



รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อ  
พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย-เวียดนาม  
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ: การสังเคราะห์เมตาและโมเดลเชิงสาเหตุ  
(The Causal Model of Mental Health Literacy on Helping Behaviors for  
People at Risk of Depression among Thai and Vietnamese Students in  
Health Science: A Meta-Analysis and Causal Model Analysis)

### คณะผู้วิจัย

ผศ.ดร.อัญชลี จันทร์เสมอ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ผศ.ดร.สุดารัตน์ ตันติวิวัฒน์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ผศ.ดร.พิชชาดา ประสิทธิ์โชค สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ดร.กฤตติพัฒน์ ชื่นพิทยาวุฒิ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ดร.ชาริน สุวรรณวงศ์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
Mr.Le Dao Anh Khuong Faculty of Psychology, University of Social Science  
and Humanities (USSH), Vietnam  
Dr.Le Thi Mai Lien Faculty of Psychology, USSH, Vietnam

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินรายได้ คณะมนุษยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประจำปี 2566

## คำนำ

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ: การสังเคราะห์เมตาและโมเดลเชิงสาเหตุ” เกิดจุดประกายเริ่มต้นมาจากการที่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้มีโครงการสร้างความร่วมมือทางวิชาการร่วมกับมหาวิทยาลัยในภูมิภาคอาเซียน และ University of Social Science and Humanities (USSH), Vietnam เป็นมหาวิทยาลัยหนึ่ง ที่มีการดำเนินกิจกรรมความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ทาง คณะมนุษยศาสตร์ และ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ได้เห็นโอกาสนี้ จึงได้เจรจาความร่วมมือกับ คณะจิตวิทยาของ University of Social Science and Humanities (USSH), Vietnam มาร่วมกันทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่ การออกแบบการวิจัย การหาทุนวิจัย การดำเนินการเก็บข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมหาวิทยาลัย วิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการวิจัยและร่วมเขียนบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยที่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เปิดโอกาสให้ได้รับการเจรจาความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะมนุษยศาสตร์ มศว ได้รับความอนุเคราะห์จากคณาบดีคณะที่เกี่ยวข้องที่อนุเคราะห์ให้นักศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการวิจัยและตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วน คณะวิจัยจึงเรียนมาเพื่อขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

คณะวิจัย

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	
Abstract	
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	1
2. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	6
3. คำถามการวิจัย	6
4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
5. ขอบเขตของโครงการวิจัย	7
6. นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	10
ตอนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: ความหมายและการวัด	10
ตอนที่ 2 พฤติกรรมการช่วยเหลือ: ความหมายและการวัด	12
ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม	15
ตอนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือ	17
ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย สมมติฐานการวิจัย และนิยามเชิงปฏิบัติการ	19
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย	22
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	24
การศึกษาระยะที่ 1 การวิจัยเชิงสังเคราะห์โดยการวิเคราะห์เมตา (Meta-Analysis) เพื่อศึกษาองค์ความรู้และค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัย	24
การศึกษาระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบและพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิง สาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ	26
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	31
ตอนที่ 1 ผลการวิจัยเชิงสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา	31
ตอนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดและตรวจสอบ โมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรม การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยในสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ	39
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างนักศึกษา ไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์	44

## สารบัญ - ต่อ-

	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	59
สรุปผลการวิจัย	59
อภิปรายผล	61
ข้อเสนอแนะ	64
เอกสารอ้างอิง	65
ภาคผนวก	75
- แบบสอบถาม	75
- Metal Health Literacy Scales version English	81
- Validity of Mental Health Literacy Scales	85
- Manuscript in reviewing process	89

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 คุณลักษณะงานวิจัย	33
ตาราง 2 ค่าอิทธิพลรวมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	35
ตาราง 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ	40
ตาราง 4 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพฤติกรรมการช่วยเหลือ	42
ตาราง 5 ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปร	43
ตาราง 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	44
ตาราง 7 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ ของตัวแปรสังเกตในกลุ่มรวม	46
ตาราง 8 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกตใน กลุ่มนักศึกษาไทย (N=211คน)	48
ตาราง 9 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ ของตัวแปรสังเกตในกลุ่มนักศึกษา เวียดนาม (N = 211 คน)	50
ตาราง 10 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกต ในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มรวม	52
ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ( $\beta$ ) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในแบบจำลอง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการ ช่วยเหลือของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในกลุ่มรวม	53
ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์เชิง สาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ ระหว่าง นักศึกษาไทยกับเวียดนาม	54

## สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกของพฤติกรรม	17
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	19
ภาพประกอบ 3 PRISMA Flowchart	32
ภาพประกอบ 4 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การตีตราต่อการแสวงหาความช่วยเหลือและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	36
ภาพประกอบ 5 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การตีตราต่อความเจ็บป่วยทางจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	36
ภาพประกอบ 6 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	36
ภาพประกอบ 7 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	37
ภาพประกอบ 8 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความช่วยเหลือจากวิชาชีพสุขภาพจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	37
ภาพประกอบ 9 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	37
ภาพประกอบ 10 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างความใกล้ชิดกับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	38
ภาพประกอบ 11 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	38
ภาพประกอบ 12 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	38
ภาพประกอบ 13 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	39
ภาพประกอบ 14 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทางใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	39
ภาพประกอบ 15 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมความช่วยเหลือ	44
ภาพประกอบ 16 รูปแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของนักศึกษาไทย-เวียดนาม ในกลุ่มรวม	53
ภาพประกอบ 17 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม	58

## บทคัดย่อ

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มี  
ภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ:

การสังเคราะห์เมตาและโมเดลเชิงสาเหตุ

อัญชลี จันท์เสมอ<sup>1</sup>, อังคินันท์ อินทรกำแหง<sup>2</sup>, สุदारัตน์ ตันติวิวัฒน์<sup>2</sup>, พิษชาติา ประสิทธิ์โชค<sup>2</sup>

กฤตติพัฒน์ ชื่นพิทยาวุฒิ<sup>2</sup>, ชาริน สุวรรณวงศ์<sup>2</sup>, Le Dao Anh Khuong<sup>3</sup>, Le Thi Mai Lien<sup>3</sup>

<sup>1</sup> คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup> สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร

<sup>3</sup> Faculty of Psychology, University of Social Science and Humanities (USSH), Vietnam

**บทนำ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสามารถช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าได้ เนื่องจากสถิติความชุกโรคซึมเศร้าของประชากรไทยคิดเป็น 5% ในขณะที่นิตแพทย์ใน Hanoi สูงถึง 15.2% ซึ่งสูงกว่าประชากรโลก 4.4% โดยมี **วัตถุประสงค์** เพื่อสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและเปรียบเทียบปัจจัยในโมเดลเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนาม **วิธีดำเนินการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบ Multi-Methods หลายระยะ ที่ดำเนินการช่วง เมษายน - ตุลาคม 2566 ระยะที่ 1 เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยเมตา จำนวน 21 เรื่องผ่านเกณฑ์ PRISMA ส่วนงานวิจัยระยะที่ 2-3 เป็นงานวิจัยภาคตัดขวาง โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาไทยและเวียดนามที่ขึ้นคลินิก และกำลังเรียนในคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะจิตวิทยา และคณะกายภาพบำบัดรวม 211 คนต่อประเทศ รวมทั้งสิ้น 422 คนจากประเทศละ 211 คนรวม 422 คน ได้มาจาก Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่วัดตัวแปร 5 ฉบับ ที่มีอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .24-.83 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค .74-.86 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอิสระ **ผลวิจัย** 1) ผลการสังเคราะห์พบปัจจัยส่วนใหญ่มีอิทธิพล (ค่า  $r$ ) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางคือช่วง 0.31 -0.50 เช่น การรับรู้ความสามารถ การสนับสนุนทางสังคม เจตคติ เป็นต้น 2) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตมี 15 ข้อและพฤติกรรมการช่วยเหลือมี 17 ข้อมีคุณภาพสูงด้วยค่าความเชื่อมั่น 0.84-0.86 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .24-.79 3) นักศึกษาไทยและเวียดนามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (80.6, 73.5%) อายุ 22 ปี (45.0, 30.3%) ศึกษาคณะจิตวิทยา (29.4, 23.7%) ศึกษาปีที่ 3 (52.1, 59.7%) อาศัยอยู่กับครอบครัว (53.6, 49.3%) และสุขภาพจิตปกติดี (68.2, 67.3%) 4) ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าได้รับอิทธิพลทางตรงระดับสูงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (ค่าอิทธิพล = .91) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ค่าอิทธิพล = .18) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ (ค่าอิทธิพล = .29) และการสนับสนุนทางสังคม (ค่าอิทธิพล = .77) โดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยทั้งหมดร่วมกันทำนายพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 83 และ 3) เมื่อเปรียบเทียบค่าอิทธิพลพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาเวียดนามสูงกว่า นักศึกษาไทย (ค่าอิทธิพล .46, .27 ตามลำดับ,  $p < .05$ ) และเจตคติที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต ของนักศึกษาไทยสูงกว่า นักศึกษาเวียดนาม (ค่าอิทธิพล .17, .01 ตามลำดับ,  $p < .05$ ) สรุปโมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าระหว่างนักศึกษาไทย และเวียดนาม พบว่าไม่แตกต่างกันและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะความรู้ด้านสุขภาพจิต

**Keyword:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมการช่วยเหลือ สุขภาพจิต โรคซึมเศร้า การศึกษา

## Abstract

### **The Causal Model of Mental Health Literacy on Helping Behaviors for People at Risk of Depression among Thai and Vietnamese Students in Health Science: A Meta-Analysis and Causal Model Analysis**

Anchalee Jansem<sup>1</sup>, Ungsinun Intarakamhang<sup>2</sup>, Sudarat Tuntivivat<sup>2</sup>, Pitchada Prasittichok<sup>2</sup>

Krittapat Chuenphitthayavut<sup>2</sup>, Charin Suwanwong<sup>2</sup>, Le Dao Anh Khuong<sup>3</sup>, Le Thi Mai Lien<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand

<sup>3</sup> Chantarubeksa Hospital, Royal Thai Air Force, Nakhon Pathom, Thailand

**Correspondent Author:** Ungsinun Intarakamhang **Email:** [ungsinun@gmail.com](mailto:ungsinun@gmail.com)

**Background:** Mental Health Literacy (MHL) can help individuals develop supportive helping behaviors (HB) for those at risk for depression. This is because the prevalence of depression in the Thai population is 5%, while medical students in Hanoi are as high as 15.2%, which is 4.4% higher than the world population. **Objective:** To research synthesis, to develop an MHL and helping Behavior (HB) scale and compare a causal relationship model of HB. **Methods:** Multi-methods were conducted in April-October 2023, designed with 3 phases that phase1: synthesis 21 research papers published in 2019-2023, selected by PRISMA, Phase 2-3: Cross-sectional studied among 211 Thai health science students through stratified random sampling. The development process and quality assessment of the measures revealed five components with Cronbach's alpha of .74-.86 and item-total correlations of 0.24-.83. Data were analyzed by utilized LISREL version 8.72. **Results:** 1) 1) Synthesis results found Most factors had a moderate influence (r) on MHL in the range of 0.31 -0.50, such as perception of ability, social support, attitude, etc. 2) 2) MHL measure has 15 items and HB scales had 17 items with reliability of 0.84-0.86 and factor loadings of .24-.79. 3) Most Thai and Vietnamese students are female (80.6, 73.5%), 22 years old (45.0, 30.3%), studying in the Faculty of Psychology (29.4, 23.7%), 3rd year of study (52.1, 59.7%), living with family (53.6, 49.3%), and having good mental health (68.2, 67.3%), results of the causal relationship model estimation demonstrated a significant positive direct influence of MHL on HB that MHL could predict HB by 67.00%. 4) HB was directly influenced by MHL (effect size = .91) and indirectly influenced by self-efficacy (effect size =.18). Good attitude towards HB (effect size =.29) and social support (effect size =.77) through MHL. And all factors together predicted 83% HB for people at risk for depression. 5) Model comparison found that social support had a higher influence on Vietnamese students' than Thai students (effect size =.46, .27, respectively, p<.05), and attitude had an influence on MHL. of Thai students is higher Vietnamese students (effect size =.17, .01 respectively, p<.05) **Conclusion:** The causal model of HB for people at risk for depression between Thai and Vietnamese students found that there was no difference and that MHL had a high influence on HB for people at risk for depression. Therefore, students should be encouraged to have MHL skills.

**Keywords:** Mental Health Literacy, Helping Behavior, Metal Health, Depression, Education,



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

อัตราการป่วยทางจิตใจของประชากรทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นและในจำนวนนี้หลายประเทศพบว่า มีน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่เข้ารับการรักษา ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพได้มีการจัดเรียงตั้งแต่ระดับปกติจนถึงรุนแรงได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล โรครจิตเภท และโรคอารมณ์สองขั้ว (Mind, 2018) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) ได้ชี้ให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2573 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุนำอันดับแรกของภาวะโรคทั่วโลก ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงเห็นความสำคัญกับแนวโน้มอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคซึมเศร้า อาการของภาวะซึมเศร้านั้นสามารถส่งผลกระทบต่อทุกคนและแพร่สู่สังคมได้ (World Federation for Mental Health, 2012) นอกจากนี้ Bromet et al. (2011) ได้ศึกษาทางระบาดวิทยาของประชาชน 89,037 คน จาก 18 ประเทศ โดยเก็บข้อมูลด้วยการประเมินตนเอง และพบว่า อัตราความชุกใน 1 ปีของโรคซึมเศร้ารุนแรงเท่ากับ 5.5% ในขณะที่ผลการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lim et al. (2018) ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่ถูกศึกษาในงานวิจัยตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2557 รวมทั้งสิ้น 1,112,573 คน คำนวณอัตราความชุกใน 1 ปีของภาวะซึมเศร้าได้ 7.2% และสูงมากในเพศหญิง (14.4%) และกลุ่มประเทศที่มีดัชนีการพัฒนามนุษย์ระดับปานกลาง (29.2%) จากงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เมต้าของ Tran et al. (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกโรคซึมเศร้าระหว่างการระบาดของโรคโควิด พบว่ามีจำนวน 13 บทความ ประกอบด้วย กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่ศึกษาทั้งหมด 27,216 คน ผลการวิเคราะห์เมต้า พบว่า มีความชุกภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 14.6% และภาวะซึมเศร้าพบมากในกลุ่มผู้ทำงานด้านสุขภาพ (Health workers) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำงานด้านสุขภาพ และการศึกษาของ Pham et al. (2019) พบว่า นักศึกษาแพทย์ 494 คนที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการทำงานในโรงพยาบาล Hanoi Medical University มีผู้ตอบแบบสอบถามด้วยการประเมินตนเองกลับมาคิดเป็น 78.8% และพบว่า ในกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น 15.2% และคิดอยากฆ่าตัวตาย คิดเป็น 7.7% และภาวะซึมเศร้านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ภาระทางการเงิน (Perceived financial burden) การไม่มีกิจกรรมทางกาย (Physical inactivity) เป็นนักศึกษาในระดับชั้นปีสูง (Being senior student) การรับรู้ผลทางลบของการทำงานกะกลางคืน (Perceived negative influence of night shifts) และการขาดแรงจูงใจนำตนเอง (Non-self-determined motivation)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) รายงานว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ซึ่งมีจำนวน 322 ล้านคนหรือ 4.4% ของประชากรโลก และการสำรวจประชากรไทยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 5 หรือมากกว่า 3 ล้านคน (รวิพรรณิ พูลลาภ, 2560; อภิชัย มงคล, 2560) ซึ่งสูงกว่าในระดับโลก การรักษาภาวะซึมเศร้าที่ระบุในคู่มือโปรแกรมของ WHO ประกอบด้วย การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) การใช้ยาแก้เศร้า การบำบัดประสาท การรักษาจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล และการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา ซึ่งวิธี

สำคัญที่ช่วยผู้มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศตะวันตกได้แก่ การใช้สื่อใหม่ โปรแกรมช่วยเหลือทางอินเทอร์เน็ต (Andrews et al., 2011) และประชากรส่วนใหญ่ที่เสี่ยงโรคซึมเศร้านักมีอาการเครียด อารมณ์ไม่ดี ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีพฤติกรรมส่งผลเสียต่อสุขภาพ มีภาระหนัก เบื่อหน่าย ไม่กล้าแสดงออก เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมปัญหาและการป้องกันสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในชุมชน มีนักวิจัยทางสุขภาพจิตทั่วโลกให้ความสนใจในลักษณะรูปแบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคทางสุขภาพจิตในประชากรของประเทศกันมากขึ้น หลายการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy - MHL) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือและการเพิ่มพลังอำนาจให้ชุมชนได้กระทำการป้องกันสุขภาพจิตในชุมชนซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลและชุมชนได้ (Currier et al., 2018; Jorm, 2012; Kim et al., 2017; Rafal et al., 2018; Robert et al., 2011) และเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม (Chamberlain et al., 2012; Dang et al., 2018; Kutcher et al., 2015, 2016; Stansbury et al., 2013)

ประเด็นด้านสุขภาพจิตที่สำคัญประการหนึ่งคือ การที่บุคคลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา ด้านสุขภาพจิต ซึ่งการไม่ทราบถึงสาเหตุแท้จริงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตนั้นส่งผลให้เข้ารับการรักษาช้า และในบางรายที่ครอบครัวเพิกเฉยหรือไม่รับรู้ต่ออาการทางจิตของสมาชิกในครอบครัวยิ่งทำให้โอกาสเข้าถึงการรักษาน้อยลง ส่งผลให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตมีอาการรุนแรงมากขึ้น (Al-Khafaji et al., 2014; Golay et al., 2016) MHL ได้รับความสำคัญมากขึ้นโดย Jorm et al. (1997) ได้ให้ความหมายของ MHL ว่า เป็น “ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตซึ่งผ่านการตระหนักรู้ การจัดการหรือการป้องกัน” ซึ่งมีหลายด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการตระหนักรู้เกี่ยวกับความผิดปกติด้านจิตใจที่เฉพาะเจาะจง 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพจิต ในการประเมิน MHL ที่ใช้กันในช่วงแรก คือ การวัดโดยใช้การวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง (The Vignette interview) เป็นการวัด MHL ที่พัฒนาขึ้นโดย Jorm et al. (1997, 2005) มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์และมีข้อให้เลือกตอบ โดยในแบบสัมภาษณ์จะมีตัวอย่างของผู้ป่วยตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 และ DSM-IV โดยมีตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัยของโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) การประเมินรูปแบบนี้ค่อนข้างใช้เวลาและไม่มีการให้คะแนนที่เป็นระบบ ทั้งนี้ O'Connor et al. (2014) ได้สร้างแบบวัด The Mental Health Literacy Scale (MHLS) ซึ่งมีจำนวน 35 ข้อ เพื่อวัดระดับ MHL ของบุคคล ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการรู้จักโรคทางสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับแหล่งในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคหรือภาวะทางสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และเจตคติที่ดีต่อการรู้จักโรคหรือการมีพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดย แบบวัดดังกล่าวมีจำนวนข้อ 35 ข้อ และมีค่า

Cronbach's alpha เท่ากับ .873 นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแบบวัดขึ้นตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย เช่น แบบวัด “Public Perception of Mental Illness Questionnaire” ซึ่งมี 33 ข้อคำถาม ใช้สำหรับวัด MHL โดยแบ่งเป็นความเจ็บป่วยทางจิต 6 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต 6 ข้อ ทศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต 12 ข้อ และการจัดการปัญหาสุขภาพจิต 9 ข้อ (Poreddi et al., 2015)

ข้อสรุปของการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ การให้คำปรึกษา (91–94%) การฝึกผ่อนคลาย (86–94%) การออกกำลังกาย (85–92%) การนั่งสมาธิ (66–88%) การอาบแดด (62–81%) การนวด (59–75%) การให้บริการทางสุขภาพจิต (52–71%) วิตามิน (52–62%) การฝังเข็ม (31–45%) ยาคลายเศร้า (32–44%) การนอนหลับ (12–20%) ยารักษาอาการทางจิต (5–12%) ความคิดพฤติกรรมบำบัด (28–47%) หอผู้ป่วยจิตเวช (15–22%) ยาคลายกังวล (1–4%) (Jorm & Wright, 2007) มีงานวิจัยในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่ใช้การให้ความรู้เป็นวิธีการพัฒนา MHL ได้เช่นกัน โดยมีการพัฒนาโปรแกรมปฐมพยาบาลสุขภาพจิต Mental health first aid (MHFA) ที่เป็นโปรแกรมฝึกอบรม 2 วันสำหรับผู้ใหญ่ทั่วไปเพื่อช่วยผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น (Hadlaczky et al., 2014; Lo et al., 2018) โดยให้แนวทาง 5 ขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น มีขั้นตอนย่อได้ว่า ALGEE ดังนี้ 1) การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง (Assess risk of suicide or harm) 2) รับฟังอย่างไม่ตัดสิน (Listen non-judgmentally) 3) ให้ข้อมูลและความมั่นใจ (Give reassurance and information) 4) สนับสนุนให้รับบริการที่เหมาะสมทางสุขภาพจิต (Encourage person to get appropriate professional help) และ 5) สนับสนุนให้เกิดการพึ่งพาและช่วยเหลือตนเอง (Encourage self-help strategies) (Kitchener & Jorm, 2006, 2008) นอกจากนี้ จากการศึกษาวิเคราะห์เมตาโดย Bolier et al. (2013) ยังพบอีกว่า จิตวิทยาเชิงบวก (Psychology Intervention -PI) มีผลต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและ MHL ทั้งนี้การประยุกต์ PI ในการจัดการเรียนรู้ในชุมชนที่พัฒนาฝึกการมองโลกในแง่ดี และการคิดบวกต่ออนาคต

ดังนั้น จึงสามารถอธิบายได้ว่า PI เป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความตั้งใจลงมือทำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมเชิงบวก (Sin & Lyubomirsky, 2009) จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ PPI จำนวนมากพบว่า PI ถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาอารมณ์เชิงบวกและประสบการณ์ส่วนบุคคล อาทิเช่น ความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณ การมองโลกในแง่ดี ความสุขผ่านการใช้ PPI ที่เรียกว่ากิจกรรมเน้นจุดแข็ง (Emmons & McCullough, 2003; Watkins et al., 2003) ความพึงพอใจในชีวิต (Chan, 2013) การมองชีวิตปัจจุบันและการคาดหวังต่ออนาคตเชิงบวกรวมทั้งถูกนำมาใช้เพื่อลดปัญหาทางใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลด้วยเช่นกัน (Bolier et al., 2013) ตัวอย่างกิจกรรมที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย เช่น กิจกรรมสามสิ่งที่ดีในชีวิต (ผู้ร่วมกิจกรรมได้รับมอบหมายให้เขียนถึงสิ่งที่ดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวันมาสามอย่าง) กิจกรรมการพบปะเพื่อแสดงความขอบคุณ (ผู้ร่วมกิจกรรมได้รับมอบหมายให้เขียนจดหมายเพื่อแสดงความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณทุกวันเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์จากนั้นนำจดหมายไปมอบให้บุคคลที่เขาไม่เคยได้มีโอกาสได้แสดงความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณมากนักในชีวิต) และกิจกรรมการระบุจุดแข็ง (ผู้ร่วมกิจกรรมได้รับมอบหมายให้เลือกจุดแข็งที่เด่นชัดที่สุดมา 5 อย่างจากเว็บไซต์ [www.authentichappiness.org](http://www.authentichappiness.org) และใช้จุดแข็งอันนี้ให้บ่อยมากขึ้นในอาทิตย์ถัดมา) (Seligman et al., 2005) อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยเกี่ยวกับ PI

ส่วนใหญ่แล้วยังมุ่งเน้นไปที่ตัวแปรด้านความคิด อารมณ์เชิงบวกหรือลบแต่ยังขาดการศึกษาที่พบว่า PI นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่ยังพบได้ไม่มากนักโดยเฉพาะพฤติกรรมการช่วยเหลือ ตัวอย่างการศึกษาของ PI ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเช่น ผลการศึกษาของ Intarakamhang and Macaskill (2018) ที่ว่าปัจจัยเชิงสาเหตุด้านเชิงบวกอันประกอบด้วย ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตน การมองโลกในแง่ดีและความยืดหยุ่นทางใจมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ Emmons and McCullough (2003) และ Martinez-Marti et al. (2010) พบว่า ผู้ร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้สึกขาบซึ่งชอบคุณ มีแนวโน้มที่จะแสดงการสนับสนุนทางอารมณ์และมีสัมพันธภาพกับบุคคลที่ติกว่า จากผลการศึกษาข้างต้นจึงทำให้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า PI น่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการช่วยเหลือ และในปัจจุบันนี้ PI นั้นก็มีส่วนสำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งด้านบุคลิกภาพในสังคมยุคดิจิทัลที่สามารถปรับตัวและเรียนรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยีได้ ซึ่งสื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและได้รับความสนใจในปัจจุบัน

พฤติกรรมการช่วยเหลือ เป็นการกระทำที่ออกแบบมาเพื่อช่วยบุคคลอื่นที่มีปัญหาหรือบรรเทาทุกข์ของพวกเขา (Stukas & Clary, 2012) พฤติกรรมการช่วยเหลือสามารถสรุปเป็น 2 มิติ คือ 1) การให้ความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการ เป็นการทำเพื่อผู้อื่นและช่วยเหลือผู้อื่นในสิ่งเล็กๆน้อยๆทั่วไปและการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญ เป็นการช่วยเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว และ 2) การช่วยเหลือทางอารมณ์ เป็นการให้การดูแลและการสนับสนุนทางอารมณ์แก่บุคคลอื่น ๆ รวมถึงการช่วยเหลือทางจิตใจ เป็นการให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ที่มีปัญหาร้ายแรง (McGuire, 1994) พฤติกรรมการช่วยเหลือ มีความแตกต่างจากพฤติกรรมเอื้อสังคมที่รวมพฤติกรรมที่เป็นมิตรเข้าไว้ด้วย นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างจากพฤติกรรมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นโดยต้องมีแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นหลัก (Stukas & Clary, 2012) โดยทั่วไปมีสามทฤษฎีสำคัญที่พยายามอธิบายพฤติกรรมการช่วยเหลือ คือ ทฤษฎีวิวัฒนาการและพันธุกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และทฤษฎีทางจิตวิทยา โดยงานวิจัยในครั้งนี้จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการช่วยเหลือใน 4 มิติดังกล่าว เป็นการให้นักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในคณะทางด้านสุขภาพได้นำความรู้ด้านสุขภาพจิตมาทำการช่วยเหลือผู้อื่น โดยบทบาทสำคัญในฐานะนักศึกษาคือ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้มองเห็นประเด็นดังกล่าว เนื่องจากได้ไปสำรวจเบื้องต้น พบว่า มีผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น และนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาไปทำงานในสายวิชาชีพสุขภาพไม่สามารถให้ความช่วยเหลือด้านปัญหาสุขภาพจิตในเบื้องต้นได้ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องให้นักศึกษาเกิดความรู้ด้านสุขภาพจิต มาสู่การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นมีหลักฐานชัดเจน ทั้งประโยชน์ภายนอกและประโยชน์ภายใน ประโยชน์ภายใน เป็นการช่วยเหลือในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Healing depression) (Wright, 2013) โดยเฉพาะประโยชน์ภายนอกของพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้น มักจะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและปรับปรุงสัมพันธภาพทางสังคม (Barrett et al., 2002) มีหลักฐานชัดเจนว่า พฤติกรรมการช่วยเหลือสามารถเพิ่มความร่วมมือและการดูแลซึ่งกันและกันของบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน ผลประโยชน์ภายในของพฤติกรรมการช่วยเหลือมีทั้งในการบำบัดสุขภาพจิตและการบำบัดภาวะซึมเศร้า (Wright, 2013) การศึกษา

ของ Haroz et al. (2013) ยืนยันว่า พฤติกรรมการช่วยเหลือมีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ ผลการวิจัยระบุว่าพฤติกรรมเอื้อสังคมมีความเกี่ยวข้องในระดับมากกับการลดอาการวิตกกังวลในกลุ่มวัยรุ่นเช่นกัน Alarcón and Forbes (2017) พบว่า พฤติกรรมการช่วยเหลือช่วยลดการเกิดของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกัน หลายการศึกษาได้ตรวจสอบการเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมความช่วยเหลือกับอารมณ์เชิงลบ (Raposa, 2015) อารมณ์เชิงบวก (Dulin & Hill, 2003; Krueger et al., 2001) และความพึงพอใจในชีวิต (Steger and Kashdan, 2007) จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญสำหรับการป้องกันโรคซึมเศร้า

จึงนำมาสู่ข้อสรุปช่องว่างในการวิจัยของ MHL ทั่วโลกว่า มักเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางคลินิกในกลุ่มโรควิตกกังวลสูง (Currier et al., 2017, 2018; Furnham & Lousley, 2013) และส่วนใหญ่เป็นการศึกษา MHL ในโมเดลตามแบบทางตะวันตก จึงยังไม่พบการพัฒนาเครื่องมือวัด MHL ของคนไทย แต่พบการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) มีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิตที่ดี และลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคทางจิตเวชในประชากรไทย สำหรับการสำรวจระดับ HL โดยรัฐบาลเวียดนาม พบว่า ประชากรที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษาและรายได้ที่สูง จะมีระดับ HL ที่สูงเพียงพอด้วยเช่นกัน ในขณะที่ประเทศไทย มีการสำรวจครั้งแรกในปี พ.ศ. 2557 ในกลุ่มผู้ใหญ่เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 30,793 คน จาก 77 จังหวัดทั่วประเทศ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ พบว่า ผู้ใหญ่ไทยมีระดับ HL ที่ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 59.4 และการสำรวจในปี 2559 กับคนไทย 15,278 คนทุกจังหวัด พบว่า มีระดับ HL ที่ไม่เพียงพอร้อยละ 49 ซึ่งดีขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับระดับมี HL ของทั่วโลกพบว่า มีระดับ HL ต่ำในคนอเมริกันคิดเป็น 32.5% (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2015) ในบัลแกเรีย (62.1%) สเปน (58.3%) ออสเตรีย (56.4%) เยอรมัน (46.3%) กรีซ (44.8%) โปแลนด์ (44.6%) ไอร์แลนด์ (40%) และเนเธอร์แลนด์ (28.7%) (Sorenson et al., 2012) ในปัจจุบัน จึงยังไม่พบการรวบรวมองค์ความรู้งานวิจัยที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในบริบทของการช่วยเหลือผู้อื่น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยต้องการทบทวนองค์ความรู้ที่ได้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในบริบทของการช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งเมื่อได้ปัจจัยหรือตัวแปรที่สำคัญแล้ว จะนำมาซึ่งการสร้างโมเดลเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือ ไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมช่วยเหลือ อันเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการศึกษาความรอบรู้สุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงให้ความสนใจในการศึกษาบริบทในประเทศไทยและเวียดนามที่นำไปสู่โมเดลในการสร้างเครือข่ายสุขภาพดีในอนาคตของคนไทยและเวียดนาม และสาเหตุที่มุ่งเน้นบริบทของประเทศไทยและประเทศเวียดนาม เป็นเพราะว่าอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า รวมทั้งโรคทางจิตเวชอื่น ๆ พบสูงขึ้นในประเทศดังกล่าว (Kongsuk et al., 2017; Tran et al., 2022) ซึ่งทั้งสองประเทศจะได้มีเครื่องมือวัดที่ได้มาตรฐานและโมเดลการวิจัยที่เป็นเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการวัดระดับ MHL และพฤติกรรมการช่วยเหลือ และเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดด้านการยอมรับ

และผูกพัน (Acceptance and commitment therapy form -ACT) ซึ่งเป็นกระบวนการที่คนใหม่ของการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในศตวรรษที่ 21 ทั้งนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพและนิสิตด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพนับเป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการยอมรับจากสังคม จึงควรเป็นบุคคลต้นแบบ (Role model) ของผู้มีสุขภาพจิตที่ดีสามารถช่วยเหลือเพื่อเยียวยาภาวะซึมเศร้าได้และเป็นแกนนำที่จะช่วยขยายผลแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในคลินิกและชุมชนของทั้งสองประเทศได้ ที่จะส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ได้ปรับเปลี่ยนให้มีความคิดเชิงบวก มีความตระหนักและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจิตอันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษารั้งนี้ ทั้งทีมวิจัยและนิสิตบัณฑิตศึกษาของทั้งสองฝ่ายไทย-เวียดนามจะได้เรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

## 2. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมต้า
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดและตรวจสอบโมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## 3. คำถามการวิจัย

1. องค์ความรู้และอิทธิพลของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า เป็นอย่างไร
2. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีลักษณะเป็นอย่างไร ประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้างและมีคุณภาพมากเพียงใด
3. โมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีความแตกต่างกันเพียงใด

## 4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านสังคมชุมชน - การส่งเสริมสุขภาพทำให้ได้ข้อสรุปและข้อค้นพบใหม่ที่เป็นองค์ความรู้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ซึ่งคณาจารย์ที่

ปรึกษา นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงและใช้ในการอ้างอิง เพื่อสร้างเครื่องมือวัดและพัฒนาโปรแกรมต่อไป

2. ด้านการศึกษา ได้เห็นประเด็นในการทำวิจัยทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เยาวชนและวัยทำงานที่ยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่เคยมีใครศึกษามาก่อนเป็นแนวทางพัฒนางานวิจัยทางสาธารณสุขให้กับกรมสุขภาพจิต หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีคุณภาพต่อไป ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความก้าวหน้ามากขึ้นในอนาคต

3. ด้านวิชาการได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของโมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า และองค์ความรู้ข้อสรุปจากการวิเคราะห์เมต้า ทำให้ได้บทความตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้ในระดับสากล ในฐาน SCOPUS

4. ด้านการปฏิบัติในงานบริการวิชาการ ได้เครื่องวัดในการคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าเพื่อการประเมินและวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อไป

5. ได้บทความเผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติ SCOPUS อย่างน้อย 2 ฉบับ

## 5. ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพหุวิธี (Multi-Methods) ที่ประกอบด้วยการศึกษาวิจัย 2 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1** เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมต้า (Systematic Review and Meta-Analysis) เพื่อศึกษาองค์ความรู้และค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นรายงานการวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งงานวิจัยทดลอง และงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect, SCOPUS และ TCI รวมทั้งฐานข้อมูลจากประเทศเวียดนาม ระหว่างปี ค.ศ. 2019-2023 ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ซึ่งใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย ปัจจัยภายในภายนอก ตัวแปรตาม คือ ค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า

**ระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงปริมาณด้วยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model - SEM) เพื่อค้นหาค่าประกอบการวัดและตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

### ประชากร

ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่สนามวิจัยโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่กำลังศึกษาชั้นปี 3-6 ใน

มหาวิทยาลัยขนาดกลางในเมืองมหานคร (City) ที่ผ่านการขึ้นปฏิบัติการคลินิกและชุมชน ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีความร่วมมือกันทั้งในประเทศไทยและเวียดนาม ได้แก่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร - นครนายก ประเทศไทย และมหาวิทยาลัย University of Social Sciences and Humanities (USSH) เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่กำลังศึกษาชั้นปี 3-6 ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตาม 4 กลุ่มคณะ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะ/สาขาจิตวิทยา และคณะกายภาพบำบัด พร้อมกำหนดโควตากลุ่มละ 41 -62 คน รวม 211 คนต่อประเทศ ซึ่งจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ตามการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดตัวอย่าง ตามหลักการตรวจสอบโมเดลสมการโครงสร้างของ Saris and Stronkhorst (1984 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ที่กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงปกติพหุนามทุกตัว สามารถใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากับหรือมากกว่า 100 และ Bollen (1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) เสนอแนะว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีจำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วน Hair et al. (2005) ได้เสนอแนะว่าขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 100-200 คน ในการศึกษาครั้งนี้รวบรวมจาก 2 ประเทศ 2 มหาวิทยาลัย ๆ ละ 211 คนรวมเป็น 422 คน

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

นักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หมายถึง นักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มาจากคณะ/สาขา ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะ/สาขาจิตวิทยา และคณะกายภาพบำบัด ที่กำลังศึกษาชั้นปี 3-6 ปีการศึกษา 2565-2566 ซึ่งผ่านการขึ้นปฏิบัติการคลินิกและชุมชน เป็นนักศึกษาไทยในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และนักศึกษาเวียดนามในมหาวิทยาลัย University of Social Science เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม

การวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) หมายถึง กระบวนการวิจัยในการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ด้วยวิธีทางสถิติจากค่าสถิติในงานวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งข้อสรุปใหม่ในภาพรวมของปัญหาตามวิธีของ Glass et al. (1981)

คุณลักษณะของงานวิจัย (Characteristics of Research) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยวิธีการวิเคราะห์เมตา ซึ่งสามารถประเมินได้ตามแบบสรุปรายละเอียดงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) แหล่งข้อมูล เช่น ชื่อผู้วิจัย ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์ เป็นต้น 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น การศึกษาประสิทธิผล ศึกษาความสัมพันธ์ เป็นต้น 3) แบบแผนการวิจัย เช่น การวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ 4) ลักษณะตัวแปรตามที่ศึกษา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า 5) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 6) วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิธีการสุ่ม



ตัวอย่าง 7) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 8) ค่าสถิติ ได้แก่ ค่า เบต้า,  $r$ ,  $t$ ,  $F$  เป็นต้น และ 9) ผลการวิจัยที่สำคัญ

ค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัย หมายถึง ค่าดัชนีมาตรฐานที่แสดงผลของปัจจัยต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่วัดในงานวิจัยแต่ละเรื่องทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มหกรกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและนำค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณจากสูตรของ Glass et al. (1981) และแปลความหมายค่าขนาดอิทธิพลโดยเทียบเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile)

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และมีแนวโน้มของการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น มีอาการเศร้า เบื่อ หงุดหงิดง่าย นอนไม่ค่อยหลับ ท้อแท้ไม่ค่อยมีความสุข โดยมีอาการเหล่านี้ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศที่เกี่ยวข้องในครั้งนี คณะวิจัยได้แบ่งการศึกษาไว้ เป็น 3 ตอนหลัก ที่สำคัญเพื่อให้สามารถออกแบบการวิจัยและตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ครอบคลุมไว้ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: ความหมายและการวัด

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการช่วยเหลือ: ความหมายและการวัด

ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือ

ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

#### ตอนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: ความหมายและการวัด

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นแนวคิดที่เริ่มนำมาใช้ครั้งแรกโดย Jorm et al. (1997) ได้ให้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) ว่าหมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ จัดการ หรือ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย ความสามารถในการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ และเจตคติที่ช่วยส่งเสริมการยอมรับและการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ซึ่งเมื่อผนวกกับนิยามของ Jorm et al. ที่มุ่งวัดความรู้ และเจตคติของบุคคล โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้ (O'Connor & Casey, 2015; Jorm et al., 1997)

1) ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต (Knowledge of how to seek mental health information) เป็นความรู้ของสถานที่ที่จะเข้าถึงข้อมูลและความสามารถในการแสวงหาข้อมูล

2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ (Knowledge of risk factors and causes) เป็นความรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม ครอบครัว หรือชีวภาพที่มีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

3) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเอง (Knowledge of self-treatments) เป็นความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจิต รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

4) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ (Knowledge of professional help available) เป็นความรู้เกี่ยวกับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและบริการที่จัดหาให้

5) เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Attitudes that promote recognition and appropriate help-seeking) เป็นเจตคติที่มีผลต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต และมีความมุ่งมั่นที่จะมีพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ

โดยองค์ประกอบดังกล่าว เป็นแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเต็ม ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้อันเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยเสี่ยง แต่อย่างไรก็ตาม Sampaio et al. (2022) ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่เพียงแต่ความรู้เท่านั้น แต่ต้องเป็นตัวแปรที่ส่งเสริมสุขภาพจิตทางบวก ดังนั้น จึงได้เกิดแนวคิดใหม่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดย Kutcher et al. (2016) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยได้เพิ่มองค์ประกอบที่สำคัญเข้ามา โดยประกอบด้วย 1) การทำความเข้าใจวิธีการได้มาและทำให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี 2) การทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการดูแลรักษา 3) การลดตราบาปที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต และ 4) การเพิ่มความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือ (รู้ว่าเมื่อไรที่ไหน และวิธีที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ดี และพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง) และในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้แนวคิดดั้งเดิมของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของ Jorm et al. (1997)

#### เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557-2561 ของอังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะพบว่า การวิจัยสร้างเครื่องมือวัดและการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (Public health) กลุ่มเสี่ยงทั่วไป ได้แก่ 1) แบบวัด HL เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มี 4 องค์ประกอบ 2) แบบวัด ABCDE –HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งฉบับยาวมี 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ระหว่าง .870 - .912 ส่วนฉบับสั้นมี 19 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ระหว่าง .602 -.788 3) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแบบวัด HL ตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนอายุ 7-14 ปี ซึ่งฉบับยาวมี 58 ข้อ และฉบับสั้นมี 30 ข้อ 4) แบบประเมิน HL สำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกินมี 30 ข้อ และ 5) แบบประเมิน HL เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี มี 38 ข้อ สำหรับผลการสำรวจเพื่อประเมิน HL โดยมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดคะแนนที่ได้ต่ำกว่า 60% คือไม่ดี คะแนนช่วง 60-80% คือพอใช้ได้ และ 80%ขึ้นไปคือดีมาก ซึ่งผลสำรวจทุกจังหวัดประเทศไทยในปี 2557 ของคนไทยวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมจำนวน 30,793 คน สำรวจโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 39.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้และดีมาก เท่ากับ 59.4 และ 1.6 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 53.5 ส่วนในปี 2559 สำรวจจำนวน 15,278 คนทั่วประเทศพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 45.5 และระดับดีมากร้อยละ 5.5 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 63.0 (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2557, 2559) จะเห็นได้ว่าระดับ HL ของคนไทยวัยทำงานจึงน่าเป็นห่วง และข้อมูลผลสำรวจ HL ของคนไทยวัยทำงานในปี 2559 นี้ เมื่อพิจารณาจำแนกตาม

ลักษณะชีวสังคมยังพบว่า กลุ่มเพศชาย ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน จะมีระดับ HL โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวนมากกว่าในกลุ่มเพศหญิง การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา และที่ประกอบอาชีพ และจากผลการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงพหุกลุ่มของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรส โดยผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ประชาชนในชุมชนชนบท มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ และสุขภาวะที่ดีของครอบครัว สูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (Intarakamhang & Macaskill, 2018)

### เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

O'Connor and Casey (2015) ได้ทำการพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (MHLS: Mental Health Literacy Scale) สำหรับการพัฒนาเครื่องมือวัด ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การพัฒนาแบบวัด การทดลองใช้ และการประเมินคุณสมบัติทางการวัดและคุณภาพด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยระยะที่ 1 ได้พัฒนาแบบวัด ได้พัฒนานิยามคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผ่านกระบวนการความเห็นสอดคล้องตรงกันของผู้เชี่ยวชาญ ทั้งเจ้าหน้าที่ ทีมวิจัย นักจิตวิทยาคลินิก ทำให้ได้นิยามปฏิบัติการของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ จากนั้น จึงสร้างข้อคำถามขึ้น แต่ละองค์ประกอบมีรูปแบบการตอบไม่เหมือนกัน องค์ประกอบความรู้ จะใช้คำถามที่มีหลายตัวเลือกให้เลือกตอบ ส่วนเจตคติจะใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ ต่อมา จึงได้นำข้อคำถามผ่านการอภิปรายจากผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 2 นำข้อคำถาม จำนวน 79 ข้อ ไปทดลองใช้กับคนในชุมชน จำนวน 202 คน เมื่อนำไปทดลองใช้ พบว่า ข้อคำถามที่ให้คะแนน 0 และ 1 เกิดความไวในการตอบ จึงได้ตัดข้อคำถามที่ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 39 ข้อ นอกจากนี้ ได้มีการปรับรูปแบบการตอบให้มีความคงเส้นคงวาของการตอบ คำถามเกี่ยวกับความรู้ได้ปรับให้เป็นมาตรวัดลิเคิร์ต 4 ระดับ และเปลี่ยนโครงสร้างของคำถามให้บุคคลสามารถตอบระดับของความรู้ได้ และระยะที่ 3 ได้มีการปรับแบบวัด MHLS โดยเหลือ 51 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต 21 ข้อ 2) ความรู้ในการแสวงหาข้อมูล 4 ข้อ 3) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 2 ข้อ 4) ความรู้การดูแลรักษาตนเอง 2 ข้อ 5) ความรู้ในการขอความช่วยเหลือจากวิชาชีพ 5 ข้อ และ 6) เจตคติต่อการเสริมสร้างการรับรู้หรือพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม 17 ข้อ โดยนำแบบวัดไปวัดกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชน 372 คน และวิชาชีพสุขภาพจิต 43 คน และเมื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น หลังจากนำข้อคำถามออก จนเหลือ 35 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .873 และค่าความเชื่อมั่นแบบวัดซ้ำ เท่ากับ .797

### ตอนที่ 2 พฤติกรรมการช่วยเหลือ: ความหมายและการวัด

พฤติกรรมการช่วยเหลือ (Helping behavior) ตามแนวนุกรมวิชาของแมคไกวอร์ หรือ McGuire's Taxonomy (McGuire, 1994) อธิบายว่า พฤติกรรมการช่วยเหลือเป็นลักษณะการกระทำที่บุคคลต้องเสียผลประโยชน์ของตนเอง เพื่อให้ประโยชน์แก่บุคคลอื่น โดยมีปัจจัยทางจิตและสังคมในการกระตุ้น หรือเสริมพลังให้เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ และแบ่งเป็นลักษณะดังต่อไปนี้

1) การช่วยเหลือที่ต้นเหตุ (Casual helping) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของที่จับต้องได้ การบริการ หรือการช่วยเหลือเรื่องทั่วไป โดยไม่ต้องพิจารณา หรือไม่ใช้แรงงานหรือทรัพย์สินจำนวนมาก เช่น การ

ให้ยืมสิ่งของ ให้เงินช่วยเหลือค่ารถโดยสาร ให้อาหาร ช่วยบอกเส้นทาง ช่วยทำงานบ้าน เปิดประตู หยิบสิ่งของในชั้นวางของ เป็นต้น และการช่วยเหลือส่วนตัว (Substantial helping) เป็นการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ผู้ช่วยเหลือมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับในระดับสูง การช่วยเหลือส่วนบุคคลส่วนมากเป็นการรับอาสาทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังแรง หรือ เกี่ยวข้องกับให้สิ่งของที่มีค่า หรือทรัพย์สินเงินทอง เช่น การให้กู้ยืมเงิน การให้ยืมรถยนต์ การให้ของขวัญที่มีค่าสูง เป็นต้น

2) การช่วยเหลือทางอารมณ์ (Emotional helping) เป็นการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่จับต้องไม่ได้ทางอารมณ์ จำเป็นต้องรู้สึกได้อยู่เคียงข้างกับใครสักคน ให้การสนับสนุนทางศีลธรรม ปลอบโยน เข้าใจ หรือรับฟังปัญหา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์สูงต่อผู้รับความช่วยเหลือโดยไม่ถูกมองว่าเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ให้การช่วยเหลือ และการช่วยเหลือทางจิตใจ (Mental helping) เป็นการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่สำคัญบางอย่างที่มีต่อผู้รับความช่วยเหลือ และมีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ การคืนกระเป๋าเงินที่หายไป การเข็นรถออกจากคูน้ำหรือหิมะ การปกป้องผู้อื่นจากการคุกคาม การดูแลคนป่วย แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับผู้ช่วยเหลือ แต่พฤติกรรมเหล่านี้ผู้ให้การช่วยเหลือมักจะทำโดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้รับซึ่งอาจเป็นผู้แปลกหน้า เนื่องจากผู้รับมีความจำเป็นยิ่ง

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมช่วยเหลือ เช่น พฤติกรรมเอื้อสังคม (Prosocial behavior) เป็นการกระทำทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่นหรือมุ่งสร้างประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยทั่วไป เช่น ช่วยเหลือ แบ่งปัน ให้ความร่วมมือ และบริจาค เป็นต้น จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมช่วยเหลือเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเอื้อสังคม เช่นเดียวกับพฤติกรรมเอื้ออาหาร (Altruism behavior) โดยพฤติกรรมช่วยเหลือแสดงถึงการกระทำโดยเจตนาที่มีผลให้บุคคลอื่นได้รับประโยชน์ และเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการกระทำ แต่พฤติกรรมเอื้ออาหารเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจที่เป็นรากฐานของพฤติกรรม จึงเป็นสภาวะที่สร้างแรงจูงใจโดยมีเป้าหมายสูงสุดในการเพิ่มประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น (Dovidio & Penner, 2003)

พฤติกรรมการช่วยเหลือเป็นผลจากกระบวนการทางอารมณ์และการรู้คิดของบุคคลตามบริบทสถานการณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะกำหนดแรงจูงใจในการช่วยเหลือ รวมถึงส่งผลต่อวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือ เพื่อปรับปรุงอารมณ์หรือบรรเทาความทุกข์จากความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และยังมีแรงจูงใจทางภาพลักษณ์เชิงบวกให้คนในสังคมได้เห็นอีกด้วย ทั้งนี้ลักษณะบุคลิกภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิดยังส่งผลต่อความแตกต่างระหว่างบุคคลในวิธีที่ผู้คนรับรู้และชั่งน้ำหนักถึงต้นทุนและรางวัลต่างๆ เพื่อตัดสินใจช่วยเหลือ โดยการช่วยเหลืออาจเป็นทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้ เช่น โทรแจ้งตำรวจ หรือติดต่อคนอื่นที่มีความสามารถมากกว่ามาช่วยแทน อาจเป็นพฤติกรรมระยะสั้นหรือผูกพันระยะยาว หากการช่วยเหลือส่งผลกระทบด้านลบทางสังคม มนุษย์เราอาจจะไม่เสี่ยงที่จะช่วยเหลือก็ได้ (Dovidio & Penner, 2003)

สำหรับแรงจูงใจหรือความต้องการหลัก 6 ประการที่ส่งเสริมต่อการเป็นผู้ช่วยเหลือ (Clary & Snyder, 1991; Clary et al., 1998; Dovidio & Penner, 2003) ได้แก่ (1) คุณค่าที่แสดงออก (value-expressive) เป็น การแสดงคุณค่าที่เกี่ยวข้องกับความกังวลที่เห็นแก่ผู้อื่นและมนุษยธรรม (2) ความเข้าใจ

(understanding) เป็นหาความรู้หรือใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่มีอยู่ (3) สภาพสังคม เป็นการอยู่ท่ามกลางเพื่อนและมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่อาจได้รับความเห็นชอบ (4) อาชีพ เป็นการทำกิจกรรมที่อาจเป็นประโยชน์โดยตรงหรือโดยอ้อมในอาชีพของตน (5) การป้องกัน เป็นการปกป้องอัตรากำลังตัวเองจากคุณสมบัติเชิงลบของตัวเองและช่วยแก้ไขปัญหส่วนตัว และ (6) การเสริมสร้าง (enhancement) เป็นการเพิ่มความรู้สึกเชิงบวกเกี่ยวกับตนเองและส่งเสริมการเติบโตและการพัฒนาส่วนบุคคล ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าในงานช่วยเหลือบางสถานการณ์ สาเหตุส่วนใหญ่ จะมาจากแรงจูงใจด้านคุณค่าที่แสดงออก (value-expressive) เพราะการเป็นผู้ให้จะกังวลเกี่ยวกับสวัสดิภาพและผลประโยชน์ของผู้อื่น แต่ในบางสถานการณ์ แรงจูงใจที่รวมกันเป็นแรงจูงใจในการให้บริการตนเอง (self-serving motives) ได้แก่ ความเข้าใจ การพัฒนาตนเอง และการเพิ่มความนับถือ (esteem enhancement) ล้วนสัมพันธ์กันในเชิงบวกต่อการสมัครใจในการช่วยเหลือ ซึ่งลักษณะนี้กลับไม่พบเห็นแรงจูงใจด้านคุณค่าที่แสดงออกว่ามีส่วนร่วมด้วย

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมช่วยเหลือสังคม และสุขภาพจิต พบว่า พฤติกรรมการช่วยเหลือ หรือเอื้อสังคมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางใจ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงอารมณ์ทางบวกอีกด้วย (Haller et al., 2022) โดยผู้ใหญ่ที่มีโรคซึมเศร้ารุนแรงจะแสดงพฤติกรรมช่วยเหลือสังคมน้อยกว่า และกรณีให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยรายงานอาการซึมเศร้าด้วยตนเองยังเห็นถึงความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมช่วยเหลือสังคม กล่าวคือ กลุ่มบุคคลที่มีอาการซึมเศร้ามากขึ้นจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมน้อยลง ในทางตรงกันข้ามหากมีการแสดงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมที่มากขึ้นมีแนวโน้มจะทำนายอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นน้อยลง (Alarcón & Forbes, 2017) นอกจากนี้ยังมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความช่วยเหลือ (Morgan et al., 2018) พบว่า การมีความรู้ในด้านสุขภาพจิต การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต และความเชื่อในประสิทธิผลของการรักษา ส่งผลให้เกิดความมั่นใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ และเมื่อติดตามผล พบว่า ยังคงให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่

### **เครื่องมือวัดพฤติกรรมความช่วยเหลือ**

พฤติกรรมความช่วยเหลือ (Helping behavior) เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมเอื้อสังคม (Prosocial behavior) ที่ครอบคลุมถึงการกระทำที่หลากหลายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ตนเอง ได้แก่ การช่วยเหลือ การปลอบโยน การแบ่งปัน และความร่วมมือ (Batson & Powell, 2003) ดังนั้นการทบทวนเครื่องมือ หรือแบบวัดพฤติกรรมความช่วยเหลือทางสังคมในครั้งนี้ จึงจะนำเสนอแบบวัดทางพฤติกรรมเอื้อสังคมที่เกี่ยวข้องร่วมด้วยด้วย

Nickell (1998) ได้พัฒนาแบบวัด ทักษะการช่วยเหลือ หรือ Helping Attitudes Scale (HAS) ซึ่งมองว่าทัศนคติการช่วยเหลือคือระดับของความห่วงใยต่อสวัสดิภาพหรือประโยชน์ของผู้อื่นโดยคำนึงถึงหรือไม่คำนึงถึงรางวัล แบบวัดมี 20 รายการที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ตอบที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 408 คน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า HAS เป็นการวัดทัศนคติการช่วยเหลือที่เชื่อถือได้และถูกต้อง ในการศึกษาครั้งแรกพบว่า มีค่าค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ทั้งฉบับประมาณ 0.869 ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงมีทัศนคติที่ดีต่อการช่วยเหลือ ส่วนข้อคำถามในแต่ละข้อจะให้คำตอบในระดับ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น การช่วยเหลือผู้อื่นมักเป็นการเสียเวลา ฉันชอบช่วยเหลือผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีโอกาส ถ้าเป็นไปได้ ฉันจะคืนเงินที่หายไปให้กับเจ้าของที่ถูกต้อง การช่วยเหลือเพื่อนและครอบครัวเป็นหนึ่งในความสุขที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต ฉันจะหลีกเลี่ยงการช่วยเหลือผู้อื่นในกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์หากทำได้ นอกจากนี้แบบวัด HAS มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบวัดความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) และความเชื่อที่สูงขึ้นในโลกที่ยุติธรรม (higher beliefs in a just world) อีกด้วย

Caprara et al. (2005) ศึกษาการสร้างมาตรวัด เพื่อประเมินความแตกต่างระหว่างบุคคลในความเอื้ออาทรทางสังคมของผู้ใหญ่ แบบรายงานตนเอง 16 ข้อ ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมและความรู้สึก ใน 4 ประเภท ได้แก่ การแบ่งปัน ช่วยเหลือ ดูแล และรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การทดสอบคุณสมบัติการวัดโดยใช้ทฤษฎีการตอบสนองรายการ (Item response theory or IRT) ที่รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ชาวอิตาลี จำนวน 2,574 คน ผลการศึกษาพบว่า มาตรวัดมีประสิทธิภาพการวัดและความไวต่อรายการความเอื้ออาทรทางสังคมทั้ง 16 รายการ

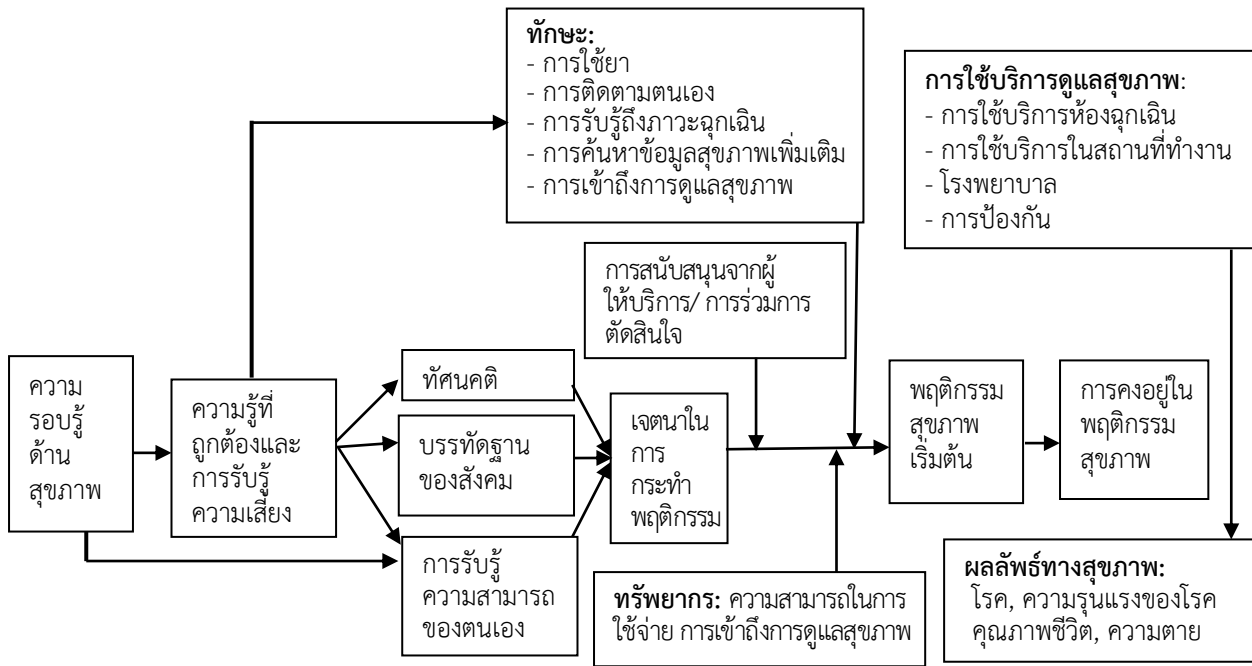
ต่อมา Kanacri et al. (2021) ใช้แบบวัดของ Caprara et al. (2005) ศึกษาคุณสมบัติมาตรวัดทางจิตมิติทางพฤติกรรมเอื้อสังคม (prosocial behavior) ซึ่งเป็นแบบวัดแนวโน้มความแตกต่างระหว่างบุคคลที่จะมีพฤติกรรมทางสังคม มีจำนวน 16 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็น เป็น 5 ระดับคือ 1 หมายถึง ไม่เคย/เกือบไม่เคยจริง 2 หมายถึง จริงบางครั้ง 3 หมายถึง จริงบางครั้ง 4 หมายถึง จริงบ่อยครั้ง และ 5 หมายถึง เกือบตลอดเวลา/ จริงเสมอ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องใน 5 ประเทศ ทางตะวันตกและไม่ใช่ตะวันตกที่แตกต่างกัน ได้แก่ จีน ฮิสปานิโอ อิตาเลีย สเปน และสหรัฐอเมริกา ผู้เข้าร่วมคือคนหนุ่มสาวจำนวน 1,630 คนที่มาจากจีน ฮิสปานิโอ สเปน และสหรัฐอเมริกา อายุระหว่าง 16 ถึง 35 ปี โดยแบ่งการศึกษาเป็นสองระยะ การศึกษาที่ 1 ศึกษาโครงสร้างองค์ประกอบที่ดีที่สุดของมาตรวัดพฤติกรรมเอื้อสังคม พบว่า ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ทั้งฉบับอยู่ที่ 0.94 มีปัจจัยทั่วไปที่อธิบายถึงลักษณะทั่วไปของแนวโน้มทางสังคมที่ช่วยเหลือแบ่งปันกัน และแตกต่างกันในการตอบสนองพฤติกรรมทางสังคมผ่านปัจจัยการกระทำเฉพาะหรือเป็นความรู้สึกเฉพาะ และในการศึกษาที่ 2 ได้ทดสอบความสอดคล้องกันของแบบจำลองใน 5 ประเทศ ผลการศึกษาสนับสนุนแบบจำลองปัจจัยสององค์ประกอบในการตอบสนองต่อพฤติกรรมเอื้อสังคม โดยสอดคล้องกับข้อมูลและไม่แปรเปลี่ยนไปในแต่ละประเทศได้ดี ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยแฝง และปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวกับการกระทำเอื้อสังคม เช่น การแบ่งปันสิ่งของกับเพื่อน การพยายามช่วยเหลือผู้อื่น เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ที่มีความต้องการ ใช้เวลาเป็นเพื่อนที่เหงา สามารถให้ยืมสิ่งของและเงินทองได้ง่าย เป็นต้น และ ปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวกับความรู้สึกเอื้อสังคม เช่น การรู้สึกเห็นอกเห็นใจคนที่ต้องการความช่วยเหลือ มีความสามารถรู้สึกกว่าเพื่อนไม่สบายใจได้ โดยที่ไม่ต้องสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา เป็นต้น

### ตอนที่ 3 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม

โมเดลนี้ได้อธิบายการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรค และคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดที่ได้มาจากการสังเคราะห์และผสมผสานหลายทฤษฎีขององค์กรเพื่อคุณภาพและการวิจัยการดูแลสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ, 2011) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้นำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A logic model for analyzing studies of health literacy) เป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway model) ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจาก การใช้บริการสุขภาพ (Use of health care services) ความยึดมั่น (Adherence) การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for health behavior) รวมไปถึง ทักษะการกำกับตนเอง (Self-monitoring) เจตคติ (Attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy level) ตามที่ Berkman et al. (2012) ได้ทำการวิจัยเชิงสังเคราะห์อย่างมีระบบ เรื่อง Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมในการพัฒนาสำหรับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และอธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมที่ต่างกันตามกลุ่มเป้าหมายที่มีชีวิตสังคมต่างกัน โดยการศึกษาจากรายงานการวิจัยที่ใช้ keywords ว่า Health Literacy ที่เผยแพร่ในช่วงปี 2003 ถึง 25 พฤษภาคม 2010 ในฐาน Medline โดยการพิจารณาเกณฑ์คุณภาพของงานวิจัยและความเข้มแข็งของหลักฐานข้อมูล ตามนิยามของ Health Literacy ผลการคัดเลือกคุณภาพงานวิจัยที่นำมาศึกษาจากระดับน้อยถึงระดับดีมาก และเป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ 81 เรื่อง จากรายงานวิจัยทั้งหมดที่ศึกษาการวัดและสำรวจระดับของ Health Literacy 86 เรื่อง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับของ Health Literacy อยู่ในระดับต่ำในเรื่องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้บริการตรวจเต้านมแบบ mammography การรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การอ่านฉลากยา การอ่านคำสั่งแพทย์ อ่านข่าวสารทางด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารการพูดเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ สภาวะทางสุขภาพต่ำ และอัตราการตายสูง เป็นต้น และในจำนวนรายงานการวิจัยอีก 42 เรื่องเป็นการศึกษาโปรแกรมการพัฒนา Health Literacy โดยที่จำนวน 27 เรื่องเป็นงานวิจัยแบบ Randomized controlled trials – RCTs มีจำนวน 2 เรื่อง เป็น Cluster RCTs และมีจำนวน 13 เรื่อง เป็น Quasi-experimental designs ซึ่งหลายงานวิจัยเป็นการสร้างและเพิ่มความเข้าใจทางด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพอย่างเท่าทัน การจัดการตนเองเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการและควบคุมความชุกของโรค และผลของโปรแกรมเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ครอบคลุม ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การยึดมั่นผูกพัน และคุณภาพชีวิต จึงนำมาสู่ข้อสรุป ที่มีการพัฒนาเครื่องมือวัดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา เพิ่มแรงจูงใจ และเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจากการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ นำมาสู่การนำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษา ดังภาพประกอบ





ภาพประกอบ 1 โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกของพฤติกรรม

(A Logic model for analyzing studies of health literacy) (Berkman et al., 2011)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมช่วยเหลือ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Berkman et al. (2011) เป็นกรอบเบื้องต้นในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรม

#### ตอนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมช่วยเหลือ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าที่เผยแพร่ผ่านระบบฐานข้อมูลวิจัยทั้งต่างประเทศ ประเทศไทยและประเทศเวียดนาม ระหว่างปี พ.ศ. 2560 (หรือ ค.ศ. 2017) จนถึงปัจจุบัน โดยมีประเด็นที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ดังนี้

##### ปัจจัยภายใน ได้แก่ เจตคติ การรับรู้ความสามารถ

เจตคติและการรับรู้ความสามารถ มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดังเช่น การศึกษาของ Furnham and Sjkovist (2017) พบผลการศึกษาว่า ความเข้าใจผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคคลที่มองประสบการณ์ของผู้อื่นด้วยความเข้าใจ เข้าใจความรู้สึกและมุมมองของบุคคลนั้น ๆ จะเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อปัญหาสุขภาพจิต นั่นคือ มองปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลอย่างเข้าใจ ไม่ตีตรา พร้อมทั้งอาจช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นด้วย นอกจากนี้ งานวิจัย ของ Cheng et al. (2018) และ Jung et al. (2017) พบว่า การรับรู้การตีตราตนเอง มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยการลดการตีตราตนเองเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ช่วยให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจิต

### **ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม**

จากการใช้เครือข่ายทางสังคม จะช่วยให้มีความรู้ในการแสวงหาข้อมูลและการสนับสนุนจากเพื่อนมากขึ้น รวมทั้งยังมีโอกาสที่จะได้เข้าถึงการสนับสนุนและข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพได้ด้วย (Ridout & Campbell, 2018) โดยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการออกแบบการเพิ่มความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการเข้าถึงบริการที่จัดการกับปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว อาจช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือได้ดียิ่งขึ้น (Halsall et al., 2019) การสนับสนุนทางสังคม ยังสามารถทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้ จากการวิจัยของ Li et al. (2022) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้ โดยส่งผ่านการเผชิญปัญหา และงานวิจัยของ Jung et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือ บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจิต

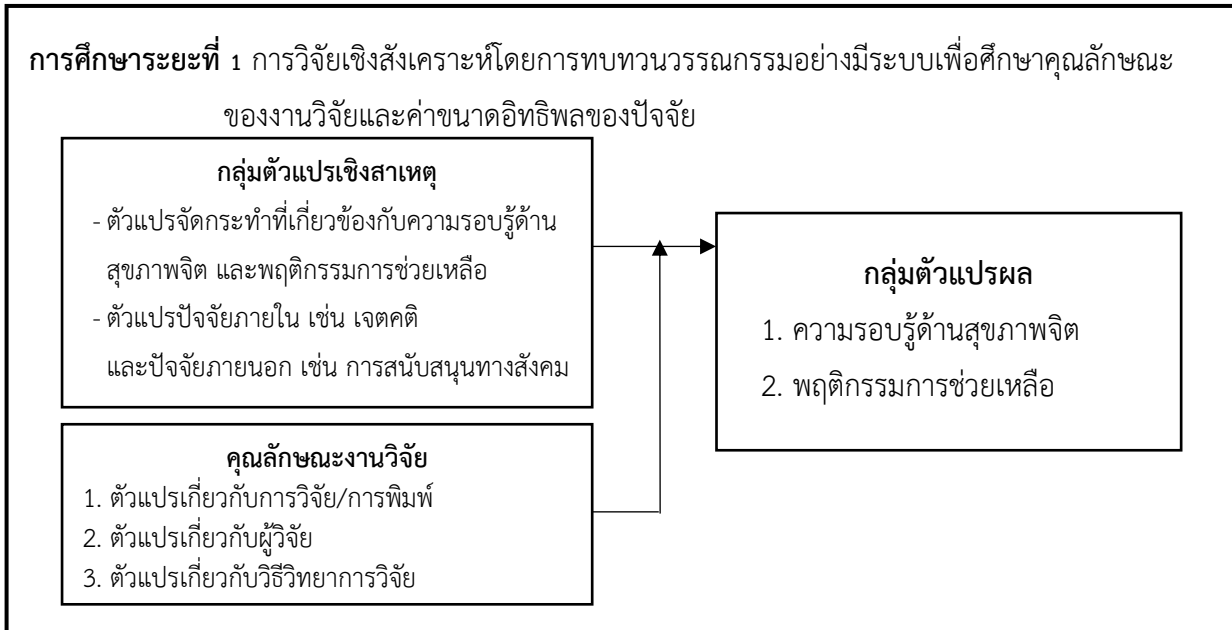
### **งานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ**

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพยังมีอย่างจำกัด ดังเช่น การศึกษาของ Newcomb-Anjo (2019) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตส่งผลต่อการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับธนระวัฒน์ ร่มสุก และคณะ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมช่วยเหลือลูกบุญใจ จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในด้านการจัดการตนเอง (Beta = 0.335) ทักษะการตัดสินใจ (Beta = 0.272) การรู้เท่าทันสื่อ (Beta = 0.220) และการเข้าถึงข้อมูล (Beta = 0.156) และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสามารถทำนายพฤติกรรมช่วยเหลือลูกบุญใจ ได้ร้อยละ 76.6 และในการศึกษาของ Duffy et al. (2021) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของโค้ชทางการกีฬามีอิทธิพลทางอ้อมต่อการรับรู้ถึงพฤติกรรมช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ได้แก่ การส่งเสริม (Promotion) การป้องกัน (Prevention) และการแทรกแซงตั้งแต่เนิ่น ๆ (Early intervention) ในการสนับสนุนสุขภาพจิตของนักกีฬาเยาวชนให้ดีขึ้น ผ่านการขยายบทบาท (Role breadth) และความเชื่อมั่นในบทบาท (Role efficacy)

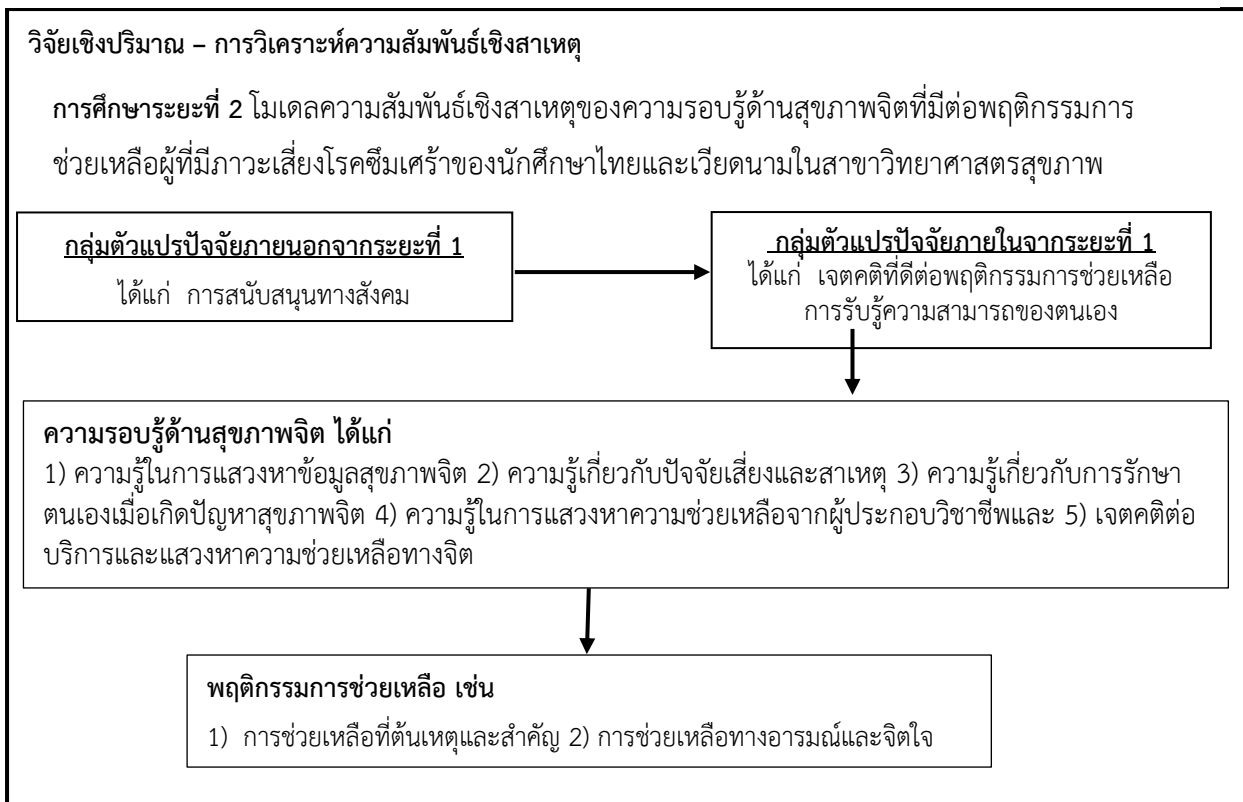
### **ตอนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย**

แนวคิดที่ใช้ในกำหนดรูปแบบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบพหุวิธีที่ใช้การวิจัยเชิงปริมาณที่เริ่มด้วยการวิเคราะห์เมต้าและตามด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของ Berkman et al. (2011) เป็นกรอบการศึกษาโมเดลเชิงโครงสร้าง และแนวคิดการวิจัยผลาสวิธีแบบเชิงสำรวจตามลำดับชั้นหลายระยะ (The mixed-methods, sequential explanatory design - multi-phases) พัฒนาขึ้นบนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Jorm et al., 1997) และแนวคิดพฤติกรรมช่วยเหลือ (Alarcón & Forbes, 2017)

มาเป็นกรอบการศึกษา และใช้วิธีวิจัยแบบพหุวิธีเริ่มต้นด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและการวิเคราะห์เมต้า และตามด้วยการตรวจสอบโมเดลสมการโครงสร้าง มากำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้



ดำเนินการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยเมต้าที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ตัวแปรเชิงสาเหตุที่สำคัญที่มีอิทธิพลสูงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมความช่วยเหลือ



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

## สมมติฐานในการวิจัย

จากการประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถตั้งสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. โมเดลการวัดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและโมเดลการวัดองค์ประกอบของพฤติกรรมการช่วยเหลือ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนามไม่แตกต่างกัน

## นิยามเชิงปฏิบัติการ

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต** หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ จัดการ หรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย ความสามารถในการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ และเจตคติที่ส่งเสริมการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม วัดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน (Jorm et al., 1997; O'Connor & Casey, 2015)

1) ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต (Knowledge of how to seek mental health information) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือสถานที่ที่จะเข้าถึงข้อมูลและความสามารถในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและอาการของโรคทางจิตเวช

2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ (Knowledge of risk factors and causes) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม ครอบครัว หรือชีวภาพที่มีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

3) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเอง (Knowledge of self-treatments) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลสามารถกระทำได้ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

4) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ (Knowledge of professional help available) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการจากบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและบริการสุขภาพที่จัดทำให้

5) เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Attitudes that promote recognition and appropriate help-seeking) หมายถึง ความรู้สึก ความยินดีที่สะท้อนถึงการมีเจตคติที่ดี และเจตคตินี้มีผลต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตและมีความมุ่งมั่นที่จะมีพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ

การวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และปรับข้อคำถาม ตามนิยามของแบบวัด MHLS: Mental Health Literacy Scale ของ O'Connor and Casey (2015) โดยการประยุกต์ใช้ใน 5 องค์ประกอบ ในการศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน จนถึง จริงที่สุดให้ 5 คะแนน ซึ่งผู้ตอบได้คะแนนสูง แสดงว่า เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิต สูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

**พฤติกรรมความช่วยเหลือ** หมายถึง ลักษณะการกระทำที่บุคคลต้องเสียผลประโยชน์ของตนเอง เพื่อให้ประโยชน์แก่บุคคลอื่น ซึ่งมีความหมายในการช่วยเหลือเบื้องต้นในลักษณะเดียวกับพฤติกรรมเอื้อสังคม (Prosocial behavior) ที่เป็นการกระทำทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่นหรือมุ่งสร้างประโยชน์แก่ผู้อื่น โดยทั่วไป เช่น ช่วยเหลือ แบ่งปัน ให้ความร่วมมือ และบริจาค เป็นต้น โดยมีปัจจัยทางจิตและสังคมในการ กระตุ้นเสริมพลังให้เกิดพฤติกรรมความช่วยเหลือ ทั้งในบริบทการช่วยเหลือที่ต้นเหตุ การช่วยเหลือส่วนตัว การช่วยเหลือทางอารมณ์ และการช่วยเหลือฉุกเฉิน (McGuire, 1994; Dovidio & Penner, 2003) วัดจาก องค์ประกอบ 2 ด้าน

1) การช่วยเหลือที่ต้นเหตุ (Casual helping) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของที่จับต้องได้ การบริการ หรือการช่วยเหลือเรื่องทั่วไป โดยไม่ต้องพิจารณา หรือไม่ใช่แรงงานหรือทรัพย์สินจำนวนมาก เช่น การให้ยืม สิ่งของ ให้เงินช่วยเหลือค่ารถโดยสาร ให้อาหาร ช่วยบอกเส้นทาง ช่วยทำงานบ้าน เปิดประตู หยิบสิ่งของใน ชั้นวางของ เป็นต้น และการช่วยเหลือส่วนตัว (Substantial helping) เป็นการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ผู้ช่วยเหลือมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับในระดับสูง การช่วยเหลือส่วนบุคคลส่วนมากเป็นการรับอาสา ทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังแรง หรือ เกี่ยวข้องกับให้สิ่งของที่มีค่า หรือทรัพย์สินเงินทอง เช่น การให้กู้ยืมเงิน การให้ยืมรถยนต์ การให้ของขวัญที่มีค่าสูง เป็นต้น

2) การช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ (Mental and emotional helping) เป็นการช่วยเหลือที่ เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่จับต้องไม่ได้ทางความรู้สึกนึกคิด จำเป็นต้องรู้สึกได้อยู่เคียงข้างกับใครสักคน ให้การ สนับสนุนทางศีลธรรม ปลอบโยน เข้าใจ หรือรับฟังปัญหา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์สูงต่อผู้รับความ ช่วยเหลือโดยไม่ถูกมองว่าเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ให้การช่วยเหลือ และการช่วยเหลือทางจิตใจ เป็นการ ช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่สำคัญบางอย่างที่มีต่อผู้รับความช่วยเหลือ และมีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ คืนกระเป๋าเงินที่หายไป เก็บสิ่งกีดขวาง ปกป้องผู้อื่นจากการคุกคาม การดูแล คนป่วย แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับผู้ช่วยเหลือ แต่พฤติกรรมเหล่านี้ผู้ให้การช่วยเหลือมักจะทำโดยไม่คำนึงถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้รับซึ่งอาจเป็นผู้แปลกหน้า เนื่องจากผู้รับมีความจำเป็นยิ่ง

การวัดพฤติกรรมความช่วยเหลือ วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากนิยามเชิงปฏิบัติการและ ตามแนวคิดของ McGuire (1994) ที่มี 4 ด้านและในการศึกษานี้ได้รวมองค์ประกอบเข้าด้วยกัน และ ปรับปรุงบางข้อคำถามมาจากแบบวัดพฤติกรรมเอื้อสังคมของ Kanacri et al. (2021) เช่น การแบ่งปันสิ่งของ กับเพื่อน การพยายามช่วยเหลือผู้อื่น เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือ ให้ยืมสิ่งของ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้วัด จากแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน จนถึง จริงที่สุดให้ 5 คะแนน ซึ่งผู้ตอบได้คะแนนสูงแสดงว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมความช่วยเหลือสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

### บทที่ 3

#### การดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบพหุวิธี (Multi-Methods) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential quantitative methods) ของ Creswell and Plano Clark (2011) และดำเนินการวิจัยสามารถแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1** เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์โดยการวิเคราะห์เมตา (Meta-Analysis) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ และค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการช่วยเหลือ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์เมตา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็น รายงานการวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งงานวิจัยทดลอง งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect, SCOPUS และ TCI รวมทั้งฐานข้อมูลจากประเทศเวียดนาม ระหว่างปี ค.ศ. 2019 -2023 ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการช่วยเหลือ จากการคำค้น “ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต” Mental health literacy” “MHL” OR “Emotional health literacy” OR “Psychological health literacy” OR “พฤติกรรมการช่วยเหลือ” AND “Helping behavior” OR “ supporting behavior” “ Prosocial behavior” ซึ่งใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย ตัวแปรตาม คือ ค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการช่วยเหลือ

**ระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดและตรวจสอบโมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย

**ประชากร** ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่สนามวิจัยโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่กำลังศึกษาชั้นปี 3-6 ในมหาวิทยาลัยขนาดกลางในเมืองมหานคร (City) ที่ผ่านการขึ้นปฏิบัติการคลินิกและชุมชน ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยที่มีความร่วมมือกันทั้งในประเทศไทยและเวียดนาม ได้แก่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร-นครนายก ประเทศไทย และ University of Social Sciences and Humanities (USSH) เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่กำลังศึกษาชั้นปี 3-6 ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตาม 4 กลุ่มคณะ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะ/สาขาจิตวิทยา และคณะกายภาพบำบัด พร้อมกำหนดโควตากลุ่มละ 41 -62 คนรวม 211 คนต่อประเทศ ซึ่งจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ตามการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดตัวอย่าง ตามหลักการตรวจสอบโมเดลสมการโครงสร้างของ Saris and Stronkhorst (1984 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ที่

กำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงปกติพหุนามทุกตัว สามารถใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากับหรือมากกว่า 100 และ Bollen (1989 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) เสนอแนะว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีจำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วน Hair et al. (2005) ได้เสนอแนะว่าขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 100-200 คน ในการศึกษาครั้งนี้ รวบรวมจาก 2 ประเทศ 2 มหาวิทยาลัย ๆ ละ 211 คนรวมเป็น 422 คน

ที่	คณะ	กลุ่มตัวอย่างไทย (คน)	กลุ่มตัวอย่างเวียดนาม (คน)
1	คณะแพทยศาสตร์	41	59
2	คณะพยาบาลศาสตร์	53	50
3	คณะ/สาขาจิตวิทยา	62	50
4	คณะกายภาพบำบัด	55	52
	รวม	211	211

ใน/ต่างประเทศ	จังหวัด	พื้นที่ที่ทำวิจัย	ชื่อสถานที่/บุคลากร
ไทย	กทม.	1. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตรและองค์กรักษ์	1. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2. บุคลากรประสานงานใน 4 คณะฯ ละ 1 คน 3. นักศึกษารวม 4 คณะรวม 211 คน
เวียดนาม	โฮจิมินห์	1. University of Social Science and Humanities (USSH)	1. University of Social Science and Humanities (USSH) 2. บุคลากรประสานงานใน 4 คณะฯ ละ 1 คน 3. นักศึกษารวม 4 คณะรวม 211 คน

#### การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Subject selection and allocation)

ตามรายงานผลการสำรวจภาวะโรคซึมเศร้าในประเทศไทยและเวียดนาม พบว่า มีอัตราความชุกสูงกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก ดังนั้นในการศึกษาระยะที่ 2 นี้จึงเลือกพื้นที่ศึกษานักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งมีบทบาทเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้มารับบริการสุขภาพบนหอผู้ป่วยและในชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

- เป็นผู้มีอายุระหว่าง 20 -25 ปี
- มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในประเทศตนเองคือ ไทยกับเวียดนาม
- ไม่มีโรคทางจิตเวชและภาวะซึมเศร้า
- สามารถอ่านภาษาอังกฤษได้บ้างและยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

มีเกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่

- มีภาวะเสี่ยงป่วยโดยไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- มีการใช้ยาแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคไต
- ไม่ยินยอมหรือลังเลในการให้ข้อมูล

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการ 2 ระยะ ดังนี้

**การศึกษาระยะที่ 1 การวิจัยเชิงสังเคราะห์โดยการวิเคราะห์เมตา (Meta-Analysis) เพื่อศึกษาองค์ความรู้และค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัย**

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนิยาม และแนวทางการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์เมตาเพื่อให้ได้กรอบแนวคิดการสังเคราะห์งานวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกงานวิจัย เป็นการคัดเลือกงานวิจัยในฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect, SCOPUS, Google Scholar ที่มีความสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการสังเคราะห์งานวิจัย คัดเลือกเพื่อทำการวิเคราะห์เมตา

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ เป็นการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการทดลองใช้ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 5 การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) รวบรวมบันทึกข้อมูลบทความวิจัยลงในแบบบันทึกข้อมูล และ 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย บันทึกข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัย ค่าสถิติต่างๆ จากงานวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อกำหนดค่าสถิติเชิงบรรยาย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของบทความวิจัย ได้แก่ 1) ตัวแปรเกี่ยวกับงานวิจัยและการพิมพ์ 2) ตัวแปรเกี่ยวกับผู้วิจัย และ 3) ตัวแปรวิธีวิทยาการวิจัย

ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์เมตาเป็นขั้นตอนการประมาณค่าขนาดอิทธิพล รวมถึงศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เป็นตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่ส่งผลต่อค่าขนาดอิทธิพล

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปองค์ความรู้ ข้อเสนอแนะ เป็นขั้นตอนของการสรุปองค์ความรู้ที่ได้ จัดทำรายงานการวิจัย และจัดทำบทความเพื่อเผยแพร่

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2551) และได้ปรับให้เข้ากับลักษณะของงานวิจัยในครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. เอกสารและเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการอนุมัติการทำวิจัย รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



2. สร้างเครื่องมือ/แบบบันทึกข้อมูลให้เก็บข้อมูลได้อย่างครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนตรวจเนื้อหาความถูกต้องครบถ้วน ความเป็นไปได้เก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลบทความวิจัยจำนวน 10 เรื่อง จากงานวิจัยประเภทเชิงทดลอง และเมื่อพบปัญหาในการบันทึกข้อมูล หรือมีข้อมูลบางประเด็นที่ต้องเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือวัดอีกครั้งก่อนที่จะนำไปเก็บจริง ตามแบบบันทึกในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยหัวข้อและประเด็น ดังนี้

- 1) แหล่งข้อมูล เช่น ชื่อผู้วิจัย ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์ เป็นต้น
- 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ ศึกษาประสิทธิผล เป็นต้น
- 3) แบบแผนการวิจัย เช่น งานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยเชิงสำรวจ งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์
- 4) ลักษณะตัวแปรตามที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ
- 5) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 6) วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิธีการสุ่มตัวอย่าง
- 7) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 8) ค่าสถิติ ได้แก่ ค่า  $r$ ,  $t$ ,  $F$  เป็นต้น
- 9) ผลการวิจัยที่สำคัญ

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลบทความวิจัยในฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect, SCOPUS ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่อบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวจะต้องตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2565 (ปี ค.ศ. 2017-2022)
2. พิจารณาอ่านงานวิจัยโดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกงานวิจัย
3. พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยเพื่อใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัย โดยนำมาวิเคราะห์อภิธาน
4. ผู้วิจัยอ่านบทความวิจัยที่คัดเลือกมาอย่างละเอียด ทำการบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย และค่าสถิติต่างๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูล
5. ทำการจัดเตรียมไฟล์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สรุปผลการวิจัย และจัดทำรายงานผลการสังเคราะห์งานวิจัย

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลในการรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของรายงานการวิจัย โดยใช้ความถี่ และร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มาตรฐานแบบมาตราส่วน ใช้วิธีการคำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดของ Glass et al. (1981) โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพล

## การศึกษาระยะที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบและพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ

ขั้นตอน 1 การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวัดเชิงปริมาณทุกตัวแปรที่ศึกษาในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนาม

ขั้นตอน 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพสูง

ขั้นตอน 3 การทดสอบและเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าระหว่าง นักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (6 คะแนน) ประมาณ 50 ข้อ สำหรับในการแปลความหมายของคะแนนนั้น พิจารณาจากคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ที่มีคะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า ประกอบด้วย

1. แบบวัดพฤติกรรมการช่วยเหลือ (Helping behaviors) ถูกพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการศึกษาในครั้งนี้ โดยแบ่ง 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ (Casual and Substantial helping) 2) การช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ (Emotional and mental helping) จำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยใช้มาตราวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการช่วยเหลือ มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2. แบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต (The mental health literacy scale: MHLS) โดย Jorm et al. (1997) และ O'Connor et al. (2015) ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบของ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เช่น อาการป่วยทางจิต 2) ความรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยของความผิดปกติทางจิตใจ 3) ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อพบปัญหาสุขภาพจิต 4) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ และ 5) เจตคติต่อบริการและแสวงหาความช่วยเหลือทางจิต จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยใช้มาตราวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1) จนถึงมากที่สุด (5) ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการช่วยเหลือเชิงบวกและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือเชิงบวก เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการสร้างแบบวัด ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ (helping behaviors)
  - 2) แบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy)
2. ศึกษาวิธีการสร้างแบบวัดแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 6 ระดับตามวิธีการของลิเคิร์ท
3. สร้างข้อคำถามจากข้อมูลในข้อ 1 และ 2 ให้ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการช่วยเหลือ
4. ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลและวิจัยการศึกษา ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านสุขภาพและสาธารณสุข เป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม และความสอดคล้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index: CVI) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามมีค่า CVI ระหว่าง 0.67-1.00 ถือว่าคำถามในแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Rovinelli & Hambleton, 1977) มาปรับใช้เพื่อปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป
5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ควรมีค่าเข้าใกล้ 1 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นสูง (Nunnally, 1978) และมีการตรวจสอบค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก item-total correlations เท่ากับ 0.252-0.828 แสดงว่าแบบสอบถามนี้สามารถจำแนกแยกแยะหรือจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มๆ ได้ เพราะมีค่ามากกว่า 0.2 (Ebel, 1972) และค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.811 – 0.901 เมื่อปรับปรุงภาษาในแบบสอบถามให้สั้น กระชับและเข้าใจง่าย แล้วนำไปเก็บข้อมูลจริง

#### การดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือถึงคณบดีแต่ละคณะ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อการมอบหมายต่อให้บุคลากรคณะที่ได้มีการดำเนินการตามนโยบาย ไปยังนักศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย ที่มีการดำเนินเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และหน่วยงานพื้นที่เก็บข้อมูลแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยที่ประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยและนิสิตปริญญาเอกจำนวน 4 คน ช่วยกันประสานงานไปยังคณะเพื่อติดตามที่ได้ออกหนังสือขอความร่วมมือเก็บข้อมูลไป เพื่อได้ทราบตัวบุคคลที่เป็นผู้ประสานงานของคณะ ในการเก็บข้อมูล
3. เมื่อได้ตัวแทนผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ จึงได้นัดประชุมในพื้นที่คณะและประเทศ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการและรายละเอียดของแบบสอบถาม เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ และมีความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับมา

4. ผู้วิจัยฝากแบบสอบถามไปยังผู้ประสานงานทุกคณะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลมา พร้อมจัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามตอบกลับลงยังโปรแกรม Microsoft Excel ให้ถูกต้องครบทุกคณะ

5. ผู้วิจัยทำหนังสือคำชี้แจง ขอความร่วมมือกับผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งแนบไปกับแบบสอบถามทุกฉบับ หากมีข้อสงสัยให้ติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรงได้ ตามที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ อีเมลที่ให้ไว้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้ผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้สถิติเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐาน ใช้วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) และวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (SEM)

#### แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมาย

มีหน่วยงานคู่ความร่วมมือจะนำผลวิจัยครั้งนี้ไปขยายผลและนำไปศึกษาต่อยอด 1) สถาบันสุขภาพวะเขตเมือง กรมอนามัย 2) สาธารณสุขจังหวัด 3) สถาบันการศึกษาของไทยและเวียดนาม

#### ระยะเวลาการดำเนินงานโครงการวิจัย ระยะเวลาโครงการ 1 ปี

ลำดับ	แผนงาน / กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	ร้อยละกิจกรรม	ผลผลิต
1	ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมจัดทำกรอบการศึกษา	↔												5	รายงานบทที่ 1- 3
2	คัดเลือกงานวิจัยในฐานที่กำหนด และประเมินคุณภาพบทความตัวอย่างที่ใช้ งาน systematic review		↔											5	รายงานบทความวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3	สร้างแบบบันทึกข้อมูลและรวบรวมบันทึกข้อมูล			↔										5	แบบบันทึก
4	วิเคราะห์/สังเคราะห์เมต้า				↔									10	ผลการวิเคราะห์
5	สรุปและให้ข้อเสนอในงานวิจัยระยะที่ 1					↔								10	รายงานสรุปบทที่ 4- 5
6	ดำเนินงานวิจัยระยะที่ 2 โดยกำหนดตัวแปรสาเหตุและ						↔							5	ได้กรอบแนวคิดและโมเดลสมการ

ลำดับ	แผนงาน / กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	ร้อยละกิจกรรม	ผลผลิต
	องค์ประกอบการวัดตัวแปรตามให้ชัดเจนจากผลวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับบรรณกรรรม														โครงสร้างตามสมมติฐาน
7.	เขียนบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฐาน SCOPUS						↔							10	Manuscript พร้อมส่งตีพิมพ์
8	สร้างเครื่องมือวัดตัวแปรทั้งหมดพร้อมทดลองใช้และหาคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น						↔							5	เครื่องมือวัดตัวแปรที่ศึกษาที่พร้อมเก็บจริง
9	ติดต่อประสานงานพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบสมบูรณ์ตามที่กำหนด								↔					20	พื้นที่และตัวอย่างที่พร้อมตอบแบบวัด
10	วิเคราะห์ข้อมูล											↔		5	ผลการวิเคราะห์
11	จัดทำรายงานพร้อมนำเสนอต่อสาธารณะ												↔	10	รายงานวิจัยบทที่ 4-5
12	เขียนบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฐาน SCOPUS												↔	10	Manuscript พร้อมส่งตีพิมพ์

#### ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ

ในการคัดเลือกบทความที่นำมาใช้ในการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์เมตานั้น ใช้หลักการประเมินคุณภาพตามหลักของสถาบัน Joanna Briggs Institute และคัดเลือกบทความที่ทันสมัยไม่เกิน 5 ปี ส่วนเครื่องมือวัดผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งความเชื่อมั่น ความเที่ยงตรงและตรวจสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจและองค์ประกอบเชิงยืนยันตามระเบียบวิธีวิจัย และในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้สถิติขั้นสูง

หน่วยงานร่วมดำเนินการ/ภาคเอกชนหรือชุมชนที่ร่วมลงทุนหรือดำเนินการ (ถ้ามี)

ลำดับ	ชื่อหน่วยงาน	แนวทางร่วมดำเนินการ	การร่วมลงทุนในรูปแบบตัวเงิน (in-cash)	การร่วมลงทุนในรูปแบบอื่น (in-kind)
1	ศูนย์สุขภาพ และ 4 คณะของมหาวิทยาลัยเป้าหมาย	ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูล	-	ทดลองใช้เครื่องมือวัดตัวแปรในงานวิจัย
2	กรมสุขภาพจิต	ร่วมตรวจสอบเครื่องมือ	-	ทดลองใช้เครื่องมือวัดตัวแปรในงานวิจัย

ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากงานวิจัย (Output/Outcome/Impact)

ผลสำเร็จ	รายละเอียดของผลผลิต	จำนวนนับ	หน่วยนับ	ความคุ้มค่าที่คาดว่าจะได้รับ	ผลกระทบที่จะได้รับ
เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต	เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพสูง	1	ฉบับ	บุคลากรสุขภาพนำแบบวัดไปใช้ต่อในการประเมิน/สำรวจ นักวิชาการนำไปอ้างอิง	มีการขยายผลในงานสาธารณสุข
manuscripts	ตีพิมพ์ในวารสารฐาน SCOPUS	2	เรื่อง	มีการอ้างอิงในฐาน SCOPUS	นักวิชาการต่างประเทศนำไปอ้างอิง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

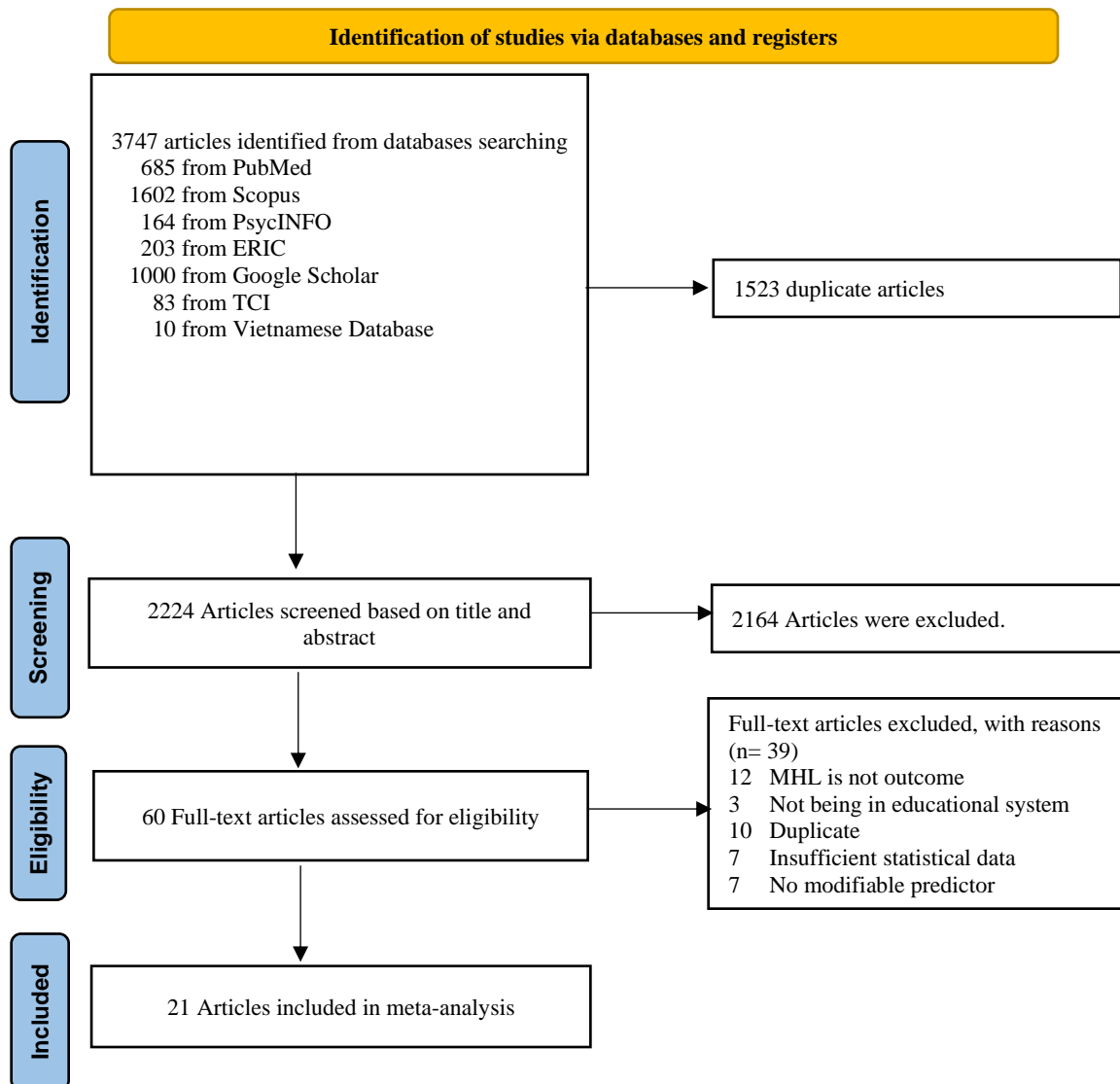
การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ที่มีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลแตกต่างกันและมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันตามลำดับชั้น ดังนี้

#### ตอนที่ 1 ผลการวิจัยเชิงสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมต้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็น รายงานการวิจัยเชิงปริมาณ ทั้งงานวิจัยทดลอง งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect, SCOPUS และ TCI รวมทั้งฐานข้อมูลจากประเทศเวียดนาม ระหว่างปี ค.ศ. 2019 -2023 ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการช่วยเหลือ จากการคำค้น “ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต” Mental health literacy” OR “Emotional health literacy” OR “Psychological health literacy” OR “พฤติกรรมการช่วยเหลือ” AND “Helping behavior” OR “ supporting behavior” “ Prosocial behavior” ซึ่งใช้วิธีเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย ตัวแปรตาม คือ ค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการช่วยเหลือ

##### 1.1 การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่การสืบค้นข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งงานวิจัยของประเทศไทยและต่างประเทศ ทำให้ได้งานวิจัยที่สืบค้นได้ มีจำนวนทั้งหมด 3,747 เรื่อง จากนั้น จึงคัดเลือกงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนในหลายฐานข้อมูล ทำให้เหลืองานวิจัย จำนวน 2,224 เรื่อง ต่อมาเข้าสู่เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก (Inclusion-exclusion) โดยนักวิจัย 2 ท่าน คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จนทำให้ได้งานวิจัย จำนวน 60 เรื่อง ที่เข้าถึงงานวิจัยฉบับเต็มได้ เมื่อพิจารณางานวิจัยฉบับเต็มแล้ว พบว่า มีงานวิจัยที่ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy – MHL) ไม่ได้เป็นผลลัพธ์ งานวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาในระบบการศึกษา งานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อน มีข้อมูลทางสถิติที่ไม่เพียงพอ และเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ จึงทำให้เหลืองานวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์เมต้าได้ จำนวน 21 เรื่อง



ภาพประกอบ 3 PRISMA Flowchart

## 1.2 คุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า มีการทบทวนงานวิจัยทั้งหมด 21 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เผยแพร่ในปี 2022 จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 38.1 รองลงมา ปี 2023 จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 19.0 และปี 2019, 2020 และปี 2021 อย่างละ 3 เรื่อง โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ นักเรียน จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.8 และครูอาจารย์ จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.3 รวมทั้งส่วนใหญ่ศึกษากับแบบวัด MHLs ที่เป็นแบบวัดมาจากแนวคิดของ Jorm et al. จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมาเป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับชาติ จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.3 แบบวัด MHLQ และแบบวัด Depressive Literacy Questionnaire (D-Lit) จำนวนเท่ากัน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.5 และที่เหลือเป็นแบบวัดอื่น ๆ อย่างละ 1 เรื่อง



ตาราง 1 คุณลักษณะงานวิจัย

ผู้วิจัย (ปีที่เผยแพร่)	กลุ่ม ตัวอย่าง	การวัดผลลัพธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
Chen et al. (2022)	n = 367 ครู	MHLS-C (Chinese Version)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต</li> <li>- การรับรู้การตีตราในการรับการบำบัดรักษาสุขภาพจิต</li> <li>- การเว้นระยะห่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต</li> </ul>
Salloum & Ismail (2020)	n = 153 นักศึกษา	MHLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประวัติการมีปัญหาสุขภาพจิต</li> <li>- การมีสมาชิกครอบครัวและเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพจิต</li> <li>- การเข้าพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต</li> </ul>
Ibrahim et al. (2019)	n = 202 นักเรียน	MHSAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือทั่วไป</li> <li>- การรับรู้การตีตราตนเองของการแสวงหาความช่วยเหลือ</li> <li>- ความเชื่อทางลบต่อความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต</li> </ul>
Lee et al. (2023)	n = 450 นักเรียน	MHAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต</li> <li>- ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือทางวิชาชีพ</li> <li>- เจตคติต่อสุขภาพจิต</li> </ul>
Singh et al. (2022)	n = 1400 นักเรียน	MHLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พฤติกรรมสุขภาพ</li> <li>- การถูกกลั่นแกล้งรังแก</li> <li>- การไม่โดดเดี่ยว</li> </ul>
Seboka et al. (2022)	n = 780 นักศึกษา	MHLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พฤติกรรมแสวงหาสุขภาพจิตออนไลน์</li> <li>- สมรรถนะดิจิทัล</li> <li>- ประวัติการมีปัญหาสุขภาพจิต</li> <li>- การมีสมาชิกครอบครัวและเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพจิต</li> </ul>
Lo et al. (2023)	n = 568 นักศึกษา	MHLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสนับสนุนทางสังคม</li> <li>- การมีสติ</li> <li>- ความหวัง</li> </ul>
Mamun et al. (2020)	n = 404 นักศึกษา	D-Lit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าร่วมสัมมนาหรืออบรมโปรแกรมสุขภาพจิต</li> <li>- การตระหนักรู้สัมมนาหรืออบรมโปรแกรมสุขภาพจิต</li> </ul>
Qian et al. (2023)	n = 2352 ครู	National MHL Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับรู้ความเครียด</li> <li>- ความวิตกกังวล</li> </ul>
Lu et al. (2021)	n = 1294 นักศึกษา	MHLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจตคติต่อการตีตราผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต</li> <li>- การรับรู้ความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือ</li> <li>- การดำรงรักษาสุขภาพจิตเชิงบวก</li> </ul>
Hsu et al. (2019)	n = 534 นักศึกษา	PTMHL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เจตคติต่อสมรรถนะในการใช้ชุมชนการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อเข้าถึงความรู้และแหล่งทรัพยากรเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต</li> <li>- ความกระตือรือร้นที่จะเข้าถึงชุมชนการเรียนรู้ออนไลน์</li> </ul>

ผู้วิจัย (ปีที่เผยแพร่)	กลุ่ม ตัวอย่าง	การวัดผลลัพธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
Abdelsalam & Said (2022)	n = 361 นักศึกษา	D-Lit LOSS	- การมีสมาชิกครอบครัวและเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพจิต - การได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต
Prabhu et al. (2021)	n = 460 นักเรียน	Australian National Mental Health Literacy and Stigma Youth Survey	- การแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผยแพร่ความ ตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิต - การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการการส่งต่อความ ช่วยเหลือ
Pribadi et al. (2023)	n = 650 นักศึกษา	MHLQ	- การมีสมาชิกครอบครัวและเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพจิต
Dessauvagie et al. (2022)	n = 1032 นักศึกษา	MHLS (Vietnamese Version)	- ประวัติการมีปัญหาสุขภาพจิต - การมีสมาชิกครอบครัวและเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพจิต
Sittironnarit et al. (2022)	n = 202 นักศึกษา	MHLS (Thai Version)	- การแสวงหาความช่วยเหลือจากวิชาชีพด้านสุขภาพจิต - การติดต่อวิชาชีพด้านสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด
Hu et al. (2021)	n = 1334 นักศึกษา	National MHL Questionnaire	- ความเครียดต่อโรคโควิด19 - ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ
Marwood & Hearn (2019)	n = 251 นักศึกษา	MHLS	- ประวัติการมีปัญหาสุขภาพจิต - การมีสมาชิกครอบครัวและเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพจิต - การได้รับการรักษาปัญหาสุขภาพจิต
Li et al. (2022)	n = 573 ครู	MHLQ	- การสนับสนุนทางสังคม - ความพึงพอใจในชีวิต - วิธีการเผชิญปัญหา
Wenzler & Keeley (2022)	n = 453 นักศึกษา	MMHL	- การได้รับบริการด้านสุขภาพจิต
ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล (2563)	n = 450 นักเรียน	MHLS	- ภาวะซึมเศร้า

MHLS: Mental Health Literacy Scale; MHSAS: Mental Help Seeking Attitude; MHAS: Mental Health Awareness Scale; PTMHL: Preschool Teachers' Mental Health Literacy Scales; D-Lit: Depression Literacy Scale; LOSS: Literacy of Suicide Scale; MHLQ: Mental Health Literacy Questionnaire; MMHL: Multicomponent Mental Health Literacy Measure.

### 1.3 ผลการวิเคราะห์เมตา

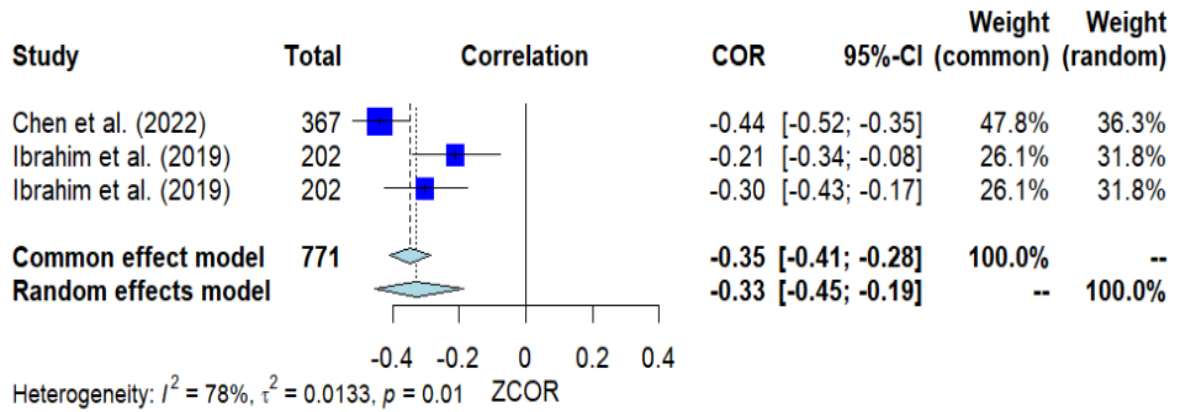
จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์เมตา พบว่า ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้การตีตราต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ ( $r = -0.33$ ; 95%CI: -0.45, -0.19) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $r = 0.24$ ; 95%CI: 0.18, 0.30) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ( $r = 0.27$ ; 95%CI: 0.21, 0.32) การแสวงหาความช่วยเหลือจากวิชาชีพสุขภาพจิต ( $r = 0.29$ ; 95%CI: 0.25, 0.34) เจต

คติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ ( $r = 0.30$ ; 95%CI: 0.00, 0.55) ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางจิต ( $r = 0.28$ ; 95%CI: -0.12, 0.43) การสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.41$ ; 95%CI: 0.05, 0.68) คุณลักษณะจิตวิทยาเชิงบวก ( $r = 0.37$ ; 95%CI: 0.30, 0.43) การฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต ( $r = 0.33$ ; 95%CI: 0.18, 0.47) และความทุกข์ทางใจ ( $r = -0.39$ ; 95%CI: -0.47, -0.30) นอกจากนี้ มีเพียงปัจจัยเดียวที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การรับรู้การตีตราต่อความเจ็บป่วยทางจิต ( $r = 0.00$ ; 95%CI: -0.13, 0.14)

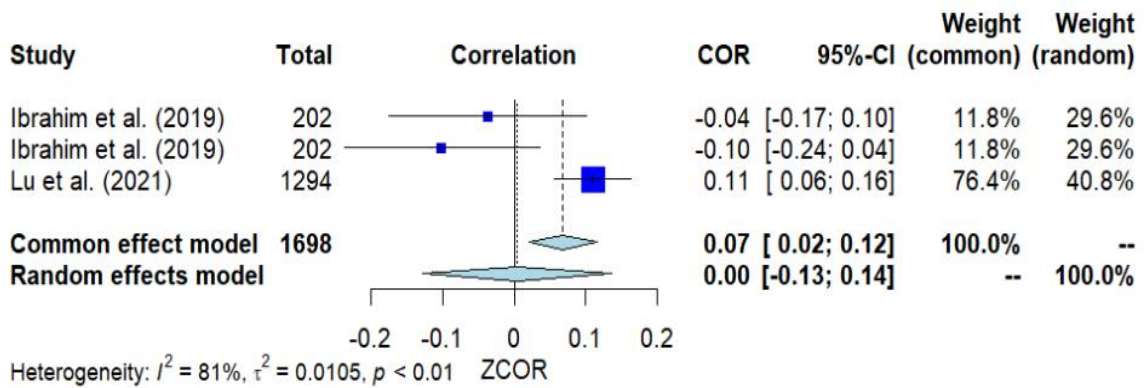
โดยค่าสหสัมพันธ์รวมในแต่ละปัจจัย จะมีเกณฑ์การแปลผลของขนาดสหสัมพันธ์ตาม Cohen (1988) โดยค่า  $r = 0.10-0.30$  เป็นค่าสหสัมพันธ์ที่มีขนาดเล็ก ส่วนค่า  $r = 0.31-0.50$  เป็นค่าสหสัมพันธ์ที่มีขนาดปานกลาง และค่า  $r = 0.51$  ขึ้นไป เป็นค่าสหสัมพันธ์ที่มีขนาดใหญ่

ตาราง 2 ค่าอิทธิพลรวมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

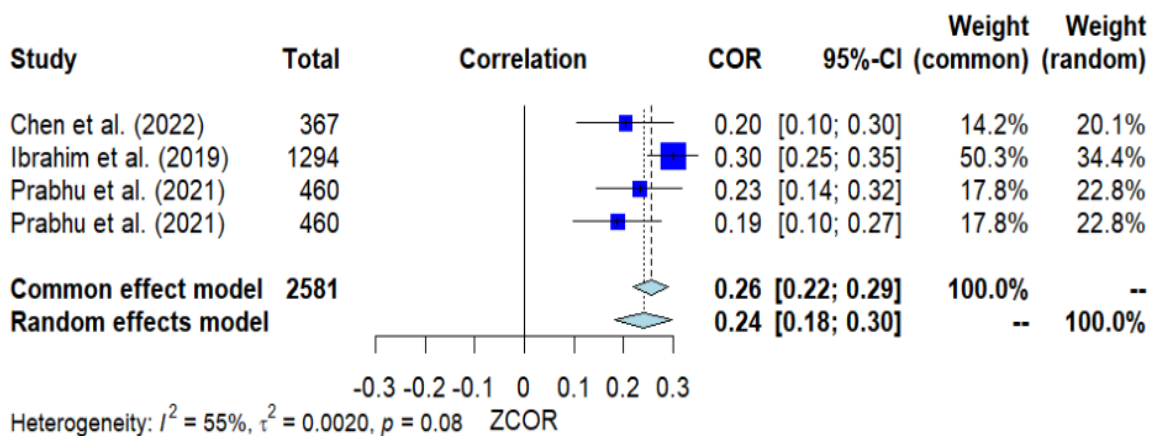
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	จำนวน งานวิจัย	Correlation (95% CI)	Z	p- value	Heterogeneity			
					Q- value	df	p- value	I <sup>2</sup>
การรับรู้การตีตราต่อการแสวงหา ความช่วยเหลือ	3	-0.33 (-0.45, -0.19)	-4.46	0.000	8.98	2	0.011	77.7
การรับรู้การตีตราต่อความ เจ็บป่วยทางจิต	3	<b>0.00 (-0.13, 0.14)</b>	0.06	0.956	10.30	2	0.006	80.6
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	4	0.24 (0.18, 0.30)	7.94	0.000	6.64	3	0.085	54.8
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต	5	0.27 (0.21, 0.32)	8.82	0.000	7.04	4	0.134	43.2
การแสวงหาความช่วยเหลือจาก วิชาชีพสุขภาพจิต	4	0.29 (0.25, 0.34)	12.07	0.000	0.27	3	0.966	0.0
เจตคติต่อการแสวงหาความ ช่วยเหลือ	4	0.30 (0.00, 0.55)	1.99	0.047	120.29	3	0.000	97.5
ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางจิต	11	0.28 (0.12, 0.43)	3.41	0.000	427.45	10	0.000	97.7
การสนับสนุนทางสังคม	5	0.41 (0.05, 0.68)	2.21	0.027	748.26	4	0.000	99.5
คุณลักษณะจิตวิทยาเชิงบวก	4	0.37 (0.30, 0.43)	10.04	0.000	9.75	3	0.021	69.2
การฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต	4	0.33 (0.18, 0.47)	4.13	0.000	31.57	3	0.000	90.5
ความทุกข์ทางใจ	4	-0.39 (-0.47, -0.30)	-8.33	0.000	45.56	3	0.000	93.4



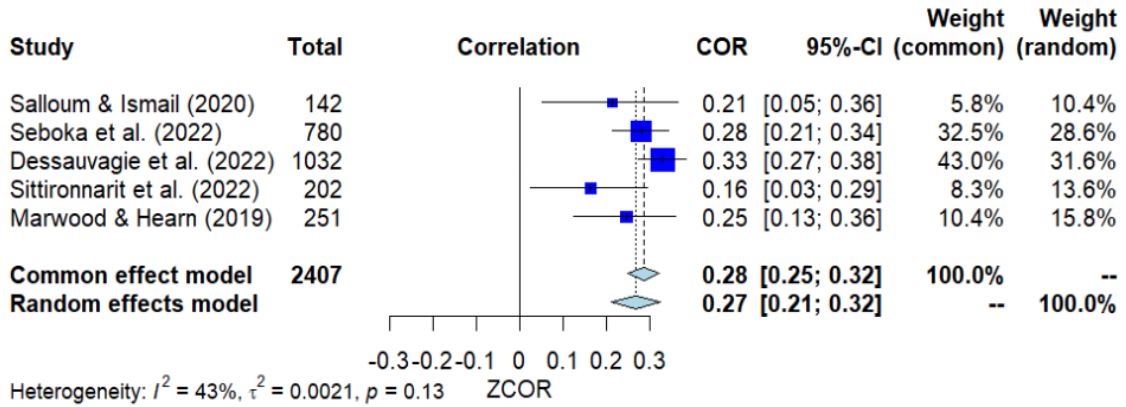
ภาพประกอบ 4 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การตีตราต่อการแสวงหาความช่วยเหลือและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



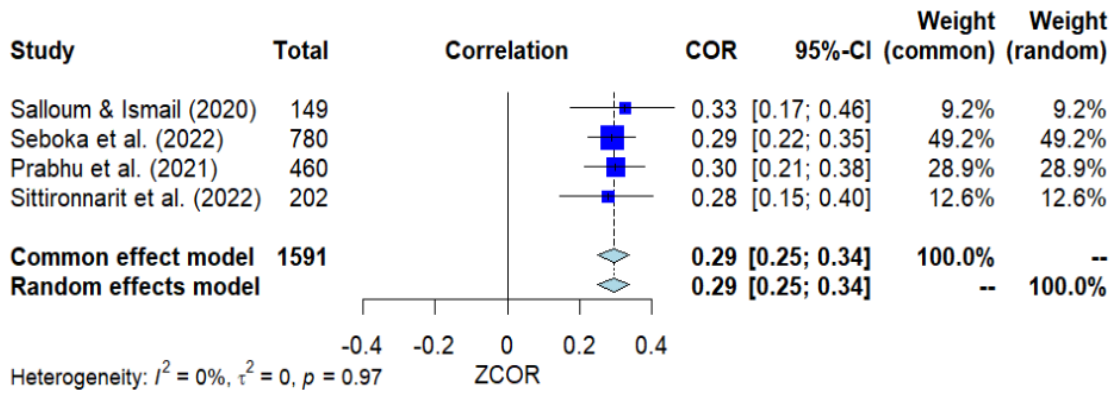
ภาพประกอบ 5 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การตีตราต่อความเจ็บป่วยทางจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



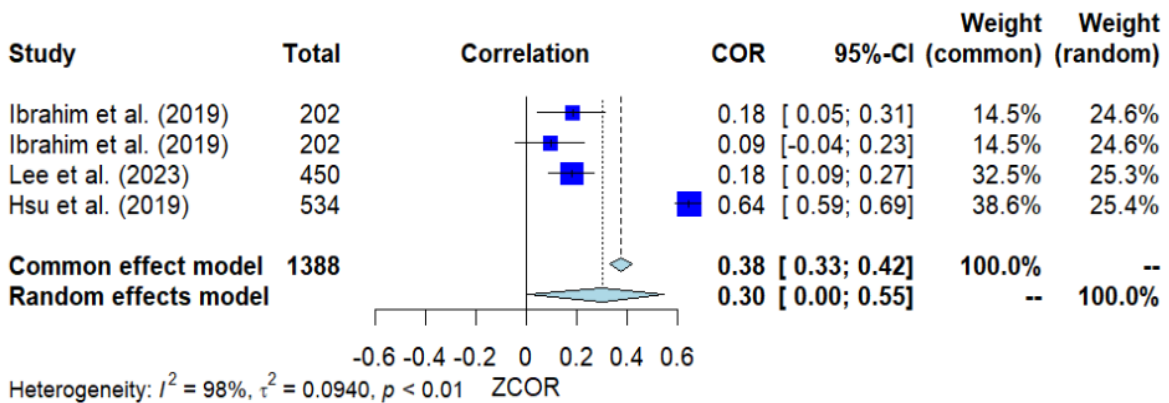
ภาพประกอบ 6 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



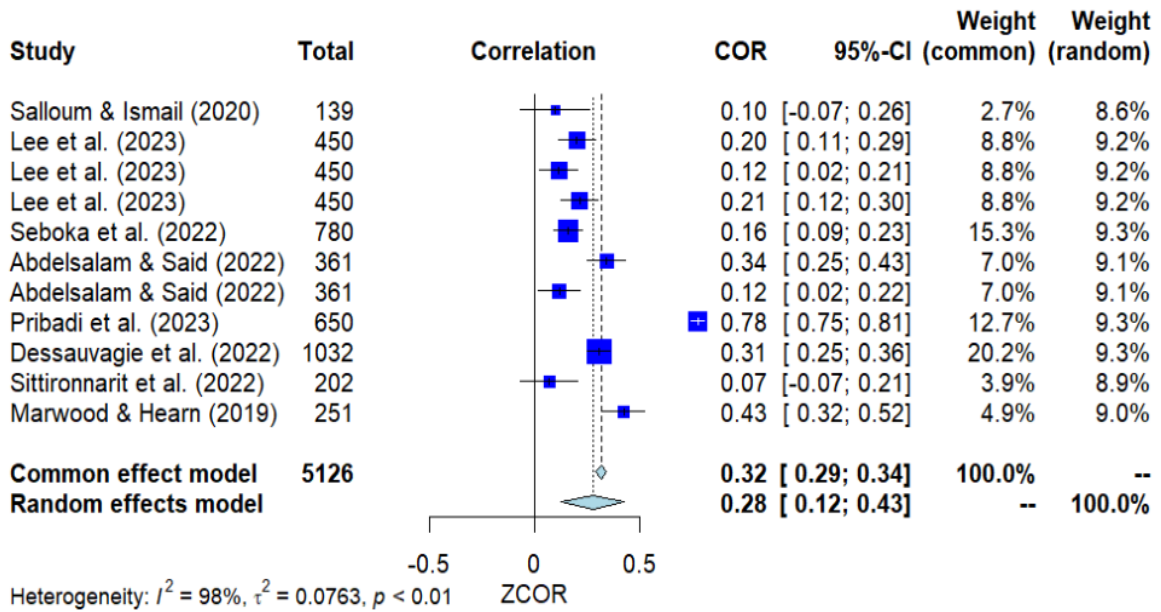
ภาพประกอบ 7 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างประวัตติการเจ็บป่วยทางจิต และความรู้ด้านสุขภาพจิต



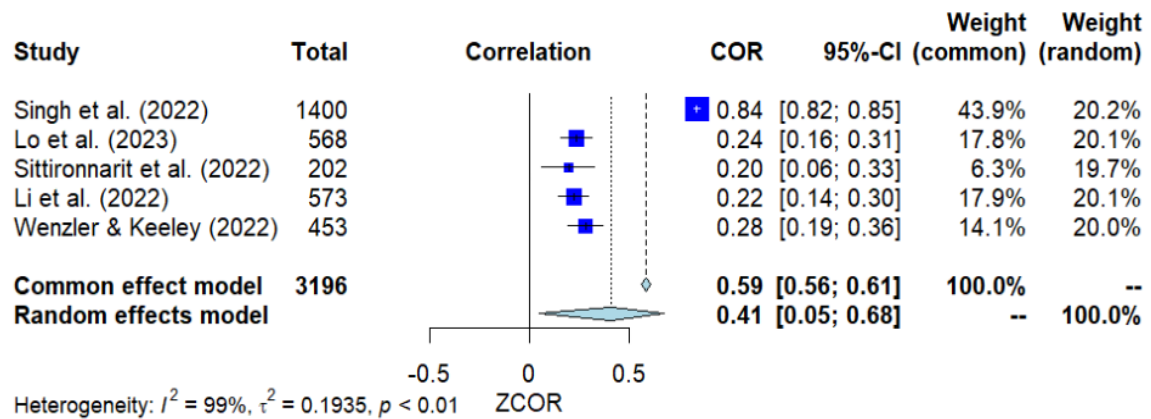
ภาพประกอบ 8 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการแสวงหาความช่วยเหลือจากวิชาชีพสุขภาพจิต และความรู้ด้านสุขภาพจิต



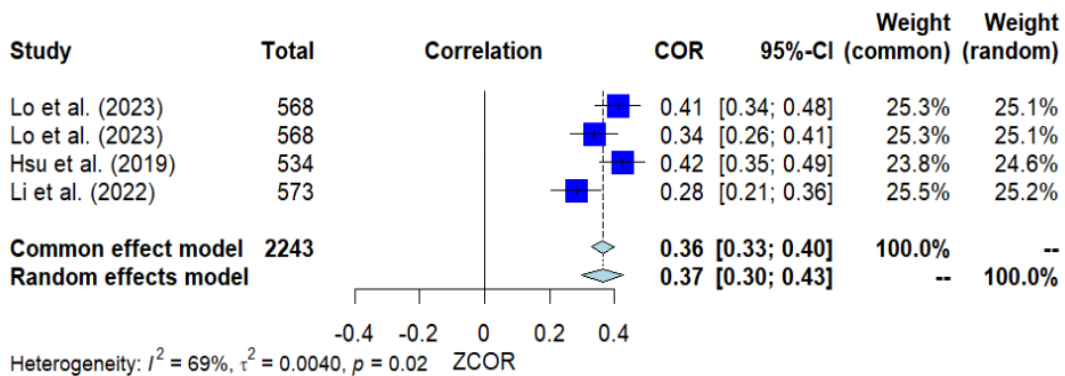
ภาพประกอบ 9 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ และความรู้ด้านสุขภาพจิต



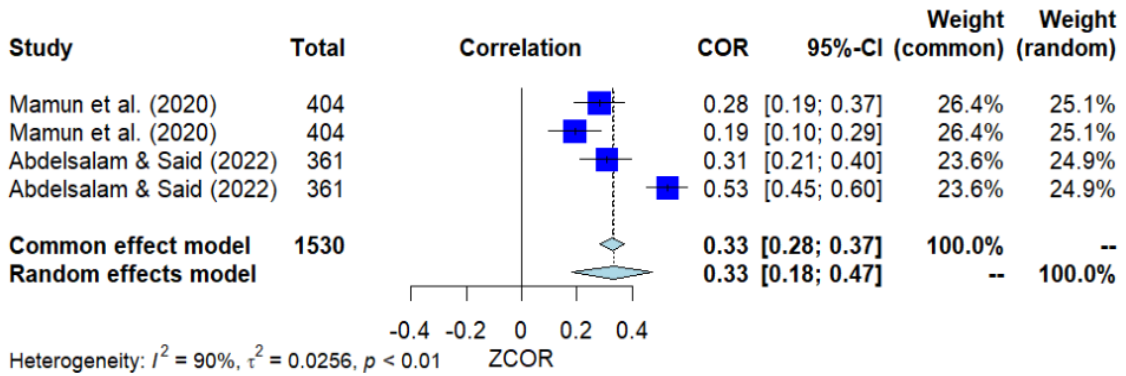
ภาพประกอบ 10 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างความใกล้ชิดกับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



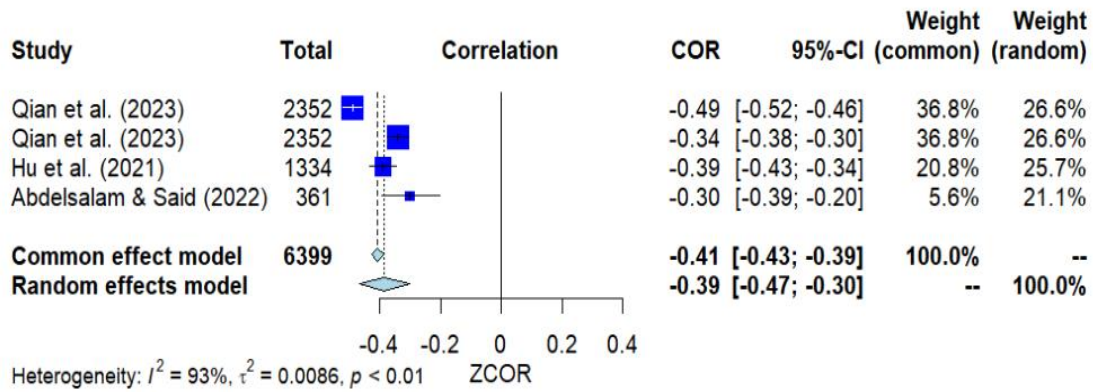
ภาพประกอบ 11 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



ภาพประกอบ 12 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะจิตวิทยาเชิงบวก และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



ภาพประกอบ 13 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



ภาพประกอบ 14 Forest Plot ของความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทางใจ และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ตอนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดและตรวจสอบโมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาไทยในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 211 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.57 เพศชาย ร้อยละ 16.11 เป็นนักศึกษาในสาขา/คณะจิตวิทยา ร้อยละ 29.38 คณะกายภาพบำบัด ร้อยละ 26.07 คณะพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 25.12 และคณะแพทยศาสตร์ ร้อยละ 19.43 โดยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 52.13 ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 27.93 และชั้นปีที่ 5 ร้อยละ 15.17 มีสภาพการเงินโดยรวม เพียงพอ/ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 47.87 เพียงพอ/เหลือเก็บ ร้อยละ 37.44 และไม่เพียงพอ/ไม่เป็นหนี้

ร้อยละ 11.37 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 53.55 พักอาศัยอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 31.28 และพักอาศัยอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 11.37

## 2.2 การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบวัดพฤติกรรมการช่วยเหลือ

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต 2) ด้านความรู้ในปัจจุบันเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ 3) ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต 4) ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ และ 5) เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.24-0.60 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันระดับหนึ่ง พบว่า รูปแบบการวัดที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square =98.58, df=80, P=0.08, Chi-square/df= 1.23, RMSE=0.03, SRMR=0.05, GFI=0.94, CFI=0.99, NFI=0.95) แสดงว่าแบบวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading) พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อคำถาม โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.35-0.85 รายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ		Correlation Coefficient (r)	Factor Loading of Item
<b>องค์ประกอบที่ 1 : ด้านความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต (Cronbach's Alpha = 0.86 )</b>			
1.1	ฉันรู้วิธีที่จะศึกษาค้นหาความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต	0.53	0.68
1.2	ฉันทราบวิธีเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จะสืบค้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตได้	0.60	0.85
1.3	ฉันรู้ถึงแหล่งข้อมูลหรือเว็บไซต์การดูแลสุขภาพจิตหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือ	0.56	0.84
<b>องค์ประกอบที่ 2 : ด้านความรู้ในปัจจุบันเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ (Cronbach's Alpha = 0.77)</b>			
2.1	ฉันรู้ที่จะหลีกเลี่ยง/ไม่เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียด	0.27	0.36
2.2	ถ้าขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้	0.38	0.63
2.3	ฉันเข้าใจดีว่า พื้นฐานครอบครัวมักเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้	0.36	0.60
<b>องค์ประกอบที่ 3 : ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Cronbach's Alpha = 0.74 )</b>			



องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ		Correlation Coefficient (r)	Factor Loading of Item
3.1	ฉันเรียนรู้ที่จะเข้าใจถึงสาเหตุและวิธีดับทุกข์เพื่อลดความไม่สบายใจได้	0.53	0.68
3.2	ฉันเรียนรู้วิธีที่จะควบคุมอารมณ์ของฉันจากคำแนะนำของนักจิตวิทยาได้	0.56	0.63
3.3	ฉันรู้ที่จะจัดสรรเวลาให้กับงานอดิเรกหรือพักผ่อนเพื่อการผ่อนคลายได้	0.53	0.67
3.4	การจัดตารางเวลาให้ทำงานเสร็จก่อนกำหนด ช่วยฉันลดความกังวลใจได้	0.40	0.50
<b>องค์ประกอบที่ 4 : ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ</b> (Cronbach's Alpha = 0.66)			
4.1	ฉันทราบสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพจิตที่สามารถไปขอคำปรึกษาได้	0.47	0.61
4.2	ฉันสามารถพบนักจิตวิทยา/จิตแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือเบื้องต้นได้	0.60	0.73
<b>องค์ประกอบที่ 5 : ด้านเจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ</b> (Cronbach's Alpha= 0.72 )			
5.1	นักจิตวิทยาสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับตัวในสังคมแก่ฉันได้	0.51	0.64
5.2	ฉันเห็นว่าเมื่อเริ่มมีความเครียดก็ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต	0.46	0.63
5.3	คนที่ป่วยทางจิตควรรู้วิธีฝึกทนต่อเรื่องไม่สบายใจ โดยมีนักจิตวิทยาคอยให้กำลังใจ	0.24	0.35
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.84			

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมความช่วยเหลือ พบว่า แบบวัดพฤติกรรมความช่วยเหลือ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ และ 2) พฤติกรรมการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ จำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด 17 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.24-0.62 มีความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ 0.86 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง พบว่า รูปแบบการวัดที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square=

203.39,  $df = 105$ ,  $P = 0.00$ ,  $\text{Chi-square}/df = 1.94$ ,  $\text{RMSE} = 0.07$ ,  $\text{SRMR} = 0.07$ ,  $\text{GFI} = 0.90$ ,  $\text{CFI} = 0.96$ ,  $\text{NFI} = 0.92$ ) แสดงว่าแบบวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์องค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading) พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อคำถาม โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.30-0.79 รายละเอียดตามตาราง 4

**ตาราง 4** ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพฤติกรรมการช่วยเหลือ

องค์ประกอบของพฤติกรรมการช่วยเหลือ		Correlation Coefficient(r)	Factor Loading of Item
<b>องค์ประกอบ 1: พฤติกรรมการช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ (Cronbach's Alpha = 0.77)</b>			
1.1	ฉันมักให้ยืมสิ่งของหรือเงินกับผู้ขอความช่วยเหลือหรือเมื่อมีโอกาส	0.24	0.30
1.2	ฉันพร้อมที่จะบริจาคสิ่งต่างๆ เมื่อเห็นประกาศขอให้ความช่วยเหลือ	0.52	0.50
1.3	ฉันบริจาคเงิน สิ่งของหรืออาหารช่วยเหลือสังคมอยู่เสมอ	0.52	0.50
1.4	เมื่อมีโอกาส ฉันเสนอความช่วยเหลือให้ผู้อื่น โดยที่เขายังไม่ได้ร้องขอ	0.42	0.41
1.5	ฉันสังเกตเห็นนักท่องเที่ยวหลงทาง ฉันจะเดินเข้าไปช่วยบอกทางทันที	0.46	0.57
1.6	เมื่อเห็นสัตว์บาดเจ็บข้างทาง ฉันจะช่วยหรือนำส่งสถานพยาบาล	0.35	0.51
1.7	เมื่อเห็นคนชราหรือคนพิการข้ามถนน ฉันจะรีบเข้าไปช่วยเหลือ	0.60	0.75
1.8	ฉันพร้อมแจ้งเหตุกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ถ้าพบเห็นสิ่งที้อาจก่อให้เกิดอันตรายได้	0.54	0.65
<b>องค์ประกอบที่ 2: พฤติกรรมการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ (Cronbach's Alpha = 0.84)</b>			
2.1	ฉันรับฟังปัญหาของทุกคนอย่างเข้าใจ	0.47	0.57
2.2	ฉันช่วยเหลือให้กำลังใจกับผู้ต่อโอกาสหรือผู้ประสบภัยต่างๆ	0.62	0.66
2.3	ฉันช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาให้เพื่อนอย่างเต็มใจ ถ้าเห็นว่าเขาต้องการ	0.46	0.44
2.4	ฉันปลอบโยนด้วยความเห็นอกเห็นใจเพื่อนที่ประสบปัญหาหรือมีความทุกข์ใจ	0.40	0.46
2.5	ฉันอาสาทำงานเพื่อให้บริการการปรึกษาทางสุขภาพจิต	0.48	0.58
2.6	ฉันเต็มใจที่จะสละเวลาส่วนตัวเพื่อเรียนรู้การช่วยเหลือผู้ทุกข์ใจ	0.53	0.64

องค์ประกอบของพฤติกรรมกรช่วยเหลือ		Correlation Coefficient(r)	Factor Loading of Item
2.7	ฉันพร้อมที่จะประสานงานกับหน่วยงานบริการช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิต	0.52	0.79
2.8	ฉันพัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้	0.52	0.70
2.9	ฉันช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกเมื่อ ที่มีโอกาส	0.55	0.69
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.86			

### 2.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ

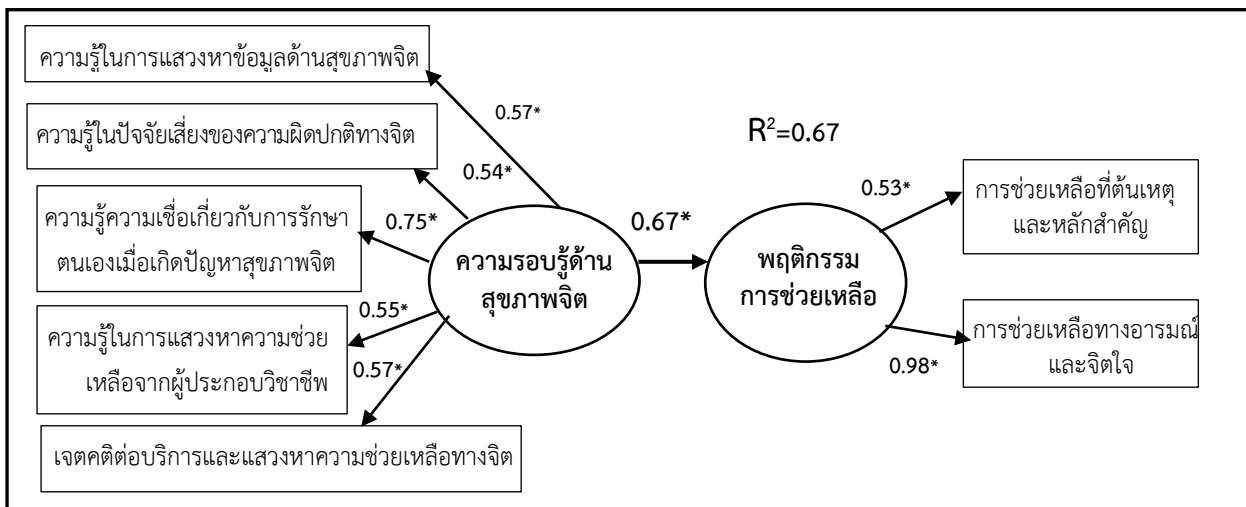
ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร ว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบลักษณะการแจกแจง ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการโครงสร้างหรือไม่ ซึ่งข้อมูลต้องมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหลายตัวแปร โดยทำการแปลงข้อมูลให้เป็นโค้งปกติมากขึ้น และพบว่า ภายหลังจากแปลงค่าตัวแปรให้เป็นคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ รายละเอียดแสดงตามตาราง 5

ตาราง 5 ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปร

ตัวแปร	Mean	SD	Skewness Z-Score	Kurtosis Z-Score	Chi-Square	P-value
<b>ความรู้ด้านสุขภาพ</b>						
- การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	4.15	0.75	-1.70	-2.08	7.20	0.03*
- ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วย	4.46	0.47	-1.51	-1.74	5.30	0.07
- การรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	4.21	0.62	-1.10	-1.64	3.90	0.14
- แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ	4.12	0.89	-2.01	-2.11	8.50	0.01*
- เจตคติที่เอื้อต่อการรับรู้และความช่วยเหลือทางจิต	4.00	0.68	-0.84	-1.63	3.35	0.19
<b>พฤติกรรมการช่วยเหลือ</b>						
- การช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ	3.67	0.66	-0.16	-0.22	0.08	0.96
- การช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ	4.11	0.58	-0.49	-0.79	0.86	0.65

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการประมาณค่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ( $\chi^2$ -square= 17.64,  $df=11$ ,  $p$ -value=0.09,  $\chi^2/df=1.60$ , RMSEA=0.05, SRMR 0.03, CFI= 0.99, NFI=0.97, GFI=0.98) โดยค่าดัชนีความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า และเมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพพอเพียง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.67 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการช่วยเหลือได้ร้อยละ 45 รายละเอียดตาม ภาพที่ 1



\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพประกอบ 15 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการช่วยเหลือ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

### 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่กำลังศึกษาชั้นปี 3-6 ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตาม 4 กลุ่มคณะ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะ/สาขาจิตวิทยา และคณะกายภาพบำบัด รวม 211 คนต่อประเทศ รวมทั้งสิ้น 422 คน โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	นักศึกษาไทย (n = 211 คน)		นักศึกษาเวียดนาม (n = 211 คน)		กลุ่มรวม (n = 422 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>						
- ชาย	34	16.1	53	25.1	87	20.6
- หญิง	170	80.6	155	73.5	325	77.0
- ไม่ระบุ	7	3.3	3	1.4	10	2.4
<b>2. อายุ</b>						
- 21 ปี	20	9.5	96	45.5	116	27.5
- 22 ปี	95	45.0	64	30.3	159	37.7
- 23 ปี	63	29.9	26	12.3	89	21.1
- 24 ปี	26	12.3	17	8.1	43	10.2
- 25 ปี	7	3.3	8	3.8	15	3.6
<b>3. คณะที่กำลังศึกษา</b>						
- คณะแพทยศาสตร์	41	19.4	59	28.0	100	23.7
- คณะพยาบาลศาสตร์	53	25.1	50	23.7	103	24.4
- คณะ/สาขาจิตวิทยา	62	29.4	50	23.7	112	26.5
- คณะกายภาพบำบัด	55	26.1	52	24.6	107	25.4
<b>4. ระดับชั้นปี</b>						
- ชั้นปีที่ 3	110	52.1	126	59.7	236	55.9
- ชั้นปีที่ 4	59	28.0	60	28.4	119	28.2
- ชั้นปีที่ 5	32	15.2	14	6.6	46	10.9
- ชั้นปีที่ 6	10	4.7	11	5.2	21	5.0
<b>5. บุคคลที่พักอาศัยด้วยเป็นส่วนใหญ่</b>						
- ครอบครัว	113	53.6	104	49.3	217	51.4
- เพื่อน	66	31.3	65	30.8	131	31.0
- อยู่คนเดียว	30	14.2	36	17.1	66	15.6
- อื่นๆ	2	0.9	6	2.8	8	1.9
<b>6. สุขภาพจิตใจและอารมณ์</b>						
- สุขภาพจิตเป็นปกติดี	144	68.2	142	67.3	286	67.8
- เครียดง่าย	91	43.1	99	46.9	190	45.0
- หงุดหงิดง่าย	63	29.9	44	20.9	107	25.4
- เบื่อหน่าย/ท้อแท้	78	37.0	57	27.0	135	32.0

ข้อมูลทั่วไป	นักศึกษาไทย (n = 211 คน)		นักศึกษาเวียดนาม (n = 211 คน)		กลุ่มรวม (n = 422 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- นอนไม่ค่อยหลับ	36	17.1	56	26.5	92	21.8
- เศร้าไม่ค่อยมีความสุข	18	8.5	46	21.8	63	14.9

จากตาราง 6 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า นักศึกษาที่ทำการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 325 คน (ร้อยละ 77.0) อายุเฉลี่ย 21 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นปีที่ 3 จำนวน 236 คน (ร้อยละ 55.9) โดยพักอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 217 คน (ร้อยละ 51.4) และส่วนใหญ่มีสัญภาพจิตเป็นปกติจำนวน 286 คน (ร้อยละ 67.8)

เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาชาวไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 170 คน (ร้อยละ 80.6) อายุ 22 ปี (ร้อยละ 45.0) ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นปีที่ 3 จำนวน 110 คน (ร้อยละ 52.1) โดยพักอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 113 คน (ร้อยละ 53.6) และส่วนใหญ่มีสัญภาพจิตเป็นปกติจำนวน 144 คน (ร้อยละ 68.2)

เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาชาวเวียดนาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 155 คน (ร้อยละ 73.5) อายุ 21 ปี (ร้อยละ 45.5) ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นปีที่ 3 จำนวน 126 คน (ร้อยละ 59.7) โดยพักอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 104 คน (ร้อยละ 49.3) และส่วนใหญ่มีสัญภาพจิตเป็นปกติจำนวน 142 คน (ร้อยละ 67.3)

### 3.2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ต่อเนื่องจากงานวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์เมตตา พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $r = 0.24$ ) เจตคติต่อความช่วยเหลือ ( $r = 0.30$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.41$ ) ที่คณะวิจัยเลือกมาศึกษาในกลุ่มปัจจัยด้านบุคคลและด้านสังคมในการอธิบายในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือครั้งนี้

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร ว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบลักษณะการแจกแจง ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการโครงสร้างหรือไม่ รายละเอียดแสดงตามตาราง

ตาราง 7 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ ของตัวแปรสังเกตในกลุ่มรวม (N = 422 คน)

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis
<b>เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต</b>				
- ด้านความรู้สึกรู้สึก	3.78	0.74	-0.52	0.60

- ด้านการรู้คิด	3.80	0.71	-0.46	0.60
- ด้านพร้อมที่จะกระทำ	4.09	0.65	-0.79	1.43
<b>การรับรู้ความสามารถ</b>				
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.86	0.67	-0.49	0.73
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>				
- การสนับสนุนด้านข้อมูล	3.40	0.98	-0.36	-0.42
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.41	0.95	-0.32	-0.25
- การสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์	3.70	0.89	-0.55	0.11
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>				
- ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต	3.95	0.80	-0.55	0.00
- ความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ	4.20	0.62	-0.81	0.88
- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	3.92	0.72	-0.36	-0.32
- ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ	3.79	0.96	-0.60	-0.27
- เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ	3.79	0.75	-0.21	-0.31
<b>พฤติกรรมการช่วยเหลือ</b>				
- พฤติกรรมการช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ	3.62	0.60	0.01	0.70
- พฤติกรรมการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ	3.92	0.62	-0.13	-0.25

จากตาราง 7 ในการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกตในภาพรวม โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูล พบว่า

องค์ประกอบของเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกรู้สึก (M= 3.78, SD = 0.74) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.52 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.60 2) ด้านการรู้คิด (M= 3.80, SD = 0.71) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.46 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.60 และ 3) ด้านพร้อมที่จะกระทำ (M= 4.09, SD = 0.65) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.79 และค่าความโด่งเท่ากับ 1.43

องค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถ (M= 3.86, SD = 0.67) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.49 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.73

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล (M= 3.40, SD = 0.98) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.36 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.42 2) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (M= 3.41, SD = 0.95) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.32 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.25 และ 3) ด้านการสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ (M= 3.70, SD = 0.89) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.55 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.11

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต ( $M= 3.95, SD = 0.80$ ) มีค่าความเบ้เท่ากับ  $-0.55$  และค่าความโด่งเท่ากับ  $0.00$  2) ด้านความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ ( $M= 4.20, SD = 0.62$ ) มีค่าความเบ้เท่ากับ  $-0.81$  และค่าความโด่งเท่ากับ  $0.88$  3) ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ( $M= 3.92, SD = 0.72$ ) มีค่าความเบ้เท่ากับ  $-0.36$  และค่าความโด่งเท่ากับ  $-0.32$  4) ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ ( $M= 3.79, SD = 0.96$ ) มีค่าความเบ้เท่ากับ  $-0.60$  และค่าความโด่งเท่ากับ  $-0.27$  และ 5) ด้านเจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ ( $M= 3.79, SD = 0.75$ ) มีค่าความเบ้เท่ากับ  $-0.21$  และค่าความโด่งเท่ากับ  $-0.31$

องค์ประกอบของพฤติกรรมการช่วยเหลือสามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมการช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ ( $M= 3.62, SD = 0.60$ ) มีค่าความเบ้เท่ากับ  $0.01$  และค่าความโด่งเท่ากับ  $0.70$  และ 2) ด้านพฤติกรรมการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ ( $M= 3.92, SD = 0.62$ ) มีค่าความเบ้เท่ากับ  $-0.13$  และค่าความโด่งเท่ากับ  $-0.25$

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า ค่าความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง ซึ่งทุกค่าต่ำกว่า 3 (Curran & Finch, 1997) และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง ซึ่งทุกค่าต่ำกว่า 10 (Curran & Finch, 1997) แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

**ตาราง 8** ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกตในกลุ่มนักศึกษาไทย ( $N=211$ คน)

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis
<b>เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต</b>				
- ด้านความรู้สึกรู้สึก	3.90	0.75	-0.65	0.65
- ด้านการรู้คิด	3.75	0.71	-0.25	-0.36
- ด้านพร้อมที่จะกระทำ	4.27	0.58	-0.87	1.28
<b>การรับรู้ความสามารถ</b>				
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	4.12	0.56	-0.61	0.84
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>				
- การสนับสนุนด้านข้อมูล	3.16	1.03	-0.17	-0.77
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.49	1.03	-0.51	-0.36
- การสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์	3.84	0.97	-0.69	-0.06
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>				
- ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต	4.15	0.75	-0.83	0.52
- ความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ	4.46	0.47	-0.91	0.49
- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	4.21	0.62	-0.84	0.82



- ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ	4.12	0.89	-1.16	0.87
- เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ	4.00	0.68	-0.28	-0.57
<b>พฤติกรรมกรช่วยเหลือ</b>				
- การช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ	3.67	0.66	-0.36	0.68
- การช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ	4.11	0.58	-0.53	0.66

จากตาราง 8 ในการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกตของนักศึกษาไทย โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูล พบว่า

องค์ประกอบของเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกรู้สึก (M= 3.90, SD = 0.75) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.65 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.65 2) ด้านการรู้คิด (M= 3.75, SD = 0.71) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.25 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.36 และ 3) ด้านพร้อมที่จะกระทำ (M= 4.27, SD = 0.58) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.87 และค่าความโด่งเท่ากับ 1.28

องค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถ (M= 4.12, SD = 0.56) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.61 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.84

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล (M= 3.16, SD = 1.03) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.17 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.77 2) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (M= 3.49, SD = 1.03) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.51 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.36 และ 3) ด้านการสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ (M= 3.84, SD = 0.97) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.69 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.06

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต (M= 4.15, SD = 0.75) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.83 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.52 2) ด้านความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ (M= 4.46, SD = 0.47) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.91 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.49 3) ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (M= 4.21, SD = 0.62) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.84 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.82 4) ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ (M= 4.12, SD = 0.89) มีค่าความเบ้เท่ากับ -1.16 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.87 และ 5) ด้านเจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ (M= 4.00, SD = 0.68) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.28 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.57

องค์ประกอบของพฤติกรรมกรช่วยเหลือสามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมกรช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ (M= 3.67, SD = 0.66) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.36 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.68 และ 2) ด้านพฤติกรรมกรช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ (M= 4.11, SD = 0.58) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.53 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.66

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า ค่าความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง ซึ่งทุกค่าต่ำกว่า 3 (Curran & Finch, 1997) และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง ซึ่งทุกค่าต่ำกว่า 10 (Curran & Finch, 1997) แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

**ตาราง 9** ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ ของตัวแปรสังเกตในกลุ่มนักศึกษาเวียดนาม (N = 211 คน)

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis
<b>เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต</b>				
- ด้านความรู้สึกลึก	3.70	0.73	-0.42	0.74
- ด้านการรู้คิด	3.85	0.70	-0.68	1.76
- ด้านพร้อมที่จะกระทำ	3.91	0.67	-0.69	1.68
<b>การรับรู้ความสามารถ</b>				
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.59	0.67	-0.26	1.15
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>				
- การสนับสนุนด้านข้อมูล	3.64	0.88	-0.44	0.14
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.33	0.88	-0.15	0.07
- การสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์	3.73	0.80	-0.39	0.41
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>				
- ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต	3.75	0.81	-0.32	-0.03
- ความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ	3.95	0.64	-0.52	0.85
- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	3.64	0.67	0.04	-0.08
- ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบการวิชาชีพ	3.45	0.92	-0.26	-0.17
- เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ	3.56	0.76	-0.04	-0.06
<b>พฤติกรรมความช่วยเหลือ</b>				
- การช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ	3.58	0.53	0.57	0.70
- การช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ	3.73	0.60	0.26	-0.13

จากตาราง 9 ในการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรสังเกตของนักศึกษาเวียดนาม โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูล พบว่า

องค์ประกอบของเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกลึก (M= 3.70, SD = 0.73) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.42 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.74 2) ด้านการรู้คิด (M= 3.85, SD = 0.70) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.68 และค่าความโด่งเท่ากับ 1.76 และ 3) ด้านพร้อมที่จะกระทำ (M= 3.91, SD = 0.67) มีค่าความเบ้ -0.69 และค่าความโด่งเท่ากับ 1.68

องค์ประกอบของการรับรู้ความสามารถ (M= 3.59, SD = 0.67) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.26 และค่าความโด่งเท่ากับ 1.15

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล (M= 3.64, SD = 0.88) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.44 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.14 2) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (M= 3.33, SD = 0.88) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.15 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.07 และ 3) ด้านการสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ (M= 3.73, SD = 0.80) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.39 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.41

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต (M= 3.75, SD = 0.81) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.32 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.03 2) ด้านความรู้ในปัจจุบันภัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ (M= 3.95, SD = 0.64) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.52 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.85 3) ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (M= 3.64, SD = 0.67) มีค่าความเบ้เท่ากับ 0.04 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.08 4) ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ (M= 3.45, SD = 0.92) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.26 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.17 และ 5) ด้านเจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ (M= 3.56, SD = 0.76) มีค่าความเบ้เท่ากับ -0.04 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.06

องค์ประกอบของพฤติกรรมการช่วยเหลือสามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมการช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ (M= 3.58, SD = 0.53) มีค่าความเบ้เท่ากับ 0.57 และค่าความโด่งเท่ากับ 0.70 และ 2) ด้านพฤติกรรมการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ (M= 3.73, SD = 0.60) มีค่าความเบ้เท่ากับ 0.26 และค่าความโด่งเท่ากับ -0.13

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า ค่าความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง ซึ่งทุกค่าต่ำกว่า 3 (Curran & Finch, 1997) และค่าความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง ซึ่งทุกค่าต่ำกว่า 10 (Curran & Finch, 1997) แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

### 3.3 ผลเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนาม

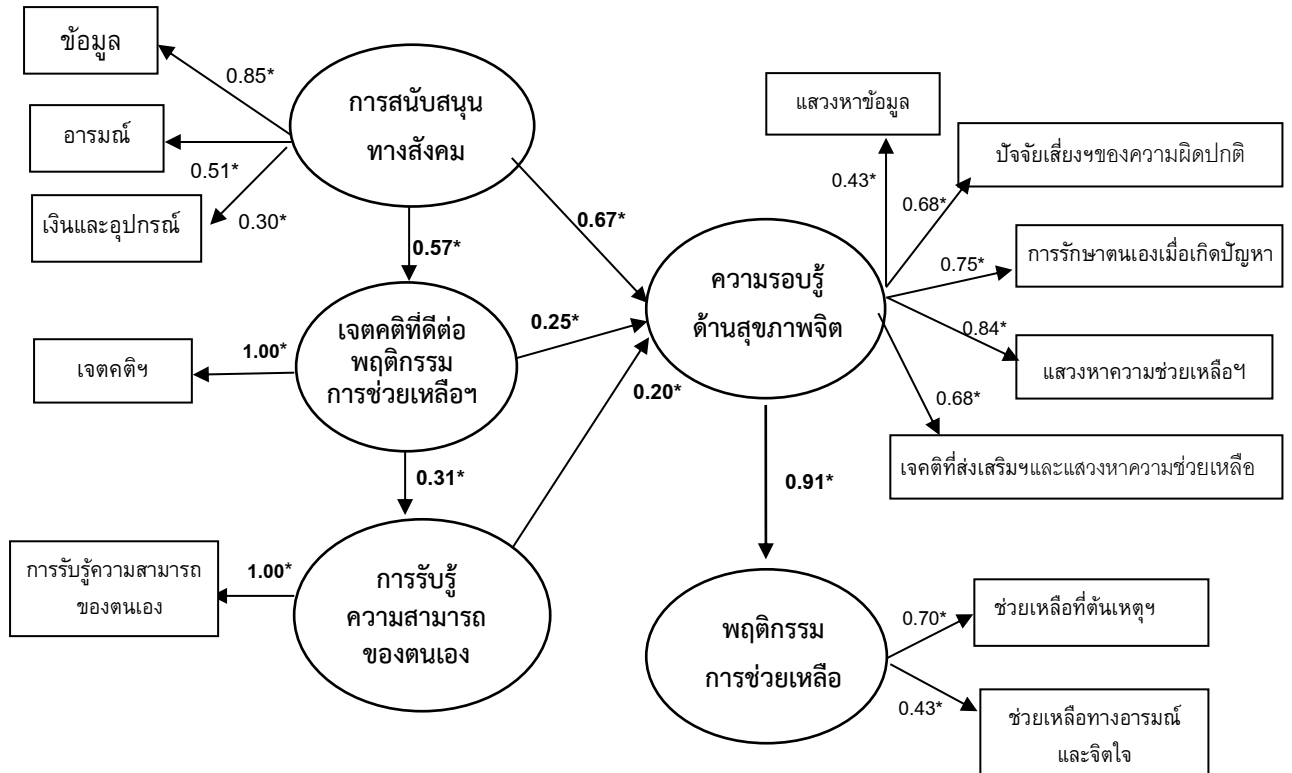
ในการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มรวม ผู้วิจัยได้ทำการแปลงค่าตัวแปรให้เป็นค่าคะแนนแบบปกติ (Normal Score) แล้วนำไปทดสอบว่าตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มรวมมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้และค่าความโด่ง (Skewness & kurtosis p-value) ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มรวม ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Skewness & kurtosis p-value มากกว่า .05) แสดงว่า ตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มรวมมีการแจกแจงแนวโน้มน่าเป็นโค้งปกติ ดังนั้นข้อมูลที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งผลการวิเคราะห์แสดงในตาราง

**ตาราง10** ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มรวม

ตัวแปร	M	SD	Skewness	kurtosis	Skewness & kurtosis p-value
- การสนับสนุนด้านข้อมูล	3.397	0.984	-0.596	-1.497	0.273
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.410	0.950	-0.552	-1.594	0.241
- การสนับสนุนด้านอุปกรณ์	3.784	0.889	-1.520	-2.948	0.014
- เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ	3.892	0.568	-0.275	-0.505	0.847
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.855	0.671	-0.531	-0.998	0.528
- ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต	3.949	0.803	-1.753	-2.422	0.011
- ความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ	4.205	0.616	-1.373	-2.139	0.040
- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต	3.922	0.716	-0.922	-2.086	0.074
- ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ	3.786	0.963	-1.665	-2.684	0.007
- เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ	3.788	0.754	-0.870	-1.856	0.122
- พฤติกรรมการช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ	3.620	0.604	-0.451	-1.015	0.539
- พฤติกรรมการช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ	3.921	0.615	-0.275	-0.505	0.847

### 3.4 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในกลุ่มรวม

ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลความสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2 = 86.10$ ,  $df = 35$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 2.46$ ,  $RMSEA = 0.059$ ,  $SRMR = 0.044$ ,  $GFI = 0.97$ ,  $NFI = 0.98$ ,  $CFI = 0.99$  และ  $AGFI = 0.93$  จากค่าดัชนีดังกล่าว สรุปได้ว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในกลุ่มรวมมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการประมาณค่าขนาดอิทธิพลในแบบจำลองที่ศึกษานี้ อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า รายละเอียดผลการศึกษาดังภาพประกอบ16 และ ตาราง 11



$\chi^2=86.10$ ,  $df=35$ ,  $p\text{-value}=0.00$ ,  $\chi^2/df=2.46$ ,  $RMSEA=0.059$ ,  $GFI=0.97$

หมายเหตุ : \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพประกอบ 16 รูปแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของนักศึกษาไทย-เวียดนาม ในกลุ่มรวม

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ( $\beta$ ) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในกลุ่มรวม

ตัวแปร	เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ			การรับรู้ความสามารถของตนเอง			ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต			พฤติกรรมการช่วยเหลือ		
	$(R^2=0.33)$			$(R^2=0.09)$			$(R^2=0.82)$			$(R^2=0.83)$		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การสนับสนุนทางสังคม	0.57*	-	0.57*	-	0.18*	0.18*	0.67*	0.18*	0.85*	-	0.77*	0.77*
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ				0.31*	-	0.31*	0.25*	0.06*	0.31*	-	0.29*	0.29*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				0.23*	-	0.23*	0.20*	-	0.20*	-	0.18*	0.18*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต				-	-	-	-	-	-	0.91*	-	0.91*

$\chi^2 = 86.10$ ,  $df = 35$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 2.46$ ,  $RMSEA = 0.059$ ,  $SRMR = 0.044$ ,  $GFI = 0.97$ ,  $NFI = 0.98$ ,  $CFI = 0.99$  และ  $AGFI = 0.93$

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect) IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total effect) \* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3.5 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม

จากผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า ไม่มีความแปรเปลี่ยนทั้งรูปแบบลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดล และค่าพารามิเตอร์ในแต่ละเมทริกซ์ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม หรือโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกกลุ่มโดยโมเดลเป็นแบบเดียวกัน โดยแสดงรายละเอียด

**ตาราง 12** ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม

รูปแบบความสัมพันธ์	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	$\chi^2$	df	p-value	RMSEA	$\chi^2 / df$	GFI	$\Delta \chi^2$	$\Delta df$	p-value
ขั้นที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มี การกำหนดเงื่อนไขบังคับให้ ค่าอิทธิพลในแบบจำลอง เท่ากันระหว่างกลุ่ม	160.02	81	0.00	0.068	1.976	0.94	-	-	-
ขั้นที่ 2 กำหนดเงื่อนไขให้ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลใน การวัดตัวแปรแฝงทุกตัว ในรูปแบบเท่ากันระหว่าง กลุ่ม	162.96	87	0.00	0.064	1.873	0.94	2.94 (สรุปขั้นที่ 2 - ขั้นที่ 1)	6 (สรุปขั้นที่ 2 - ขั้นที่ 1)	0.816
ขั้นที่ 3 กำหนดเงื่อนไข ให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ตัวแปรสาเหตุที่มีต่อ ตัวแปรผลทุกตัวเท่ากัน ระหว่างกลุ่ม	182.93	93	0.00	0.068	1.967	0.93	19.97 (ขั้นที่ 3 - สรุปขั้นที่ 2)	6 (ขั้นที่ 3 - สรุปขั้นที่ 2)	0.003*
ขั้นที่ 3.1 กำหนดเงื่อนไข ให้ค่าอิทธิพลตัวแปรความ รอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มี ต่อตัวแปรพฤติกรรม	163.76	88	0.00	0.064	1.861	0.94	0.80 (ขั้นที่ 3.1 - สรุปขั้นที่ 2)	1 (ขั้นที่ 3.1 - สรุปขั้นที่ 2)	0.371

รูปแบบความสัมพันธ์	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	$\chi^2$	df	p-value	RMSEA	$\chi^2/df$	GFI	$\Delta \chi^2$	$\Delta df$	p-value
ช่วยเหลือเท่ากันระหว่างกลุ่ม									
ขั้นที่ 3.2 กำหนดเงื่อนไข									
ให้ค่าอิทธิพลตัวแปร									
สาเหตุการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิต	172.11	88	0.00	0.067	1.956	0.93	9.15	1	0.002*
							(ขั้นที่ 3.2 - สรุปรุ่นที่ 2)	(ขั้นที่ 3.2 - สรุปรุ่นที่ 2)	
เท่ากันระหว่างกลุ่ม									
ขั้นที่ 3.3 กำหนดเงื่อนไข									
ให้ค่าอิทธิพลตัวแปร									
สาเหตุเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีต่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตเท่ากันระหว่างกลุ่ม	168.29	88	0.00	0.066	1.912	0.93	5.33	1	0.021*
							(ขั้นที่ 3.3 - สรุปรุ่นที่ 2)	(ขั้นที่ 3.3 - สรุปรุ่นที่ 2)	
ขั้นที่ 3.4 กำหนดเงื่อนไข									
ให้ค่าอิทธิพลตัวแปร									
สาเหตุการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตเท่ากันระหว่างกลุ่ม	165.28	88	0.00	0.065	1.878	0.94	2.32	1	0.128
							(ขั้นที่ 3.4 - สรุปรุ่นที่ 2)	(ขั้นที่ 3.4 - สรุปรุ่นที่ 2)	
ขั้นที่ 3.5 กำหนดเงื่อนไข									
ให้ค่าอิทธิพลตัวแปร									
สาเหตุการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเท่ากันระหว่างกลุ่ม	170.52	88	0.00	0.067	1.938	0.93	7.56	1	0.006*
							(ขั้นที่ 3.5 - สรุปรุ่นที่ 2)	(ขั้นที่ 3.5 - สรุปรุ่นที่ 2)	
ตารางขั้นที่ 3.6 กำหนด									
เงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรสาเหตุเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมกรช่วยเหลือ									
	169.44	88	0.00	0.066	1.925	0.93	6.48	1	0.011*
							(ขั้นที่ 3.6 - สรุปรุ่นที่ 2)	(ขั้นที่ 3.6 - สรุปรุ่นที่ 2)	

รูปแบบความสัมพันธ์	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	$\chi^2$	df	p-value	RMSEA	$\chi^2/df$	GFI	$\Delta \chi^2$	$\Delta df$	p-value
ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากันระหว่างกลุ่ม							2.66	2	
สรุปชั้นที่ 3	165.62	89	0.00	0.064	1.860	0.94	(สรุปชั้นที่ 3 -สรุปชั้นที่ 3 -สรุปชั้นที่ 2) /สรุปชั้นที่ 2)		0.264

นอกจากนี้การเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดตัวแปรแฝง และการเปรียบเทียบค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล

จากตาราง 12 แสดงผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 เป็นการกำหนดให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขแบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม ซึ่งพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน ผลการทดสอบพบว่า การวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ดัชนีแสดงความกลมกลืนของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ( $\chi^2 = 160.02$ ,  $df = 81$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 1.976$ ,  $RMSEA = 0.068$ ,  $GFI = 0.94$ ) แสดงว่า โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่อาจแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งแบบจำลองที่ได้นี้ก็จะพื้นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2 ต่อไป จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตในการวัดตัวแปรแฝงทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง ผลการทดสอบพบว่า ค่าผลต่างค่าไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta \chi^2 = 2.94$ ,  $\Delta df = 6$ ,  $p\text{-value} = 0.816$ ) แสดงว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดสอบในขั้นต่อไป

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้



3.1 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างแบบจำลองในชั้นที่ 3 นี้กับแบบจำลองสรุปชั้นที่ 2 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=19.97$ ,  $\Delta df=6$ ,  $p\text{-value}=0.003$ ) แสดงว่า มีค่าอิทธิพลอย่างน้อย 1 ตัวที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลค่าใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3.2 การทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพล ผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในการทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพล 6 ค่าอิทธิพล กับแบบจำลองสรุปชั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ค่าอิทธิพล แสดงว่า มีค่าอิทธิพลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม จำนวน 4 ค่าอิทธิพล และมีค่าอิทธิพลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม จำนวน 2 ค่าอิทธิพล ผลการทดสอบดังต่อไปนี้

1) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อตัวแปรพฤติกรรมการช่วยเหลือเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองสรุปชั้นที่ 2 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=0.80$ ,  $\Delta df=1$ ,  $p\text{-value}=0.371$ ) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองสรุปชั้นที่ 2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=9.15$ ,  $\Delta df=1$ ,  $p\text{-value}=0.002$ ) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อตัวแปรผลความรู้ด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

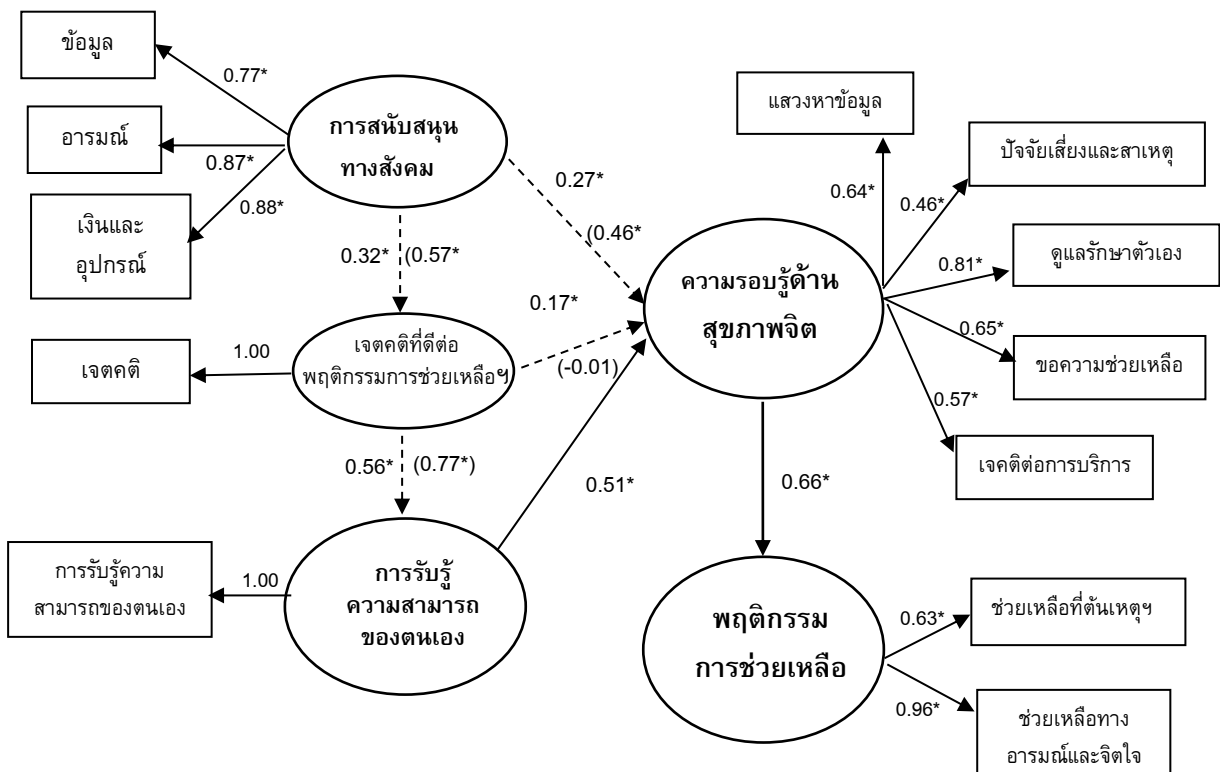
3) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีต่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองสรุปชั้นที่ 2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=5.33$ ,  $\Delta df=1$ ,  $p\text{-value}=0.021$ ) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีต่อตัวแปรผลความรู้ด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

4) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองสรุปชั้นที่ 2 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=2.32$ ,  $\Delta df=1$ ,  $p\text{-value}=0.128$ ) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

5) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองสรุปชั้นที่ 2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=7.56$ ,  $\Delta df=1$ ,  $p\text{-value}=0.006$ ) แสดงว่าค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

6) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองนี้ กับแบบจำลองสรุปขั้นที่ 2 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=6.48$ ,  $\Delta df=1$ ,  $p\text{-value}=0.011$ ) แสดงว่าค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3.3 การสรุปขั้นที่ 3 เป็นการวิเคราะห์โดยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเท่ากันระหว่างกัน และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นสรุปนี้ กับแบบจำลองสรุปขั้นที่ 2 ผลพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=2.66$ ,  $\Delta df=2$ ,  $p\text{-value}=0.264$ ) แสดงว่า แบบจำลองการสรุปขั้นที่ 3 มีความกลมกลืนไม่แตกต่างกับแบบจำลองสรุปขั้นที่ 2 จึงได้นำแบบจำลองสรุปขั้นที่ 3 นี้ เป็นแบบจำลองที่ใช้สรุปรายงานผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยมีแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม แสดงดังภาพประกอบ 17



$\chi^2=165.62$ ,  $df=89$ ,  $p\text{-value}=0.00$ ,  $\chi^2/df=1.86$ ,  $RMSEA=0.064$ ,  $GFI=0.94$

หมายเหตุ : \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

-----> = เส้นอิทธิพลที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

นอวงเล็บ = ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของกลุ่มนักศึกษาไทย

ภาพประกอบ 17 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ ระหว่างนักศึกษาไทยกับเวียดนาม

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมต้า 2) พัฒนาเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดและตรวจสอบโมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย และ 3) เปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพประกอบด้วย คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะ/สาขาจิตวิทยา และ คณะกายภาพบำบัด ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทยและนักศึกษาเวียดนามในมหาวิทยาลัย University of Social Science เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม มหาวิทยาลัยละ 211 คน รวมเป็น 422 คน โดยสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ และ สมมติฐานในการวิจัยคือ 1) โมเดลการวัดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและโมเดลการวัดองค์ประกอบของพฤติกรรมการช่วยเหลือ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์และ 3) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทยและเวียดนามไม่แตกต่างกัน

### สรุปผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัยเชิงสังเคราะห์โดยการวิเคราะห์เมต้า (Meta-Analysis) เพื่อศึกษาองค์ความรู้และค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จากบทความวิจัยที่เผยแพร่ในช่วงปี 2019-2023 จำนวน 21 เรื่อง ที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ PRISMA โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ นักเรียน จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.8 และครูอาจารย์ จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.3 รวมทั้งส่วนใหญ่ศึกษากับแบบวัด MHLS ที่เป็นแบบวัดมาจากแนวคิดของ Jorm et al. จำนวน 10 เรื่อง และพบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีอิทธิพล (ค่า r) ระดับปานกลางคือช่วง 0.31 -0.50 และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความทุกข์ทางใจ ( $r = -0.39$ ; 95%CI: -0.47, -0.30) คุณลักษณะจิตวิทยาเชิงบวก ( $r = 0.37$ ; 95%CI: 0.30, 0.43) การรับรู้การตีตราต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ ( $r = -0.33$ ; 95%CI: -0.45, -0.19) เจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ ( $r = 0.30$ ; 95%CI: 0.00, 0.55) การรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง ( $r = 0.24$ ; 95%CI: 0.18, 0.30) การแสวงหาความช่วยเหลือจากวิชาชีพสุขภาพจิต ( $r = 0.29$ ; 95%CI: 0.25, 0.34) และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.41$ ; 95%CI: 0.05, 0.68)

2. สรุปผลวิเคราะห์องค์ประกอบการวัดและตรวจสอบโมเดลเชิงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.57 กำลังศึกษาในสาขาจิตวิทยาร้อยละ 29.38 และนักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 53.55 และผลการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต วัดจาก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต 2) ด้านความรู้ในปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติ 3) ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต 4) ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ และ 5) เจตคติที่ส่งเสริมการยอมรับและแสวงหาความช่วยเหลือ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.24-0.60 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.84 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading) พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อคำถาม โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.35-0.85 และผลการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมความช่วยเหลือ วัดจาก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมความช่วยเหลือที่ต้นเหตุและหลักสำคัญ และ 2) พฤติกรรมความช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อคำถาม โดยมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.24-0.62 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดเท่ากับ 0.86 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน มีค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading) พบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อคำถาม โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.30-0.79

3. ผลการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมความช่วยเหลือ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square= 17.64, df=11, p-value=0.09,  $\chi^2/df= 1.60$ , RMSEA=0.05, SRMR 0.03, CFI= 0.99, NFI=0.97, GFI=0.98) อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมความช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.67 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความช่วยเหลือได้ร้อยละ 45

4. ผลการเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า 1) นักศึกษาชาวไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 170 คน (ร้อยละ 80.6) อายุ 22 ปี (ร้อยละ 45.0) ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นปีที่ 3 จำนวน 110 คน (ร้อยละ 52.1) โดยพักอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 113 คน (ร้อยละ 53.6) และส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเป็นปกติจำนวน 144 คน (ร้อยละ 68.2) ในขณะที่นักศึกษาชาวเวียดนาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 155 คน (ร้อยละ 73.5) อายุ 21 ปี (ร้อยละ 45.5) ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นปีที่ 3 จำนวน 126 คน (ร้อยละ 59.7) โดยพักอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 104 คน (ร้อยละ 49.3) และส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเป็นปกติจำนวน 142 คน (ร้อยละ 67.3) 2) ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลในกลุ่มรวม (422 คน) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพจิต การรับรู้ความสามารถของตน เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมความช่วยเหลือ ด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.91, 0.18, 0.29 และ 0.77 ( $p < .05$ ) ตามลำดับ และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมความช่วยเหลือที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 83.0 และในขณะที่ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตน เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้ร้อยละ 82.0 และ 3) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ และน้ำหนักอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือเท่ากับ 0.66 ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างนักศึกษาไทยและเวียดนาม แต่มีความแตกต่างกันของค่าอิทธิพลบางตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ 3.1) การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.27 ในกลุ่มนักศึกษาไทย และ 0.46 ในกลุ่มนักศึกษาเวียดนาม 3.2) การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.32 ในกลุ่มนักศึกษาไทย และ 0.57 ในกลุ่มนักศึกษาเวียดนาม แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอิทธิพลในกลุ่มนักศึกษาเวียดนามสูงกว่า นักศึกษาไทย 3.3) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือในกลุ่มนักศึกษาเวียดนามพบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แต่มีอิทธิพลในกลุ่มนักศึกษาไทยเท่ากับ 0.17

## อภิปรายผล

1. การนทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Metal Health Literacy – MHL) ในฐานข้อมูลสากลส่วนใหญ่ถูกพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิด MHL Scale ของ Jorm et al. (1997) และในงานวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาแบบวัด ตามแนวคิดของ Jorm et al. (1997) ร่วมกับ O'Connor & Casey (2015) โดยมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของเอเชีย ที่สามารถใช้ในการวัดและประเมินได้ทั้งในกลุ่มนักศึกษาไทยและเวียดนาม ส่งผลให้ได้แบบวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (MHL Scale) ที่เชื่อถือได้ 15 ข้อ คำถาม มีความเชื่อมั่นโดยรวมสูงอยู่ที่ 0.84 ในทำนองเดียวกัน แบบวัดพฤติกรรมความช่วยเหลือ ที่พัฒนาจากแนวคิดของ McGuire (1994) และ Baston (2011) ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม และแสดงค่าความเชื่อมั่นโดยรวมสูงอยู่ที่ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.53 ถึง 0.98 ที่ผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริงในการประเมินระดับ MHL และการช่วยเหลือพฤติกรรมของนักศึกษาไทย และเวียดนามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อย่างไรก็ตาม ระดับการวัด MHL แบบสั้นนี้มีคุณภาพและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมความช่วยเหลือของนักศึกษามหาวิทยาลัยได้สูง ดังนั้น แบบวัด MHL จึงมีความเหมาะสมสำหรับการประเมินคนรุ่นใหม่ที่มีแนวโน้มจะใช้เวลาในการตอบคำถามน้อยลง และแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือในการทำพฤติกรรม ซึ่งมีความแตกต่างจากแบบวัดของ O'Connor, Casey, & Clough (2014) MHL Scale ที่ยาวกว่า 35 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของ Cronbach ที่ .87 คุณภาพใกล้เคียงกับแบบวัดในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้ความผิดปกติด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับแหล่งข้อมูล ความเข้าใจในสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การรู้วิธีขอความช่วยเหลือ ความคุ้นเคยกับทรัพยากรที่มีอยู่ และการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพจิต ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการขอความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Poreddi, Birudu, Thimmaiah และ Math (2015) ที่วัด MHL

ด้วยข้อความ 33 ข้อ ที่วัดองค์ประกอบที่ครอบคลุม สาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ และทัศนคติที่ส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ใหญ่

2. ผลวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ที่พบว่าแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี ซึ่งบ่งชี้ความสัมพันธ์โดยตรงและเชิงบวกระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมช่วยเหลือที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถทำนายพฤติกรรมช่วยเหลือได้สูงถึงร้อยละ 67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ลักษณะบุคลิกภาพที่สะท้อนถึงอารมณ์เชิงบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเอื้อต่อผู้อื่น (Krueger et al., 2001; Dulin et al., 2012) ผลลัพธ์ได้รับการยืนยันโดยการศึกษาของกิ่งแก้ว และประเสริฐศรี เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง (Ginggeaw & Prasertsri, 2015) ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันยังพบว่า แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีอิทธิพลเชิงบวกโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่เพียงพอเท่ากับ 0.82 ( $p < 0.001$ ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เพียงพอได้ร้อยละ 67.00 เช่นกัน (Intarakamhang et al., 2022) การวิจัยในอนาคตสามารถค้นหาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น ลักษณะบุคลิกภาพและอารมณ์ของตนเอง ที่มีอิทธิพลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมช่วยเหลือ ตามที่ศึกษาใน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและลักษณะบุคลิกภาพ (Intarakamhang et al., 2022; Mai J et al., 2022) การศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเผชิญกับปัญหาความท้าทายด้านสุขภาพจิต เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Chuenphitthayavut et al. 2020) อาจทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีประโยชน์ในการพัฒนากำลังคน สังคมและประเทศชาติต่อไป

3. โมเดลเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความไม่แปรเปลี่ยน แสดงว่าไม่ว่าจะทำกับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในประเทศที่แตกต่างกัน ปัจจัยเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมทั้งการมีทัศนคติที่ส่งเสริมการตระหนักรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Jorm, 2015; Jiang et al., 2020) ความรอบรู้สุขภาพจิต จึงมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยนักศึกษาที่มีความรู้และเข้าใจถึงปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง สามารถแสวงหาความช่วยเหลือหรือให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kusaka et al. (2022) ที่ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ปกครองที่มีลูกอยู่ในช่วงวัยรุ่น ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากจำนวน 10 งานวิจัย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yamaguchi et al. (2020) ที่ได้ทำการ

วิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระยะสั้น โดยใช้ห้องเรียนเป็นฐานที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการช่วยเหลือในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15 ถึง 16 ปี ที่เน้นความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต/ความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความจำเป็นในการขอความช่วยเหลือ ความตั้งใจที่จะขอความช่วยเหลือ และความตั้งใจในการช่วยเหลือเพื่อน ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการช่วยเหลือที่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของทั้งนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของทั้งนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นทางด้านข้อมูลและความรู้ สิ่งของ และอารมณ์ ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้น รวมทั้งตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ Kola-Palmer et al., (2020) ได้เสนอว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนส่งผลโดยตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับ Shih et al. (2021) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะซึมเศร้า โดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lo et al. (2023) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้รับอิทธิพลทางตรงจากการสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาของ Jung et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมยังมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการแสวงหาการช่วยเหลือได้

5. นอกจากนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของทั้งนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองจัดว่าเป็นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกตัวหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถจัดการและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้ เช่น การศึกษาของ Berens et al. (2021) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่ใช้ในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Liu et al. (2023) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีบทบาทเป็นตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

6. แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาไทย เนื่องจากเจตคติเป็นปัจจัยส่วนบุคคล โดยถ้าบุคคลเห็นว่าพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ดีงาม บุคคลนั้นก็จะค้นหาและแสวงหาวิธีการช่วยเหลือทางสุขภาพจิตที่เหมาะสม ทำให้มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ Intarakamhang and Ekpanyaskul (2017) ที่พบว่า เจตคติที่ดีด้านสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี โดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ผลการศึกษาในนักศึกษาเวียดนามกลับพบว่า เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เช่น จากการศึกษาของ Dessauvagie et al. (2022) ได้ทำการศึกษาความรอบรู้

ด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาเวียดนามและกัมพูชา จำนวน 1032 คน พบว่า นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ถึงแม้ว่าจะเจตคติและความตั้งใจในพฤติกรรมการช่วยเหลือทางจิตเวช

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด 3 ประเด็น ดังนี้ 1) แม้ว่าการศึกษานี้จะพยายามอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ที่เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ไม่มีการติดตามผลไปข้างหน้าหรือย้อนกลับไปในอดีต ทำให้ไม่สามารถครอบคลุมนักศึกษาก่อนหรือหลังช่วงเวลาที่ศึกษา ดังนั้นในการแปลผลจะต้องใช้ความระมัดระวัง การศึกษาในอนาคตอาจใช้การวิจัยระยะยาวแทน 2) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีขนาดเล็ก สำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงสาเหตุ และไม่สามารถเป็นตัวแทนนักศึกษาในแต่ละประเทศได้ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นให้มีการกระจายหลายมหาวิทยาลัยและต่างภูมิภาค และ 3) การศึกษานี้ใช้การสำรวจออนไลน์เพื่อรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจนำเสนออุปสรรคสำคัญในแง่ของการรับประกันการสุ่มตัวอย่างคุณภาพสูง การได้รับความเชื่อมั่นทางสถิติ และลดข้อผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด ผู้เข้าร่วมบางคนมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมกับการสำรวจอย่างเต็มที่น้อยกว่าวิธีการวิจัยอื่นๆ ส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนไม่ได้ตอบคำถามทั้งหมด ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงของการสูญหายของข้อมูล จึงจำเป็นต้องเพิ่มกระบวนการรวบรวมข้อมูลขึ้น 10% นอกจากนี้ สิ่งสำคัญคือต้องแน่ใจว่าขนาดตัวอย่างสอดคล้องกับวิธีการทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

### สรุปผล

ตามการทบทวนวรรณกรรม การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและประเมินการวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่แตกต่างกันห้าส่วน และระดับพฤติกรรมการช่วยเหลือที่มีสององค์ประกอบ การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยันถูกนำมาใช้เพื่อตรวจสอบทั้งความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมความช่วยเหลือ เพื่อยืนยันว่าแบบจำลองการวัด สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี ผลลัพธ์ของการประมาณค่าแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลโดยตรงและเชิงบวกของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ.

จากผลการวิเคราะห์กลุ่มพหุ พบว่า นักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน บุคคลที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าในสถาบันอุดมศึกษา สามารถนำโมเดลความรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มนักศึกษาทั้งสองกลุ่มได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องความแตกต่างทางวัฒนธรรม

### ข้อเสนอแนะ

1. เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า นับได้ว่าเป็นแบบวัดฉบับสั้นที่มีคุณภาพสูง ที่นักวิจัย นักการศึกษา นักวิชาการหรือนักจิตวิทยาสามารถนำแบบวัดนี้



ไปใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต หรือนำไปวัด ประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนา โปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทยและเวียดนามได้

2. ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงโรค ซึมเศร้า ดังนั้น นักวิจัย นักการศึกษา นักวิชาการหรือนักจิตวิทยาควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริม ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ให้ครบตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ให้กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้อื่นเพิ่มขึ้นด้วย

3. พบปัจจัยด้าน สนับสนุนทางสังคม เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือและการรับรู้ความสามารถ ของตน และการมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือ ด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.77, 0.29, และ 0.18 ตามลำดับ และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 83.0 ดังนั้นในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าด้วย การนำตัว แปรปัจจัยเหล่านี้มาพัฒนาร่วมด้วย

4. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและ พฤติกรรมการช่วยเหลือ โดยมี ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริม เจตคติและการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มตัวอย่างอาจศึกษาได้ทั้งกลุ่มนักเรียน เยาวชนและผู้ใหญ่วัย ทำงาน ที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในสังคม

## เอกสารอ้างอิง

ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล, รัตติกร เหมือนนาดอน, และสุภัทณา แก้วมา. (2563). ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิตของวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 40-51.

Abdelsalam, N. M., & Said, R. M. (2022). Level and predictors of mental health literacy of depression and suicide among undergraduate medical students. *Middle East Current Psychiatry*, 29, 64. <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00229-6>

Alarcón, G., & Forbes, E. E. (2017). Prosocial behavior and depression: a case for developmental gender differences. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(2), 117-127. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0113-x>

Al-Khafaji, K., Loy, J., & Kelly, A. (2014). Characteristics and outcome of patients brought to an emergency department by police under the provisions (Section 10) of the Mental Health Act in Victoria, Australia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 415-419. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.013>

Barrett, L., Dunbar, R., & Lycett, D. (2002). *Human Evolutionary Psychology*. Princeton University Press.

Baston, C. D. (2011). *Altruism in Humans*. Oxford University Press.

- Batson, C. D., & Powell, A. A. (2003). Altruism and prosocial behavior. In T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology* (Vol. 5, pp. 463-484). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0519>
- Boiler, L., Haverman, M., Waterhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*, 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, *9*, 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Caprara, G. V., Steca, P., Zelli, A., & Capanna, C. (2005). A new scale for measuring adult's prosocialness. *European Journal of Psychological Assessment*, *21*(2), 77-89. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.77>.
- Chamberlain, P. N., Goldney, R. D., Taylor, A. W., & Eckert, K. A. (2012). Have mental health education programs influenced the mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation? A comparison between 1998 and 2008 in South Australia. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *42*(5), 525-540. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00109.x>
- Cheng, H., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, *96*, 64-74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Chen, S., Chen, K., Wang, S., Wang, W., & Li, X. (2021). Initial validation of a Chinese version of the mental health literacy scale among Chinese teachers in Henan province. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 661903. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.661903>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Chuenphitthayavut K, Zihuang T, Zhu T. (2020). The prediction of behavioral intention to use online mental health interventions. *PsyCh J*, *9*, 370–82. [DOI.org/10.1002/pchj.333](https://doi.org/10.1002/pchj.333)

- Clary, E. G., & Snyder, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism. In M. S. Clark (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology: Vol. 12. Prosocial Behavior* (pp. 119-148). Sage Publication, Inc.
- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Haugen, J., & Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516-1530.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1516>
- Currier JM, Holland JM, Malott J. (2015). Moral injury, meaning making, and mental health in returning veterans: Moral injury and meaning. *J Clin Psychol*,71, 229–40.
- Dang, H., Weiss, B., Trung, L., & Ho, H. (2018). Mental health literacy and intervention program adaptation in the internationalization of school psychology for Vietnam. *Psychology in the Schools*, 55(8), 941-954. <https://doi.org/10.1002/pits.22156>
- Dessauvagie, A., Dang, H., Troung, T., Nguyen, T., Nguyen, B. H., Cao, H., Kim, S., & Groen, G. (2022). Mental health literacy of university students in Vietnam and Cambodia. *International Journal of Mental Health Promotion*, 24(3), 439-456.  
<https://doi.org/10.32604/ijmhp.2022.018030>
- Dovidio, J. F., & Penner, L. A. (2003). Helping and Altruism. In G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Eds), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes* (pp. 162-195).  
<https://doi.org/10.1002/9780470998557.ch7>
- Duffy, J., Rooney, B., & Matthews, J. (2021). Coaches' mental health literacy and role perceptions for supporting young people's mental health. *Journal of Applied Sport Psychology*, 33(1), 45-59. <https://doi.org/10.1080/10413200.2019.1646840>
- Dulin, P. L., & Hill, R. D. (2003). Relationships between altruistic activity and positive and negative affect among low-income older adult service providers. *Aging & Mental Health*, 7(4), 294-299. <https://doi.org/10.1080/1360786031000120697>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>
- Furnham, A., & Sjøkvist, P. (2017). Empathy and mental health literacy. *Health Literacy Research and Practice*, 1(2), e31-e40. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170328-01>

- Ginggeaw S, Prasertsri N. (2015). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nurs J Minist Public Health*, 25, 43-54.
- Golay, P., Alameda, L., Baumann, P., Elowe, J., Progin, P., Polari, A., & Conus, P. (2016). Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.017>
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrтчian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467-475. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910>
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. (2010). *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. Pearson Prentice Hall.
- Haller, E., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydın, G., Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Obando-Posada, D. P., Segura-Vargas, M. A., Vasiliou, V. S., McHugh, L., Höfer, S., Baban, A., ... Gloster, A. T. (2022). To help or not to help? Prosocial behavior, its association with well-being, and predictors of prosocial behavior during the Coronavirus disease pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 775032. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.775032>
- Halsall, T., Garinger, C., Dixon, K., & Forneris, T. (2019). Evaluating of a social media strategy to promote mental health literacy and help-seeking in youth. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 23(1), 13-38. <https://doi.org/10.1080/15398285.2019.1571301>
- Haroz, E., Murray, L. K., Bolton, P., Betancourt, T., & Bass, J. K. (2013). Adolescent resilience in Northern Uganda: The role of social support and prosocial behavior in reducing mental health problems. *Journal of Research on Adolescence*, 23(1), 138-148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00802.x>
- Hsu, P., Chang, I., & Chen, R. (2019). Online learning communities and mental health literacy for preschool teachers: The moderating role of enthusiasm for engagement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 4448. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224448>

- Hu, Y., Ye, B., & Tan, J. (2021). Stress of COVID-19, anxiety, economic insecurity: A structural equation modeling approach. *Frontiers in Psychology, 12*, 707079.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.707079>
- Ibrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L., Ismail, R., Khairuddin, R., Siau, C. S., & Safien, A. M. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia
- Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2018). Multi-group causal model of health literacy and behaviors on family well-being among Thai adults at risk of non-communicable diseases (NCDs). *Journal of Research in Health Sciences, 18*(4), e00429.  
<http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/4233/>
- Intarakamhang U, Kwanchuen Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thai adults. *Asian Biomed, 10*, 587–94.
- Intarakamhang U. (2017). *Health Literacy: Measurement and Development*. Bangkok: Sukhumvit Print; 2017.
- Intarakamhang U, Sriprasertpap K, Chiangkhong A, Srisawasdi N, Wongchan S, Intarakamhang P, Boocho P. (2022). Construct validity of health literacy scales and causal model of sufficient health among NCDs risk adults. *J Med Assoc Thai, 105*, 1259-66.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist, 67*(3), 231-243.  
<https://doi.org/10.1037/a002557>
- Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(8), 656-666. <https://doi.org/10.1080/00048670701449179>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia, 166*(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of*

*Mental Health Promotion*, 19(5), 252-267.

<https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345687>

Kanacri, B. P. L., Eisenberg, N., Tramontano, C., Zuffiano, A., Caprara, M. G., Regner, E., Zhu, L., Pastorelli, C., & Caprara, G. V. (2021). Measuring prosocial behaviors: Psychometric properties and cross-national validation of the prosociality scale in five countries. *Frontiers in Psychology*, 12, 693174.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.693174>.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 6-8.

<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2008). Mental Health First Aid: An international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 55-61.

<https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x>

Krueger, R. F., Hicks, B. M., & McGue, M. (2001). Altruism and antisocial behavior: Independent tendencies, unique personality correlates, distinct etiologies. *Psychological Science*, 12(5), 397-402. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00373>

Kutcher, S., Bagnell, A., Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: A Canadian approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 233-244.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.

<https://doi.org/10.1177/0706743715616609>

Lee, J. E., Goh, M. L., & Yeo, S. F. (2023). Mental health awareness of secondary schools students: Mediating roles of knowledge on mental health, knowledge on professional help, and attitude towards mental health. *Heliyon*, 9, e14512.

Li, S., Sheng, Y., & Jing, Y. (2022). How social support impact teachers' mental health literacy: A chain mediation model. *Frontiers in Psychology*, 13, 851332.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.851332>

Lim. G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>

- Lo, K., Gupta, T., & Keating, J. L. (2018). Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators. A systematic review of randomised control trials. *Health Professions Education*, 4(3), 161-175.  
<https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.08.001>
- Lu, C., Lien, Y., Chao, H., Lin, H., & Tsai, I. (2021). A structural equation modeling of mental health literacy in healthcare students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 13264. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413264>
- Mai J, Yibo W, Ling Z, Lina L, Xinying S. (2022). Health literacy and personality traits in two types of family structure-A cross-sectional study in China. *Front*,13.  
[DOI.org/10.3389/fpsyg.2022.835909](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835909)
- Mamun, M. A., Naher, S., Moonajilin, M. S., Jobayar, A. M., Rayhan, I., Kircaburun, K., & Griffiths, M. D. (2020). Depression literacy and awareness programs among Bangladeshi students: An online survey. *Heliyon*, 6, e04901.  
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04901>
- Martínez-Martí, M. L., Avia, M. D., & Hernández-Lloreda, M. J. (2010). The effects of counting blessings on subjective well-being: A gratitude intervention in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 886-896.  
<https://doi.org/10.1017/s1138741600002535>
- McGuire, A. M. (1994). Helping behaviors in the natural environment: Dimensions and correlates of helping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(1), 45-56.  
<https://doi.org/10.1177/0146167294201004>
- Mind. (2018). *Understanding mental health problems*. Retrieved January 16, 2023, from <https://cemind.org/wp-content/uploads/2019/12/Understanding-Mental-Health-Problems.pdf>
- Mongkol, A. (2017). Situation of depression: Epidemiological survey report of depression. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. [Thai].
- Newcomb-Anjo, S. E. (2019). Applying what is known about adolescent development to improve school-based mental health literacy of depression interventions: Bridging research to practice. *Adolescent Research Review*, 4, 235-248. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0083-6>

- Nickell, G. S. (1998). *The Helping Attitudes Scale*. Paper presented at 106th Annual Convention of the American Psychological Association at San Francisco.
- Nunnally J.C. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd ed. McGraw-Hill.
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, 511-516.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—A review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23(4), 197-204.  
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>
- Pham. T., Bui, L., Nguyen, A., Nguyen, B., Tran, P., Vu, P., & Dang, L. (2019). The prevalence of depression and associated risk factors among medical students: An untold story in Vietnam. *PLoS One*, 14(8), e0221432. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221432>
- Poreddi, V., Blrudu, R., Thimmaiah, R., & Math, S. B. (2015). Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(3), 355-360. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.154571>
- Prabhu, V., Ashok, L., Kamath, V. G., Sekaran, V. C., Kamath, A., Padickaparambil, S., Hegde, A. P., & Devaramane, V. (2021). What predicts mental health literacy among school teachers? *Ghana Medical Journal*, 55(2), 141-146. <https://doi.org/10.4314/gmj.v55i2.7>
- Pribadi, P., Kristina, S. A., & Farrukh, M. J. (2023). Psychometric properties of a mental health literacy questionnaire for university students in Indonesia. *Pharmacy Practice*, 21(2), 2807. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2023.2.2807>
- Pullarp, R. (2017). Depression, suicide, stress and stress management in Tambon Mueangphan, Amphor Mueangphan, Chiang Rai Province. *UBRU Journal for Public Health Research*, 6(2), 72-85. [Thai].
- Qian, G., Wu, Y., Wang, W., Lei, R., Zhang, W., Jiang, S., Huang, Y., & Zhang, Z. (2023). Perceived stress and mental health literacy among Chinese preschool teachers: A moderated mediation model of anxiety and career resilience. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 3777-3785. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S422311>



- Raposa, E. B., Laws, H. B., & Ansell, E. B. (2016). Prosocial behavior mitigates the negative effects of stress in everyday life. *Clinical Psychological Science, 4*(4), 691-698. <https://doi.org/10.1177/2167702615611073>
- Ridout, B., & Campbell, A. (2018). The use of social networking sites in mental health interventions for young people: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 20*(12), e12244. <https://doi.org/10.2196/1244>
- Rovinelli RJ, Hambleton RK. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch J Edu Res, 2*,49- 60.
- Ruamsook, T., Tipwong, A., & Vorasiha, P. (2020). Predictors of helping behavior on smoking cessation among village health volunteers in Samut Songkhram province. *Thai Journal of Nursing, 69*(1), 10-18. [Thai].
- Salloum, A., & Ismail, S. (2020). Factors associated with mental health literacy among international postgraduate students. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences, 7*(6), 14-27.
- Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2022). Mental health literacy: It is now time to put knowledge into practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(12), 7030. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127030>
- Seboka, B. T., Hailegebreal, S., Negash, M., Mamo, T. T., Ewune, H. A., Gilano, G., Yehualashet, D. E., Gizachew, G., Demeka, A. D., Worku, A., Endashaw, H., Kassawe, C., Amede, E. S., Kassa, R., & Tesfa, G. A. (2022). Predictors of mental health literacy and information seeking behavior toward mental health among university students in resource-limited settings. *International Journal of General Medicine, 15*, 8159-8172. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S377791>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467-487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>

- Singh, S., Zaki, R. A., Farid, N. D. N., & Kaur, K. (2022). The determinants of mental health literacy among young adolescents in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*, 3242. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063242>
- Sittironnarit, G., Sripen, R., & Phattharayuttawat, S. (2022). Psychometric properties of the Thai Mental Health Literacy Scale in sixth-year medical students. *Siriraj Medical Journal*, *74*, 100-107. <https://doi.org/10.33192/Smj.2022.13>
- Stansbury, K. L., Petersen, T. L., & Beecher, B. (2013). An exploration of mental health literacy among older African Americans. *Aging & Mental Health*, *17*(2), 226-232. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.724652>
- Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2007). Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. *Journal of Happiness Studies*, *8*, 161-179. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9011-8>
- Stukas, A. A., & Clary, E. G. (2012). Altruism and helping behavior. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (2nd ed., pp. 100-107). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00019-7>
- Tran, Q. D., Vu, T. Q. C., & Phan, N. Q. (2022). Depression prevalence in Vietnam during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Ethics, Medicine, and Public Health*, *23*, 100806. <https://doi.org/10.1016/j/jemep.2022.100806>
- Watkins, P. C., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. L. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *31*(5), 431-452. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.5.431>
- Wenzler, S., & Keeley, J. (2022). The initiation or continuation of mental health services in the transition to college. *Journal of American College Health*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2022.2089851>
- World Federation for Mental Health. (2012). *Depression: A Global Crisis*. World Federation for Mental Health.
- WHO. (2017). *Depression: A Global Public Health Concern*. Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Wright, B. C. (2013). *Altruism and Depression: Exploring this Relationship and the Mechanisms Behind It*. Doctoral Dissertation. University of North Texas.

## ภาคผนวก - แบบสอบถาม



โดย คณะมนุษยศาสตร์ ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมความช่วยเหลือ

(ผู้ตอบได้แก่ นักศึกษาที่กำลังศึกษาในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อายุ 20-25 ปี)

คำชี้แจง

แบบสอบถามครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือของนักศึกษาไทย-เวียดนาม สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ: การสังเคราะห์เมตาและโมเดลเชิงสาเหตุ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือและตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมฯ กลุ่มเป้าหมายได้แก่ นักศึกษาไทยและเวียดนามในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่กำลังศึกษาชั้นปี 3-6 ที่ครอบคลุม 4 กลุ่มได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ/จิตวิทยา คณะกายภาพบำบัด/สาธารณสุข กลุ่มละ 50 คนรวม 200 คน แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอนรวม 65 ข้อ คือ

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 6 ข้อ
ตอนที่ 2 เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน 8 ข้อ
ตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 6 พฤติกรรมความช่วยเหลือ	จำนวน 17 ข้อ

ขอความกรุณาท่านอ่านคำถามแต่ละข้อให้ชัดเจนและทำแบบสอบถามทุกตอนทุกข้อ และขอรับรองว่าการตอบของท่านจะเป็นความลับ จะไม่มีการระบุตัวตนของท่านจากการตอบ เป็นการรายงานผลในภาพรวมเท่านั้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงในตัวท่าน โปรดเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้นในแต่ละข้อ และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

- เพศ  1. ชาย  2. หญิง  3. ไม่ระบุ
- อายุของฉันทั้งอยู่ที่ ..... ปีเต็ม  
 1. 20 ปี  2. 21 ปี  3. 22 ปี  4. 23 ปี  5. 24 ปี  6. 25 ปี
- กำลังศึกษาระดับชั้นปีใด  
 1. ปีที่ 3  2. ปีที่ 4  3. ปีที่ 5  4. ปีที่ 6
- ในปัจจุบันท่านพักอาศัยกับบุคคลใดเป็นส่วนใหญ่

1. กับครอบครัว  2. กับเพื่อน  3. พักคนเดียว  4. อื่นๆ โปรดระบุ .....

5. สุขภาพจิตใจและอารมณ์ของฉันในปัจจุบัน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. สุขภาพจิตเป็นปกติดี  2. เครียดง่าย  3. หงุดหงิดง่าย  4. เบื่อหน่าย/ท้อแท้  
 5. นอนไม่ค่อยหลับ  6. เศร้าไม่ค่อยมีความสุข  7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

ตอนที่ 2 เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ของแต่ละข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับของความคิดเห็น/ความรู้สึก				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1	<u>ด้านความรู้สึก</u>	5	4	3	2	1
	ฉันชอบทำกิจกรรมเพื่อสังคมเพราะจะช่วยให้จิตใจฉันแข็งแรง					
	2	ฉันชื่นชอบในการร่วมกิจกรรมกับเพื่อนๆ เพื่อช่วยให้ทุกคนได้ผ่อนคลาย	5	4	3	2
3	ฉันเต็มใจไปด้วยพลังเชิงบวกในการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อนๆ ให้มีความสุข					
4	<u>ด้านการรู้จัก</u>	5	4	3	2	1
	ฉันคิดว่าการทำสมาธิ สวดมนต์เป็นวิธีการผ่อนคลายที่ได้ผลดีกับทุกคน					
	5	ฉันมองเห็นว่าจะมีสิ่งที่ดีๆ เข้ามาในชีวิตอนาคตของฉันและคนรอบข้างฉัน				
6	การที่ฉันฝึกคิดเชิงบวก เป็นวิธีที่ช่วยให้ผ่อนคลายและรับมือกับปัญหาได้ดี	5	4	3	2	1
7	<u>ด้านพร้อมที่จะกระทำ</u>	5	4	3	2	1
	ถ้าสุขภาพจิตของคนใกล้ๆ ไม่ค่อยดี ฉันพร้อมที่จะดูแลจิตใจเขาให้มากขึ้น					
8	ฉันยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจากการรับฟังหรือพูดคุยกับนักจิตวิทยา	5	4	3	2	1
9	ฉันพร้อมดูแลสุขภาพจิตตนเองและคนในครอบครัว เพื่ออนาคตที่มั่นคง	5	4	3	2	1

ตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ของแต่ละข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับของการรับรู้/ความเชื่อ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1	ฉันเชื่อว่าปัญหาสุขภาพจิต มีวิธีการที่สามารถแก้ไขได้	5	4	3	2	1
2	ฉันคิดว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพจิตทั้งของตนเองและคนในครอบครัวได้ดี	5	4	3	2	1

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับของการรับรู้/ความเชื่อ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
3	ถึงแม้จะมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้น แต่ฉันก็มั่นใจว่าจะคงดูแล สุขภาพจิตและอารมณ์ตนเองให้ดีขึ้นได้					
4	ฉันเชื่อมั่นว่า ฉันจะยังมีมุมมองที่ดีต่อสิ่งต่างๆ เข้ามาในชีวิตของฉันได้					
5	ฉันมีมุมมองในการใช้ชีวิตว่า “เมื่ออุปสรรคผ่านไปได้แล้ว มักมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นตามมาเสมอ”	5	4	3	2	1
6	ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถจัดการชีวิตตนเอง ชีวิตครอบครัว และชีวิตใน งานของฉัน ให้มีความสมดุลได้โดยไม่ส่งผลเสียตามมา	5	4	3	2	1
7	ฉันมั่นใจว่า ฉันยอมรับความแตกต่างของคนอื่นได้เสมอ	5	4	3	2	1
8	ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ยากลำบากได้ดี					

#### ตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อ ที่	การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการรับรู้ของท่าน				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1	<u>ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล</u> ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับฉันเกี่ยวกับการดูแลจิตใจผู้อื่น	5	4	3	2	1
2	ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำปรึกษาฉัน ได้ในกรณีที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือกับผู้อื่น	5	4	3	2	1
3	เมื่อฉันต้องการตัดสินใจช่วยเหลือผู้อื่น ญาติของฉันพร้อมที่จะอยู่เคียง ข้างคอยแนะนำให้ข้อมูลฉัน					
4	<u>ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์</u> ฉันมีผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 คน ที่คอยให้ กำลังใจกับฉันในการแสดงบทบาทดูแลช่วยเหลือผู้อื่น	5	4	3	2	1
5	หากฉันไม่สบายใจ ฉันมีผู้ช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอยู่ใกล้ตัว และ พร้อมจะให้เวลาช่วยเหลือฉัน	5	4	3	2	1
6	ในการตัดสินใจทำงานช่วยเหลือสังคม ฉันมีผู้พร้อมช่วยเป็นกำลังใจ ให้กับฉัน	5	4	3	2	1

ข้อ ที่	การสนับสนุนทางสังคม	ระดับการรับรู้ของท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปาน กลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อย ที่สุด ( 1 )
7	ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ คนในครอบครัวฉัน พร้อมทั้งจะให้การสนับสนุนสิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพจิตหรือช่วยเหลือผู้อื่น	5	4	3	2	1
8	คนในครอบครัวฉัน พร้อมทั้งจะออกค่าใช้จ่ายให้กับฉัน เพื่อสนับสนุน การทำงานเพื่อผู้อื่นและสังคมของฉัน	5	4	3	2	1
9	คนในครอบครัวฉัน พร้อมจัดหาผลิตภัณฑ์หรืออุปกรณ์เพื่อสนับสนุน ให้ฉันไปช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตคนในสังคม	5	4	3	2	1
10	คนในครอบครัวฉัน พร้อมทั้งจะปกป้องคุ้มครองฉัน หากฉันได้รับ ผลกระทบจากการทำงานช่วยเหลือผู้อื่น	5	4	3	2	1

### ตอนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อ ที่	ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความสามารถของท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปาน กลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อย ที่สุด ( 1 )
<b>1.ด้านแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต</b>						
นิยาม: เป็นความรู้เกี่ยวกับแหล่งที่จะเข้าถึงข้อมูลและสามารถแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลจิตใจ						
1	ฉันรู้วิธีที่จะศึกษาค้นหาความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (+)	5	4	3	2	1
2	ฉันทราบวิธีเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่สืบค้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตได้ (+)	5	4	3	2	1
3	ฉันรู้ถึงแหล่งข้อมูลหรือเว็บไซต์การดูแลสุขภาพจิตหลายแหล่งที่ น่าเชื่อถือ(+)	5	4	3	2	1
<b>2.ด้านปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ</b>						
นิยาม: เป็นความรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคม ครอบครัว หรือชีวภาพที่มีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต						
4	ฉันรู้ที่จะหลีกเลี่ยง/ไม่เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิด ความเครียด(+)	5	4	3	2	1
5	ถ้าขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ จะส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (+)	5	4	3	2	1
6	ฉันเข้าใจดีว่า พื้นฐานครอบครัวมักเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนส่วนใหญ่มี ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (+)	5	4	3	2	1
<b>3.ด้านความรอบรู้ในการดูแลรักษาตนเอง</b>						
นิยาม: เป็นความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพจิต รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคล สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง						
7	ฉันเรียนรู้ที่จะเข้าใจถึงสาเหตุและวิธีดับทุกข์เพื่อลดความไม่สบายใจได้ (+)	5	4	3	2	1

ข้อ ที่	ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความสามารถของท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปาน กลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อย ที่สุด ( 1 )
8	ฉันเรียนรู้วิธีที่จะควบคุมอารมณ์ของฉันจากคำแนะนำของนักจิตวิทยาได้ (+)	5	4	3	2	1
9	ฉันรู้ที่จะจัดสรรเวลาให้กับงานอดิเรกหรือพักผ่อนเพื่อการผ่อนคลายได้(+)	5	4	3	2	1
10	การจัดตารางเวลาให้ทำงานเสร็จก่อนกำหนด ช่วยฉันลดความกังวลใจได้ (+)	5	4	3	2	1
<b>4.ด้านขอความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพ</b>						
<b>นิยาม:</b> เป็นความรอบรู้เกี่ยวกับบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและบริการที่จัดหาให้						
11	ฉันทราบสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพจิตที่สามารถไปขอคำปรึกษาได้ (+)	5	4	3	2	1
12	ฉันสามารถพบนักจิตวิทยา/จิตแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือเบื้องต้นได้(+)	5	4	3	2	1
<b>5. ด้านเจตคติต่อบริการทางจิต</b>						
<b>นิยาม:</b> เป็นความคิดความรู้สึกที่มีผลต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตและความมุ่งมั่นในการแสวงหาความช่วยเหลือ						
13	นักจิตวิทยาสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับตัวในสังคมแก่ฉันได้ (+)	5	4	3	2	1
14	ฉันเห็นว่าเมื่อเริ่มมีความเครียดก็ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (+)	5	4	3	2	1
15	คนที่ป่วยทางจิตควรรู้วิธีฝึกทนต่อเรื่องไม่สบายใจ โดยมีนักจิตวิทยาคอยให้กำลังใจ (+)	5	4	3	2	1

### ตอนที่ 6 พฤติกรรมการช่วยเหลือ

หมายถึง การกระทำที่บุคคลต้องเสียผลประโยชน์ของตนเอง เพื่อให้ประโยชน์แก่บุคคลอื่น โดยมีปัจจัยทางจิต และสังคมในการกระตุ้น หรือเสริมพลังให้เกิดพฤติกรรมการช่วยเหลือ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อ ที่	ข้อปฏิบัติ ยุบรวมองค์ 1-2 และยุบรวม องค์ 3-4	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปาน กลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อย ที่สุด ( 1 )
	<b>พฤติกรรมการช่วยเหลือที่ต้นเหตุ (Casual helping)</b> เป็นการกระทำการช่วยเหลือในสิ่งที่จับต้องได้ เป็นบริการหรือการช่วยเหลือเรื่องทั่วไป โดยไม่ต้องใช้แรงงานหรือทรัพย์สินจำนวนมาก เช่น ให้ยืมสิ่งของ ให้เงินช่วยเหลือ ให้อาหาร ช่วยกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น					
1	ฉันมักให้ยืมสิ่งของหรือเงินกับผู้อื่นขอความช่วยเหลือหรือเมื่อมีโอกาส (+)	5	4	3	2	1
2	ฉันพร้อมที่จะบริจาคสิ่งต่างๆ เมื่อเห็นประกาศขอให้ความช่วยเหลือ (+)	5	4	3	2	1
3	ฉันบริจาคเงิน สิ่งของหรืออาหารช่วยเหลือสังคมอยู่เสมอ (+)	5	4	3	2	1

ข้อ ที่	ข้อปฏิบัติ ยุบรวมองค์1-2 และยุบรวม องค์3-4	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มาก ที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปาน กลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อย ที่สุด ( 1 )
	<b>พฤติกรรมความช่วยเหลือส่วนตัว (Substantial helping)</b> เป็นการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นไปหรือผู้ช่วยเหลือมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับ หรือเป็นการช่วยเหลือสิ่งต่างๆ ด้วยความชอบส่วนบุคคลเป็นส่วนมาก					
4	เมื่อมีโอกาส ฉันเสนอความช่วยเหลือให้ผู้อื่น โดยที่เขายังไม่ได้ร้องขอ (+)					
5	ฉันสังเกตเห็นนักท่องเที่ยวหลงทาง ฉันจะเดินเข้าไปช่วยบอกทางทันที (+)					
6	เมื่อเห็นสัตว์บาดเจ็บข้างทาง ฉันจะช่วยหรือนำส่งสถานพยาบาล (+)					
7	เมื่อเห็นคนชราหรือคนพิการข้ามถนน ฉันจะรีบเข้าไปช่วยเหลือ (+)					
8	ฉันพร้อมแจ้งเหตุกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ถ้าพบเห็นสิ่งทีอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ (+)					
	<b>พฤติกรรมความช่วยเหลือทางอารมณ์ (Emotional helping)</b> เป็นการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่จับต้องไม่ได้แต่สัมผัสได้ทางอารมณ์ รู้สึกได้อยู่เคียงข้างกับใครสักคน ให้การปลอบโยน เข้าใจ หรือรับฟังปัญหา ซึ่งเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับความช่วยเหลือโดยไม่ถูกมองว่าเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ให้การช่วยเหลือ					
9	ฉันรับฟังปัญหาของทุกคนอย่างเข้าใจ (+)	5	4	3	2	1
10	ฉันช่วยเหลือให้กำลังใจกับผู้ด้อยโอกาสหรือผู้ประสบภัยต่างๆ (+)	5	4	3	2	1
11	ฉันช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาให้เพื่อนอย่างเต็มใจ ถ้าเห็นว่าเขาต้องการ(+)	5	4	3	2	1
12	ฉันปลอบโยนด้วยความเห็นอกเห็นใจเพื่อนที่ประสบปัญหาหรือมีความทุกข์ใจ(+)	5	4	3	2	1
	<b>พฤติกรรมความช่วยเหลือบริการทางจิต (Mental service helping)</b> เป็นการช่วยเหลือที่จะต้องใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและมีส่วนร่วมให้บริการทางสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญอย่างเต็มใจ					
13	ฉันอาสาทำงานเพื่อให้บริการการปรึกษาทางสุขภาพจิต (+)					
14	ฉันเต็มใจที่จะสละเวลาส่วนตัวเพื่อเรียนรู้การช่วยเหลือผู้ทุกข์ใจ (+)					
15	ฉันพร้อมที่จะประสานงานกับหน่วยงานบริการช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิต(+)					
16	ฉันพัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้(+)					
17	ฉันช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกเมื่อ ที่มีโอกาส (+)					

ขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง



### Metal Health Literacy Scales version English



By the Faculty of Humanities in Collaboration with the  
Behavioral Science Research Institute

**Assessment of Mental Health Knowledge and Helping Behavior  
(Respondents include students studying in the Health Sciences group aged 20–25 years.)**

#### Statement

This questionnaire is part of the study "The Causal Model of Mental Health Awareness on Helping Behavior of Thai-Vietnamese Health Science Students: A Meta Synthesis and Causal Model". The objectives were to develop a tool to assess mental health literacy in helping behavior and to examine a causal relationship model of behaviors. Target groups include Thai and Vietnamese students in the medical science group studying in their first year 3-6, covering 4 groups, namely the Faculty of Medicine, Faculty of Nursing, Faculty of Health Sciences, Psychology, Faculty of Physical Therapy, or Public Health. Each group consisted of 50 people, totaling 200. This questionnaire was divided into six sections, totaling 65 items.

Section 1: General Information (6 Items)

Section 2: Good attitude towards mental health-helping behavior (9 items)

Section 3: Self-efficacy (8 items)

Section 4: Social Support (10 Items)

Section 5: Mental health literacy (15 items)

Section 6: Helping Behavior (17 Items)

Please read each question clearly, complete every questionnaire, and certify that your responses will be confidential. Your identity will not be identified from the responses; only the overall results will be reported. If you have any questions about the questionnaire, please contact Assoc. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang Line ID: ungunung123 E-mail: ungsinun@g.swu.ac.th and Dr. Krittipat Chuenpittayavut E-mail: krittipat@g.swu.ac.th

#### Section 1 General Information

**Instruction:** Please tick an  in the box  or fill in the blank that is true to you. Please select only one answer for each question, and please answer all questions.

##### 1. Gender

q1. Male q 2. Female q 3. Unspecified

##### 2. My age is ..... years old.

q 1. 20 years old q 2. 21 years old q 3. 22 years old q 4. 23 years old  
q 5. 24 years old q 6. 25 years old

##### 3. The Faculty

q 1. Medicine

q 2. Nursing

q 3. Health Sciences, Psychology

q 4. Physical Therapy, or Public Health

##### 4. What year are you studying?

q 1. Year 3 q 2. Year 4 q 3. Year 5 q4. Year 6

##### 5. Who do you mostly live with at present?

q1. Living with family q2. Living with friends q 3. Living alone  
q4. Other, please specify.....

##### 6. My current mental and emotional health (you can answer more than one answer)

q 1. Good mental health q 2. Easily stressed q 3. Easily irritated  
q 4. Bored/disillusioned q 5. Hard to sleep q 6. Sad, not happy  
q 7. Other, please specify....

## Part 2: Good Attitudes towards Mental Health Helping Behavior

Please mark ü in the box o for each statement that corresponds to your current opinion.

No.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	level of opinion/feeling				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	I like doing social activities because they keep me mentally healthy.	5	4	3	2	1
2	I love joining activities with my friends to help everyone relax.	5	4	3	2	1
3	I am full of positive energy to help support my friend's happiness.	5	4	3	2	1
4	I think mantra meditation is a way of relaxing that works for everyone.	5	4	3	2	1
5	I see that good things will come into my future life and those around me.	5	4	3	2	1
6	Practicing positive thinking is a great way to relax and cope with problems.	5	4	3	2	1
7	If the mental health of close friends is not good, I'm ready to take more care of their minds.	5	4	3	2	1
8	I am willing to follow the advice I get from listening to or talking to a psychologist.	5	4	3	2	1
9	I am ready to take care of my mental health and that of my family for a stable future.	5	4	3	2	1

## Section 3 Self-efficacy

Please mark ü in the box o for each statement that corresponds to your current opinion.

No.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	level of belief				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	I believe that mental health issues have ways to be addressed.	5	4	3	2	1
2	I think that I can take good care of my mental health and that of my family.	5	4	3	2	1
3	Despite the uncertainty, I'm confident that I can take better care of my mental and emotional health.	5	4	3	2	1
4	I believe that I will always have a positive outlook on the things that come into my life.	5	4	3	2	1
5	I have a view in life that "when obstacles are overcome, good things will always follow."	5	4	3	2	1
6	I am confident that I can balance my personal life, my family life, and my work life without negative consequences.	5	4	3	2	1
7	I am confident that I am always accepting of other people's differences.	5	4	3	2	1
8	I am confident that I can adapt well to difficult situations.	5	4	3	2	1

## Section 4 Social support

Please mark ü in the box o for each statement that corresponds to your current opinion.

No.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	level of perception				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	I have at least one mental health support person who can advise me or give me accurate information about caring for others.	5	4	3	2	1
2	I have at least one mental health support person who can advise me on helping other people.	5	4	3	2	1
3	When I want to make decisions to help others, my relatives are always there to guide me with information.	5	4	3	2	1
4	I have at least one experienced mental health professional who encourages me to play a role of caring to help others.	5	4	3	2	1
5	When I'm uncomfortable, I have a mental health support person close by who is ready to make time to help me.	5	4	3	2	1
6	In deciding to work to help society, I have someone who is ready to help and encourage me.	5	4	3	2	1
7	My family members are ready to support items, equipment, and appliances that will be used for mental health care or helping others.	5	4	3	2	1
8	My family members are ready to pay for me to support my work for others and society.	5	4	3	2	1
9	My family is ready to provide products or equipment to encourage me to help mentally ill people in society.	5	4	3	2	1
10	When I experience any negative effects from my work helping others, my family is ready to defend me.	5	4	3	2	1

### Section 5 Mental Health Literacy

Please mark ü in the box o for each statement that corresponds to your current opinion.

No.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	level of ability perception				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	I know how to educate myself about mental health issues.	5	4	3	2	1
2	I know how to access resources to research mental health issues.	5	4	3	2	1
3	I know of several reliable mental health resources or websites.	5	4	3	2	1
4	I know how to avoid stressful situations.	5	4	3	2	1
5	Lack of adequate rest can result in mental health problems.	5	4	3	2	1
6	I understand that family background is often one of the factors that predisposes most people to mental health problems.	5	4	3	2	1
7	I learn to understand the cause and how to end suffering to reduce my discomfort.	5	4	3	2	1
8	I learn how to control my emotions with the advice of a psychologist.	5	4	3	2	1

No.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	level of ability perception				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9	I know how to set aside time for hobbies or relaxation.	5	4	3	2	1
10	Scheduling work to finish early helps me reduce anxiety.	5	4	3	2	1
11	I know of a mental health facility where I can go for counselling.	5	4	3	2	1
12	I can see a psychologist or psychiatrist for initial help.	5	4	3	2	1
13	A psychologist can give me advice on social adjustment.	5	4	3	2	1
14	I think that when stress starts, it's a good idea to consult a mental health professional.	5	4	3	2	1
15	People with mental illness should learn how to tolerate their discomfort with the support of a psychologist.	5	4	3	2	1

### Section 6 Helping behavior

Please mark ü in the box o for each statement that corresponds to your current opinion.

No.	Statement always (5) usually (4) sometimes (3) occasionally (2) hardly ever (1)	Frequency of action				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	I often lend things or money to people who ask for help or when the opportunity arises.	5	4	3	2	1
2	I am ready to donate things when I see the announcement asking for help.	5	4	3	2	1
3	I always donate money, items, or food to help society.	5	4	3	2	1
4	When I have the opportunity, I offer help to others that they haven't asked for.	5	4	3	2	1
5	I noticed a tourist getting lost, so I immediately walked over and gave directions.	5	4	3	2	1
6	When I see an injured animal on the side of the road, I will help or bring it to a medical facility.	5	4	3	2	1
7	When I see an elderly or handicapped person crossing the road, I will rush over to help.	5	4	3	2	1
8	I am ready to report to the responsible agency if I see anything that could cause harm.	5	4	3	2	1
9	I understand everyone's problems.	5	4	3	2	1
10	I help and encourage those who are underprivileged or suffer from various disasters.	5	4	3	2	1
11	I will willingly help out as a mentor to a friend if he or she needs it.	5	4	3	2	1
12	I have sympathy for friends who are troubled or distressed.	5	4	3	2	1
13	I volunteered to provide mental health counselling services.	5	4	3	2	1

No.	Statement always (5) usually (4) sometimes (3) occasionally (2) hardly ever (1)	Frequency of action				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
14	I am willing to sacrifice my personal time to learn how to help those in need.	5	4	3	2	1
15	I am ready to coordinate with mental health services.	5	4	3	2	1
16	I have been able to develop myself to be well-versed in helping people with mental health problems.	5	4	3	2	1
17	I support the care of people with mental health problems whenever possible.	5	4	3	2	1

Thank you very much for your cooperation.

### Validity of Mental Health Literacy Scales

#### Assessment of Mental Health Knowledge and Helping Behavior

(Respondents include students studying in the Health Sciences group aged 20–25 years.)

By Ungsinun Intarakamhang and others. Validity of Mental Health Literacy Scales on Helping People at Risk of Depression among Thai Students in Health Science: Cross-sectional Study

#### Section 1 Good Attitudes towards Mental Health Helping Behavior

Item no.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	Content validity index-CVI from 3 experts	Corrected Item-Total Correlation from Try out 30 students
<b><u>Affective domain</u></b>			
1	I like doing social activities because they keep me mentally healthy.	1.00	0.271
2	I love joining activities with my friends to help everyone relax.	1.00	0.315
3	I am full of positive energy to help support my friend's happiness.	0.67	0.621
<b><u>Cognitive domain</u></b>			
4	I think mantra meditation is a way of relaxing that works for everyone.	1.00	0.290
5	I see that good things will come into my future life and those around me.	0.67	0.353
6	Practicing positive thinking is a great way to relax and cope with problems.	1.00	0.661
<b><u>Psychomotor domain</u></b>			
7	If the mental health of close friends is not good, I'm ready to take more care of their minds.	1.00	0.357
8	I am willing to follow the advice I get from listening to or talking to a psychologist.	1.00	0.564
9	I am ready to take care of my mental health and that of my family for a stable future.	1.00	0.489
<b>Cronbach's Alpha = 0.736</b>			

#### Section 2 Self-efficacy

Item no.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	Content validity index-CVI from 3 experts	Corrected Item-Total Correlation
1	I believe that mental health issues have ways to be addressed.	0.67	0.412
2	I think that I can take good care of my mental health and that of my family.	1.00	0.759

Item no.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	Content validity index-CVI from 3 experts	Corrected Item-Total Correlation
3	Despite the uncertainty, I'm confident that I can take better care of my mental and emotional health.	1.00	0.546
4	I believe that I will always have a positive outlook on the things that come into my life.	1.00	0.586
5	I have a view in life that "when obstacles are overcome, good things will always follow."	1.00	0.637
6	I am confident that I can balance my personal life, my family life, and my work life without negative consequences.	1.00	0.738
7	I am confident that I am always accepting of other people's differences.	1.00	0.425
8	I am confident that I can adapt well to difficult situations.	1.00	0.609
<b>Cronbach's Alpha = 0.850</b>			

### Section 3 Social support

Item no.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	Content validity index-CVI from 3 experts	Corrected Item-Total Correlation
<b>Information support</b>			
1	I have at least one mental health support person who can advise me or give me accurate information about caring for others.	1.00	0.782
2	I have at least one mental health support person who can advise me on helping other people.	1.00	0.697
3	When I want to make decisions to help others, my relatives are always there to guide me with information.	1.00	0.608
<b>Emotional support</b>			
4	I have at least one experienced mental health professional who encourages me to play a role of caring to help others.	1.00	0.832
5	When I'm uncomfortable, I have a mental health support person close by who is ready to make time to help me.	1.00	0.597
6	In deciding to work to help society, I have someone who is ready to help and encourage me.	1.00	0.583
<b>money and material support</b>			
7	My family members are ready to support items, equipment, and appliances that will be used for mental health care or helping others.	1.00	0.450
8	My family members are ready to pay for me to support my work for others and society.	1.00	0.540
9	My family is ready to provide products or equipment to encourage me to help mentally ill people in society.	1.00	0.432
10	When I experience any negative effects from my work helping others, my family is ready to defend me.	1.00	0.443
<b>Cronbach's Alpha = 0.875</b>			

### Section 4 Mental Health Literacy

Item no.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	Content validity index-CVI from 3 experts	Corrected Item-Total Correlation
<b>1) Knowledge of how to seek mental health information</b>			
1	I know how to educate myself about mental health issues.	1.00	0.569
2	I know how to access resources to research mental health issues.	1.00	0.383

Item no.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	Content validity index-CVI from 3 experts	Corrected Item-Total Correlation
3) Knowledge of risk factors and causes			
4	I know how to avoid stressful situations.	1.00	0.437
5	Lack of adequate rest can result in mental health problems.	1.00	0.412
6	I understand that family background is often one of the factors that predisposes most people to mental health problems.	1.00	0.300
4) Knowledge of self-treatments			
7	I learn to understand the cause and how to end suffering to reduce my discomfort.	1.00	0.292
8	I learn how to control my emotions with the advice of a psychologist.	1.00	0.421
9	I know how to set aside time for hobbies or relaxation.	1.00	0.379
10	Scheduling work to finish early helps me reduce anxiety.	0.67	0.437
5) Knowledge of professional help available			
11	I know of a mental health facility where I can go for counselling.	1.00	0.568
12	I can see a psychologist or psychiatrist for initial help.	1.00	0.618
6) Attitudes that promote recognition and appropriate helping			
13	A psychologist can give me advice on social adjustment.	1.00	0.612
14	I think that when stress starts, it's a good idea to consult a mental health professional.	1.00	0.754
15	People with mental illness should learn how to tolerate their discomfort with the support of a psychologist.	1.00	0.546
<b>Cronbach's Alpha = 0.811</b>			

### Section 5 Helping behavior

Item no.	Statement Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3) Disagree (2) Strongly Disagree (1)	Content validity index-CVI from 3 experts	Corrected Item-Total Correlation
1	I often lend things or money to people who ask for help or when the opportunity arises.	1.00	0.291
2	I am ready to donate things when I see the announcement asking for help.	1.00	0.641
3	I always donate money, items, or food to help society.	1.00	0.576
2) Substantial helping behavior			
4	When I have the opportunity, I offer help to others that they haven't asked for.	1.00	0.598
5	I noticed a tourist getting lost, so I immediately walked over and gave directions.	0.67	0.426
6	When I see an injured animal on the side of the road, I will help or bring it to a medical facility.	0.67	0.586

<b>Item no.</b>	<b>Statement</b> <b>Strongly Agree (5) Agree (4) Neutral (3)</b> <b>Disagree (2) Strongly Disagree (1)</b>	<b>Content validity index-CVI from 3 experts</b>	<b>Corrected Item-Total Correlation</b>
7	When I see an elderly or handicapped person crossing the road, I will rush over to help.	1.00	0.519
8	I am ready to report to the responsible agency if I see anything that could cause harm.	1.00	0.791
<b>3) Emotional helping behavior</b>			
9	I understand everyone's problems.	1.00	0.584
10	I help and encourage those who are underprivileged or suffer from various disasters.	1.00	0.755
11	I will willingly help out as a mentor to a friend if he or she needs it.	1.00	0.520
12	I have sympathy for friends who are troubled or distressed.	1.00	0.597
<b>4) Mental service helping behavior</b>			
13	I volunteered to provide mental health counseling services.	1.00	0.440
14	I am willing to sacrifice my personal time to learn how to help those in need.	1.00	0.605
15	I am ready to coordinate with mental health services.	1.00	0.704
16	I have been able to develop myself to be well-versed in helping people with mental health problems.	1.00	0.757
17	I support the care of people with mental health problems whenever possible.	1.00	0.828
<b>Cronbach's Alpha = 0.901</b>			



**Appendix – Manuscript in reviewing process of**

JOURNAL OF THE MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND

In SCOPUS