

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

จุฑามาศ แก้วจันดี¹

กฤษฎารัตน์ สีหาสูง^{2*}

วาริ นันทสิงห์³

(วันรับบทความ 18 มีนาคม 2567, วันแก้ไขบทความ 18 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ 24 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษา 2 อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองจากแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ใช้ Paired t-Test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มนักเรียนหรือวัยรุ่นกลุ่มอื่นในพื้นที่อื่นๆ

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

² อาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

³ อาจารย์สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: l.krissadarut@gmail.com

Research article

The Effects of Mental Health Promotion Model among Senior High School Students

Chuthamat Keawchandee¹

Krissadarut Leekhaosong^{2*}

Waree Nantasing³

(Received: March 18 2024; Revised: April 18 2024; Accepted: April 24 2024)

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study effectiveness of the mental health promotion model among senior high school students. The sample group is high school students studying in Secondary 5 (S5), academic year 2023, Semester 2, Mueang District, Sisaket Province. There were 80 people, divided into an experimental group of 40 people and a control group of 40 people. The tools used in this implementation were the mental health promotion model among senior high school students. The study spanned 12 weeks between October to December 2023. Data were collected before and after the experiment from the questionnaire gathering information on demographic characteristics, assessment form, screening form for depression in teenagers form, and mental health literacy assessment form. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-tests. Prior to the educational intervention program, no significant differences were observed between the experimental and control groups. After the experiment, the experimental group had depression values in teenagers, significantly lower than the control group at statistical significance at $p\text{-value} < 0.05$. And mental health literacy higher than the control group at statistical significance at $p\text{-value} < 0.05$. Therefore, the mental health promotion model among senior high school students this can be applied in organizing activities with other groups of students or teenagers in other areas.

Keywords: the mental health promotion model, senior high school students, depression in teenagers

¹ Assistant Professor in Department of Community Health, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University

² Lecturer in Department of Sports Science, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University

³ Lecturer in Department of Community Health, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University

* Corresponding Author Email: l.krissadarut@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพจิตเป็นสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของคนที่เผชิญความท้าทายในการทำความเข้าใจปรับตัว แก้ไขปัญหาในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาใหญ่ของเยาวชนทั่วโลกเพราะส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสภาวะอารมณ์ที่หดหู่และปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีโอกาสเกิดได้บ่อยในเด็กและเยาวชนที่มีอายุ ระหว่าง 10-18 ปี นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับสองของโลก¹ สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นทั่วโลก และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา รวมถึงนำไปสู่การฆ่าตัวตาย²

องค์การอนามัยโลกพบว่าหนึ่งในสี่ของคนทั่วโลกเคยประสบกับความผิดปกติทางจิต ช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ในปัจจุบันคนไทยเป็นโรคทางจิตเวชสูงถึง 2.6 ล้านคน³ โดยมีเด็กและเยาวชนไทยเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตอันดับที่ 3 ตามหลังกลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม เด็กและวัยรุ่นก็เป็นกลุ่มที่เราจะต้องให้ความสำคัญให้ตั้งหลักได้ เพราะนอกจากพวกเขาจะต้องจัดการอารมณ์ความรู้สึกเมื่อเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วแล้ว วัยรุ่นยังเป็นที่เติบโตมาเป็นกำลังสำคัญของสังคมที่มาแก้ไขและพัฒนาสังคมอีกด้วย ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 2,692 ราย พบว่า วัยรุ่น ร้อยละ 50.2 รู้สึกหดหู่ เศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ ร้อยละ 70.0 รู้สึกเบื่อหรือทำอะไรไม่สนุก ไม่เพลิดเพลิน และ 1 ใน 4 เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย⁴ ข้อมูลนี้ สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ปี 2564 ที่ระบุว่า 5 อันดับปัญหาที่พบบ่อย คือ ความเครียด หรือความวิตกกังวล ปัญหาจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว และยังพบอัตราป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย (อายุ 10-19 ปี) สูงถึง ร้อยละ 18.0 คิดเป็นจำนวนประมาณ 1 ล้านคน โดยปัญหานี้มีต้นตอที่ทำให้วัยรุ่นแบกรับความเครียด กดดัน วิตกกังวล จนถึงป่วยเป็นโรคซึมเศร่านั้น เกี่ยวข้องกับปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัวและความรัก ปัญหาจิตเภท ซึ่งปัญหาทั้งหมดมีผลกระทบต่อตัวตนและคุณค่าที่วัยรุ่นให้ตัวเองทั้งสิ้น และกระตุ้นความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตาย ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกวัน⁵ ทั้งนี้ยังพบอัตราการฆ่าตัวตายระหว่างปี 2559 – 2560 ในไทยนั้นมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร่าร้อยละ 50 คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์กว่า 400 ล้านบาท โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 5.33 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2561⁶ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำในเด็กวัยเรียนและเป็นงานวิจัยที่ทดลองด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ในรูปแบบของการบำบัดเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังขาดกิจกรรมในส่วนการป้องกัน เช่น การให้ความรู้และ/หรือการส่งเสริมกิจกรรมตามความสนใจเป็นต้น การสนับสนุนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กนักเรียนมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมสำหรับเด็กยังมีน้อย ความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียน เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ นักวิชาการในโรงเรียนหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านการพัฒนาคุณภาพนักเรียนอาจใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพจิตนี้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการจัดหลักสูตรอบรมการจัดกิจกรรมหรือชั้นเรียนสำหรับการส่งเสริมทักษะความรอบรู้สุขภาพจิตให้กับนักเรียนเพราะความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง เมื่อนักเรียนมีความรอบรู้สุขภาพจิตก็จะมี ความตระหนักรู้ ความเจ็บป่วย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อาการเบื้องต้นที่ต้องแสวงหาหนทางสำหรับ

ขอรับความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมป้องกันและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับความผิดปกติทางจิตใจด้วยตนเองภายใต้กระบวนการทางสุขภาพจิตที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความแข็งแรงและภูมิคุ้มกันในจิตใจของวัยรุ่นให้สามารถรับมือกับภาวะสุขภาพจิตในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

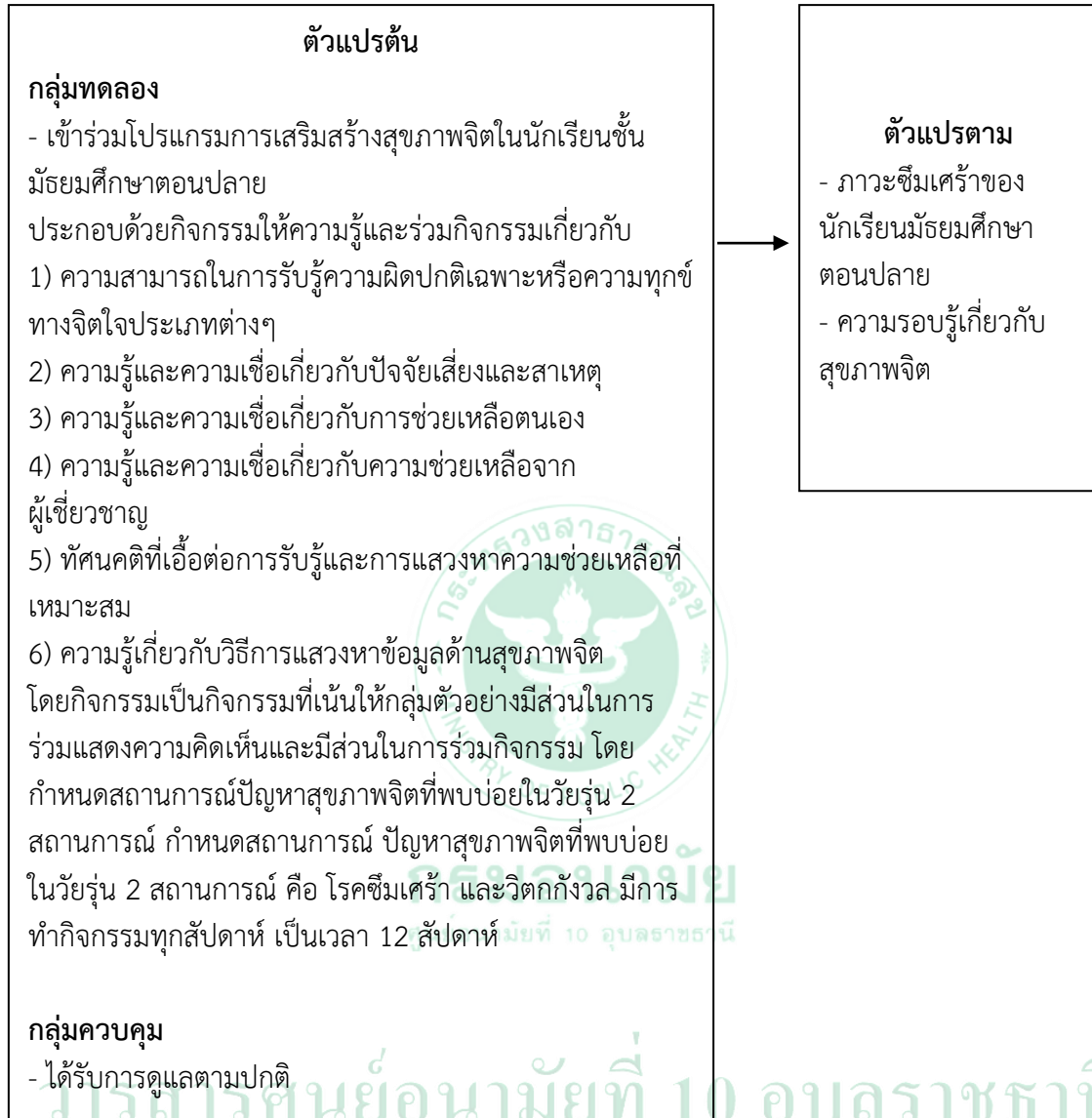
3. สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

3. ผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีแบบแผนการทดลอง โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pre-Test-Post Test Statistic Group Comparison Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักเรียนเพศชายและหญิงอายุ 16-18 ปีที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 606 คน⁷

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษา 2 อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random

Sampling) โดยการจับฉลาก จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน

5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Polit and Beck (2008) ⁸ อาศัยอำนาจการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอิทธิพล (d) เท่ากับ .80 จากการเปิดตารางสำเร็จรูป จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 32 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจึงเท่ากับ 40 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการวิจัย ไม่มีภาวะทางจิตที่ต้องรับยา และไม่ย้ายสถานศึกษาระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อเลือกระดับชั้นเรียน โดยได้เป็นนักเรียนเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษา 2 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อเลือกระดับชั้นเรียนได้แล้ว จากนั้นทำการจับฉลากเพื่อเลือกห้องเรียน เมื่อได้ห้องเรียนแล้ว ทำการจับฉลากเพื่อให้ได้ตัวอย่าง จากนั้นแจกแบบสอบถามจนได้กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยรอรับและตรวจสอบความครบถ้วน

5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ ผลการเรียน สถานภาพผู้ปกครอง และการพักอาศัยของนักเรียน

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale: CES-D) จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์วิจัยด้านความระบาดวิทยา (Center for epidemiologic studies) ประเทศสหรัฐอเมริกาแปลเป็นฉบับภาษาไทย ⁹ เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ ดังนี้

คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพจิต ¹⁰ โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ กำหนดสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล ในส่วนท้ายของสถานการณ์จะเป็นการสอบถามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็น ต่อไปนี้

การจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต (2 ข้อ)

การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต (10 ข้อ)

การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (9 ข้อ)

ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (11 ข้อ)

การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (9 ข้อ)

ใช้วิธีการตอบแบบสองตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” กำหนดการให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม ทั้งฉบับเท่ากับ 42 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-24 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับต่ำ
คะแนนร้อยละ 60-79 (25-33 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80-100 (34-42 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy)¹⁰ เพื่อใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโดยมีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ
- 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ
- 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง
- 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
- 5) ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม
- 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

โดยบุคคลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้นต้องอาศัยกระบวนการ อยู่ 4 กระบวนการ ได้แก่ 1. การเข้าถึง (Access) 2. เข้าใจ (Understand) 3. ประเมินผล (Appraise) และ 4. นำไปใช้ (Apply)¹¹ โดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 12 ครั้งๆ ละ 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการร่วมแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมกิจกรรม โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ กำหนดสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล มีการทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566 คิดเป็นเวลา 18 ชั่วโมง และมีใบงานให้ผู้ร่วมวิจัยทำที่บ้านวันละ 30 นาที คิดเป็น 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมจำนวนใบงานการบ้าน 11 สัปดาห์ คิดเป็น 33 ชั่วโมง รวมระยะเวลาทั้งหมด 51 ชั่วโมง

5.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.94 แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไป ทดลองใช้ (Try-Out) และไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาวิจัย และแบบสอบถามทั้งฉบับ หากหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

5.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.7.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดเพื่อขออนุญาตทดลองใช้ (Try out) เครื่องมือวิจัยและลงพื้นที่เก็บข้อมูล หลังจากนั้นเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักการขั้นตอน กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการวิจัย

5.7.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนศรีสะเกษวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยและลงพื้นที่เก็บข้อมูล หลังจากนั้นเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักการขั้นตอน กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการวิจัย

5.7.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แจ้งอาจารย์ประจำชั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สร้างกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นขอไลน์ไอดี (Line ID) ของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อจะสามารถเข้าถึงการประชุมออนไลน์ที่จะดำเนินการผ่านห้องเรียน และมีการสร้างห้องเรียนออนไลน์ (Line group) ได้ โดยมีการกำหนดหนึ่งคนต่อหนึ่งไอดีไลน์

5.7.4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทางห้องเรียน และพบผู้ปกครองผ่านช่องทางออนไลน์ (Line group) เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้กลุ่มตัวอย่างตอบรับในการเข้าร่วมโครงการ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) แบบออนไลน์ผ่านการเชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ (Link) “google from”

5.7.5 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างทางห้องเรียนออนไลน์ ออนไลน์ (Line group) เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม ขอความร่วมมืออนุญาตให้บุตรหลานในการทำวิจัย และชี้แจงแนะนำตนเอง ชี้แจงความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ทั้งนี้ได้มีการแจ้งเพิ่มเติมสำหรับการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการสมัครใจด้วยตนเอง และหากระหว่างดำเนินการกิจกรรมได้มีการถอนตัวจากวิจัยในครั้งนี้อะไรก็ตาม ผลใดๆ ต่อการเรียนรู้ คณะสอน หรือการดูแลของทางโรงเรียน และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ถอนตัวไปแล้วหากต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ทีมผู้วิจัยยินดีให้บริการช่วยเหลือด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ จากนั้นให้ผู้ปกครองตอบรับ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Assent form) แบบออนไลน์ผ่านการเชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ (Link) “google from”

1) กลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลอง (Pre-test) และได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีจำนวน 12 ครั้งๆ ละ 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการร่วมแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรม โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ กำหนดสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ

โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล มีการกำหนดทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ คิดเป็นเวลา 18 ชั่วโมง และมีใบงานให้ผู้ร่วมวิจัยทำที่บ้านวันละ 30 นาที คิดเป็น 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมจำนวนใบงาน การบ้าน 11 สัปดาห์ คิดเป็น 33 ชั่วโมง รวมระยะเวลาทั้งหมด 51 ชั่วโมง ผู้วิจัยกำกับติดตามโดยการ สนทนาผ่านการโทรศัพท์ (Call) ติดตามการส่งการบ้าน (Assignments) ทางห้องเรียนออนไลน์ (Line group) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจะมีการประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังการทดลอง (Post-test)

2) กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ได้รับการศึกษาและดำเนินชีวิตตามปกติ ลงบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ในการทำกิจกรรมครั้งแรกจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลอง (Pre-test) และครั้งที่ 2 ใน สัปดาห์ที่ 12 จะมีการประเมิน ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากเสร็จสิ้นจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพตามความสนใจ

5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Ver.22 โดย

5.8.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และตรวจสอบการกระจายข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

5.8.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-Test

5.8.3 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน ปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการ เสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t – test

6.การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ได้รับการพิจารณารับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.2566-011 วันที่รับรอง 2 มีนาคม 2566

7. ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ โดยแบ่งการนำเสนอแต่ละตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ผลการเรียน สถานภาพผู้ปกครอง การพักอาศัยของ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	40.0	16	40.0
หญิง	24	60.0	24	60.0
ผลการเรียน				
<2.51	10	25.0	10	25.0
2.51-3.00	8	20.0	7	17.5
3.01-3.50	12	30.0	13	32.5
3.51 ขึ้นไป	10	25.0	10	25.0
Mean; S.D.	3.28; 0.33		3.34; 0.32	
สถานภาพผู้ปกครอง				
สมรส	23	57.5	24	60.0
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	17	42.5	16	40.0
การพักอาศัยของนักเรียน				
พักอาศัยกับพ่อแม่	11	27.5	11	27.5
พักอาศัยกับพ่อหรือแม่	9	22.5	9	22.5
พักอาศัยกับปู่ย่าหรือตายาย	7	17.5	6	15.0
พักอาศัยกับญาติ	5	12.5	6	15.0
พักอาศัยกับเพื่อน	3	7.5	3	7.5
พักอาศัยกับพี่น้อง	3	7.5	3	7.5
พักอาศัยคนเดียว	2	5.0	2	5.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 48 คน ร้อยละ 60.0 โดยในกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 ผลการเรียนเฉลี่ย 3.28 ปี (S.D. = 0.33) ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.5 นักเรียนพักอาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 27.5 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 ผลการเรียนเฉลี่ย 3.34 ปี (S.D. = 0.32) ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 นักเรียนพักอาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 27.5

ส่วนที่ 2 เสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=80 คน)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ			
คะแนนภาวะซึมเศร้า									
กลุ่มทดลอง	40.36	7.71	สูง	36.49	5.52	สูง	2.03	.031*	1.15-4.01
กลุ่มควบคุม	40.40	7.52	สูง	39.53	6.95	สูง	1.09	.915	0.57-3.61
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต									
กลุ่มทดลอง	26.55	5.62	ปานกลาง	37.12	3.22	สูง	4.32	.003*	2.89-5.67
กลุ่มควบคุม	26.75	5.55	ปานกลาง	27.75	3.67	ปานกลาง	0.11	.823	0.68-3.32

*หมายถึง กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ P-value <0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในระดับสูง (Mean=40.36; S.D.=7.71) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 26.56; S.D.=5.62) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในระดับสูง (Mean=36.49; S.D.=5.52) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง (Mean= 37.32; S.D.=3.22) โดยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.031, .003 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 เสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=80)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=40)			กลุ่มควบคุม (n=40)			$\bar{d}$	t	P-value	95%CI
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ				
คะแนนภาวะซึมเศร้า										
ก่อนทดลอง	40.36	7.71	สูง	40.40	7.52	สูง	-0.04	-0.98	.881	0.62-3.88
หลังทดลอง	36.49	5.52	สูง	39.53	6.95	สูง	-3.04	-2.45	.025*	1.24-4.23
คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต										
ก่อนทดลอง	26.55	5.62	ปานกลาง	26.75	5.55	ปานกลาง	-0.20	-0.81	.843	0.55-3.63
หลังทดลอง	37.12	3.22	สูง	27.75	3.67	ปานกลาง	9.37	4.32	.004*	1.98-4.86

*หมายถึง กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ P-value <0.05

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วม

โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในระดับสูง (Mean=36.49; S.D.=5.52) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 (P-value =.025) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง (Mean= 37.32; S.D.=3.22) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.004)

8. สรุปและอภิปรายผล

8.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สรุปผล พบว่า

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.031, .003 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน และผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.025, .004 ตามลำดับ)

8.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

จากผลการทดลองจะเห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เนื้อหาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 12 ครั้ง กิจกรรมเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของจอมและคณะ¹⁰ โดยใช้กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ เข้าถึง เข้าใจ ประเมินตนเอง และปรับใช้บอกต่อ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ 1 และ 2 สะท้อนถึงประสิทธิผล (Effectiveness) ของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มพูนความรู้ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ และส่งเสริมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการขอความช่วยเหลือ จะเพิ่มกระบวนการรับรู้และอารมณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของวัยรุ่น ทำให้ได้รับการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ก่อนจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปมากกว่าเดิม¹² ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (Mean=36.49; S.D.=5.52) ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean=40.36; S.D.=7.71) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mean= 37.32; S.D.=3.22) สูงวก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean= 26.56; S.D.=5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 จะเห็นได้ว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับการความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต จะทำให้ได้รับการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ก่อนจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปมากกว่าเดิมซึ่งทำให้นักเรียนสามารถจัดการภาวะซึมเศร้าของตัวเองได้เบื้องต้น

และจากผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ 3 สะท้อนถึงประสิทธิผล (Effectiveness) ของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษา การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ และส่งเสริมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการขอความช่วยเหลือ จะเพิ่มกระบวนการรับรู้และอารมณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของวัยรุ่น ทำให้ได้รับการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ก่อนจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปมากกว่าเดิม¹² และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ของกลุ่มทดลอง (1 = -3.87, SD = 10.41) กับกลุ่มควบคุม (2= 1.13, SD = 8.73) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.02, P-value <.05)¹³ จากการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพทำให้ภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงได้มากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสามารถเข้าไปลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษา

1) การนำโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ไปใช้จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอนของกิจกรรมคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมให้กับ บุคลากรที่มสุขภาพหรือครูที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างถูกต้อง

2) สามารถเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการพัฒนาต่อยอดในการศึกษาด้านวิจัยในนักเรียนระดับชั้นอื่นๆ โดยสามารถใช้เป็นตัวอย่างในการดูแลด้านอารมณ์ โดยมุ่งเน้นให้ป้องกันภาวะซึมเศร้า อันจะนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขตามวัย

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงคุณภาพในบริบทเชิงสังคมเชิงวัฒนธรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

10. เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Population and Social Research, Mahidol University. Thai general health 2020. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2020.
2. World Health Organization. Fact sheet: depression [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. พชร บอนคำ. วิจัยชี้จิตเวชยังพบช่องว่างของการเข้าถึงบริการ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/38395>
4. พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรารณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสิน, สาวิตรี อัมมวาท์กรชัย และ คณะทำงานสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2559.
5. กรมสุขภาพจิต. 5 อันดับปัญหาเด็กไทย. ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29898>
6. กรมสุขภาพจิต. ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะนำรอบข้างรับฟังอย่างเข้าใจ. ข่าวกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560
7. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 28. ข้อมูลจำนวนนักเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://skw.ac.th/school-list>
8. Polit, D.F., & Beck, C.T. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 796; 2008.
9. สุทธิดา พลพิพัฒน์พงศ์ ส, นุจรี ไชยมงคล และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26(1) : 40-49.

10. Jorm, A.F. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. American Psychologist; 2012; 67(3): 231–243.
11. World Health Organization. Orientation programme on adolescent health-care providers: Handout for module an introduction [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 18]. Available from: http://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42868/9241591269_Handout_eng.pdf
12. Sarah, E., Newcomb, A., Erin, T., & Andrea, L. A person-centered analysis of risk factors that compromise wellbeing in emerging adulthood. Journal of youth and adolescence; 2017; 40(4): 867-883.
13. วรลักษณ์ อินทร์เดช, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารพุทธจิตวิทยา 2566; 6(3): 480-490.



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal