตาก โดยบูรณาการปัจจัยวัฒนธรรม เช่น การสอบถามเกี่ยวกับบทบาทศาสนาในชีวิตประจำวัน (Woranush et al., 2025) หลังจากร่างคำถามเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยใช้ Index of Item-Objective Congruence (IOC) ซึ่งทุก

ข้อมีค่า IOC > 0.80 บ่งชี้ถึงความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Lynn, 1986) จากนั้น ทดลองนำร่อง (Pilot Test) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คนที่คล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงภาษาให้เข้าใจง่าย ลดความคลุมเครือ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบปัญหา เช่น คำถามซ้ำซ้อน จะปรับหรือตัดออก (Nunnally, 1978) กระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ 1 เดือน เพื่อให้เครื่องมือมีความแข็งแกร่งและเหมาะสมกับการใช้งานจริง

2. **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D ฉบับภาษาไทย)** เครื่องมือนี้เป็นมาตรฐานสากลที่ปรับใช้ในไทย โดยประกอบด้วย 20 รายการ คำถามแบบ Likert 4 ระดับ (0 = ไม่เลย ถึง 3 = บ่อยมาก) เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา เช่น ความเศร้า การสูญเสียความสนใจ และปัญหาการนอนหลับ คะแนนตัด (Cut-Off) คือ 0-22 = ปกติ, 23-60 = มีอาการซึมเศร้า ซึ่งช่วยประเมินระดับความรุนแรงและติดตามการเปลี่ยนแปลง (Radloff, 1977; อุมพร ตรังคสมบัติ et al., 2540) ในวัยรุ่นไทย เครื่องมือนี้แสดงค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.85-0.90 และมีความไว (Sensitivity) สูงในการตรวจจับอาการ (จากศึกษาของ Trangkasombat et al., 1997 และการศึกษาล่าสุดในวัยรุ่นไทยโดย Association between electronic cigarette use and depression among Thai adolescents, 2022)

กระบวนการสร้างและปรับใช้ แบบประเมินนี้ได้รับการแปลและปรับให้เหมาะกับวัฒนธรรมไทย ตั้งแต่ปี 2540 โดยสถาบันราชานุกูล ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นในกลุ่มวัยรุ่น (Reliability in adolescents ไทยสูง โดย Cronbach's alpha 0.85 ใน study ของ Quality of Life, Mental Health and Educational Stress of High School Students, 2018) ในวิจัยนี้ ผู้วิจัยปรับคำถามให้สอดคล้องกับบริบทจังหวัดตาก เช่น เพิ่มตัวอย่างอาการที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากสภาพแวดล้อมชายแดน หลังปรับ ได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจิตเวช 3 คน เพื่อยืนยัน IOC > 0.80 และ Pilot Test กับ 30 คน เพื่อปรับภาษาให้วัยรุ่นเข้าใจง่าย เช่น เปลี่ยนคำศัพท์ยากเป็นภาษาท้องถิ่น หากค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่า 0.70 จะปรับหรือตัดรายการ (Cronbach, 1951) กระบวนการนี้ช่วยให้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือสูงสำหรับวัยรุ่นในพื้นที่ชนบท

3. **แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy Scale):** เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้น เฉพาะสำหรับวิจัย โดยอาศัยกรอบ Sørensen et al. (2012) และปรับจาก Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS) ซึ่งมี psychometric properties ดีในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ (Cronbach's alpha = 0.89; Psychometric Properties of the Thai Mental Health Literacy Scale in Sixth-Year Medical Students, 2021) แบบวัดนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน (องค์ประกอบละ 10 รายการ) แบบ Likert 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยมาก ถึง 5 = เห็นด้วยมาก) เพื่อวัดการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน นำข้อมูลไปใช้ และทัศนคติกับการขอความช่วยเหลือ

กระบวนการสร้างเครื่องมือ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษาของ Wei et al. (2015) เกี่ยวกับ MHL Measures ที่เน้น knowledge, attitudes, และ help-seeking ในวัยรุ่น และ

ปรับให้เหมาะสมกับบริบทไทย โดยบูรณาการปัจจัยวัฒนธรรม เช่น การสอบถามทัศนคติต่อการขอความช่วยเหลือจากผู้นำศาสนา (Tonsing, 2018) หลังจากร่างคำถามเบื้องต้น (50 รายการ) ผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 5 คน (จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักวิชาการด้านสุขภาพจิต) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยใช้ IOC ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC > 0.80 (Lynn, 1986) จากนั้น ทดลองนำร่อง (Pilot Test) กับกลุ่มตัวอย่าง 50 คนที่คล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงภาษาให้เข้าใจง่าย ลดความคลาดเคลื่อน และคำนวณ Cronbach's alpha = 0.89 เพื่อยืนยันความสม่ำเสมอภายในที่ยอมรับได้ (Cronbach, 1951) หากค่าต่ำกว่าเกณฑ์ จะปรับหรือตัดคำถามออก เช่น ลดรายการซ้ำซ้อนจาก 50 เป็น 40 รายการ กระบวนการนี้ใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือน เพื่อให้เครื่องมือมีความแข็งแกร่งและเหมาะสมกับการใช้งานจริง โดยสอดคล้องกับเครื่องมืออื่นๆ เช่น HLAT-8 ที่มี validity ดีในวัยรุ่น (Quality of health literacy instruments used in children and adolescents, 2018)

การใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแนวทางการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตาก" ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) แบบผสมผสานวิธีการ (Mixed-Methods Approach) โดยใช้รูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) การวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการออกแบบอย่างรอบคอบเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัย คือ การประเมินสถานการณ์สุขภาพจิต การพัฒนาโปรแกรม และการวัดผลกระทบของโปรแกรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และภาวะซึมเศร้าในนักเรียน 233 คน การวิเคราะห์นี้ผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงตัวเลข และเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก(ชี้ท)จากข้อมูลเปิดกว้าง โดยใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 26 เป็นเครื่องมือหลักในการประมวลผลเชิงปริมาณ (Field, 2018) และ NVivo สำหรับเชิงคุณภาพ (หากมีการถอดบทเรียนจากการสนทนากลุ่ม FGD) ต่อไปนี้คือรายละเอียดการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด โดยแบ่งตามขั้นตอนและประเภท

1. วัตถุประสงค์หลักในการวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยอาศัยกรอบ Sørensen et al. (2012) ที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ: การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ และทัศนคติกับการขอความช่วยเหลือ การวิเคราะห์มุ่งเน้นการ triangulation เพื่อเสริมความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ (Teddlie & Tashakkori, 2009) โดยข้อมูลเชิงปริมาณให้ภาพรวมสถิติ ขณะที่เชิงคุณภาพให้ความลึกซึ้งจากมุมมองผู้เข้าร่วม

สมมติฐานการวิเคราะห์ คะแนนหลังโปรแกรมสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยตรวจสอบสมมติฐานพื้นฐาน เช่น ความปกติของข้อมูล (Normality) ด้วย Kolmogorov-Smirnov Test และ homogeneity ด้วย Levene's Test เพื่อให้เหมาะสมกับการทดสอบสถิติ

การจัดการข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดได้รับการจัดการด้วยความรอบคอบ เพื่อลด bias เช่น การตรวจสอบข้อมูลซ้ำ (Double-Checking) การเข้ารหัสข้อมูล (Coding) เพื่อรักษาความลับ และการใช้ซอฟต์แวร์เพื่อเพิ่มความถูกต้อง (Patton, 2015)

2. ประเภทข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D ฉบับภาษาไทย โดย อุมพร ตรังคมบัติ et al., 2540; Cronbach's alpha = 0.85) และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต (พัฒนาจากกรอบ Sørensen; Cronbach's alpha = 0.89) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC > 0.80 โดยผู้เชี่ยวชาญ 3-5 คน) และทดลองนำร่อง (Pilot Test) กับกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึง 30 คน เพื่อปรับปรุงภาษาและยืนยันความเชื่อมั่น (Nunnally, 1978)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions: FGD) และสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก(จิต) เช่น การยอมรับโปรแกรมและปัจจัยสำเร็จ

การเก็บข้อมูล ใช้ทั้งวิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง (Face-to-Face) และออนไลน์ (Google Forms) เพื่อครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลในจังหวัดตาก โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังโปรแกรมทันทีเพื่อลด recall bias (Dillman et al., 2014)

3. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด

การวิเคราะห์แบ่งเป็นสองส่วนหลัก: เชิงปริมาณเพื่อสรุปและทดสอบสมมติฐาน และเชิงคุณภาพเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก(จิต) โดยดำเนินการตามลำดับเพื่อให้เกิดการผสมผสานผลลัพธ์ (Creswell & Plano Clark, 2018)

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมข้อมูล (Data Preparation)

1.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เช่น ค่าหายไป (Missing Values) โดยการใช้การแทนค่าด้วยค่าเฉลี่ย (Mean Imputation) หากหายน้อยกว่า 5% หรือลบแหวหากหายมาก (Tabachnick & Fidell, 2013)

1.2 เข้ารหัสข้อมูล แปลงข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นรหัส (Coding) และข้อมูลเชิงปริมาณเป็นตัวเลข เช่น มาตรฐาน Likert 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยมาก ถึง 5 = เห็นด้วยมาก)

1.3 ตรวจสอบสมมติฐานสถิติ ใช้ Kolmogorov-Smirnov Test เพื่อตรวจสอบ normality และ Shapiro-Wilk Test สำหรับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก หากข้อมูลไม่ปกติ จะปรับใช้สถิติ nonparametric เช่น Wilcoxon Signed-Rank Test แทน Paired t-test

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Analysis)

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่อสรุปข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรม เช่น การคำนวณร้อยละ (%) ของนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ของคะแนนความรอบรู้ในแต่ละองค์ประกอบ เช่น จากข้อมูลก่อนโปรแกรม ค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูล = 21.05 ± 4.12 ซึ่งช่วยให้เห็นภาพรวมปัญหาในจังหวัดตากที่สอดคล้องกับข้อมูลระดับชาติ (ร้อยละ 17.5 มีภาวะซึมเศร้า) (วิลลวรรณ ปัญญาอ่อน, 2563)

สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังโปรแกรมในแต่ละองค์ประกอบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ และคำนวณ Effect Size ด้วย Cohen's d เพื่อวัดขนาดของผลกระทบ (Cohen, 1988) ตัวอย่าง: $t = 15.67, p < 0.001$ สำหรับการเข้าถึงข้อมูล แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่ significant และขนาดใหญ่ ($d > 0.8$) หากข้อมูลไม่ปกติ จะใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test แทน

การวิเคราะห์อื่นๆ หากจำเป็น ใช้ Correlation Analysis (Pearson r) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้กับภาวะซึมเศร้า เพื่อยืนยันว่าการยกระดับความรอบรู้ช่วยลดอาการซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis)

3.1 ใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ Content Analysis แบบ Inductive เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก(ีท)จากข้อมูลคำถามปลายเปิด (Elo & Kyngäs, 2008) โดยถอดคำพูด (Transcription) จากการสนทนากลุ่ม (FGD) และสัมภาษณ์ จากนั้นจัดหมวดหมู่เบื้องต้น เช่น "การลดแรงต้านจากวัฒนธรรม" หรือ "เครือข่ายชุมชนเพิ่มความยั่งยืน"

3.2 กระบวนการ 2 ผู้วิจัยวิเคราะห์อิสระแยกจากกัน เพื่อคำนวณ Inter-Coder Reliability > 0.85 (Kvale & Brinkmann, 2015) จากนั้นเชื่อมโยงประเด็นหลัก(ีท)กับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อการตีความแบบผสมผสาน

3.3 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ใช้ Member Checking โดยส่งประเด็นหลัก(ีท)กลับให้ผู้เข้าร่วมประชุมยืนยัน และวิเคราะห์แบบสามเส้า (Triangulation) กับข้อมูล เช่น รายงานกรมสุขภาพจิต (2023) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ Credibility (Lincoln & Guba, 1985)

ขั้นตอนที่ 4 การผสมผสานและตีความผล (Integration and Interpretation)

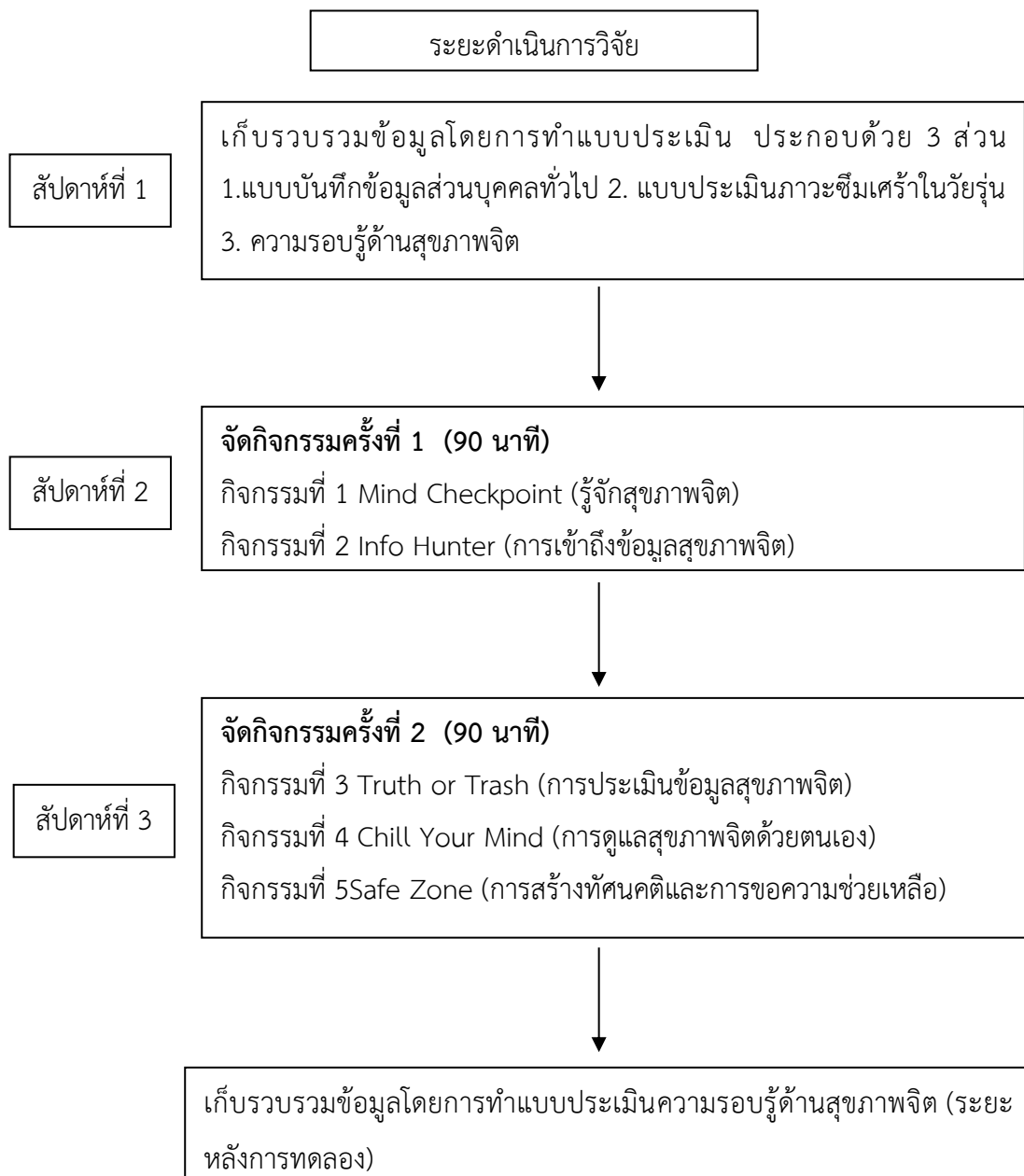
4.1 ผสมผสานผลเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อตอบคำถามวิจัย เช่น การเพิ่มคะแนนเฉลี่ยสอดคล้องกับประเด็นหลัก (ีท) "การบูรณาการศาสนาช่วยเพิ่มการยอมรับ" (จาก FGD)

4.2 ตีความผลโดยเทียบกับวรรณกรรม เช่น สอดคล้องกับ Hart et al. (2018) ที่โปรแกรม MHFA ช่วยเพิ่มทักษะช่วยเหลือ และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อจำกัด เช่น การเพิ่มกิจกรรมดิจิทัลสำหรับวัยรุ่นปี 2025 ที่ใช้สื่อออนไลน์สูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานกับผู้บริหารสถานศึกษาและครูที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการ ขั้นตอนการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ ระยะเวลาการเข้าร่วม และสิทธิของผู้เข้าร่วม โดยผู้ปกครองได้รับเอกสารชี้แจงโครงการพร้อมแบบฟอร์มขอความยินยอม ส่วนตัวนักเรียนได้รับการอธิบายข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วม หลังจากชี้แจงข้อมูล ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม และนัดหมายเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรม และทำประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมอีกครั้งหลังได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม

แผนภาพแสดงภาพรวมกิจกรรม ดังนี้



การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ก่อนและ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับความรอบรู้	กลุ่มทดลองโปรแกรม		P- value
	ก่อน N (%)	หลัง N (%)	
การเข้าถึง			<0.001
ระดับดีมาก	48(20)	232 (99.6)	
ระดับพอใช้	150 (65)	1 (0.4)	
ระดับไม่ดีพอ	35 (15)	-	
การเข้าใจ			<0.001
ระดับดีมาก	80 (34.3)	223 (95.7)	
ระดับพอใช้	126 (54.1)	9 (3.9)	
ระดับไม่ดีพอ	27 (11.6)	1 (0.4)	
การประเมิน			<0.001
ระดับดีมาก	57 (24.5)	-	
ระดับพอใช้	151 (64.8)	2 (0.9)	
ระดับไม่ดีพอ	25 (10.7)	231 (99.1)	
การนำไปใช้			<0.001
ระดับดีมาก	89 (38.2)	232 (99.6)	
ระดับพอใช้	131 (56.2)	1 (0.4)	
ระดับไม่ดีพอ	13 (5.6)		
ทัศนคติ			<0.001
ระดับดีมาก	94 (40.3)	230 (98.7)	
ระดับพอใช้	125 (53.6)	2 (0.9)	
ระดับไม่ดีพอ	14 (6)	1 (0.4)	

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระดับความรอบรู้ในทุกองค์ประกอบมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า **ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต** ผู้เข้าร่วมที่อยู่ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 99.6 ขณะที่ระดับพอใช้และระดับไม่ดีพอเกือบหมดไปหลังการทดลอง สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความสามารถในการแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ **ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิต** ระดับดีมากเพิ่มจากร้อยละ 34.3 เป็นร้อยละ 95.7 ในขณะที่สัดส่วนระดับพอใช้และระดับไม่ดีพอลดลงเกือบทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนมีความเข้าใจด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องมากขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม **ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพจิต** มีการเปลี่ยนแปลงโดดเด่น โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้เรียนส่วนใหญ่มีระดับพอใช้ (ร้อยละ 64.8) แต่หลังการทดลองพบว่ากว่าร้อยละ 99.1 อยู่ในระดับไม่ดีพอ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการให้คะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนความสามารถในการคัดกรอง ตีความ และตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพจิตได้ดีขึ้นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในงานวิจัยนี้ **ด้านการนำข้อมูลไปใช้** พบการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่ในระดับดีมากจากร้อยละ 38.2 เป็นร้อยละ 99.6 โดยผู้ที่อยู่ในระดับพอใช้และระดับไม่ดีพอลดลงอย่างมาก แสดงถึงความสามารถของผู้เรียนในการนำความรู้ด้านสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอารมณ์และพฤติกรรม และ**ด้านทัศนคติ**และการขอความช่วยเหลือ ผู้เข้าร่วมในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.3 เป็นร้อยละ 98.7 สะท้อนถึงทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลสุขภาพจิตและความพร้อมในการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง (N=233)

องค์ประกอบ	ก่อน (Mean ± SD)	หลัง (Mean ± SD)	t-value	p-value
เข้าถึงข้อมูล	21.05 ± 4.12	27.83 ± 3.45	15.67	<0.001
เข้าใจข้อมูล	21.32 ± 3.98	27.49 ± 3.21	14.89	<0.001
ประเมินข้อมูล	20.41 ± 4.56	28.14 ± 2.89	16.45	<0.001
นำข้อมูลไปใช้	21.74 ± 4.01	28.17 ± 3.12	15.23	<0.001
ทัศนคติและขอความช่วยเหลือ	22.05 ± 3.87	28.13 ± 3.01	14.78	<0.001

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้ง 5 องค์ประกอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) สะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างเด่นชัด โดยใน**ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต** คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 19.64 เป็น 27.61 แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนมีทักษะในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ดีขึ้น **ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิต** คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 21.32 เป็น 27.49 บ่งชี้ว่านักเรียนมีความเข้าใจเนื้อหา

เกี่ยวกับสุขภาพจิตถูกต้องมากขึ้น สามารถอธิบายและแปลความหมายข้อมูลได้ดีขึ้น ส่วนด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพจิต มีการพัฒนาสูงที่สุดด้านหนึ่ง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 20.41 เป็น 28.14 สะท้อนถึงความสามารถในการวิเคราะห์ คัดกรอง และตัดสินใจว่าข้อมูลใดน่าเชื่อถือได้ดีขึ้นอย่างมาก ด้านการนำข้อมูลไปใช้ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 21.74 เป็น 28.17 แสดงว่าผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในการจัดการอารมณ์และพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น และด้านทัศนคติและการขอความช่วยเหลือ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 22.05 เป็น 28.13 สะท้อนถึงทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลสุขภาพจิต ความตระหนักในการแสวงหาความช่วยเหลือ และความพร้อมในการเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 3 สัดส่วนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง

ระดับ	ก่อน (%)	หลัง (%)
ดีมาก	35.2	97.4
ดี	45.1	2.6
ปานกลาง	15.9	0.0
ไม่ดีพอ	3.8	0.0

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน การนำไปใช้ และทัศนคติด้านสุขภาพจิต โดยคะแนนเฉลี่ยทั้งห้าด้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการจำแนกระดับความสามารถที่พบว่าจำนวนผู้เรียนที่อยู่ในระดับ “ดีมาก” เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด ขณะที่กลุ่มระดับ “ไม่ดีพอ” แทบหมดไปหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลต่อการเสริมสร้างทักษะและความรอบรู้ในเชิงลึกอย่างครอบคลุม

การเพิ่มขึ้นของคะแนนในด้าน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต สามารถอธิบายได้จากกิจกรรม “Info Hunter” ที่เน้นทักษะการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์สุขภาพจิต สายด่วนกรมสุขภาพจิต และแหล่งบริการในโรงเรียน กิจกรรมดังกล่าวช่วยให้ผู้เรียนตระหนักถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านนี้เพิ่มขึ้นจาก 19.64 เป็น 27.61 ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สนับสนุนข้อค้นพบของ Sorensen et al. (2012) ที่ระบุว่า การสร้างความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ด้าน การเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 21.32 เป็น 27.49 แสดงว่าผู้เรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ และวิธีการดูแลสุขภาพจิตถูกต้องมากขึ้น การพัฒนาดังกล่าวอาจเป็นผลจากกิจกรรม “Mind Checkpoint” ซึ่งทำให้ผู้เรียนได้ทำความรู้จักตนเองผ่านเกมและการสะท้อนคิด รวมถึงการให้ตัวอย่างสถานการณ์จริงเพื่อเชื่อมโยงความรู้เข้ากับบริบทชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Wei et al. (2015) ที่ชี้ว่าการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตผ่านสื่อการเรียนรู้เชิงโต้ตอบช่วยเสริมการเรียนรู้ที่ยั่งยืน

ในด้าน การประเมินข้อมูลสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 20.41 เป็น 28.14 ซึ่งถือเป็นหนึ่งในด้านที่มีการพัฒนาโดดเด่นที่สุด การเติบโตของคะแนนด้านนี้สะท้อนความสามารถของผู้เรียนในการวิเคราะห์ข้อมูลบนสื่อออนไลน์ แยกแยะข่าวจริง-ข่าวปลอม ตลอดจนพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็นในยุคข้อมูลท่วมท้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ Selkie et al. (2011) ที่ชี้ว่าโปรแกรมที่ให้ผู้เรียนประเมินตัวอย่างข่าวหรือโพสต์ในสื่อออนไลน์สามารถยกระดับทักษะด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Tonsing (2018) ที่มองว่าการประเมินข้อมูลเป็นหัวใจของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสมัยใหม่

ด้าน การนำข้อมูลสุขภาพจิตไปใช้ในการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 21.74 เป็น 28.17 ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดการอารมณ์ เช่น การหายใจคลายเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการเขียนบันทึกความรู้สึกได้จริง การดำเนินกิจกรรม “Chill Your Mind” ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนมีทักษะเพื่อจัดการอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิด Active learning ที่เน้น “การลงมือทำ” ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งและนำไปใช้ได้จริง

ด้าน ทักษะคิดและความพร้อมในการขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 22.05 เป็น 28.13 ซึ่งสะท้อนว่านักเรียนมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลสุขภาพจิต ยังรวมถึงความเชื่อว่าการขอความช่วยเหลือไม่ได้เป็นเรื่องน่าอายและเป็นสิ่งที่สามารถทำได้อย่างปลอดภัย ผลลัพธ์นี้ได้รับการสนับสนุนโดยงานของ Hart et al. (2018) ที่ชี้ว่าการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตช่วยลดการตีตราตนเอง (self-stigma) และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ

โดยรวมแล้ว การที่ระดับคะแนนเฉลี่ยและการจำแนกคะแนนทั้งสองตารางมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกันยืนยันว่าการออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะเชิงปฏิบัติ และทัศนคติ มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียน ผลลัพธ์ทั้งหมดสอดคล้องกับแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของเยาวชนให้สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ระดับสถานศึกษา สถานศึกษาควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นไปบูรณาการในกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน เช่น ชั่วโมงแนะแนว กิจกรรมสภานักเรียน หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรงเรียนในพื้นที่ที่มีนักเรียนกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตสูง เช่น จังหวัดตากและพื้นที่ใกล้เคียง

2. ระดับหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานด้านสุขภาพ เช่น ศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลในพื้นที่ควรนำผลวิจัยไปใช้ในการออกแบบระบบคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างเป็นระบบร่วมกับสถานศึกษา เพื่อให้เกิดกลไกดูแลสุขภาพจิตที่มีความเชื่อมโยงและตอบสนองรวดเร็ว ลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการของนักเรียนกลุ่มเสี่ยง

3. การพัฒนาโปรแกรมเชิงปฏิบัติ ควรขยายรูปแบบกิจกรรมให้หลากหลายและสอดคล้องกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักเรียนในยุคดิจิทัล เช่น สื่อดิจิทัล เกม หรือกิจกรรมเชิงปฏิบัติที่ช่วยจำลองสถานการณ์ด้านอารมณ์ เนื้อหาฝึกการประเมินข้อมูลบนสื่อออนไลน์ ข่าวปลอม และความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล นอกจากนี้ควรอบรมครูหรือบุคลากรในโรงเรียนให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เพื่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของโปรแกรม

4. ระดับนโยบาย ผู้กำหนดนโยบายด้านการศึกษาและสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กำหนดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน เช่น การกำหนดแนวปฏิบัติกลาง การบรรจุแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรหรือกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรและบุคลากรให้เพียงพอในการขยายผลโครงการในระดับจังหวัดหรือประเทศ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการศึกษาให้มีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น การติดตามในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน รวมทั้งควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายในของผลการวิจัยและยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากโปรแกรมอย่างแท้จริง นอกจากนี้ควรศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประสบการณ์การใช้สื่อออนไลน์ หรือประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตมาก่อน ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาโปรแกรมครั้งต่อไปมีความเฉพาะเจาะจงและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแม่นยำขึ้น

เอกสารอ้างอิง (รูปแบบ APA7t)

- กรมสุขภาพจิต. (2566). *Mental Health Check-In 2023*. กระทรวงสาธารณสุข.
- วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน. (2563). รายงานการสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พ.ศ. 2563. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, และคณะ. (2540). *คู่มือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (CES-D)*. สถาบันราชานุกูล.
- Baltag, V., & Servili, C. (2016). *Adolescent health and development: Realizing the potential*. World Health Organization.
- Hart, L. M., Morgan, A. J., Rossetto, A., Kelly, C. M., Mackinnon, A., & Jorm, A. F. (2018). Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of “teen Mental Health First Aid.” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 638–651.
<https://doi.org/10.1177/0004867417753552>
- Rosner, B. (2015). *Fundamentals of biostatistics* (8th ed.). Cengage Learning.
- Selkie, E. M., Benson, M., & Moreno, M. (2011). Adolescents’ views regarding uses of social networking websites and text messaging for adolescent sexual health education. *American Journal of Health Education*, 42(4), 205–212.
<https://doi.org/10.1080/19325037.2011.10599276>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tonsing, K. N. (2018). A review of mental health literacy in adolescents. *International Journal of Mental Health*, 47(1), 3–22. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1416267>
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- World Health Organization. (1995). *Constitution of the World Health Organization*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2022). *Depressive disorders: Global health estimates*. WHO.