



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา Nursing Public Health and Education Journal ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 ISSN 2651-1908

บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* วรวิษา สำราญเนตร ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี ศุภรดา วงศ์จำปา

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในยุค COVID – 19

* วรณภา กาวิละ พูลทรัพย์ ลาภเจียม วราภรณ์ บุญยงค์

ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019

* ธาณี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ ทักษิภา ชัชรรัตน์

ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น

* อุทัยรัตน์ ชิตมงคล รัตติกร เหมือนนาตอน สุมัธนา แก้วมา วีระพงษ์ เรียบพร

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

* จุฑารัตน์ ลมอ่อน ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ทรงสุตา หมั่นไธสง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดต่อกระฉก

* เรวดี ศรีสุข เครือวัลย์ อินทจันทร์

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

* ปรีศนา วะสี วรางคณา ธวัศคำ มยุรฉัตร ด้วงนกร ต้องหทัย ลัลลิตาแพง

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ

* จุญลักษณ์ ป้องเจริญ รสริน วรณจิรวีไล รุ่งนิภา จ่างทอง คมينا สุวรรณประทีป อุมากร มณีวงศ์

ผลการใช้แอนิเมชันและเพลงสอนนับลูกเดินต่อการบันทึกลูกเดินของสตรีตั้งครรภ์

* จิณวัตร จันครา บุษณีย์ บรรพตะธิ นุชนาฏ ธาตุทอง น้ำฝน มโนราช

การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ด้วยการบริการสังคมเพื่อรองรับระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ

* วิจิตร แผ่นทอง อิดารัตน์ ห้วยทราย เมตตา ไชยเชษฐ์ สุนิสา คำชื่น

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

* เยวาลักษณ์ ธรรมนารักษ์ บุญพิชชา จิตต์ภักดี ฐิติณัฐ อัครเดชะอนันต์

Nursing
Public Health
Education



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563 ISSN 2651-1908

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

นางสาว ชนิดาภา อินต๊ะมุด

นายเอกชัย หมั่นขัตติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. พรณพิไล ศรีอารณ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพล นธการกิจกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมยศ ชิดมงคล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รื่น

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.วิยะดา รัตนสุวรรณ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แหลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร. สุชาดา อินทรกำแหง ณ.ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์

ดร.จุไรรัตน์ ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์

ดร. ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร. ธานี กล่อมใจ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ปรคณีย์ สมิตี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
● บทบาทพยาบาลในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	3
● การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในยุค COVID – 19	14
● ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019	29
● ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น	40
● การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน	52
● ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดต่อกระเจก	65
● การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	77
● ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกของสหสาขาวิชาชีพ	91
● ผลการใช้แอนิเมชันและเพลงสอนนับลูกดีต่อการบันทึกลูกดีของสตรีตั้งครรภ์	106
● การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ด้วยการบริการสังคมเพื่อรองรับระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสุขภาพอำเภอ	118
● พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	132



ภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น

ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล รัตติกร เหมือนนาตอน สมัทธนา แก้วมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี

วิระพงษ์ เรียบพร

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

Received : June 4, 2020

Revised : July 15, 2020

Accepted : July 17, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี จำนวน 420 คน (ชาย 168 คน และหญิง 252 คน) จาก 6 โรงเรียน ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปีการศึกษา 2562 ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต 2) การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้น 3) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ 4) ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และ 5) ทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละฉบับเท่ากับ 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบทีแบบอิสระ ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า 111 คน (26.43%) และไม่มีภาวะซึมเศร้า 309 คน (73.57%) โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า 79 คน และเพศชายมีภาวะซึมเศร้า 32 คน ผลการทดสอบไคสแควร์พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้านั้นมีความสำคัญทางสถิติ ($X^2=7.85$; $p=.006$) (2) วัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามี่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามี่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก (3) การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามี่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามี่มีความสำคัญทางสถิติ ($t=5.62$; $p=.000$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามี่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามี่มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



Depression and Mental Health Literacy in Adolescents

Ruetairat Chidmongkol, Rattikorn Mueannadon, Sumuttana Kaewma
Boromarajonani College of Nursing, Udonthani
Veerapong Riabporn
Mental Health Center 8

Abstract

The aims of this descriptive study were to explore depression and mental health literacy in adolescent in Mueang District of Udon-Thani Province and compare mental health literacy between groups of the adolescent with depression and without depression. Samples were 420 adolescents (168 males and 252 females), 15-19 years old from six schools in Mueang District of Udon-Thani Province, in academic year 2019. The stratified sampling method was applied for the sample group. Two research instruments were Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) used as a depression screening tool and Mental Health Literacy Questionnaire classified into five components: knowledge of mental illness prevention, recognition of when a mental health problem is developing, knowledge of help-seeking options and treatments available, knowledge of self-help strategies for milder problems and first aid skills for others affected by mental health problems. The reliability of the two instruments were 0.87 and 0.92 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square and independent t-test. The results revealed that; (1) 111 adolescents (26.43%) (79 females and 32 males) had depression and 309 adolescents (73.57%) were normal or without depression. The chi-square test indicated female adolescents with depression were statistically significant more than male adolescents ($X^2=7.85$; $p=.006$). (2) Adolescents without depression having mental health literacy both in overall and each of five components were at a high level. For the group of adolescents with depression, their mental health literacy in overall were at a moderate level. When considering each component, it was found that knowledge of help-seeking options and treatments available, knowledge of self-help strategies for milder problems, and first aid skills for others affected by mental health problems were also a moderate level while the rest of them, knowledge of mental illness prevention and recognition of when a mental health problem is developing were at a high level. (3) Adolescents with depression had statistically significant lower mental health literacy than those without depression ($t = 5.62$ $p=.000$). When considering in each component, it was found that four components including knowledge of mental illness prevention, knowledge of help-seeking options and treatments available, knowledge of self-help strategies for milder problems and first aid skills for others affected by mental health problems had a lower score than those without depression at the 0.01 level of significance.

Key words: Depression in adolescents, Mental health literacy



บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม รวมทั้งเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกหลายประการที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น องค์การอนามัยโลก (WHO) (2019) กล่าวว่า ครึ่งหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตเริ่มต้นเมื่ออายุ 14 ปี และปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อย และเป็นสาเหตุชักนำที่สำคัญของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลับไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือตรวจรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในวัยรุ่น (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012; WHO, 2019; Johns Hopkins Medicine, 2020)

องค์การอนามัยโลกให้นิยามวัยรุ่นว่าเป็นบุคคลที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยแบ่งวัยรุ่นเป็น 3 ช่วงอายุตามพัฒนาการของวัยรุ่น ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (10-14 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (15-17 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย 18-19 ปี (WHO, 2014) วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่พบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นตอนต้น และปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (Thapar et al., 2012) วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลายส่วนใหญ่เป็นนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงและมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง (บรรจง เจนจัดการ, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, และชนัดดา แนนเกษร, 2562; วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, 2563) จากการวิเคราะห์สถานการณ์วัยรุ่นในประเทศไทย โดยองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 วัยรุ่นไทยขอรับบริการและความช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 63 (United Nations Children's Fund Thailand, 2016) และจากการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย ในเดือนมิถุนายน

- กันยายน 2561 โดยสำรวจนักเรียนจากโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในภาพรวมความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 17.8 โดยเขตสุขภาพที่ 13 (กลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดกรุงเทพมหานคร) มีความชุกมากที่สุด (ร้อยละ 26.2) และเขตสุขภาพที่ 2 (กลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดอุดรธานี) มีความชุกน้อยที่สุด (ร้อยละ 11.4) (วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ, 2563) ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในแต่ละเขตสุขภาพหรือแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก เช่น สภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม (Stirling, Toubmourou, & Rowland, 2015) ดังนั้นควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นความรู้ความสามารถของบุคคลที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต รู้ถึงวิธีการค้นหาข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ที่มีอยู่ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้ เข้าใจ จัดการ และป้องกันปัญหาทางจิต (Jorm, 2011; Attygalle, Perera, & Jayamanne, 2017) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้และความสามารถที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตที่ดี และเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของภาวะสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะช่วยให้บุคคลหรือชุมชนสามารถบ่งชี้ถึงปัญหาทางจิตและค้นหาการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา (Hart et al., 2018; Tay, Tay, & Klainin-Yobas, 2018) ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจึงเป็นทรัพยากรในตัวบุคคลที่สำคัญประการหนึ่งของวัยรุ่นที่จะใช้ในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและลดโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Jorm, (2011) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตไว้ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเจ็บป่วยทางจิต (2) การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้หรือบอกได้



อย่างถูกต้องว่าตนเองหรือบุคคลกำลังเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต การรับรู้ปัญหาที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว (3) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับช่องทางหรือแหล่งให้ความช่วยเหลือหรือบำบัดรักษาที่มีอยู่และสามารถเลือกใช้แหล่งช่วยเหลือนั้นได้อย่างเหมาะสม (4) ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น เป็นวิธีการที่บุคคลจะจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง หรือเป็นการจัดการกับปัญหาภายใต้คำชี้แนะจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และ (5) ทักษะการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องรู้วิธีการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนแก่บุคคลที่กำลังเผชิญกับปัญหาทางจิต เพราะโดยทั่วไปแล้วผู้ที่กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตจะรับรู้ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นได้ไม่ถูกต้อง

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น พบการศึกษาในวงจำกัด การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวัยรุ่น รวมถึงการสำรวจภาวะซึมเศร้าและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายซึ่งส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการศึกษามุ่งเจาะจงศึกษาวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับการจัดการเรียนการสอนและการให้บริการด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอน การให้บริการวิชาการ ตลอดจนเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยบริการสุขภาพใช้ในการวางแผน เพื่อการส่งเสริม ป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่วัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น

ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปีที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ประจำปีการศึกษา 2562 จากโรงเรียนรัฐบาลเขตอำเภอเมืองอุดรธานี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 20 รวมจำนวน 8,415 คน ประกอบด้วย 16 โรงเรียน แบ่งเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ 4 แห่งจำนวน 6,820 คน ขนาดกลาง 2 แห่ง จำนวน 865 คน และขนาดเล็ก 10 แห่ง จำนวน 730 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 8,415 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็น 420 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยคิดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนนักเรียนในแต่ละกลุ่มโรงเรียน ได้จำนวนตัวอย่างจากโรงเรียนขนาดใหญ่ 340 คน โรงเรียนขนาดกลาง 42 คน และโรงเรียนขนาดเล็ก 38 คน จากนั้นสุ่มโรงเรียนมาร้อยละ 50 ของจำนวนโรงเรียนแต่ละขนาด ได้โรงเรียนขนาดใหญ่ 2 แห่ง โรงเรียนขนาดกลาง 1 แห่ง และโรงเรียนขนาดเล็ก 5 แห่ง โดยใช้ในการสุ่มอย่างง่าย แต่เนื่องจากโรงเรียนขนาดเล็ก 1 แห่งปิดภาคการศึกษา และอีก 1 แห่ง ยังไม่มีนักเรียนในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ผู้วิจัยจึงศึกษาจากโรงเรียนขนาดเล็ก 3 แห่ง จากนั้นสุ่มนักเรียนในแต่ละโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของเพศนักเรียน โดยใช้ในการสุ่มอย่างง่าย ได้ตัวอย่างจากโรงเรียนขนาดใหญ่ 340 คน (ชาย 139 คน, หญิง 201 คน) โรงเรียน



ขนาดกลาง 42 คน (ชาย 12 คน, หญิง 30 คน) โรงเรียนขนาดเล็ก 38 คน (ชาย 17 คน, หญิง 21 คน) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีปัญหาสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตที่มีผลต่อการให้ข้อมูล และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) ฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย อุมารพร ตรังคสมบัติ (กรมสุขภาพจิต, 2561) เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อและเชิงลบ 16 ข้อ การให้คะแนนมี 4 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงลบ คือ ไม่เลย=0 คะแนน บางครั้ง=1 คะแนน บ่อย ๆ=2 คะแนน และตลอดเวลา=3 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนคือ ไม่เลย=3 คะแนน บางครั้ง=2 คะแนน บ่อย ๆ=1 คะแนน และตลอดเวลา=0 คะแนน คะแนนเต็มของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 60 คะแนน คะแนนรวมจากการทำแบบคัดกรองมากกว่า 22 คะแนน แสดงถึงการคัดกรองเบื้องต้นว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม ค่าเชื่อมั่นของแบบคัดกรอง ด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (α - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินที่มีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ตามแนวคิดของ Jorm, (2011) ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในการวิจัยครั้งนี้ โดยการปรับปรุงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น (ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, พิมพ์ลัญช์ อายุวัฒน์, และปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี, 2562) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และผู้ตอบแบบสอบถามเป็น

ผู้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของตนเอง (Self-assessment) แบบประเมินมีจำนวน 35 ข้อ แบ่งตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 7 ข้อ (2) การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้น จำนวน 6 ข้อ (3) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ จำนวน 8 ข้อ (4) ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น จำนวน 7 ข้อ และ (5) ทักษะการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น จำนวน 7 ข้อ คะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบประเมินมีค่ามาก แสดงถึงวัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมาก ตรวจสอบความตรงของแบบประเมินผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และหาค่าเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (α - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี เลขที่ IRB BCNU 411/032 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2562

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารโรงเรียนที่เก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและอาจารย์ประจำของโรงเรียนให้เข้าใจวัตถุประสงค์และการดำเนินการ และชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย มีการชี้แจงสิทธิที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ข้อมูลในการวิจัย และตอบ



แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์
ของแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ
พรรณนา

2. ข้อมูลจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และนำคะแนนรวม
จากแบบคัดกรอง CDS-D มาจัดกลุ่มภาวะซึมเศร้าโดย
นำคะแนนเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนรวม > 22 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า
(ควรได้รับการวินิจฉัยช่วยเหลือต่อไป)

คะแนนรวม ≤ 22 คะแนน ปกติ/ไม่มีภาวะ
ซึมเศร้า

3. เปรียบเทียบจำนวนวัยรุ่นชายและหญิงที่
มีภาวะซึมเศร้าโดยการทดสอบความเป็นเอกภาพ (Test
of Homogeneity) ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-
square test)

4. ข้อมูลจากแบบประเมินความรู้ด้าน
สุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และนำ
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งรายด้านและ
ภาพรวมมากำหนดระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดย
เทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 มีความรู้ด้านสุขภาพจิต
น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 มีความรู้ด้านสุขภาพจิต
ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 มีความรู้ด้านสุขภาพจิต
มาก

5. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้าน
สุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะ
ซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบอิสระ (t-test
independence)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่กำลังศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 420 คน อายุอยู่
ระหว่าง 15-19 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 16.72 ปี

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (252 คน, คิดเป็น 60%) และ
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 5 (210 คน, คิดเป็น 47.9%) รองลงมา
เป็นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (175 คน, คิดเป็น 41.7%)

1. ผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าใน
วัยรุ่น ผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเขตอำเภอ
เมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามี
จำนวน 111 คน (คิดเป็น 26.43%) และวัยรุ่นที่ไม่มี
ภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 309 คน (คิดเป็น 73.57%) เมื่อ
พิจารณาจำแนกตามเพศของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นหญิงมี
ภาวะซึมเศร้า 79 คน วัยรุ่นชายมีภาวะซึมเศร้า 32 คน
ผลการทดสอบความเป็นเอกภาพ โดยพิจารณา
อัตราส่วนจำนวนวัยรุ่นชายและหญิงที่ภาวะซึมเศร้า
ด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าจำนวนวัยรุ่นหญิงมี
ภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชายอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 ($X^2=7.85$; $p=.006$)

2. ผลการสำรวจความรู้ด้าน
สุขภาพจิตของวัยรุ่น ผลการสำรวจความรู้ด้าน
สุขภาพจิตของวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นทั้งหมดมีคะแนนความ
รู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.49$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
ความรู้ด้านสุขภาพจิตทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดย
มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตในด้านความรู้
เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตมากที่สุด ($\bar{X}=4.14$, $SD=0.59$) และด้านความรู้ในการแสวงหาความ
ช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่น้อยที่สุด ($\bar{X}=3.67$, $SD=0.64$)

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้าน
สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.57$, $SD=0.44$) และเมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพจิต
เป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบ
รู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 3 ด้าน
ได้แก่ ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการ
รักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหา
เบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต
เบื้องต้น ($\bar{X}=3.42$, $SD=0.64$; $\bar{X}=3.30$, $SD=0.68$;
 $\bar{X}=3.56$, $SD=0.75$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้ด้าน



สุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89, SD=0.61$; $\bar{X} = 3.67, SD=0.57$ ตามลำดับ)

สำหรับวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86, SD=0.48$) และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่ไม่มีภาวะ

ซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตมากที่สุด ($\bar{X} = 4.23, SD=0.55$) และการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้นน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.72, SD=0.66$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน จำแนกตามวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	มีภาวะซึมเศร้า (n=111คน)			ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=309คน)			รวม (n=420 คน)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต	3.89	.61	มาก	4.23	.55	มาก	4.14	0.59	มาก
2. การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้น	3.67	.57	มาก	3.72	.66	มาก	3.71	0.63	มาก
3. ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่	3.42	.64	ปานกลาง	3.73	.62	มาก	3.67	0.64	มาก
4. ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น	3.30	.68	ปานกลาง	3.87	.67	มาก	3.72	0.72	มาก
5. ทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น	3.56	.75	ปานกลาง	3.75	.63	มาก	3.70	0.68	มาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม	3.57	.44	ปานกลาง	3.86	.48	มาก	3.78	0.49	มาก

3. ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต 2) ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ 3) ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และ 4) ทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ส่วนความรอบรู้ด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้นไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน ระหว่างวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	มีภาวะซึมเศร้า(n=111)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=309)		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต	3.89	.61	4.23	.55	5.323	.000*
2. การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้น	3.67	.57	3.72	.66	.863	.389
3. ความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่	3.42	.64	3.73	.62	4.511	.000*
4. ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น	3.30	.68	3.87	.67	7.749	.000*
5. ทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น	3.56	.75	3.75	.63	2.472	.004*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม	3.57	.44	3.86	.48	5.619	.000*

p-value <.01*

อภิปรายผล

ผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.43 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้ในวัยรุ่นเนื่องจากวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย เป็นช่วงวัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เช่น เป็นช่วงวัยที่ต้องปรับตัวกับการเรียนที่จะไปสู่ระดับอุดมศึกษา การต้องการการยอมรับจากเพื่อน และการคบเพื่อนต่างเพศ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยและบริบทของแต่ละบุคคล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการวิจัยของ วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ (2563) ที่สำรวจความชุกของวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจาก 13 เขตสุขภาพ โดยในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดอุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ นครพนม และสกลนคร (กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม) พบวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.8 ขณะที่ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26.2

ผลการวิจัยนี้อาจจะอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นประสบการณ์แต่ละบุคคลที่จะเผชิญกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะปัจจัยภายนอก เช่น สภาพชุมชนและสังคมของวัยรุ่น การอยู่ในสภาพชุมชนสังคมที่ไม่ปลอดภัย มีการแข่งขัน การไม่ได้รับการยอมรับ จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการเกิดภาวะซึมเศร่ายังขึ้นกับสภาพสังคมและความแตกต่างด้านบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน (Stirling et al., 2015; อุษณี อินทวรรณ, จินท์จุฬา ชัยเสนา, และ ชนัดดา นนเกษร, 2562) ดังนั้นวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่จะเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน วัยรุ่นในทุกพื้นที่จึงควรได้รับการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างครอบคลุมและทั่วถึง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาได้ตรงตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชาย ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ, 2563; Galambos, Leadbeater, & Barker., 2004) รวมทั้งพบว่าวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายในช่วงวัยรุ่นตอนต้นหรือวัยรุ่นแรกเริ่มจะมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากอายุ 15 ปี จะพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น



หญิงมากกว่าชายถึง 2 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในช่วยวัยรุ่นจะเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นชาย (Nolen-Hoeksema, & Girgus., 1994; ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559)

ผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นพบว่าวัยรุ่นมีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นุสรานามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, และ อรทัย สงวนพรรค (2018) ซึ่งศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการศึกษา ผู้ที่ได้รับการศึกษาจะมีผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาการทางด้านสังคมดีขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก และการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างวัยรุ่นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดและความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และยั่งยืน และมีการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง,

2562; สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2559; Nutbeam, 2000; Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016) รวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ (Gazmararian, Baker, Parker, & Blazer, 2000) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ด้านสุขภาพจิตด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต และด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในระดับมาก ส่วนความรู้ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้น และทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2562) ที่ได้จำแนกระดับของความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานที่สามารถเข้าใจเข้าใจ ระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการได้ถามหรือสอบถามเพื่อแก้ปัญหา และระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นระดับสูงที่สุด เป็นทักษะในการตัดสินใจ และการนำไปใช้ไปปฏิบัติได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในขั้นพื้นฐานคือการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในระดับดี แต่ความสามารถในระดับปฏิสัมพันธ์ คือความรู้ด้านความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่มีอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านความรู้ในกลวิธีการช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้นและทักษะการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ซึ่งเป็นความรู้ในระดับวิจารณ์ญาณในการที่จะตัดสินใจและนำไปใช้ มีความรอบรู้ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่า วัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และรับรู้ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพจิต แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับวิธีการ (how to) ในแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นได้ จึงอาจเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้



ด้านสุขภาพจิตต้องพัฒนาให้ไปสู่ความรอบรู้ระดับ ปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ จึงจะนำไปสู่การมี พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป และจาก การวิจัยนี้ อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะความรอบรู้ในระดับปฏิบัติการและระดับ วิจารณ์ญาณ ซึ่งครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ในการแสวงหาความ ช่วยเหลือและการรักษาที่มีอยู่ ด้านความรู้ในกลวิธีการ ช่วยตนเองเมื่อมีปัญหาเบื้องต้นและทักษะการ ช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นนับว่าเป็นทักษะ ที่มีความสำคัญที่จะบ่งชี้ถึงความสมบูรณ์พร้อมของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า วิทยาลัยที่มีภาวะ ซึมเศร้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าของวิทยาลัย ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการ ทางสุขภาพและผู้บริหารสถานศึกษาสามารถนำ ผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการตั้งเป้าหมายและวางแนวทาง ในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัย เพื่อลดปัญหาภาวะซึมเศร้าของวิทยาลัยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การศึกษาภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิตของวิทยาลัยในพื้นที่อื่น ๆ มากขึ้น เพื่อเป็น การเปรียบเทียบและตรวจสอบยืนยันผลการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในวิทยาลัยที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. การวิจัยและพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). *แนวทางการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า: Clinical Practice Guideline for Adolescents with Depression*. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิต พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยและนิยาม*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 1-12.
- บรรจง เจนจัดการ, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, และ ชนิดดา แนนเกษร. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 30(2), 62-75.
- ฤทัยรัตน์ ชิตมงคล, พิมพ์วัลย์ อายุวัฒน์, และปรานต์ศิริ เหล่ารัตน์ศรี. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตเทศบาลตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 20(2), 35-42.
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, และโซพิตา ภาวสุทธิไพบูลย์. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(2), 136-149.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2559, พฤศจิกายน 14). *รายงานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เรื่อง การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2563, จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/usergroup_disaster/8-10.pdf
- อุษณีย์ อินทวรรณ, จิณห์จุฑา ชัยเสนา, และชนิดดา แนนเกษร. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(4), 125-131.
- Attygalle, U.R., Perera, H., & Jayamanne, B.W. (2017). Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(38). Doi: 10.1186/s13034-017-0176-1
- Galambos, N.L., Leadbeater, B.J., & Barker, E.T. (2004). Gender difference in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28(1), 16-25. DOI: 10.1080/01650250344000235
- Gazmararian, J., Baker, D., Parker, R., & Blazer, D.G. (2000). A Multivariate Analysis of Factors Associated with Depression. *Arch intern Med*, 160(21), 3307-3314. DOI: 10.1001/archinte.160.21.3307
- Graber, J. A., & Sontag, L. M. (2009). Internalizing problems during adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed.). New York: Wiley
- Hart, M.H., Morgan, A.J., Rossetto, A., Kelly, C.M., Mackinnon, A., & Jorm, A. (2018). Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A Cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 638-651.



เอกสารอ้างอิง

- Johns Hopkins Medicine. (2020). *Adolescent Depression in Awareness Program (ADAP)*. Retrieved April 20, 2020, from https://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/specialty_areas/moods/ADAP/
- Jorm, A. F. (2011). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 31, 1-13. DOI:10.1037/a0025957
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender difference in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 111(3), 424-443. DOI: /10.1037/0033-2909.115.3.424
- Nutbeam, D. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183-184.
- Stirling, K., Toumbourou, J.w., & Rowland, B. (2015). Community factors influencing child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), 869-886. DOI: 10.1177/0004867415603129
- Tay, J.L., Tay, Y.F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2018), 757-763. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A. (2012). Depression in adolescence. *Seminars*, 379(9820), 1056-1067. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- United Nations Children's Fund Thailand. (2016). *A Situation Analysis of Adolescents in Thailand 2015-2016*. Bangkok: UNICEF Thailand.
- World Health Organization (WHO). (2019, October 23). *Adolescent mental health*. Retrieved January 24, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Adolescence: a period needing special attention*. Retrieved January 24, 2020, <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2563

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้ยกเลิกคำแนะนำปี 2561 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ดังนี้

วารสารจะดำเนินการในลักษณะ E-journal ไม่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ในลักษณะ Double blinded ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย และบทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พระยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี (งานวารสาร)



3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกิน 1 หน้า

3.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ ผู้เขียน พิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5 บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7 ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9 อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10 ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.12. เอกสารอ้างอิง

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำymbความสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวไทยให้ลงทั้งชื่อและนามสกุลตามลำดับ

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ทั้งนี้รวมถึงผู้แต่งชาวไทยที่เขียนหนังสือเป็น



ภาษาอังกฤษจะลงรายการผู้แต่ง โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น
เหมือนผู้แต่งชาวต่างประเทศดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4).

กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล Effectiveness Index:E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามแปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูลสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors for social change*. Retrieved July 6, 2005, from <http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและ



ทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

8. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ AngsanaNew ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

วารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้พิมพ์หรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล

การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114

โทรสาร 0-5443-1889

มือถือ 06-1289-5926

E-mail : journal@bcnpy.ac.th



