

## ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ณัฏฐภัณฑ์สัจจ์ ศรีวิชัย<sup>1</sup>  
วารภรณ์ บุญเชียง<sup>2</sup>  
พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์<sup>3</sup>

(Received: May 1, 2020; Revised: August 1, 2020; Accepted: August 18, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงา กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 387 ราย สุ่มแบบบังเอิญจาก QR code เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต 3) แบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจ และ 4) แบบสอบถามความเหงา แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิตและแบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจผู้วิจัยดำเนินการแปลข้ามวัฒนธรรมร่วมกับผู้พัฒนาเครื่องมือ นักภาษาศาสตร์ และผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต 5 ท่าน แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.88 - 0.96 สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 20 ปี 8 เดือน (SD = 1 ปี 3 เดือน) ส่วนใหญ่เพศหญิง (70.8) เรียนคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ (42.6) ความรอบรู้สุขภาพจิตเฉลี่ย 113.05 (SD = 9.37) ความผาสุกทางจิตใจเฉลี่ย 45.53 (SD = 10.95) และความเหงาเฉลี่ย 42.42 (SD = 10.26) ความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ โดยความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางบวกกับความผาสุกทางจิตใจที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.345, p < 0.001$ ) ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบกับความเหงาที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.249, p < 0.001$ ) และความเหงามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบกับความผาสุกทางจิตใจที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.699, p < 0.001$ ) หน่วยงานที่ดูแลคุณภาพนักศึกษาสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตให้ครอบคลุมความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ ความเหงาในนักศึกษาได้

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ ความเหงา นักศึกษา

<sup>1</sup> นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อีเมล: kob.psymedcmu@gmail.com

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

## The Correlation Between Mental Health Literacy, Mental Well-Being, And Loneliness Among the Student at Chiang Mai University

*Natthaphansan Sriwichai<sup>4</sup>*

*Waraporn Boonchiang<sup>5\*</sup>*

*Pimchanok Kreausukon<sup>6</sup>*

### Abstract

The purpose of this descriptive correlational research was to examine the correlation between the mental health literacy, mental well-being, and loneliness among the students at Chiang Mai University. Participants were 387 bachelor's degree students from every faculty in Chiang Mai University. Those were accidental sampling via QR code advertisement. Research Instrument included 1) Demography Questionnaire, 2) Mental Health Literacy Questionnaire (MHLq) 3) Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS), and 4) University of California, Los Angeles Loneliness Scale. The MHLq and WEMWBS were cross cultural translated with the instrument developer, linguist, and 5 mental health experts. All questionnaire was reliable with Cronbach's alpha coefficient ( $r_{11} = 0.88 - 0.96$ ). Descriptive Statistic and Pearson's Correlation coefficient were used. An average age of participants was 20 years and 8 months old ( $SD = 1$  year and 3 months). Most participant were female (70.8%), from the health science programs (42.6%). Mean score of mental health literacy was 113.05 ( $SD = 9.37$ ), Mean score of mental well-being was 45.53 ( $SD = 10.95$ ), and Mean score of Loneliness was 42.42 ( $SD = 10.26$ ). Mental health literacy, mental well-being, and loneliness were statistically significantly correlated. There was a significant positive correlation between mental health literacy and mental well-being at level of 0.01 ( $r = 0.345, p < .001$ ). There was a significant negative correlation between mental health literacy and loneliness at level of 0.01 ( $r = -0.249, p < .001$ ). There was a significant negative correlation between loneliness and mental well-being at level of 0.01 ( $r = -0.249, p < .001$ ). The Division of Student Development can encourage the mental health including mental health literacy. Mental well-being Loneliness in college students

**Keyword:** mental health literacy, mental well-being, loneliness, student

---

<sup>4</sup> Graduate Student in Master of Public health, Chiang Mai University. e-mail: kob.psychmedcmu@gmail.com

<sup>5</sup> Assoc. Prof., Faculty of Public Health, Chiang Mai University.

<sup>6</sup> Asst. Prof., Department of Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University.

## บทนำ

การใช้ชีวิตในระดับมหาวิทยาลัยเป็นช่วงการแสวงหาความรู้ตามความต้องการและความถนัด เพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการก้าวสู่วัยทำงานและการเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาที่เป็นอิสระมากกว่าการศึกษาในระดับอื่น ในช่วงนี้การเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายอย่างที่เกิดขึ้นจึงมีความท้าทาย การปรับตัวเพื่อรับกับสถานการณ์ใหม่ ๆ ในมหาวิทยาลัยอาจก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ความตึงเครียดจากปัญหาที่เผชิญ ความเหงาจากการขาดหายไปของสัมพันธภาพของบุคคล ครอบครัว เพื่อน และบุคคลอันเป็นที่รักอื่น ๆ ได้ (Bewick and Stallman, 2018; Ganesen et al, 2008; Mulye et al, 2009; Moustakas, 1961) นักศึกษาโดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เริ่มมีแนวโน้มประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มกว่า 5 เท่าเมื่อเทียบกับช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (Bewick and Stallman, 2018) การสำรวจและสถิติพบว่านักศึกษาในประเทศไทยร้อยละ 21.4 กำลังประสบปัญหาทางสุขภาพจิต โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการเรียน ความรัก และการปรับตัว ความผิดปกติทางจิตใจที่พบบ่อยในวัยรุ่นและนักศึกษา ได้แก่ ความเครียดและวิตกกังวล (9.0 %) ความเหงา (10.0 %) โรควิตกกังวล (9.0-15.0 %) การทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย (13.0 %) โดยมีสัดส่วนอาการซึมเศร้าสูงที่สุด (Department of Mental Health, 2019; Pilakanta & Sriwichai, 2020; Vichai, 2019) หลายประเทศให้ความสำคัญในการสำรวจสุขภาพจิตวัยรุ่นโดยเฉพาะนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย เนื่องจากความผิดปกติทางจิตใจของวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้การพยากรณ์โรคแย่ลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Ganesen et al, 2008; Rice, Eyre, Riglin, & Potter, 2017) เช่นเดียวกันกับกรมสุขภาพจิตที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ มีความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีภายใต้ความรอบรู้สุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2019)

นักศึกษาเป็นวัยที่สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองได้หากมีความรอบรู้สุขภาพจิต ความรอบรู้สุขภาพจิตคือการมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ทราบแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากคนใกล้ชิดหรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เพื่อรับการดูแล รักษา ฟันฟู รวมถึงการป้องกันและลดความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตใจ (Coles et al., 2016; Doyle, O'Sullivan, Nearchou, & Hennessy, 2017; Jorm, 2000; Jorm et al, 2006; Melas, Tartani, Forsner, Edhborg, & Forsell, 2013) นักศึกษามีความรอบรู้สุขภาพจิตที่ดีจะสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองและเกิดความผาสุกทางจิตใจต่อไปได้ ส่วนนักศึกษาที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตไม่ดีจะเกิดความยากลำบากในการเข้าใจอาการและความเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง ส่งผลให้ไม่สามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตน ส่งผลให้ต้องใช้เวลาการรักษานานและกระบวนการรักษาที่ยากขึ้น ความรอบรู้สุขภาพจิตยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเยียวยาและให้การรักษากับบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าวได้เหมาะสม เพราะความรอบรู้สุขภาพจิต เป็นการรู้และการมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพจิตที่ทำให้บุคคลรับรู้ จัดการและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตให้เกิดความสมดุลระหว่างความรู้สึกด้านลบและด้านบวก ซึ่งก่อให้เกิดเป็นความผาสุกทางจิตใจได้อีกทางหนึ่ง (Attygalle, Perera, & Jayamanne, 2017; Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal, & Moksnes, 2019; Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013; Patton et al., 2014; Rice et al., 2017; Rüscher, Evans-Lacko, Henderson, Flach, & Thornicroft, 2011)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2014; 2019) ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตใจว่าเป็นสภาวะความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุขทางจิตใจ เป็นการรับรู้ถึงความสามารถภายในตนสำหรับจัดการกับภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นในใจ เป็นความสามารถสำหรับการสร้างสรรค์ผลผลิตที่ดีและพร้อมสำหรับคืนและถ่ายทอดสู่สังคม เป็นความสมดุลของสภาวะทางจิตใจทั้งด้านบวกและด้านลบ มีความพึงพอใจในสมรรถนะแห่งตนและสัมพันธ์ถึงความเป็นอยู่ที่ดีและมี

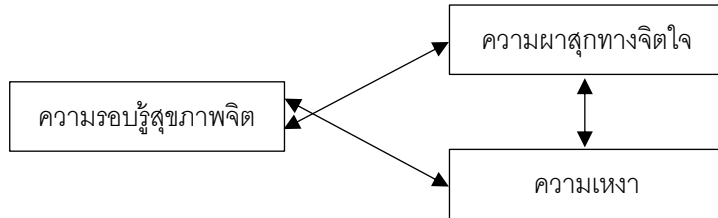
ความสุขทางจิตใจภายในตนได้แม้ว่าจะอยู่สภาวะที่ดีและไม่ดี ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจสูงจะให้รายงานเกี่ยวกับสุขภาพของตนที่ดีและดีมากถึงร้อยละ 77.11 ส่วนผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจต่ำจะให้รายงานเกี่ยวกับสุขภาพของตนที่แย่มากถึงร้อยละ 58.02 ความผาสุกทางจิตใจจึงเป็นความสมดุลของชีวิตที่มีความสุขและความสามารถสำหรับการจัดการกับอารมณ์ด้านลบของตน ความผาสุกทางจิตใจยังมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความตึงเครียดและการสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจที่ดี จะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนหรือบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นแหล่งรับคำปรึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้ (Biró et al, 2009; Pyle & Manclossi, 2018)

ความเหงา เป็นความอึดอัดที่แย่มากที่สุด เนื่องจากการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อน รวมถึงการต้องอยู่อย่างลำพังคนเดียว (Pimlott, 2018) ปัจจุบันนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับความเหงาหลายหลายรูปแบบ และหลากหลายวัฒนธรรม ซึ่งจะพบความชุกของความเหงาอยู่ระหว่างร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 55 ทั้งในกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ โดยพบว่าบุคคลอายุ 16-24 ปีจะให้รายงานว่าตนเองมีความเหงาสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (Lee et al., 2018; Palmer, 2019) ความเหงาเป็นภัยเงียบที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ไม่ดี อาทิ สุขภาพกายที่แย่ การใช้สารเสพติด ความบกพร่องทางปัญญา สุขภาพจิตที่แย่งลง รวมถึงการขาดสารอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรค เช่น ความดันโลหิตสูง ไปจนปัญหาการนอนหลับ (Lee et al, 2018; Mushtaq et al, 2014) จากการศึกษาระยะยาวของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดก็พบผลกระทบของความเหงากับสภาวะสุขภาพจิตเช่นกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีความเหงาในปริมาณที่มากกว่าที่ตนจะรับได้ จะมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตน้อย เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นสภาวะสุขภาพทั้งทางกายและใจจะเริ่มแย่งลง มีกลไกการทำงานของสมองที่แย่งลง และจะมีอายุไขที่สั้นกว่าผู้ที่มีเพื่อนหรือเครือข่ายทางสังคมสูง (Harvard Health Letter, 2017) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงควรดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งคุณลักษณะทางบวกและทางลบ ให้เกิดความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และลดระดับความเหงาลง

การศึกษาในต่างประเทศพบนักศึกษามีความรอบรู้สุขภาพจิตในหลายระดับ ทั้งในระดับปานกลางและสูง รวมทั้งมีทัศนคติทั้งด้านบวกและด้านลบต่อผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต (Lakdawala & Vankar, 2016; Mahfouz et al., 2016; Subudhi, Srinivasan, & Mohapatra, 2018) การศึกษาของเบจอร์นเสน (Bjørnsen et al., 2019) พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจในทางบวก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหงา ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมทั้งสามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตใจได้ถึงร้อยละ 41 ร่วมกับการรับรู้สถานะทางการเงินของครอบครัว ความเครียด ความรู้สึกเหงา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่นเดียวกับ เฮอโดร์ โดส ฌองโตส (Heitor dos Santos et al., 2017) ที่พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจมีความสัมพันธ์กัน การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพจิต ทัศนคติ ความเชื่อ รวมทั้งความผาสุกทางจิตใจและความเหงาในนักศึกษาชาวไทยภายในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมทั้งต่อยอดสู่การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่และบุคคลอื่น ๆ ต่อไป เมื่อมีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิตมากขึ้น ก็จะสามารถใช้ข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้มาเป็นปัจจัยส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต และเมื่อมีความรอบรู้สุขภาพจิต ก็จะสามารถเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วยทางจิต รู้เท่าทันและสร้างสมดุลอารมณ์ทางลบของตน เกิดเป็นความผาสุกทางจิตใจ รวมทั้งสามารถหาแนวทางในการป้องกันรักษา พัฒนาตนเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดต่อไปได้

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของเบจอร์นเซนและคณะ (Bjørnsen et al., 2019) ที่ได้อธิบายว่า นักศึกษาที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตจะรู้เท่าทันความผิดปกติและการให้การช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้นเกี่ยวกับ สุขภาพจิตได้ เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพจิตทางบวกมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ และมีความสัมพันธ์ ทางลบกับความเจ็บป่วยทางจิต เช่น ความเครียด ความเหงา เป็นต้น ดังแสดงในภาพกรอบแนวคิด



**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ชาวไทยระดับปริญญาตรี จำนวน 29,264 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการประมาณค่าสัดส่วนประชากรจากกลุ่มประชากรที่ทราบจำนวนประชากรของ คอคห์ราน (Cochran, 1966) โดยมีรายละเอียดดังนี้

$$n = \frac{\left[ \frac{\left( \frac{Z_\alpha}{2} \right)^2 \hat{p}(1-\hat{p})}{MOE^2} \right]}{\left[ 1 + \frac{\left( \frac{Z_\alpha}{2} \right)^2 \hat{p}(1-\hat{p})}{MOE^2(N)} \right]}$$

โดยกำหนด	$\alpha$	คือ	ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $\frac{Z_\alpha}{2}$	= 1.96
	$\hat{p}$	คือ	การประมาณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล	= 0.80
	MOE	คือ	ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ยอมรับได้	= 4.0 %
	N	คือ	จำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด	= 29,264

$$n = \frac{\left[ \frac{(1.96)^2 (0.80) (1-0.80)}{0.04^2} \right]}{\left[ 1 + \frac{(1.96)^2 (0.80) (1-0.80)}{0.04^2 (29,264)} \right]}$$

n = 379.15

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 380 ราย วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) จากการประชาสัมพันธ์เชิญชวนนักศึกษา โดยใช้ป้ายประชาสัมพันธ์ออนไลน์ของหน่วยพัฒนาคุณภาพนักศึกษา และสโมสรนักศึกษาแต่ละคณะ แต่ละวิทยาลัย ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อเชิญชวนและขอความร่วมมือ นักศึกษาเหล่านั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาของตนด้วยความ สม่ครใจ สำหรับนักศึกษาที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการอินเทอร์เน็ตสามารถเข้าร่วมให้ข้อมูลด้วย แบบสอบถามได้ที่หน่วยพัฒนาคุณภาพนักศึกษาของแต่ละคณะ และมีรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีชาวไทยของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีสถานภาพนักศึกษาในภาค การศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562
2. อายุ 18 – 25 ปี
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
4. สามารถเข้าถึงบริการอินเทอร์เน็ตสำหรับการให้ข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ได้
5. ยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษา

#### เกณฑ์คัดออก

1. มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็นอย่างมากจนไม่สามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อความใน แบบสอบถาม และแบบสอบถามออนไลน์ได้ แม้จะใช้อุปกรณ์ช่วยสำหรับการมองเห็น เช่น แว่นสายตา หรือ คอนแทคเลนส์

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ชั้นปีที่เรียน กลุ่ม สาขาวิชาที่เรียน ลักษณะที่พักอยู่อาศัย และ ลักษณะการอยู่อาศัย

2. **แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดำเนินการแปลมาจาก The Mental Health Literacy Questionnaire - Young Adult (MHLq) พัฒนาโดย ดิอาส และคณะ (Dias, Campos, Almeida, & Palha, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิตจำนวน 29 ข้อ แบบเลือก 5 ระดับ ประกอบด้วยด้านย่อย 4 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับ ปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น และด้านกลยุทธ์ สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 - 145 คะแนน แบบสอบต้นฉบับมีค่าความเชื่อมั่น = 0.84

3. **แบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจ** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจาก The Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับประเมินภาวะอยู่ดีมีสุขทางจิตใจของบุคคลอายุ 16 ปีขึ้นไป ของสถาบันข้อมูลบริการสุขภาพแห่งชาติสก๊อตแลนด์ พัฒนาโดนเทนเนนท์ และคณะ (Stewart-Brown

& Janmohamed, 2008; Tennant et al., 2007) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับผาสุกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมดจำนวน 14 ข้อคำถาม แต่ละข้อสามารถตอบได้ 5 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 14 ถึง 70 คะแนน แบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษมีค่าความเชื่อมั่น 0.89 ค่า test-retest reliability 0.83

**4. แบบสอบถามความเหงาของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอส แองเจลีส** (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980; Russell, Peplau, & Ferguson, 1978; Russell, 1996) เป็นแบบสอบถามสำหรับวัดความเหงา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อสามารถตอบได้ 4 ระดับ แบบสอบถามความเหงาประกอบด้วยคำถามเชิงลบ 11 ข้อและคำถามเชิงบวก 9 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 20 คะแนน ถึง 80 คะแนน โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 แปลเป็นไทยโดย ทินกร และ ณททัย วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012)

### การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การแปลเครื่องมือสำหรับงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม

แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจ ผู้วิจัยใช้วิธีการแปลย้อนกลับตามแนวทางการแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม (Sawasdiapanich & Tiansawad, 2011) เริ่มจากการแปลแบบสอบถามจากฉบับภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความและเข้าใจบริบททางสุขภาพจิตจำนวน 1 ท่านและบุคคลอื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตจำนวน 1 ท่านรวมทั้งสิ้น 2 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งสองเป็นผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี (Bilingual Person) หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามฉบับแปลเป็นภาษาไทยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาคลินิก ด้านจิตเวชศาสตร์ ด้านพฤติกรรมศาสตร์และด้านการวัดผลจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการปรับแก้ข้อคำถามแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เสร็จแล้วนำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วแปลย้อนกลับจากภาษาไทยไปเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญอีกสองท่านที่เป็นคนละคนกับผู้แปลเป็นไทย โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 ท่านและด้านการแปลอีก 1 ท่านที่เข้าใจบริบทของภาษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี (Bilingual Person) ขั้นตอนสุดท้ายคือการเปรียบเทียบเครื่องมือต้นฉบับกับฉบับที่แปลย้อนกลับ ร่วมกับนักภาษาศาสตร์และผู้พัฒนาเครื่องมือ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทั้งภาษาและวัฒนธรรม รวมทั้งหาข้อสรุปร่วมกัน

#### การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แปลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจ มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.97 – 1.00 ซึ่งเป็นเครื่องมือมีดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้

#### การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น

นำแบบสอบถามทั้งหมดที่ดำเนินการแปล และแบบสอบถามความเหงาไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach alpha coefficient:  $r_{11}$ ) โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ( $r_{11} = 0.88 - 0.96$ )

### ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารหมายเลข ET001/2020 เมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยดำเนินการการปรับรูปแบบแบบสอบถามให้เป็นรูปแบบที่สามารถประเมินแบบออนไลน์ผ่านลิงค์ที่อยู่เว็บไซต์แบบสั้นและ QR code เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถให้ข้อมูลได้สะดวก จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ถึงคณบดี หน่วยพัฒนาคุณภาพนักศึกษา และสโมสรนักศึกษาของคณะต่าง ๆ เพื่อขออนุญาตติดป้ายประชาสัมพันธ์และเก็บข้อมูลนักศึกษาภายในคณะ ผ่านสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ เช่น แฟนเพจสโมสรนักศึกษา ประสัมพันธ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มไลน์ เป็นต้น โดยก่อนเข้าถึงแบบสอบถามจะให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการอ่านคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมการให้ข้อมูล สามารถคลิกยินยอมการให้ข้อมูลก่อนเริ่มต้นตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลความรอบรู้สุขภาพจิต ความผูกพันทางจิตใจ และความเหงามีการกระจายในโค้งปกติ จึงทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

### ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 27.6 เพศชาย และร้อยละ 1.6 ไม่ต้องการระบุเพศ อายุเฉลี่ย 20 ปี 8 เดือน (SD= 1 ปี 3 เดือน) อายุน้อยที่สุด 18 ปี และมากที่สุด 24 ปี ร้อยละ 87.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 3.3 และ 0.08 นับถือศาสนาคริสต์และอิสลามตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 8.6 ให้ข้อมูลว่าตนไม่นับถือศาสนาใด ๆ กลุ่มตัวเก็นครึ่งกำลังเรียนอยู่ในชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 เรียนอยู่คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ร้อยละ 42.6 39.0 และ 18.4 ตามลำดับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.6 พักอยู่ในหอพักในกำกับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร้อยละ 54.5 พักอาศัยกับรูมเมท โดยมีนักศึกษาที่อาศัยคนเดียวตามลำพังร้อยละ 17.1 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			
	ชาย	107	27.6
	หญิง	274	70.8
	ไม่ต้องการระบุ	6	1.6
<b>อายุ (ปี)</b>			
	18	19	4.9
	19	105	27.1
	20	111	28.7
	21	69	17.8
	22	69	17.8
	23	10	2.6
	24	4	1.1
<b>ศาสนา</b>			
	พุทธ	338	87.3
	คริสต์	13	3.3
	อิสลาม	3	0.8
	ไม่นับถือศาสนา	33	8.6
<b>กลุ่มสาขาวิชาที่เรียน</b>			
	กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	165	42.6
	กลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์	150	39.0
	กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี	71	18.4
<b>ชั้นปี</b>			
	ปี 1	127	32.8
	ปี 2	96	24.8
	ปี 3	64	16.5
	ปี 4	85	22.0
	ปี 5	7	1.8
	ปี 6	3	0.8
	ไม่ต้องการระบุชั้นปี	5	1.3
<b>ลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบัน</b>			
	บ้านพักส่วนตัว/ห้องชุด	110	28.7
	หอพักในกำกับภายในมหาวิทยาลัย	157	40.6
	หอพัก/ห้องพักเอกชนภายนอกมหาวิทยาลัย	119	30.7
<b>ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบัน</b>			
	อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว	66	17.0
	อาศัยอยู่กับบิดามารดา / ญาติพี่น้อง / ผู้ปกครอง	97	25.1
	อาศัยอยู่กับรูมเมท	211	54.5
	อาศัยอยู่กับแฟน / คนรัก	13	3.4

นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิตเฉลี่ย 113.05 คะแนน (SD = 9.366) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรอบรู้สุขภาพจิตประกอบด้วย ด้านความเข้าใจและตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วยและสภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต 42.67 คะแนน (SD = 4.946) ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต 29.46 คะแนน (SD = 3.336) ด้านการรู้แหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือสำหรับดูแลสภาวะจิตใจเบื้องต้น 23.99 คะแนน (SD = 3.062) และด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม 16.96 คะแนน (SD = 2.056) สำหรับคะแนนความผาสุกทางจิตใจเฉลี่ย 45.53 คะแนน (SD = 10.954) และมีคะแนนความเหงาเฉลี่ย 42.42 คะแนน (SD = 10.257) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาของกลุ่มตัวอย่าง

Variable	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ความรอบรู้สุขภาพจิต	113.05	9.366	ปานกลาง
ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	42.67	4.946	ปานกลาง
ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	29.43	3.336	ปานกลาง
ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น	23.99	3.062	ปานกลาง
ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม	16.96	2.056	ปานกลาง
ความผาสุกทางจิตใจ	45.53	10.954	ปานกลาง
ความเหงา	42.42	10.257	ปานกลาง

จากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.345, p < 0.001$ ) กล่าวคือหากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพจิตเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะมีความผาสุกทางจิตใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.249, p < 0.001$ ) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพจิตที่เพิ่มจะทำให้ความเหงาลดลง และความเหงามีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.699, p < 0.001$ ) หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเหงาเพิ่มขึ้นก็จะมีความผาสุกทางจิตใจลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาของกลุ่มตัวอย่าง

Variable	MHL	MWB	Loneliness
ความรอบรู้สุขภาพจิต (MHL)	1		
ความผาสุกทางจิตใจ (MWB)	0.345***	1	
ความเหงา (Loneliness)	-0.249***	-0.699***	1

หมายเหตุ \*\*\*  $p < 0.001$

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความผาสุกทางจิตใจ โดยพบว่ามีสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.345, p < 0.001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้สุขภาพจิตทั้ง 4 ด้านยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความผาสุกทางจิตใจ ประกอบด้วย ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ( $r = 0.170, p < 0.001$ ) ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ( $r = 0.186, p < 0.001$ ) ด้านการรู้แหล่งและพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตเบื้องต้น ( $r = 0.371, p < 0.001$ )

และด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม ( $r = 0.310, p < 0.001$ ) การประเมินความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นการมุ่งเน้นไปที่การประเมินเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ ทศนคติของความผิดปกติทางจิตใจมากกว่ามุ่งเน้นเรื่องสุขภาพจิตที่ดี (Campos, Dias, Palha, Duarte, & Veiga, 2016; Dias et al., 2018; O'Connor & Casey, 2015) ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตที่ดี จะสามารถจัดการและหาแหล่งสนับสนุนเพื่อให้เกิดสมดุลของอารมณ์ด้านบวกและด้านลบของตนและเกิดเป็นความผาสุกทางจิตใจได้ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจในหลายประเทศ เช่น การศึกษาของ เบจอร์เซน และ ไฮเตอร์ โดส์ ฌองโตส (Bjørnsen et al., 2019; Heitor dos Santos et al., 2017) ที่พบเช่นเดียวกันว่าความผาสุกทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพจิต แต่การศึกษาในนักศึกษาในออสเตรเลีย กลับพบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ แต่พบว่าความรอบรู้สุขภาพจิตด้านการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ( $r = .419, p < .001$ ) เนื่องจากปัจจัยปัจจัยแทรกซ้อนจากสิ่งแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัย เช่น รูปแบบการเรียนการสอน การประเมินการเรียนการสอน จำนวนชั่วโมงเรียน ลักษณะของชั้นเรียน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น (Ratnayake & Hyde, 2019) อันจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจทั้งในภาพรวมและรายด้าน บุคคลที่มีความรอบรู้สุขภาพจิต จะรับรู้ปัญหาของตนเองและบุคคลใกล้ชิดได้ รู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต แสวงหาแหล่งที่สามารถให้ความรู้รวมถึงแหล่งช่วยเหลือเบื้องต้นได้เหมาะสม จึงสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับจัดการความผิดปกติทางจิตใจของตนและคนรอบข้างได้ ลดความตึงเครียดลง มีความผาสุกทางจิตใจในทางตรงกันข้าม หากนักศึกษามีความรอบรู้สุขภาพจิตที่ต่ำ ก็จะเป็นความยากลำบากในการหาทางออกให้กับปัญหาความผิดปกติทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ไม่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตลดลง ก็สามารถแสดงถึงความผาสุกทางจิตใจที่ต่ำได้ (Langlands, Jorm, Kelly, & Kitchener, 2008; Yurayat, 2011)

จากการการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ โล กูปตา และ เคอาตติง (Lo, Gupta & Keating, 2018) แสดงให้เห็นว่า ความรู้ทั่วไปในการป้องกันความผิดปกติทางจิตใจ การรับรู้เมื่อมีปัญหาและความผิดปกติทางจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับหนทางความช่วยเหลือและการรักษาความผิดปกติทางจิตใจ ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การช่วยเหลือตนเองอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับปัญหาที่มีความรุนแรง และทักษะการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับตนเองและผู้มีปัญหาคความผิดปกติทางจิตใจยังสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการเสริมสร้างพลังให้สังคมเพื่อการดำเนินงานด้านความรอบรู้สุขภาพจิตภายในชุมชนได้ ซึ่งจากแนวทางดังกล่าว จะเห็นได้ว่า บางแนวทางนั้นเป็นองค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพจิตที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาในขณะนี้ ผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรทางสุขภาพจิต นักวิจัยอาจใช้แนวทางเหล่านี้ในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตทั้งในนักศึกษา บุคคลทั่วไป รวมถึงบุคคลกลุ่มที่มีความเปราะบางได้ เพื่อให้ทุกคนมีความรอบรู้สุขภาพจิตพร้อมรับกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ในสังคมปัจจุบัน ซึ่งนักศึกษาหรือบุคคลที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตจะมีความรู้เท่าทันปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้รวมทั้งหาแนวทางและแหล่งการรักษาได้อย่างเหมาะสม และยังเป็นการป้องกันความรุนแรงของความผิดปกติเหล่านั้นภายใต้บริบทความรอบรู้สุขภาพจิต (Rice et al, 2017)

### ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิตและความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความเหงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.249, p < 0.001$ ) และในรายด้านก็พบเช่นเดียวกันว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้านมีความสัมพันธ์กับความเหงาเช่นกัน ยกเว้นด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ( $r = -0.017, p = 0.744$ ) ความรู้สึกว่าตนแปลกแยกและความรู้สึกที่ว่าถูกแยกตัวจากสังคมเป็นความรู้สึกเหงา และมีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพหลาย

ด้านในทุกช่วงวัย (Hawkey & Capitanio, 2015) การเข้ามาศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยเป็นจุดเปลี่ยนของชีวิตที่มีความเป็นอิสระมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ รอบตัว ที่ไม่เหมือนกับสภาพแวดล้อมในครอบครัว ปัญหาการปรับตัวกับเพื่อนแปลกหน้า อาจเป็นสาเหตุของความรู้สึกเหงาในนักศึกษาได้ (Pengtong, 2006) นักศึกษาที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตต่ำจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งของรับคำปรึกษาบ่อยและอาจหาทางออกให้กับปัญหาหรืออารมณ์ด้านลบของตนเช่นความเหงาได้ไม่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบจอร์นเซน (Bjørnsen et al., 2019) ที่พบว่า ความเหงาและความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบ ( $r = -0.120, p < 0.01$ ) นอกจากนี้การศึกษาของ ดิกกินสัน (Dickinson, 2019) ก็พบเช่นเดียวกันว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความเหงาอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่าความเหงานี้ยังมีความสัมพันธ์กับจำนวนเพื่อนที่สามารถให้ความช่วยเหลือ และจำนวนกิจกรรมที่ทำในมหาวิทยาลัยเช่นกัน นักศึกษาที่ไม่ทราบแหล่งขอความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตอาจมีความรู้สึกเหงาสูง เช่น การศึกษาของวรวิริ ฐนประภคต (Thanaprakrit, 2008) ที่พบเช่นเดียวกันว่าการขาดคนหรือแหล่งที่จะสามารถเข้ารับคำปรึกษา การขาดคนคุยเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของความเหงา ความเหงาเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความผิดปกติทางจิตใจหลายประเภท ทั้งภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด ปัญหาการนอน ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เป็นต้น (Mushtaq, Shoib, Shah, & Mushtaq, 2014; Richardson, Elliott, & Roberts, 2017) สุขภาพจิตที่ดีเกิดขึ้นได้จากการดูแลตนเอง ดังนั้นหากนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต มีแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต มีกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้ก็สามารถจัดการกับความเหงาและความรู้สึกโดดเดี่ยวได้ ซึ่งจะเป็นอีกหนึ่งแนวทางสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิต ความรอบรู้สุขภาพจิตและบรรเทาความเหงาได้ (Mushtaq et al., 2014) หน่วยงานที่ดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาอาจจัดหาแหล่งความรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อบรรเทาความเหงาและเพิ่มความผาสุกทางจิตใจให้กับนักศึกษาในความดูแล

### ความสัมพันธ์ระหว่างความเหงาและความผาสุกทางจิตใจในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความผาสุกทางจิตใจและความเหงามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.699, p < 0.001$ ) ความผาสุกทางจิตใจเป็นความสมดุลของอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางด้านลบ เป็นภาวะแห่งความสุข ความพึงพอใจต่อสถานการณ์ในเข้ามาในชีวิต (Yurayat, 2011) หลายการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเหงาและโดดเดี่ยว โดยเฉพาะปริมาณและคุณภาพของความสัมพันธ์ทางสังคมที่แย่งจะส่งผลทางลบต่อสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจ (Hignell, 2019) นักศึกษาที่มีความเหงาสูงจะมีความผาสุกทางจิตใจต่ำ เพราะมีข้อจำกัดของสมดุลอารมณ์ด้านบวกและด้านลบของตน ซึ่งการศึกษานี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของเบจอร์นเซน (Bjørnsen et al., 2019) ที่นอกจากพบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจแล้ว การศึกษานี้ยังพบว่าความผาสุกทางจิตใจก็มีความสัมพันธ์กับความเหงาเช่นกัน ( $r = -0.540, p < 0.01$ ) การศึกษาในนักศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (Ratanasiripong & Wang, 2011) พบว่า ความยากลำบากในการเข้าสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ( $r = -0.320, p < 0.01$ ) กล่าวคือนักศึกษาที่ประสบปัญหาการเข้าสังคมหรือสัมพันธ์ภาพในสังคม จะมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตต่ำ ไอชัค (Ishaq, Asif, & Malik, 2018) ทำการศึกษาในนักศึกษาก็พบว่าความผาสุกทางจิตใจและความเหงาเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กัน แคร็น และคณะ (Kearns, Whitley, Tannahill, & Ellaway, 2015) พบว่า ความรู้สึกเหงามีความสัมพันธ์อย่างมากกับสุขภาพจิตที่ไม่ดี ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการอยู่อาศัยโดยลำพังของบุคคล ความสนิทสนมชิดเชื้อกับเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยที่สำคัญของความเหงาและความผาสุกทางจิตใจ แคร็น (Kearns et al., 2015) มองว่า ความเหงาเป็นสิ่งตึงเครียดอย่างหนึ่งของชีวิต บุคคลที่มีความผาสุกจะสามารถตอบสนองต่อความเหงาได้ดี เช่นเดียวกับ อับโบท์ (Abbott, Lim, Eres, Long, &

Mathews, 2018) ซึ่งกล่าวว่าผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจสูงมักมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหงาต่ำ นอกจากนี้ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตใจที่ดี ก็จะมีปัญหาทางกาย ทางจิต และทางสังคมด้านลบที่น้อยเช่นกัน เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้สึกเศร้า และสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตที่ดี (Abbott et al., 2018) การส่งเสริมเพื่อลดความเหงา ความรู้สึกโดดเดี่ยวเป็นหนทางสำหรับการเพิ่มความผาสุกทางจิตใจ (Ercole & Parr, 2020) ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กัน ซึ่งจากการศึกษาในระยะยาวกว่า 8 ทศวรรษของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ที่ทำการศึกษากับบุคคลตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นจนถึงวาระท้ายของชีวิต พบว่า การมีเครือข่ายทางสังคมที่มากจะช่วยเพิ่มความสุขในชีวิต บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้งเกินกว่าที่ตนสามารถรับได้ จะมีความสุขในชีวิตน้อย สุขภาพจะเริ่มแย่งลงตั้งแต่วัยกลางคน การทำงานของสมองลดลงและพบว่าบุคคลเหล่านี้มีอายุไขที่สั้นกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมสูง ความเหงาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และยังมีความสามารถทำนายความสุขและความผาสุกของบุคคลได้ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแบบเล็กน้อย เช่น กับเพื่อนร่วมชั้นเรียน คนรู้จัก ที่เราไม่จำเป็นต้องทำความรู้จักอย่างลึกซึ้ง ก็มีความสัมพันธ์กับความสุขและความผาสุกทางจิตใจได้ นอกจากนี้การจัดการกับความรู้สึกเหงาก็เป็นอีกหนึ่งแนวทางสำหรับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจเช่นกัน (Harvard Health Letter, 2017; Mushtaq et al, 2014; Walton, 2018)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันและเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ และผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับปานกลาง นักวิชาการ มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่ดูแลด้านการพัฒนาคุณภาพนักศึกษา อาจใช้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการจัดหลักสูตรอบรม การจัดกิจกรรมหรือชั้นเรียนสำหรับการส่งเสริมทักษะความรอบรู้สุขภาพจิตให้กับนักศึกษา เพราะความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง เมื่อนักศึกษามีความรอบรู้สุขภาพจิตก็จะมีคามตระหนักรู้ความเจ็บป่วย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อาการเบื้องต้นที่ต้องแสวงหาหนทางสำหรับขอรับความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นการส่งเสริม ป้องกัน และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับความผิดปกติทางจิตใจด้วยตนเองภายใต้กระบวนการทางสุขภาพจิตที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้ความรอบรู้สุขภาพจิตของนักศึกษาดีขึ้น ซึ่งหากได้รับการส่งเสริมที่ดี ความรอบรู้สุขภาพจิตของนักศึกษาจะเริ่มดีขึ้นครบทุกองค์ประกอบ และเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ และเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความรู้สึกเหงาลงได้

2. ความเหงาเป็นความทุกข์ทรมานและสร้างความไม่สุขสบายหลายด้าน ความเหงาเป็นปัจจัยทางลบด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาบางส่วนมีความเหงาในระดับสูง และยังพบอีกเช่นกันว่า นักศึกษาบางส่วนไม่ทราบแหล่งขอรับคำปรึกษาทางสุขภาพจิต เนื่องจากนักศึกษาเข้ามาเรียนที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มาจากภูมิภาคที่ต่างกัน มหาวิทยาลัย หรือผู้ที่ดูแลด้านการพัฒนาคุณภาพนักศึกษาอาจใช้ผลการวิจัยนี้เพื่อหาแนวทางสำหรับการบรรเทาระดับความเหงาของนักศึกษาลง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มหรือหาแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา การประชาสัมพันธ์แหล่งขอรับบริการทางสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา เป็นต้น แนวทางในการจัดการความเหงายังเป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตอีกทางหนึ่งด้วย นักศึกษาที่มีความรอบรู้สุขภาพจิต จะสามารถสร้างความสมดุลของความรู้สึกด้านบวกและด้านลบภายในจิตใจตนเองได้ เมื่อเกิดความสมดุลก็จะก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตใจได้

### ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบถามใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการแปลข้ามวัฒนธรรม จึงยังไม่ได้ดำเนินการหาค่ามาตรฐาน รวมทั้งความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในกลุ่มประชากร ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการร่วมกับทีมวิจัยและทีมผู้พัฒนา แต่ในเบื้องต้นจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่า แบบสอบถามดังกล่าวสามารถใช้ได้ในบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีความเที่ยงที่ดี ความตรงเชิงเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ และมีความเชื่อมั่นเทียบเท่าต้นฉบับ ทั้งนี้ผู้สนใจอาจนำแบบสอบถามนี้ไปใช้สำหรับการวิจัยในกลุ่มอื่น และหาค่ามาตรฐานต่อไป

ลักษณะการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบบังเอิญ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูลที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 และข้อจำกัดในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการกระจายตามสัดส่วนของประชากรที่ทำการศึกษา ข้อมูลความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ ความเหงาและข้อมูลส่วนบุคคลอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนและอ้างอิงถึงกลุ่มประชากร ซึ่งคือนักศึกษาทั้งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้ ดังนั้นการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยจึงควรคำนึงถึงวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เพื่อให้ข้อมูลที่รวบรวมสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาหาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่ใช้ทำนายความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงา ซึ่งจากค่านววรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ก็พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัย ปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ และปัจจัยอื่นๆ อาจมีความสัมพันธ์และสามารถเป็นปัจจัยร่วมทำนายความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงา รวมทั้งการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาในสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป
2. การศึกษาความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างออกไป เช่น การศึกษาในกลุ่มประชากร บุคลากรทางสุขภาพ กลุ่มวัยทำงาน ในชุมชน พระภิกษุสงฆ์ รวมทั้งกลุ่มเปราะบางในสังคม เช่น ผู้สูงอายุพึ่งพิง ประชากรชายขอบ ชนเผ่า เป็นต้น
3. การศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือ และการศึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่น เพื่อกำหนดตัวชี้วัดความผาสุกทางจิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และความเหงาในบริบทของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมความผาสุกทางจิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และความเหงา
4. การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษา

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้ของ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ บุญเชียง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย ผู้พัฒนาเครื่องมือ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนในการแปลเครื่องมือ และขอพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านสำหรับความตั้งใจและมุ่งหวังให้ประสบการณ์ในชีวิตของท่านก่อเกิดเป็นประโยชน์สำหรับการสาธารณสุขและสุขภาพจิตไทย ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลนี้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดตามที่ท่านปรารถนาทุกประการ

## เอกสารอ้างอิง

- Abbott, J., Lim, M., Eres, R., Long, K., & Mathews, R. (2018). The impact of loneliness on the health and wellbeing of Australians. *In Psych: The bulletin of the Australian Psychological Society, 40*(6). 1-6.
- Attygalle, U. R., Perera, H., & Jayamanne, B. D. W. (2017). Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11*(1). 38. doi:10.1186/s13034-017-0176-1
- Bewick, B., & Stallman, H. (2018). *How universities can combat the student mental health crisis*. Retrieved from <https://www.independent.co.uk/news/education/university-mental-health-students-depression-anxiety-suicide-alcohol-a8526051.html>
- Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R., & Kósa, K. (2010). Determinants of mental well-being in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(2). 253-258. doi: 10.1007/s00127-009-0062-0
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: Implications for school health services. *The Journal of School Nursing, 35*(2). 107-116. doi: 10.1177/1059840517732125
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing mental health literacy in young people. *Universitas Psychologica, 15*(2). 61-72. doi: 10.11144/Javeriana.upsyl5-2.dppq
- Cochran, W. G. (1966). *Sampling techniques* (2 ed.). New York, NY: Wiley.
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health, 58*(1). 57-62. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.09.017
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). phœi nisit naksuksa 6.4 pœsen phayayam kha tua tai [Revealed that 6.4% of students attempted suicide]. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29586>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental health literacy in young adults: adaptation and psychometric properties of the mental health literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7). 1318.
- Doyle, E., O'Sullivan, S., Nearchou, F., & Hennessy, E. (2017). An exploration of mental health literacy in relation to depression in secondary school pupils. *Journal of Education and Training, 4*(2). 1-13. doi: 10.5296/jet.v4i2.10287
- Ercole, V., & Parr, J. (2019). Problems of loneliness and its impact on health and well-being. In W. Leal Filho, T. Wall, A. M. Azul, L. Brandli, & P. G. Özuyar (Eds.), *Good health and well-being* (pp. 1-12). Cham: Springer International.

- Ganasean, K. A., Parker, S., J Hugo, C., Stein, D., Emsley, R. A., & Seedat, S. (2008). Mental health literacy: Focus on developing countries. *African journal of psychiatry*, 11. 23-28.  
doi: 10.4314/ajpsy.v11i1.30251
- Harvard Health Letter. (2017). *Can relationships boost longevity and well-being?*. Retrieved from <https://www.health.harvard.edu/mental-health/can-relationships-boost-longevity-and-well-being>
- Hawkley, L. C., & Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B: Biological Sciences*, 370(1669). doi: 10.1098/rstb.2014.0114
- Heitor dos Santos, M. J., Moreira, S., Dinis, A., Virgolino, A., Carreiras, J., Rosa, R., . . . & Santos, O. (2017). Promotion of mental health literacy and mental well-being in a Portuguese unemployed population sample: Effectiveness assessment of a capacity building community-based intersectoral intervention. *European Psychiatry*, 41(Supplement). S736.  
doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1350
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5). 777-780.  
doi: 10.2105/ajph.2012.301056
- Hignell, Y. (2019). *Why mental health is key to wellbeing*. Retrieved from <https://ben.org.uk/ben-blog/mental-health-key-to-wellbeing/>
- Ishaq, G., Asif, M., & Malik, N. (2018). Relationship of loneliness and psychological well-being among university hostels students: Moderating role of self-esteem. *Journal of Research in Social Sciences*, 6(2). 242-252.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British journal of psychiatry*, 177. 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1). 3-5.  
doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x
- 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. *Medical Journal of Australia*, 166(4). 182-186.  
doi: 10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x
- Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C., & Ellaway, A. (2015). Loneliness, social relations and health and well-being in deprived communities. *Psychology, health & medicine*, 20(3). 332-344.  
doi: 10.1080/13548506.2014.940354
- Lakdawala, B., & Vankar, G. K. (2016). Mental health literacy amongst college students : A community based study. *Indian Journal of Mental Health*, 3. 473-485.  
doi: 10.30877/IJMH.3.3.2016.342-350



- Langlands, R. L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2008). First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3). 157-165. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.004
- Lee, E. E., Depp, C., Palmer, B. W., Glorioso, D., Daly, R., Liu, J., . . . & Jeste, D. V. (2018). High prevalence and adverse health effects of loneliness in community-dwelling adults across the lifespan: role of wisdom as a protective factor. *International Psychogeriatrics, 1*-16. doi:10.1017/S1041610218002120
- 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 randomized control trials. *Health Professions Education, 4*(3). 161-175. doi: 10.1016/j.hpe.2017.08.001
- Mahfouz, M. S., Aqeeli, A., Makeen, A. M., Hakami, R. M., Najmi, H. H., Mobarki, A. T., . . . Ageel, O. A. (2016). Mental health literacy among undergraduate students of a saudi tertiary institution: A cross-sectional study. *Mental illness, 8*(2). 35-39. doi: 10.4081/mi.2016.6806
- Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., & Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry, 28*(7). 404-411. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.02.002
- Moustakas, C. E. (1961). *Loneliness*. NY: Prentice-Hall.
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health ? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research, 8*(9). WE01-WE04. doi: 10.7860/JCDR/2014/10077.4828
- Mulye, T. P., Park, M. J., Nelson, C. D., Adams, S. H., Irwin, C. E., & Brindis, C. D. (2009). Trends in Adolescent and Young Adult Health in the United States. *Journal of Adolescent Health, 45*(1). 8-24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.013
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research, 229*(1-2). 511-516. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.064
- Palmer, B. W. (2019). The effects of loneliness and social isolation on cognitive functioning in older adults: a need for nuanced assessments. *International Psychogeriatrics, 31*(4). 447-449. doi: 10.1017/S1041610218001849
- Patton, G. C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J. B., Degenhardt, L., . . . & Moran, a. P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet, 383*(9926). 1404-1411. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62116-9
- Pengtong, T. (2006). wawatthanakan læ khongsang kieokap sangkhom [Evolution and structure of society]. Retrieved from <http://e-learning.tapee.ac.th/>

- Pilakanta, S & Sriwichai N. (2020). khwam chuk læ patchai thamnai kan khoei phayayam kha tua tai talot chuang chiwit nai phupuai sumsao [Prevalence and predictors of lifetime suicide attempt in individuals with major depressive disorder]. *Chiang Mai Medical Journal*. 59(2). 99-113.
- Pimlott, N. (2018). The ministry of loneliness. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 64(3). 166.
- Pyle, E., & Manclossi, S. (2018). *Understanding well-being inequalities: who has the poorest personal well-being?*. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/understandingwellbeing>
- Ratanasiripong, P., & Wang, C.-C. D. C. (2011). Psychological well-being of Thai nursing students. *Nurse education today*, 31(4). 412-416. doi: 10.1016/j.nedt.2010.08.002
- Ratnayake, P., & Hyde, C. (2019). Mental Health Literacy, Help-Seeking Behaviour and Wellbeing in Young People: Implications for Practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36. 16-21. doi: 10.1017/edp.2019.1
- Rice, F., Eyre, O., Riglin, L., & Potter, R. (2017). Adolescent depression and the treatment gap. *The Lancet Psychiatry*, 4(2). 86-87. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30004-4
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2017). Relationship between loneliness and mental health in students. *Journal of Public Mental Health*, 16(2). 48-54. doi: 10.1108/JPMH-03-2016-0013
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric services* 62(6). 675-678. doi:10.1176/ps.62.6.pss6206\_0675
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3). 472-480.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42. 290-294.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1). 20-40. doi: 10.1207/s15327752jpa6601\_2
- Sawasdipanich N & Tiansawad S. (2011). kan plæ khruangmu phua chai nai nganwichai kham watthanatham : theknik læ praden thi tong phicharana [Instrument Translation for Cross-Cultural Research: Technique and Issues to be Considered]. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(1). 19-28.
- Stewart-Brown, S., & Janmohamed, K. (2008). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale user guide version 1*. Scotland: NHS Health Scotland.
- Subudhi, C., Srinivasan, P., & Mohapatra, B. (2018). Mental Health Literacy among University Students. *American Journal of Educational Research*, 6(4). 365-369. doi: 10.12691/education-6-4-11

- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., . . . Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1). 63. doi: 10.1186/1477-7525-5-63
- Thanaparakit, W. (2008). *sahet khong khwam wawe læ kan phachoen kap khwam wawe khong nakrian pracham wairun* [Causes of and coping with loneliness of adolescent boarding students]. (Master of arts thesis, Chulalongkorn University).
- Vichai, S. (2019). *panha sukkhaphap chit wairun* [Adolescent mental health problem]. Retrieved from [https://www.catc.or.th/studentaffairs/wp-content/uploads/2562/2\\_2\\_knowledge\\_for\\_district\\_consultants\\_and\\_parents/](https://www.catc.or.th/studentaffairs/wp-content/uploads/2562/2_2_knowledge_for_district_consultants_and_parents/)
- Walton, A. G. (2018). *7 ways loneliness and connectedness affect mental health*. Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/alicegwalton/2018/10/30/7-ways-loneliness-and-connectedness-affect-mental-health/#7a9b129fe1dc>
- WHO. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Retrieved from [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- WHO. (2019). *Mental health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A short version of the revised 'experience of close relationships questionnaire': investigating non-clinical and clinical samples. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 8. 36-42. doi: 10.2174/1745017901208010036
- Yurayat, P. (2011). *kan sukxa læ phatthana khwam pha suk thang chitchai khong naksukxa nai mahawitthayalai* [A study and development of psychological well-being of university student]. (Doctor of education dissertation, Srinakharinwirot University).