



รายงานการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิตของคณะสหเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยพะเยา

Development of Mental Health Care System for Students of School of Allice
Health Sciences, University of Phayao

นางปิ่นธนา เสริมธากุล
นางสาวธิชาพร พูลสวัสดิ์

ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย รุ่นที่ 12
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มหาวิทยาลัยพะเยา

ชื่อเรื่อง	การพัฒนาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตของคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ผู้วิจัย	นางปีลันธนา เสรเมธากุล และ นางสาวธิดาพร พูลสวัสดิ์
ที่ปรึกษา	ผศ.ดร.สิทธิพร สุวรรณมิตร
คำสำคัญ	ระบบการดูแลสุขภาพจิต, สุขภาพจิตวัยรุ่น, มหาวิทยาลัย, การพัฒนา

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การจัดทำมีระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงและทำให้นิสิตสามารถใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีความสุข การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตของคณะสหเวชศาสตร์และเพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและความจำเป็นการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้บริหาร บุคลากร นิสิตที่เคยและไม่เคยใช้บริการดูแลด้านสุขภาพจิต และผู้ปกครองของนิสิตที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จากนั้นนำข้อมูลมาจัดทำร่างระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตและให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินและนำไปปรับแก้ จนได้ระบบที่สมบูรณ์ และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ โดยให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินโดยการใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โครงสร้าง กระบวนการดูแลแบบ ACT-C และผลลัพธ์ที่มุ่งให้นิสิตได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งภาพรวมและรายด้าน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ มีความชัดเจน เป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสอดคล้องกับบริบทของคณะสหเวชศาสตร์ สามารถนำระบบการดูแลนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ได้

Title Development of Mental Health Care System for School of Alice Health Sciences, University of Phayao Students

Author Pilunthana Seramethakun and Tichaporn Poonsawat

Advisor Assist. Prof. Dr. Sittiporn Suwannamit

Keywords Mental Health Care System, Youth Mental Health, University, Development

Abstract

The incidence of mental health problems and suicide among adolescents has been increasing annually, posing significant challenges for higher education institutions. An effective mental health care system is critical in mitigating these issues and supporting students' overall well-being throughout their academic life. This research employed a research and development (R&D) methodology with the aim of developing a mental health care system for students in the school of Allied Health Sciences, as well as examining the feasibility of its implementation. The study began with a situational and needs analysis conducted through in-depth interviews and focus group discussions with key stakeholders, including administrators, faculty staff, students (both users and non-users of mental health services), and parents of students with mental health concerns. The data collected were used to draft the initial mental health care system, which was then reviewed by experts and revised accordingly. The finalized system was evaluated for feasibility through stakeholder surveys. The developed system comprises three main components: (1) organizational structure, (2) an ACT-C process, and (3) outcome measures emphasizing accurate and continuous support for students. The feasibility study indicated that the system was highly feasible across all dimensions. The results of this study suggest that the developed mental health care system is clearly defined, contextually appropriate, and practically applicable. It holds strong potential for implementation in promoting mental well-being and preventing psychological disorders among students in the Faculty of Allied Health Sciences.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
1.4 สมมติฐานงานวิจัย	3
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น	4
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลสุขภาพของโตนานปีเตียน	5
2.2 แนวคิดสุขภาพจิตในสถานศึกษา	8
2.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน/นักศึกษาในประเทศไทย	14
2.4 รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน/นักศึกษาในต่างประเทศ	22
2.5 สถานการณ์สุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน	25
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27



สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 กลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มเป้าหมาย	31
3.2 วิธีการวิจัย หรือเครื่องมือที่ใช้	32
3.2.1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตในปัจจุบัน และความต้องการพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ	32
3.2.2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต	33
3.2.3 ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต	33
3.3 การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	34
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์	35
4.1.1 กลุ่มตัวอย่าง	35
4.1.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์	35
4.1.3 ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์	37
4.2 ความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตไปใช้	41
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	43
5.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	45
บรรณานุกรม	46
ประวัติผู้วิจัย	56

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	จุดแข็งและข้อจำกัดของแนวคิดของโตนาบีเตียน ดัดแปลงจาก Mountford & Shojania	7



สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดคุณภาพของโตนานปีเตียน	6
ภาพที่ 2	แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียน 4 ระดับ	9
ภาพที่ 3	แนวคิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	11
ภาพที่ 4	กระบวนการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน 5 ขั้นตอน	17
ภาพที่ 5	กระบวนการระบบดูแลสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่	21
ภาพที่ 6	ระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์	39



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามกรอบแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ตั้งเป้าหมายพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ให้มีความพร้อมเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ซึ่งมหาวิทยาลัยถือว่าเป็นบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพทั้งทางด้านความรู้ คุณธรรม จริยธรรม และมีสุขภาวะที่ดี เพื่อให้เป็นแรงขับเคลื่อนประเทศให้พัฒนาต่อไป โดยการมีซึ่งสุขภาวะที่ดีนั้น ไม่ได้หมายถึงเฉพาะความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย แต่รวมไปถึงความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางด้านจิตใจและสังคม แต่จากสถานการณ์ของโลกปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ และหากไม่สามารถปรับตัวให้ทันได้อาจจะนำมาสู่การเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ดังเช่นข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.8 และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวมากกว่า 700,000 คน (1) และในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเนื่องจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้า สูงติดอันดับหนึ่งในสี่ลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (2) และในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 245,788 คนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 323,177 คนในปี 2562 และแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น จาก 21,874 คนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 22,541 คนในปี พ.ศ. 2562 โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 4.94 ต่อประชากรแสนคนในปี 2560 เป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคนในปี 2561 (3)

นิสิตที่ศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 18-22 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยที่กำลังก้าวผ่านจากช่วงวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ จำเป็นต้องมีการปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน และด้วยเหตุนี้อาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนิสิตในมหาวิทยาลัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตได้แก่ ความสามารถในการปรับตัว ความเครียด การจัดการปัญหา สัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ การจัดการอารมณ์การปรับตัว และภาวะซึมเศร้า (4-6) ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้ (5-6) ดังนั้นการจัดให้มีระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตของนิสิตที่มีประสิทธิภาพเพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ให้นิสิตมีสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในนิสิตที่มีภาวะเสี่ยง พื้นฟูสมรรถภาพและลดภาวะแทรกซ้อนในนิสิตที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จึงถือเป็นหน้าที่สำคัญของงานฝ่ายคุณภาพนิสิตและกิจการพิเศษ

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่นิสิตมีแนวโน้มต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ประกอบกับกรมสุขภาพจิตกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการลดปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะในสถาบันการศึกษา ซึ่งคณะสหเวชศาสตร์มีแนวทางที่หลากหลายในการให้การช่วยเหลือนิสิตที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว (7-8) แต่เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดจะพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพียงกิจกรรมในการช่วยเหลือนิสิตทางด้านสุขภาพจิต แต่ยังขาดแนวทางการให้การดูแลที่เชื่อมโยงเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่ชัดเจน

ดังนั้นฝ่ายคุณภาพนิสิตและกิจการพิเศษจึงได้เล็งเห็นถึงจุดบกพร่องนี้และตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องศึกษาทบทวนและพัฒนาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตของคณะสหเวชศาสตร์ใหม่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเข้ามาแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิต เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบทั้งในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตปกติ กลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดโรครุนแรง และกลุ่มที่มีปัญหาให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันทั่วทั้งที่ อันจะส่งผลให้นิสิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา นิสิตสามารถใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีความสุข ประสบความสำเร็จในการเรียนและจบเป็นบัณฑิตที่ดีถือว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ
- 1.2.2 เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.3.1 ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้พัฒนาข้อเสนอแนะทางนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ โดยเฉพาะฝ่ายคุณภาพนิสิตและกิจการพิเศษ ตลอดจนผู้บริหารของคณะสหเวชศาสตร์ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

1.3.2 ได้ระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบ ตามแนวคิดของโดนาบีเดียน ประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)

1.4 สมมติฐานงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian's Model) (9) ซึ่งเป็นกรอบความคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบการบริการด้านสุขภาพและเป็นการประเมินคุณภาพการ

บริการด้านสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) ในการศึกษานี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต โดยอาศัยปัจจัยหลัก 4 Ms ประกอบด้วย

1.1) บุคคล หมายถึง ผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการงานด้านสุขภาพจิต

1.2) งบประมาณ หมายถึง งบประมาณในการดำเนินการที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3) วัสดุ อุปกรณ์ หมายถึง สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4) การบริหารจัดการ หมายถึง นโยบาย มาตรการ และ/หรือแผนงานของสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต

2. กระบวนการ (Process) หมายถึง แนวทาง ขั้นตอน และ/หรือแนวปฏิบัติในการดำเนินการในสถานการณ์จริงของสถาบันการศึกษาในการดูแลสุขภาพจิตของนิสิต

3. ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่

3.1 นิสิตกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงไม่พัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวช

3.2 นิสิตกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตของคณะสหเวชศาสตร์ และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ในคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายในคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาตามแนวคิดของไดนาบีเตียน ประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษารูปแบบและระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ที่ใช้ในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตให้มีคุณภาพมากขึ้น

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

การพัฒนาระบบ	หมายถึง	การสร้าง หรือปรับปรุงโครงสร้าง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต ให้มีคุณสมบัติที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน
การดูแลสุขภาพจิต	หมายถึง	กระบวนการทำงานร่วมกันของผู้บริหารและบุคลากรของคณะสหเวชศาสตร์ เจ้าหน้าที่ศูนย์ให้คำปรึกษาของกองพัฒนาคูณภาพนิสิตและนิสิตพิการ มหาวิทยาลัยพะเยา บุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยาและโรงพยาบาลพะเยา และนิสิต ประสานสัมพันธ์กันให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพจิตดี
นิสิต	หมายถึง	ผู้ที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะมหาวิทยาลัย	หมายถึง	คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	หมายถึง	มหาวิทยาลัยพะเยา



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระบบการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิตของคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาผ่านแนวคิดของโดนาบีเตียน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลนิสิตที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอประเด็นสำคัญตามหัวข้อ ดังนี้

- 2.1. กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาบีเตียน (Donabedian's Model)
- 2.2. แนวคิดสุขภาพจิตในสถานศึกษา (School Mental Health)
- 2.3. รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน/นักศึกษาในประเทศไทย
- 2.4. รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน/นักศึกษาในต่างประเทศ
- 2.5. สถานการณ์สุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน
- 2.6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลสุขภาพของโดนาบีเตียน (Donabedian's Model)

เรื่องคุณภาพของการให้บริการทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่องค์กรต่าง ๆ ต้องให้ความสำคัญ อย่างมากในการวัดหรือประเมินคุณภาพได้มีการถกเถียงและเสนอแนวคิดมาอย่างต่อเนื่อง กรอบแนวคิดของโดนาบีเตียน (11) เป็นแนวคิดหนึ่งที่เป็นที่นิยมและใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในหน่วยงานสาธารณสุข เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ที่คล้ายกับกรอบแนวคิดในทฤษฎีระบบ เพียงแต่ในกรอบแนวคิดของโดนาบีเตียน กำหนดให้โครงสร้างเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในขณะที่ในทฤษฎีระบบกำหนดให้ปัจจัยนำเข้าเป็น องค์ประกอบสำคัญหนึ่ง แต่ไม่ได้ระบุว่าจะต้องเป็นเรื่องโครงสร้างเสมอไป ดังนั้นกรอบแนวคิดนี้จึง เหมาะที่จะใช้กับองค์กร โดยองค์ประกอบที่สำคัญ มีดังนี้

1) โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้องค์กรในระบบการดูแลผู้รับบริการ โครงสร้างขององค์กรสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านทรัพยากรเครื่องมือ (Material Resources) ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งสนับสนุน ที่จำเป็นต่อการให้บริการ เช่น งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์/เอกสารความรู้ต่าง ๆ ด้านทรัพยากรบุคคล (Human Resources) ได้แก่ องค์ความรู้ของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานประสบการณ์และ ความเชี่ยวชาญของบุคลากร และที่สำคัญ คือ จำนวนบุคลากรในการดำเนินงาน และ ด้านลักษณะของ องค์กร

(Organization Characteristics) สถานะของโรงพยาบาล นโยบายและแผนพัฒนาางาน การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน และการตรวจสอบการปฏิบัติงาน รวมทั้งคู่มือที่ใช้ในการ ดำเนินงาน เป็นต้น

2) กระบวนการ (Process) หมายถึง รูปแบบหรือวิธีการรวมทั้งเทคนิคในการให้ความรู้การจัดทำโครงการต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น การอบรม การสอนรายกลุ่มหรือรายบุคคล การใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อเข้าไปกำหนดนโยบาย ตัดสินใจ วินิจฉัย ตลอดจนวางแนวทางต่าง ๆ ไว้เป็นบรรทัดฐานนำไปสู่ การปฏิบัติ และก่อให้เกิดภารกิจต่าง ๆ ของหน่วยงานและองค์กร (12)

3) ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสถานะสุขภาพที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่สามารถอ้างอิงได้ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดคุณภาพของโดนาบีเดียน
ที่มา : Tossaint-Schoenmakers, et.al. (2021)



Mountford & Shojania ได้วิเคราะห์จุดแข็งและข้อจำกัดของแนวคิดของโดนาบีเดียนทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก ตามตาราง (13) ดังนี้

ตารางที่ 1 จุดแข็งและข้อจำกัดของแนวคิดของโดนาบีเดียน ดัดแปลงจาก Mountford & Shojania (13)

องค์ประกอบ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
โครงสร้าง (Structure)	1) สามารถวัดได้โดยง่าย 2) สามารถช่วยให้งานที่ซับซ้อนต้องประสานกันหลายหน่วยงานลด ขั้นตอนและเพิ่มความรวดเร็วในการทำงาน เช่น ห้อง ICU	1) ค่อนข้างหยาบ 2) ปรับแก้อะไรไม่ค่อยได้ 3) ถึงแม้มีการปรับแก้แล้ว แต่การวัดหรือประเมินก็ ทำได้ยาก
กระบวนการ (Process)	1) สามารถวัดการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถพบปัญหาผู้ป่วยระหว่างกระบวนการได้โดยไม่ต้องรอถึงผลลัพธ์ 2) สามารถออกแบบและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาเชิงคุณภาพได้ เช่น รวดเร็ว ความปลอดภัย	1) การคัดเลือกผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใช้ฐานข้อมูลเฉพาะรายบุคคล 2) การปรับปรุงขั้นตอนกระบวนการมักไม่ค่อยได้คำนึงถึงผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ป่วย 3) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยน้อย
ผลลัพธ์ (Outcome)	1) สามารถกำหนดเป้าหมายให้ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการพึงพอใจ 2) เป็นประโยชน์และเมื่อนำข้อมูลมาประมวล วิเคราะห์และประเมินผล	1) ต้องรอการตรวจนาน ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย 2) ต้องอาศัยเครื่องมือและวิธีการตรวจที่ซับซ้อนและมีราคาแพง 3) ประเมินผลลัพธ์โดยตรงได้ยาก 4) หาสาเหตุของการเกิดผลข้างเคียงได้ยาก

เนื่องจากจุดเริ่มต้นในการพัฒนากรอบแนวคิดของโดนาปีเตียนเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ การประยุกต์ใช้จึงมีขอบข่ายในวงการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก โดยองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมหนึ่งสำหรับการประเมินคุณภาพการบริการสาธารณสุข (14) ตัวอย่างเช่น การประเมินผลลัพธ์ของการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดในเอธิโอเปีย (15) การประเมินสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการผู้พิการในโรงพยาบาลรัฐนิวยอร์ก (16) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี (17) และศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต สำหรับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (18) เป็นต้น

2.2 แนวคิดสุขภาพจิตในสถานศึกษา (School Mental Health)

2.2.1 นิยามของสุขภาพจิตในสถานศึกษา (School Mental Health)

คำว่า สุขภาพจิตในสถานศึกษาหรือสุขภาพจิตโรงเรียน ถูกพูดถึงครั้งแรกในปี 1906 ผ่านการนำเสนอข่าวหนังสือพิมพ์ เกี่ยวกับการที่นักเรียนหนีออกจากบ้าน หนีเรียน การฆ่าตัวตาย รวมถึงการที่นักเรียนหญิงมี พฤติกรรมที่แปลก ๆ จากการแข่งขันทางการเรียน การเตรียมตัวสอบ (19) อย่างไรก็ตาม อาจมีการใช้คำอื่นในความหมายที่ใกล้เคียงกัน เช่น การเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม (Social and Emotional Learning), การเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม (Moral Education), ทักษะชีวิต (Life Skills), การรู้เท่าทันอารมณ์ (Emotional Literacy), ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) รวมถึงการสร้างคุณลักษณะนิสัยที่พึงประสงค์ (Character Education) (20)

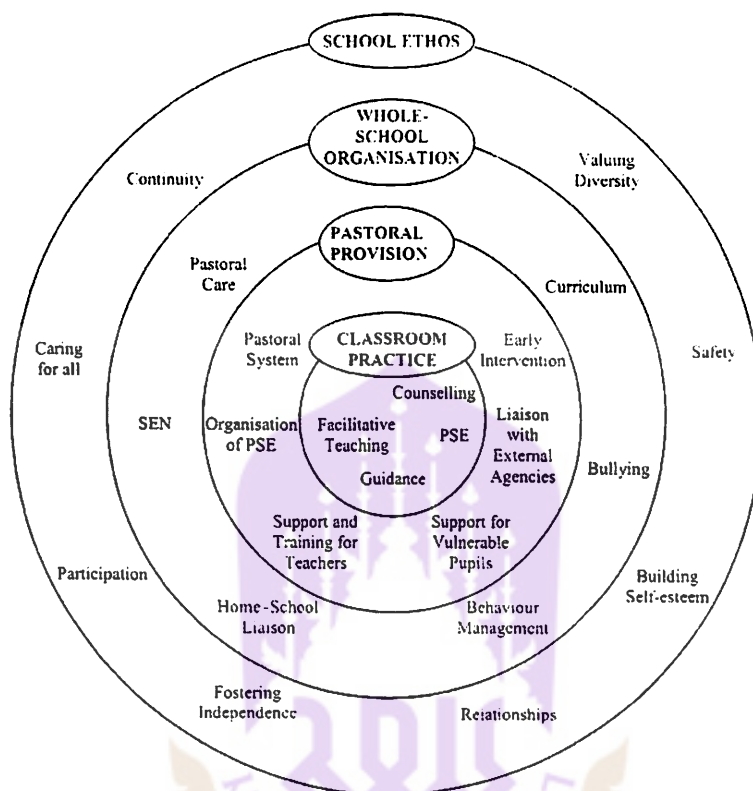
Rones & Hoagwood (21) เสนอว่าการบริการสุขภาพจิตในโรงเรียน (School-Based Mental Health Services) ว่าเป็นโปรแกรม นโยบาย แนวปฏิบัติ รวมถึงบริการสุขภาพที่โรงเรียน ดูแลเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยง หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยมีการออกแบบมาให้มีอิทธิพลต่อ อารมณ์ พฤติกรรม ทักษะทางสังคมของนักเรียนทางด้านบวก และเน้นให้ความสำคัญกับเด็กเป็นศูนย์กลาง รวมถึงครอบครัว และวัฒนธรรม มีทางเลือกในการบริการเพื่อให้สามารถปรับให้เข้ากับความต้องการของเด็กแต่ละคนได้ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนนั้นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกจะมีส่วนช่วยลดปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การใช้ สารเสพติด ความรุนแรง และพฤติกรรมต่อต้านสังคม (22)

The Wisconsin School Mental Health Framework (23) ได้ให้นิยามสุขภาพจิต โรงเรียนว่า เป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์ไปจนถึงความท้าทายด้าน สุขภาพจิตที่สำคัญของนักเรียน เช่น ความผิดปกติทางจิต การใช้สารเสพติด รวมถึงแผลใจวัยเด็ก การ ถูกตีตรา สุขภาพจิตของโรงเรียนไม่ใช่แค่การให้บริการสุขภาพจิตในโรงเรียนเท่านั้น รวมถึง กระบวนการส่งต่อที่การบริการสุขภาพจิตในโรงเรียนพบหน่วยบริการในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วย โดยโรงเรียนเป็นสถานที่ที่สำคัญสำหรับการส่งเสริม สนับสนุน รวมถึงมีบทบาทในการป้องกัน มี บริการทางสุขภาพจิตของนักเรียน รวมถึงการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้เด็กและวัยรุ่น ยังอยู่ในการศึกษาภาคบังคับ จึงทำให้เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ที่โรงเรียนทำให้สามารถ เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกสบายมากกว่าโรงพยาบาลหรือชุมชน (24)

2.2.2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตโรงเรียน

โรงเรียนเป็นสถานที่สร้างสุขภาวะทางร่างกายและจิตใจของนักเรียน เพื่อให้นักเรียนสามารถ เรียนรู้ ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ตามวัยได้อย่างเต็มศักยภาพ จึงมีหลากหลายแนวคิดเพื่อการ ส่งเสริม ดูแล และช่วยเหลือทางสุขภาพจิตในโรงเรียน โดยจะเสนอแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิต โรงเรียน ของ Hornby

and Atkinson (15) แนวคิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ Cavioni et al. (20) และ แนวคิด 5 เสาหลักในการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตและความ เป็นอยู่ที่ดีในโรงเรียนของ UNICEF et al. (26) Hornby and Atkinson (25) ได้เสนอแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียน 4 ด้าน ดังนี้



รูปที่ 2 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียน 4 ระดับ
ที่มา : Atkinson and Hornby (2003)

1. สร้างสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เป็นมิตรต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต (School Ethos) การที่สภาพแวดล้อมในโรงเรียนโอบรับความหลากหลาย นักเรียนทุกคนได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้นักเรียน รวมถึงครูมีความเชื่อมั่นในตนเอง เปิด โอกาสให้นักเรียนได้ปลดปล่อยศักยภาพของนักเรียนอย่างเต็มที่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างครูกับนักเรียน สื่อสารเชิงบวก ให้กำลังใจให้ความอบอุ่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้รู้สึกที่โรงเรียนเป็นพื้นที่ปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. การพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบเพื่อส่งเสริมด้านสุขภาพจิต (Whole-School Organization) เป็นการทำงานที่ผู้อำนวยการสถานศึกษาต้องกำหนดกรอบแนวคิดนโยบายที่ ชัดเจนในส่งเสริม และช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งเด็กปกติและเด็กที่มี ความต้องการพิเศษ รวมถึงเรื่อง

หลักสูตร เช่น การมีวิชาเรียนด้านสุขภาพจิต กิจกรรม ส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งครูและนักเรียน เพื่อดูแลตนเอง ช่วยเหลือ สังเกต อาการ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับผู้ที่ปัญหาทางสุขภาพจิต และสามารถส่งต่อให้ครู ประจำชั้น และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้ การพัฒนานักเรียนทั้งทางด้านวิชาการควบคู่ทักษะทัศนคติและความสัมพันธ์ใน ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพจิตเด็ก นอกจากนี้การถูกกลั่นแกล้งรังแกกันเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่อไปได้ โรงเรียนจึงควรมีนโยบายและหลัก ปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างนักเรียน มีบทลงโทษ ที่ชัดเจน มีการช่วยเหลือ เยียวยา ใจผู้เสียหายอย่างเหมาะสม

3. ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน (Pastoral Provision) เป็นการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้มีประสิทธิภาพ มีช่องทางที่นักเรียนสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อ เกิดปัญหาได้ โดยต้องเก็บเรื่องราวเป็นความลับ ผู้ที่ให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นครู ครูแนะ แนว ผ่านการฝึกอบรมในเรื่องทักษะทางด้านจิตวิทยา โดยมีการป้องกันปัญหาแต่เนิ่น ๆ ด้วยการคัดกรองนักเรียนด้วยแบบประเมิน การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและกลุ่ม รับ ฟังเรื่องราวต่าง ๆ แบบไม่ตัดสิน รวมถึงการดูแลเด็กที่มีความต้องการ พิเศษ นอกจากนี้ โรงเรียนควรทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เพื่อส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหา รวมถึงสนับสนุน ฝึกอบรมในด้านสุขภาพจิต

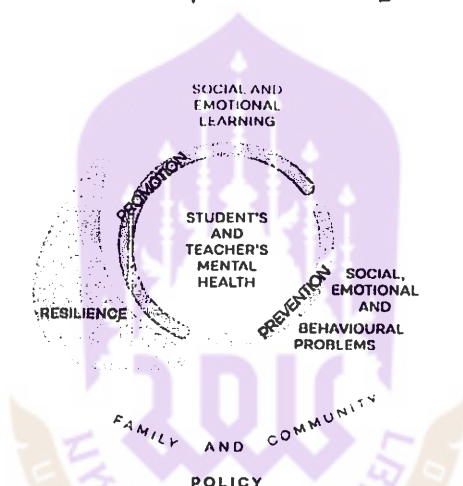
4. การปฏิบัติในห้องเรียนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตให้เกิดประสิทธิภาพ (Classroom Practice) เป็นการปฏิบัติในชั้นเรียน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพจิตของเด็ก โดยครู ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตอย่างถ่องแท้ก่อนมาถ่ายทอดให้นักเรียน มีการสอดแทรกเรื่องสุขภาพจิต ทักษะชีวิต ทักษะทางสังคมในการเรียนในวิชาต่าง ๆ รวมถึงในคาบแนะแนว คาบโฮมรูม ชุมนุม นอกจากนี้ยังเป็นรูปแบบอื่น ๆ เช่น เพื่อน ช่วยเพื่อน การเรียนรู้ร่วมกันในชั้นเรียน เป็นต้น

Cavioni et al. (20) ได้เสนอแนวทางการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน และครู 3 ข้อ ดังนี้

1. การส่งเสริมการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคม จากการทำกิจกรรมหรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทางด้านอารมณ์และสังคม พบว่า นักเรียนมีทักษะทางอารมณ์ และพฤติกรรมเชิงบวกมากขึ้น มีแรงจูงใจในการเรียน ผลการเรียนรู้ดีขึ้น ลดการกลั่น แกล้งรังแกกันในชั้นเรียน มีความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า แต่ในขณะเดียวกันครู เองที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ก็มีจัดการอารมณ์ เข้าใจตนเองมากขึ้น และมี สัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบตัวมากขึ้น มีความพึงพอใจในการทำงาน มีความเครียด เบื่อ หน่ายน้อยลง

2. ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทักษะนี้มีความสำคัญในการรักษา รวมถึงการป้องกันสุขภาพจิต การมีโปรแกรมที่ช่วยสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทำให้การจัดการความเครียด รับมือกับปัญหาต่าง ๆ ลดความวิตกกังวลได้ คนที่มีทักษะนี้จะมีการฟื้นตัวและการปรับตัวที่จะมีสุขภาพจิต เป็นโรค ซึมเศร้า วิตกกังวลน้อยลง

3. การป้องกันปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม ปัญหาทางอารมณ์ สังคม และพฤติกรรมมีความหลากหลาย โรงเรียนมุ่งเน้นไปที่นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลการแยกตัวจากสังคม การใช้สารเสพติด การทำร้ายตัวเอง การละเมิดกฎระเบียบ การกระทำผิด และพฤติกรรมก้าวร้าว การทำโปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับนักเรียนทุกคนจะทำให้ผู้ที่มีปัญหาถูกตีตราน้อยกว่า แต่รูปแบบกำหนดเป้าหมายก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน เพราะทั้งสองรูปแบบต่างก็ลดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลงอย่างมาก แม้ว่าโปรแกรมการป้องกันสำหรับนักเรียนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่โปรแกรมและกิจกรรมของครูในเรื่องนี้ก็ยังจำกัดอยู่นอกจากนี้ความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และนโยบายมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน ควรมีการร่วมมือกับผู้กำหนดนโยบาย เพื่อยกระดับโครงการด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทุกบริบทมากขึ้น ทั้งนี้กิจกรรมต่าง ๆ ควรเชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพจิตที่มีอยู่ และควรได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น รัฐบาล และต่างประเทศ



รูปที่ 3 แนวคิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ที่มา : Cavioni et al. (2020)

UNICEF et al. (26) ได้นำเสนอ 5 เสาหลักในการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในโรงเรียน ดังนี้

1. สร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี โรงเรียน ต้องมีการสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้ที่ มีการอำนวยความสะดวกในเรื่องสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี มีการรับฟังความต้องการของผู้เรียน ที่สำคัญมีหลักสูตรให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต และการเรียนรู้ทางสังคมและอารมณ์ตั้งแต่เริ่มต้นวัยเด็กจนถึงวัยรุ่น

2. รับประกันในการเข้าถึงบริการและนโยบายสุขภาพจิตแต่เห็น ๆ การที่นักเรียนเข้าถึง บริการด้านสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงผู้ที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต โรงเรียน ต้อง มีกระบวนการ แนวทางสำหรับครูและนักเรียนในเรื่องสุขภาพจิต รวมถึงข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิตทั้งแบบตัวต่อตัว แบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ที่ให้บริการโดย หน่วยงานรัฐ

เอกชน และภาคประชาสังคมในพื้นที่ สิ่งที่สำคัญ คือ การช่วยให้คำปรึกษาสนับสนุน นักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตปรับเส้นทางการเรียนที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน

3. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของครู มีการดูแลสุขภาพจิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของครู รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงเรียน อีกทั้งควรมีการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอในการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน

4. เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน ไม่ว่าจะเป็น ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ในโรงเรียน พยาบาลในโรงเรียน รวมถึงผู้ที่ทำงานร่วมกับนักเรียนสามารถเข้าถึงการเรียนรู้ ผูกอบรมด้านสุขภาพจิต เพื่อนำไปส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน

5. มีการร่วมมือกันระหว่างโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่ปลอดภัย สร้างกลไกเพื่อให้บ้านและสถานศึกษามีความร่วมมือกันในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียน ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโปรแกรม บริการของโรงเรียน โดยต้องมีดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการติดตามผลของนักเรียน โดยการมีส่วนร่วมนี้ สามารถสร้างความไว้วางใจให้ผู้ปกครองได้

สรุปภาพรวม 3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน มีสาระสังเขป ดังนี้

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียนของ Hornby and Atkinson (25) ให้ความสำคัญ กับสภาพแวดล้อม การพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบ และการปฏิบัติในห้องเรียนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้เกิดประสิทธิภาพ

แนวคิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนและครูของ Cavioni et al. (20) เน้นการส่งเสริมทักษะทางอารมณ์และสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการป้องกันปัญหา พฤติกรรม ขาดการมองเห็นนโยบายของโรงเรียน สภาพแวดล้อม และการเอาความรู้ด้านสุขภาพจิตไป ปฏิบัติในชั้นเรียน

แนวคิด 5 เสาหลักในการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในโรงเรียน ของ UNICEF et al. (26) ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิต สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร การร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีของครู ขาดเรื่องนโยบายและแผนงาน การส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน รวมถึงการนำความรู้สุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ในชั้นเรียน

ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียนของ Hornby and Atkinson (25) เพราะมีการมองการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนที่เป็นระบบและครอบคลุมมากที่สุด โดยจะนำไปดูกระบวนการ (Process) ทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัด กรุงเทพมหานคร ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพจิต (School Ethos) การพัฒนาโรงเรียนทั้งระบบ เพื่อส่งเสริมด้านสุขภาพจิต (Whole-School Organization) ระบบการ ดูแลช่วยเหลือนักเรียน (Pastoral Provision) และการปฏิบัติในห้องเรียนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้เกิดประสิทธิภาพ (Classroom Practice)

2.2.3 แนวคิดการออกแบบพื้นที่โรงเรียนให้เป็นพื้นที่ปลอดภัย

การทำโรงเรียนให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยนอกจากจะต้องใช้ความรู้ทางด้านจิตวิทยาแล้ว ความรู้ทางด้านสถาปัตยกรรม งานออกแบบก็มีบทบาทในเรื่องนี้เช่นกัน เพราะบรรยากาศและลักษณะ ภายภาพของพื้นที่อาจส่งผลให้เกิดความรุนแรง การกลั่นแกล้งรังแกกันได้ จากงานวิจัยของ Fram and Dickmann (27) ที่ศึกษาพื้นที่ในโรงเรียนประถมศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สนามเด็กเล่นขนาดใหญ่ การมีแสงสว่างที่ไม่พอดี ระยะห่างระหว่าง อาคารมาก หน้าต่างขนาดใหญ่ไม่เพียงพอ โถงทางเดินยาว การออกแบบอาคารที่มีลักษณะเหมือน ๆ กันมีผลต่อการกลั่นแกล้งรังแกกันของนักเรียน สอดคล้องกับงานของ Horton et al. (28) ที่พบว่า การออกแบบโรงเรียน และการกลั่นแกล้งในโรงเรียน แสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อม สภาพสังคม สภาพพื้นที่ เช่น ขนาด ไม่ว่าจะเป็จำนวนเด็กนักเรียน รวมถึงขนาดของพื้นที่ การออกแบบอาคาร และพื้นที่มีผลต่อการกลั่นแกล้งรังแกกันในโรงเรียนในสวีเดน

ในปี 2018 สมาสถาปนิกอเมริกัน (The American Institute of Architects หรือ AIA) ได้ ออกมาแสดงจุดยืนประเด็นโรงเรียนปลอดภัย โดยเสนอว่าการปรับปรุงแนวทางการออกแบบโรงเรียน จะช่วยลดความรุนแรง และสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงบวกของนักเรียน ให้สอดคล้องกับความต้องการและยุคสมัย และมีการร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชนในการออกแบบนโยบายอื่น ๆ ด้วย (29) เช่นเดียวกับบริษัท Dunhams บริษัทออกแบบด้านสุขภัณฑ์และห้องน้ำ อังกฤษได้เห็นถึงปัญหาการกลั่นแกล้งรังแกกันที่พบบ่อยในห้องน้ำจึงได้ออกแบบห้องน้ำต่อต้านการ กลั่นแกล้งรังแกกันขึ้น โดยมีพื้นที่ต้นแบบที่ Ormiston Denes Academy เป็นการลดจุดอับใน ห้องน้ำ มีการวางอ่างล้างมือไว้ที่โถงทางเดิน ออกแบบให้มีความแข็งแรงมากขึ้น ยกกระดานกั้นห้องน้ำให้สูงถึงเพดาน เพื่อเพิ่มความเป็นส่วนตัวของนักเรียน นอกจากนี้โรงเรียนบางแห่งเปิดโอกาสให้ นักเรียนได้มีส่วนร่วมในการออกแบบ เช่น การเลือกสี วัสดุ และการตกแต่งห้องน้ำด้วย (30)

นอกจากนี้ HMC Architects เป็นหน่วยงานที่ทำงานร่วมออกแบบโรงเรียนในอเมริกาได้ออก แนวทางการออกแบบที่ต่อต้านการกลั่นแกล้งรังแกกัน 4 ประเด็น ดังนี้ (31)

2.1.1.1.1. การลดจุดอับและเพิ่มการมองเห็น ในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น โถงทางเดิน บันไดห้องโถง สนาม เด็กเล่น เพื่อให้ทุกคนสามารถเป็นหูเป็นตากับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

2.1.1.1.2. การมีหน้าต่างขนาดใหญ่จะช่วยให้ครูสอดส่องโถงทางเดิน ห้องเรียน พื้นที่อเนกประสงค์ ที่นักเรียนมารวมตัวกันได้ อีกทั้งยังช่วยนำแสงสว่างเข้ามาในอาคาร มีพื้นที่ธรรมชาติจากภายนอก ทำให้นักเรียนรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น

2.1.1.1.3. การมีแสงสว่างในอาคารที่มีแสงสว่างเพียงพอจะทำให้นักเรียนรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น

2.1.1.1.4. การออกแบบพื้นที่ให้มีความหลากหลาย เพื่อรองรับบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน เช่น การมี พื้นที่ขนาดใหญ่สำหรับคนที่มีความสูงใหญ่ และพื้นที่เล็ก ๆ สำหรับคนเก็บตัวจะ ช่วยให้นักเรียนนักเรียนทุก

2.1.1.1.5. คนรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและมีคุณค่าในตนเอง

2.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน/นักศึกษาในประเทศไทย

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่เล็งเห็นความสำคัญในประเด็นด้านสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตสุขภาพจิตของนักเรียน/นักศึกษาในประเทศไทยออกมหลายรูปแบบ ทั้งรูปแบบที่เป็นตัวกระบวนการทำงาน การมีระบบออนไลน์ หรือแอปพลิเคชัน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึง 5 รูปแบบหลัก ดังนี้

2.3.1 ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน/นักศึกษา

1) ความหมายของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน/นักศึกษา

กระบวนการที่ดูแลช่วยเหลือนักเรียนอย่างมีขั้นตอนและมีคุณภาพ เพื่อใช้ในการป้องกัน ดูแล และช่วยเหลือ รวมถึงส่งเสริมทักษะของนักเรียน เพื่อให้นักเรียนเป็นคนเก่งและดีสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีวิธีการและเครื่องมือที่ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้โดยครูที่ปรึกษาทำหน้าที่หลักในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน นอกจากนี้ยังมีการประสานงานกับบุคคลอื่น เช่น คณะกรรมการสถานศึกษา ผู้ปกครอง ชุมชน ผู้บริหาร ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ (32-34)

2) ความเป็นมาและความสำคัญของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน/นักศึกษา

จากการที่สังคมของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหายาเสพติด ปัญหาครอบครัว รวมถึงการแข่งขันต่าง ๆ ที่สูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อ สุขภาพจิต ตามมา ในปี 2543 กระทรวงศึกษาธิการได้พัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนร่วมกับกรมสุขภาพจิต โดยแต่ละโรงเรียนมีการนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของโรงเรียนของตนเอง เพื่อการช่วยเหลือ ป้องกัน แก้ไข ปัญหา และพัฒนานักเรียนให้มีคุณภาพทั้งในด้านความรู้ ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งครูที่ปรึกษา ผู้ปกครอง ผู้บริหารโรงเรียน รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ในการร่วมด้วยช่วยกันพัฒนานักเรียนให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีและมีความสุขในอนาคต (32-34)

3) วัตถุประสงค์และประโยชน์ของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (32) ; สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (33) กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน 2 ข้อคือ เพื่อให้การดำเนินงานมีความเป็นระบบและมี ประสิทธิภาพ และทุกหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงชุมชน สามารถดำเนินงานร่วมกันโดยมีกระบวนการที่ชัดเจน มีเอกสาร หลักฐานการปฏิบัติงาน และสามารถ ตรวจสอบและประเมินผลได้ โดยประโยชน์ของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ช่วยให้นักเรียนมีความสุข ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและตรงจุด ได้รับพัฒนาทักษะต่าง ๆ อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะให้พวกเขารู้จักและควบคุมตนเองได้ อีกทั้งช่วยกระชับความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครูและนักเรียน และได้ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมด้วยช่วยกันพัฒนานักเรียนให้เป็นคนเก่ง คนดีของสังคมต่อไป อย่างไรก็ตามในการดำเนินการก็ยังมีปัญหาอุปสรรค โดยปัจจัย

สำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนไว้ 5 ปัจจัย คือ ผู้บริหารโรงเรียน ครูทุกคนและผู้เกี่ยวข้อง คณะกรรมการหรือคณะทำงานทุกคณะ และครูที่ปรึกษาเป็นบุคลากรหลักสำคัญในการดำเนินงาน การอบรมให้ความรู้และทักษะ รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูล และครูประจำชั้น

4) การดำเนินงานของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (32) สำนักคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ และสมาคมแนะแนวแห่งประเทศไทย (34); สำนักวิชาการและมาตรฐาน การศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (33) ได้พัฒนากระบวนการของระบบ ดูแลช่วยเหลือนักเรียนซึ่งมี 5 ขั้นตอนคือ

1. การรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล เป็นการที่ครูรู้จักข้อมูลพื้นฐานของนักเรียน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน สุขภาพ ร่างกายและจิตใจ ครอบครัว สารเสพติด และความปลอดภัย ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ ระเบียบสะสม แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ แฟ้มสะสมผลงาน การเยี่ยมบ้าน การ พูดคุยกับนักเรียน เป็นต้น

2. การคัดกรองนักเรียน เป็นการจัดกลุ่มนักเรียนเพื่อช่วยเหลือนักเรียนให้ตรงตามสภาพ ปัญหาด้วยความถูกต้องและแม่นยำ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มหลัก ๆ ดังนี้ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มมี ปัญหา และกลุ่มพิเศษ โดยโรงเรียนต้องช่วยเหลือ สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพนักเรียนในแต่ละ กลุ่มอย่างเต็มที่

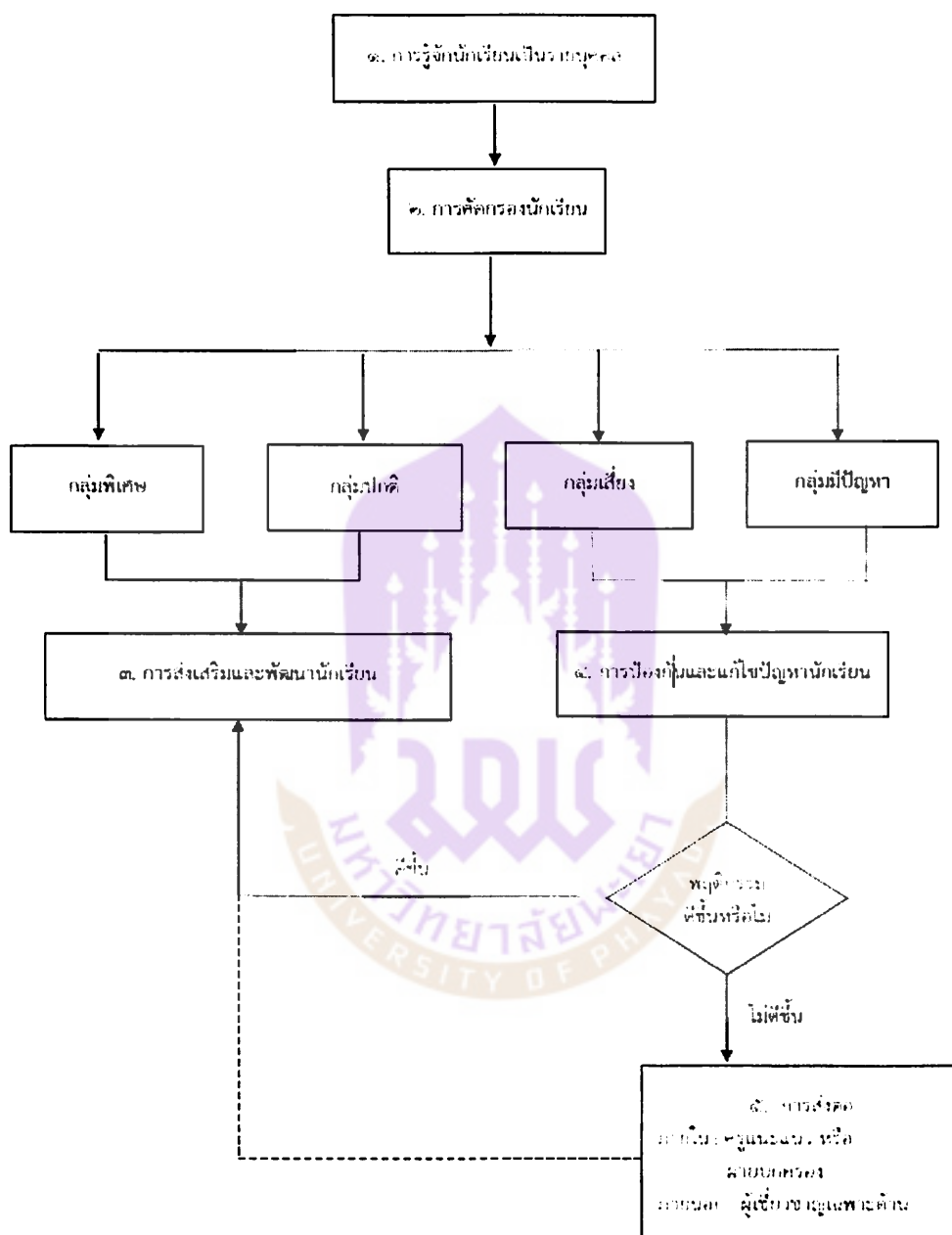
3. การป้องกันและแก้ไขปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงและมีปัญหา ซึ่งครูที่ปรึกษาจะดำเนินการหลัก คือ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันและ แก้ไขปัญหา เช่น การเข้าค่าย การพูดคุยกับผู้ปกครอง เป็นต้น

4. การพัฒนาและส่งเสริมนักเรียน เป็นการสนับสนุนนักเรียนทุกกลุ่ม ทุกคนให้มีคุณภาพ มากยิ่งขึ้น ได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยมีกิจกรรมหลักในการดำเนินการ ได้แก่ กิจกรรม โฮม รูม กิจกรรมประชุมผู้ปกครอง กิจกรรมเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมที่เสริมสร้างทักษะชีวิต กิจกรรม พัฒนา ผู้เรียน

5. การส่งต่อ หากนักเรียนไม่ดีขึ้น จะมีการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในโรงเรียน เช่น ครูแนะแนว ครูกิจการนักเรียน และภายนอก เช่น สถานพยาบาล เพื่อให้ปัญหาของนักเรียนได้รับการ แก้ไขอย่างตรงจุด

กระบวนการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน 5 ขั้นตอนเป็นไปตามแผนภูมินี

กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษา
สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน



รูปที่ 4 กระบวนการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน 5 ขั้นตอน

ที่มา : สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (2552)

7) ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

จากการทบทวนเอกสารระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน พบว่า ทุกโรงเรียนในสังกัด กรุงเทพมหานคร มีการนำระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน 5 ขั้นตอนมาใช้ ได้แก่ การรู้จักนักเรียน รายบุคคล การคัดกรองนักเรียน การส่งเสริมและพัฒนานักเรียน การป้องกันและช่วยเหลือนักเรียน และการส่งต่อนักเรียน โดยทั้งครูประจำชั้นและครูที่ปรึกษาต่างก็มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระบบ นี้ มีการดำเนินงานภาพรวมระดับมาก โดยขั้นตอนที่ทำได้ดีมากที่สุดจะเป็น ขั้นตอนที่ 1 รู้จักนักเรียน รายบุคคล เพราะมีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความชอบ ความสามารถของนักเรียน รวมถึงจัดเก็บ ข้อมูลแฟ้มประวัติของนักเรียนอย่างเป็นระบบ รวมถึงมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ได้รู้จักนักเรียน มากขึ้น เช่น การประชุมผู้ปกครอง การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ส่วนที่ยังมีปัญหาลังเหลืออยู่จะเป็นขั้นตอนที่ 5 การส่งต่อนักเรียน เพราะครูมีภาระงานอื่น ๆ มาก ขาดความรู้เรื่องเอกสารของระบบ เน้นส่งต่อกัน ภายในมากกว่า ขาดการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน

ภูษณิศดา คารวพงศ์ และ ไสว พักขาว (35) ได้ศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ของครูในโรงเรียนสำนักงานเขตสายไหม สังกัดกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาค้นคว้า การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของครูในโรงเรียน สำนักงานเขตสายไหม สังกัด กรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล เพราะเป็นการดำเนินงานอย่างแรก มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ประชุมผู้ปกครองเพื่อรายงานและรับทราบพฤติกรรมของนักเรียน การป้องกันและแก้ไขปัญหา มีการจัดโครงการและกิจกรรมที่ส่งเสริมการดำเนินงานของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เช่น การเยี่ยมบ้าน เพื่อนช่วยเพื่อน ตลอดจนการคัดกรองนักเรียน การพัฒนาและส่งเสริมนักเรียน และการส่งต่อ ส่วน ปัญหาจากการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การส่งต่อ เพราะครู มีเวลาในการช่วยเหลือนักเรียนน้อย มีภาระงานด้านอื่นมาก ขาดทักษะและความรู้ในการจัดทำ เอกสารของระบบ อีกทั้งส่วนมากเป็นการส่งต่อภายในกันมากกว่า ขาดการประสานงานกับหน่วยงาน อื่น ๆ การพัฒนาและส่งเสริมนักเรียน มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม มีชุมนุมหรือชมรมเกี่ยวกับระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนน้อย ขาดคนที่มีความรู้ความเข้าใจทางด้านจิตวิทยาในการให้คำปรึกษาและแนะนำนักเรียนตามมาด้วยการคัดกรองนักเรียน การป้องกันและแก้ไขปัญหาและการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของครูในโรงเรียน สำนักงานเขตสายไหม สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ไม่แตกต่างกัน เพราะสถานศึกษาทุกแห่งมีการจัดระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ทั้งครูที่ปรึกษาและครูประจำวิชาต่างได้รับมอบหมายให้ดูแลนักเรียนผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นประชุมผู้ปกครองเยี่ยมบ้านรวมถึงกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน ครูทุกคนต้องปฏิบัติตามและได้รับการอบรมในเรื่องนี้ โดยจะมีการรายงานผลให้ต้นสังกัดทราบ และนำมาเผยแพร่ความรู้ให้กับคนที่ไม่ได้เข้าอบรมต่อไป

สุภัทสร สุริยะ (36) ได้ศึกษาเรื่องการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของโรงเรียน ขยายโอกาสสังกัดกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาค้นคว้า การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของโรงเรียน ขยายโอกาส สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ด้านการคัดกรองนักเรียนเป็น

ด้านที่ได้คะแนนสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล ด้านการส่งเสริมและพัฒนานักเรียน ด้านการป้องกันและช่วยเหลือนักเรียน และด้านที่มีข้อเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการส่งต่อนักเรียน ส่วนการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้บริหารและครู ตามขนาดของโรงเรียน ต่อการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ัญลักษณ์ เอี่ยมเจริญ และ พัชรา เดชโฮม (37) ได้ศึกษาการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของโรงเรียนวัดจันทร์ประดิษฐาราม สำนักงานเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบว่าการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน 5 ด้าน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อ พิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการส่งเสริมและพัฒนานักเรียนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เพราะมีการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้กลับมาปกติ มีการสนับสนุนให้นักเรียนเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ มีความภาคภูมิใจ ในตนเอง มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมโฮมรูม การเยี่ยมบ้าน การจัดประชุมผู้ปกครองชั้น เรียนทุกภาคเรียน รวมถึงจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะชีวิตให้กับนักเรียน รองลงมาคือด้านการรู้จัก นักเรียนเป็นรายบุคคลผู้บริหารสถานศึกษาจัดให้มีการเก็บข้อความเกี่ยวกับความสามารถของนักเรียน สังเกตพฤติกรรมนักเรียนรายบุคคล มีการจัดเก็บข้อมูลเป็นระบบ จัดทำแฟ้มประวัตินักเรียนให้เป็นปัจจุบัน ส่วนด้านการป้องกันและแก้ปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่อยู่ในระดับมาก เพราะทางสถานศึกษามีการสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมซ่อมเสริมให้กับนักเรียน มีการดูแลเอาใจใส่นักเรียนอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีปัญหา มีการให้คำปรึกษาเบื้องต้นในด้านต่าง ๆ ให้กับนักเรียน มีการจัดกิจกรรมในการช่วยเหลือนักเรียน ได้แก่ กิจกรรมเสริมหลักสูตร กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

2.3.3 นักจิตวิทยาประจำโรงเรียน

1) นิยามของนักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

ผู้ช่วยเหลือและให้คำปรึกษานักเรียนให้ประสบความสำเร็จในด้านการศึกษาสังคมและอารมณ์ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการทำงานร่วมกับครูผู้ปกครองและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยและส่งเสริมพฤติกรรมของนักเรียนในการเรียนรู้ รวมถึงการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่าง บ้านกับโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ความเป็นมา

ในปี 2556-2557 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติหน้าที่นักจิตวิทยาโรงเรียนในระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยทดลองนำร่องในโรงเรียน 20 โรงเรียน พบว่านักจิตวิทยาสามารถช่วยเหลือนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาในปี 2559 -2562 ได้มีนักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 26 เขต และในปี 2563 มีนักจิตวิทยาโรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาทุกเขต เขตละ 1 คน ปัจจุบันยังมีจำนวนนักจิตวิทยาโรงเรียนไม่เพียงพอ ซึ่งโรงเรียนต้องให้ความสำคัญและกำหนดไว้ในแผนพัฒนาของโรงเรียนทั้งในระยะยาวและระยะสั้น เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า จึงให้ครูมีบทบาทในการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน โดยผ่านการฝึกอบรมทักษะในการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยากับนักเรียนเบื้องต้นได้ (38)

3) บทบาทหน้าที่ของนักจิตวิทยาประจำโรงเรียน

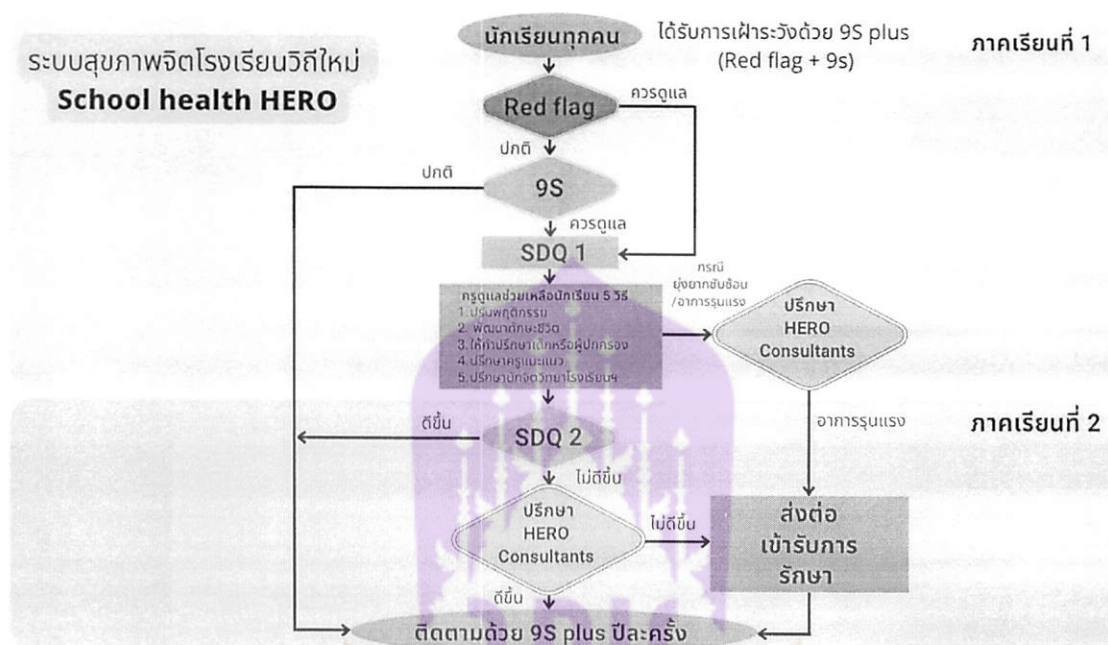
1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้แก่โรงเรียนในสังกัด
2. การช่วยเหลือนักเรียนที่ได้รับการส่งต่อจากระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน
3. การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา ป้องกันและแก้ไขปัญหาให้นักเรียน
4. การคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่เผชิญเหตุวิกฤต
5. ภาระงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

2.3.4 ระบบ School Mental Health Hero

School Health HERO (Health And Educational Reintegrating Operation) เป็นแพลตฟอร์มดูแลสุขภาพจิตนักเรียนในรูปแบบวิถีใหม่ ใช้ในการเฝ้าระวัง เรียนรู้ ดูแล รับคำปรึกษาและส่งต่อเพื่อดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเสี่ยง/มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคมเป็นความร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิตกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และคณะวิศวกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับครูระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม ของเด็กและวัยรุ่น ผ่านคำถาม 9 ข้อ (9 symptoms หรือ 9S) ได้แก่ ขนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้ หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เมื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน และไม่มีเพื่อน ทำให้ครูค้นหาเด็กได้เร็วขึ้น โดยไม่เป็นการเพิ่มภาระให้ครู อีกทั้งระบบยังทำการรายงานผลการประเมินนักเรียนได้ทันที เมื่อครูติดตามดูแลนักเรียนแล้วยังไม่ดีขึ้น สามารถขอรับคำปรึกษาจากที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต หรือ HERO Consultant ในทุกอำเภอผ่านแอปพลิเคชัน ทำให้นักเรียนได้รับการดูแลช่วยเหลือแก้ไขได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น อีกทั้งในระบบยังมีช่องทางการเรียนรู้ให้ครูและผู้บริหารได้ศึกษาและพัฒนาการดูแลช่วยเหลือ ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตนักเรียนด้วยระบบ E-learning อีก ด้วย (39-40)

ในปี 2564 มีสถิติในการใช้งานระบบ School Health HERO จำนวน 17,507 โรงเรียน และ ปี 2565 จำนวน 29,583 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 58.79 และ 99.35 ตามลำดับ โดยผู้ใช้งานมีทั้ง บุคลากรจากกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น Admin เขตพื้นที่การศึกษา จำนวน 445 คน Admin โรงเรียนจำนวน 15,212 คน ครู จำนวน 148,638 คน และผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิต หรือ HERO consultants จำนวน 1,351 คน โดย HERO consultants มีอยู่ครอบคลุม ทั่วประเทศ (41) โดยมีกระบวนการเริ่มต้นจากให้ครูประเมินเด็ก นักเรียนทุกคนในเทอมที่ 1 ด้วยเครื่องมือสังเกตอาการ 9S เมื่อพบว่าเข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ สังคม ครูจะประเมินต่อด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SDQ ดำเนินการดูแลช่วยเหลือนักเรียน ผ่านกิจกรรม การปรับพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเด็กหรือผู้ปกครอง ครู

แนะแนว นักจิตวิทยาโรงเรียน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หรือ HERO consultant ถ้าหากช่วยเหลือแล้วไม่ดีขึ้นจะมีการประเมินซ้ำในภาคเรียนที่ 2 หากดีขึ้นจะประเมิน 9S ปีละครั้ง และถ้าแยกลงจะส่ง ต่อในการเข้ารับการรักษาต่อไป โดยมีกระบวนการดังภาพที่ 6 (School Health Hero, 2566) และ จากการประเมินผลการใช้โดยระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ เขตสุขภาพที่ 7 (2566) พบว่า เป็น ประโยชน์ต่อการเฝ้าระวัง คัดกรอง ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ทั้งครูและนักเรียน



รูปที่ 5 กระบวนการระบบดูแลสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่
ที่มา : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต (2566)

2.4 รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนในต่างประเทศ

เนื่องจากโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนดูแลด้านสุขภาพจิต แต่ก็มีปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบทบาทและภารกิจดังกล่าว เช่น มีความแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม สภาพสังคม โครงสร้างระบบสาธารณสุข สถานะมঙ্গเศรษฐกิจ รวมถึงศักยภาพของภาครัฐในแต่ละประเทศ (42-43) ปัจจุบันโครงการดังกล่าวได้รับความสนใจและมีการนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในระดับชาติและนานาชาติ แต่ระบบยังขาดความต่อเนื่อง ไม่มีความยั่งยืน และ เชื่อมต่อกันทั้งในการส่งเสริม สนับสนุน ป้องกัน การให้ความช่วยเหลือในระยะแรกจนถึงการรักษาใน โรงเรียน ประสบการณ์ส่วนใหญ่ที่ถูกเผยแพร่จะเป็นผลจากการดำเนินโครงการในประเทศที่พัฒนา แล้ว แต่ข้อมูลจากกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนายังมีค่อนข้างจำกัด บทเรียนตัวอย่างจากประเทศต่าง ๆ ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของเครือข่ายในชุมชน ระบบการส่งต่อจากชุมชนสู่

โรงพยาบาลใน ภูมิภาค และการสร้างความร่วมมือ และเครือข่ายในระดับนานาชาติเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะ ช่วยใน การพัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของแต่ละประเทศประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (44)

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การบริการสุขภาพจิตในโรงเรียนจะมุ่งเน้นไปที่ผู้เชี่ยวชาญ เช่น ครูที่ ปรึกษา ครูแนะแนว ส่วนความครอบคลุมจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ โดย ประเทศ อินโดนีเซีย สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มาเลเซีย ฟิลิปปินส์และไทย มีการออก กฎหมายที่ เกี่ยวข้องเพื่อมาสนับสนุน กัมพูชาและลาวยังไม่มีระบบการช่วยเหลือทางสุขภาพจิตใน โรงเรียน สิงคโปร์ เป็นประเทศเดียวที่มีการอบรมสุขภาพจิตให้ครูอย่างครบวงจร ส่วนประเทศอื่น ๆ เช่น กัมพูชา มาเลเซีย เมียนมา ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทยยังมีจำกัด นอกจากนี้ในประเทศใน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนใหญ่มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและทักษะชีวิต เช่น การให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญ ปัญหา และในช่วงที่เกิดเหตุการณ์แผ่นดินไหวขึ้นในเกาะสุมาตราของอินโดนีเซียมีโปรแกรมที่ชื่อว่า "Physical First Aid (PFA)" ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือขององค์การอนามัยโลกเสมือนโครงการเพื่อนช่วย เพื่อน โดยให้นักเรียนฝึกเป็นฟังที่ดี รับฟังและไม่ตัดสินกัน (45) ส่วนในประเทศเวียดนามมีการพัฒนา โปรแกรมบริการด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนที่จะสนับสนุนสุขภาพจิตของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษา ของโรงเรียน การจัดชั้นเรียน ร่วมกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ นอกจากนี้ในช่วงโควิด-19 ที่ผ่านมามีการ ส่งเสริมสุขภาพจิตของ ผู้เรียนผ่านโปรแกรมสุขภาพโรงเรียนที่ครอบคลุมผ่านกระทรวงศึกษาธิการและ ฝึกอบรม (MOET) และกระทรวงแรงงาน ทหารผ่านศึกและสวัสดิการสังคมเวียดนาม (MOLISA) (26) ด้าน ประเทศสิงคโปร์มีโครงการ REACH ที่ร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ โดย ให้บริการและช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปีที่ต้องการคำปรึกษาและช่วยเหลือทาง สุขภาพจิต เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาล โดยมีนักจิตวิทยาเป็นสื่อกลางในการ เชื่อมโยงมี Help Line ปรึกษาผ่านโทรศัพท์ฟรีในการขอคำแนะนำในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา สุขภาพจิต ปัญหาของนักเรียนจะถูกส่งต่อให้โรงเรียนและทีมในชุมชน เพื่อวิเคราะห์และประเมินความ รุนแรงและเร่งด่วนของปัญหา หลังจากนั้นส่งต่อให้ REACH Team เพื่อช่วยในการประเมินระดับความ รุนแรง เร่งด่วนและแนวทางในการช่วยเหลือ ต่อมาแจ้งผลกลับไปยังโรงเรียน อีกทั้งยังทำงานร่วมกับ โรงเรียนและผู้ปกครอง เพื่อติดตามพฤติกรรมว่าดีขึ้นหรือไม่ ในกรณีที่ขอเสนอในการให้ความช่วยเหลือถูก ปฏิเสธ ข้อเสนอเบื้องต้นนี้จะถูกประเมินและทบทวนโดย นักจิตวิทยาใน REACH Team เพื่อยืนยันถึง ความถูกต้องเหมาะสม และพิจารณาเสนอทางเลือกอื่น ๆ รวมทั้งช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานและส่ง ต่อไปยังแพทย์ หรือโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป ผลจากการประเมินการเข้าใช้โครงการของนักเรียนโดย ครูและที่ปรึกษาของโรงเรียน พบว่ามากกว่าครึ่งของนักเรียนมีสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น จาก การประเมินพบว่าหลังการเข้ารับความช่วยเหลือ 6 เดือนนักเรียนมีสภาวะทางสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (46) นอกจากนี้ทางกระทรวงศึกษาธิการยังมีแผนจะบรรจุรายวิชาสุขภาพจิตให้กับนักเรียนในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและวิทยาลัยอีกด้วย (47)

ส่วนในประเทศออสเตรเลียมีโปรแกรม Mind Matters เป็นแนวคิดริเริ่มในการส่งเสริม สุขภาพจิตในโรงเรียน โดยอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียนทั้งระบบ มีการพัฒนา หลักสูตร การให้ความรู้ ความเข้าใจ และโปรแกรมที่เหมาะสมกับโรงเรียน รวมถึงการทดลองแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการฆ่าตัวตายของนักเรียน ประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของเยาวชน (48) นอกจากนี้ยังมีการตั้งศูนย์คิดส์แมทเทอร์ (KidsMatter) เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กนักเรียน ประถมและเด็กปฐมวัย โดยมีการทำงานร่วมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กโดยตรง เช่น พ่อแม่ ครอบครัวยุ คู ผู้ที่ดูแลเด็ก รวมถึงชุมชนในการสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวกในโรงเรียน สอนทักษะทางอารมณ์และสังคม รวมถึงช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่เนิ่น ๆ (49) และ Youth Live4Life จัดตั้งเพื่อช่วยเหลือ สุขภาพจิตและป้องกันการฆ่าตัวตายของเยาวชนในพื้นที่ชนบทและภูมิภาคของออสเตรเลีย มีการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฐมพยาบาลใจให้กับครู นักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา รวมถึงในชุมชน ที่สำคัญช่วยลดการตีตราผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมผู้นำเยาวชนด้านสุขภาพจิต (50) ส่วนประเทศนิวซีแลนด์ ได้จัดทำโครงการ The Flourishing Schools initiative เพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต และผลลัพธ์ที่ดีจากการเข้าไปดูแลช่วยเหลือเด็ก และเยาวชน โดยใช้ Five Winning Ways to Wellbeing (Connect, Be Active, Take Notice, Learn, and Give) โดยเน้นมิติทางสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาชุมชนเป็น แบบจำลอง ส่วนประกอบที่เป็นหัวใจหลักคือ การดำเนินกิจกรรมทั้งโรงเรียน (Whole School Approach) ด้วยเครื่องมือที่เป็นแนวปฏิบัติที่ดี (51)

สำหรับประเทศจีน ข้อกำหนดที่เรียกว่า “Basic Requirements on the Mental Health Education in Elementary through High Schools และต่อมาพัฒนาเป็น Guidelines of Mental Health Education in Schools ในแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้ง จัดทำระบบ Confidential phone hotline ขึ้นเพื่อให้คำปรึกษาช่วยเหลือแก่นักเรียนและเยาวชนที่ ปัญหาสุขภาพจิต (52) วัยรุ่นในประเทศจีนยังต้องประสบกับปัญหาการแข่งขันในการย้ายเข้าโรงเรียนในระดับที่สูง ทำให้มีความกดดันและความเครียดสูง ในขณะที่จำนวนจิตแพทย์ยังมีน้อย (53) ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่น ได้ออกกฎหมาย Japanese Government Act on School Health โรงเรียนตั้งแต่ระดับประถมถึงมัธยมศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน จะต้อง มีพยาบาลประจำโรงเรียนเต็มเวลา 1 คน (54)

ในประเทศอินเดีย ได้ให้โรงเรียนระดับมัธยมตอนต้นและปลาย มีที่ปรึกษาคอยให้ความรู้และช่วยเหลือแก่นักเรียนที่ต้องการความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต นอกจากนี้ ยังได้จัดทำโครงการ “Rashtriya Bal Swasthya Karyakarm” โดย National Rural Health Program เพื่อตรวจคัดกรองเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุ 0-18 ปีว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ (55) ส่วนในแอฟริกาใต้โครงการ Peer Health Educators เพื่อช่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากขึ้น โดยมีการอบรมเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 12-20 ปี จำนวน 105 คนร่วมกับครู 35 (56) ประเทศบราซิลได้ทำโครงการ The “Cool Mind” program – Brazil เพื่อฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ครูในการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขภายนอกโรงเรียน และช่วยให้การ

เข้าถึง ในการให้บริการทางสุขภาพจิต รวมทั้งแก้ปัญหาความรู้สึก เป็นตราบาปของผู้เข้าใช้บริการ (57) สำหรับประเทศกานา ซึ่งประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ขาดแคลน ได้ ดำเนินการแก้กฎหมายโดยให้บังคับให้มีการศึกษาฟรีในระดับประถมและมัธยมศึกษา โดยลดอายุการ บังคับเข้าศึกษาจาก 17 ปี เหลือ 12 ปี และไม่ให้โรงเรียนเก็บค่าธรรมเนียมพิเศษอื่น และนาระบบ การดูแลปัญหาสุขภาพจิตแบบพอเพียงสู่ชุมชน (Basic Needs Model) มาใช้ในเขตภาคเหนือ (58)

ฝั่งสหรัฐอเมริกา มีโปรแกรม เพื่อสร้างทักษะทางอารมณ์และสังคม การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ การจัดการความเครียด เช่น I Can Problem Solve เพื่อเสริมทักษะในการแก้ไข ปัญหาในชีวิตประจำวัน สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน ชั้นอนุบาล และประถมศึกษา โดยใช้เกมและเล่น บทบาทสมมุติ (59) ถัดมาเป็น Good Behavior Game ไม่ใช่หลักสูตรแต่เป็นขั้นตอน พฤติกรรมง่าย ๆ ที่มาจากการประยุกต์จากทฤษฎีพฤติกรรม มีการทดลอง 20 ครั้งในนักเรียนที่มีระดับชั้น โรงเรียนที่แตกต่างกัน ได้มีการติดตามผลระยะยาวแสดงให้เห็นว่ามีผลต่อพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นต่อต้านสังคมของเด็กและวัยรุ่น ตลอดจนการลดการใช้ยาเสพติด โดยได้รับการขนานนามว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการป้องกันยาเสพติดและพฤติกรรมรุนแรง (60) รวมถึงโปรแกรมที่สนับสนุนพฤติกรรมเชิงบวก (PBIS) ที่มีหลายรูปแบบ ดำเนินตามระดับการป้องกัน มีการสอนและให้รางวัลนักเรียนที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีหนึ่งที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก (61) ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีนักเรียนฆ่าตัวตาย รวมถึงเหตุการณ์กราดยิงที่เขตการศึกษา Van Buren ของรัฐมิชิแกน จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ทางเขตได้มีการเปิดตัวโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งร่วมอยู่ในหลักสูตรการเรียนรู้ทางด้านอารมณ์และสังคม มีการสอนให้เข้าใจว่าความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร เราสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้นำไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกได้อย่างไร นอกจากนี้ยังมีบทเรียนเกี่ยวกับความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า บาดแผลทางใจ รวมถึงการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเจ้าหน้าที่เขตการศึกษานี้จะได้เรียนรู้แนวคิดนี้ทุกคน ปัจจุบันโรงเรียนหลายแห่งในอเมริกามีการสอนในเรื่องทักษะอารมณ์และสังคมกับนักเรียนมากขึ้น หลายโรงเรียนใช้วิธีการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการออกแบบห้องเรียนที่สามารถสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกได้ หรือมุ่งเน้นไปยังเด็กที่มีปัญหาในหลายที่ที่ขาดเงินทุนและทรัพยากรจะใช้หลักจิตวิทยาพื้นฐานในหลักสูตรแทน อย่างโปรแกรม "TRAILS" ของ Paw Early Elementary School ซึ่งออกแบบโดยมหาวิทยาลัยแห่งมิชิแกน (University of Michigan) เช่น การมีวิดีโอที่สอนการจัดการ รู้สึกกลัว ความกังวล ความเศร้า และการนั่งสมาธิ ผลจากการใช้โปรแกรม พบว่า นักเรียนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า และมีทักษะการเผชิญหน้ากับปัญหาได้ดีขึ้น (62)

2.5 สถานการณ์สุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน

สุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นอายุ 0-18 ปี เป็นหนึ่งในประเด็นสุขภาพที่ถูกละเลยมากที่สุด วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างรวดเร็ว รวมถึง เผชิญกับสถานการณ์ที่ทุกข์ยาก เช่น ความยากจน การใช้ความรุนแรงซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นก่อนสถานการณ์โควิด-19

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการว่า ร้อยละ 10-20 ของเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกเคยประสบปัญหาทางสุขภาพจิต และเริ่มแสดงอาการทางจิตเวชตั้งแต่ อายุ 14 ปี (63-64)

จากสถานการณ์ทั่วโลกที่พบมีวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี กว่าร้อยละ 14 กำลังประสบปัญหาสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นอาการซึมเศร้า วิตกกังวล รวมถึงโรคสมาธิสั้น (ADHD) พฤติกรรมที่ผิดปกติของการรับประทานอาหาร เช่น โรคกลัวผอม (Anorexia Nervosa) และโรคลุเลียมหรือโรคล้างคอ (Bulimia Nervosa) โรคจิตเภท การมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ที่แยะไปกว่านั้นการมีภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของวัยรุ่น (64)

ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนของประเทศไทยมีความสำคัญเป็นอย่างมากจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ให้เห็นถึงแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนไทยที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังนี้

จากรายงานของโครงการสุขภาพคนไทย (65) จากข้อมูลปี 2561 คะแนนสุขภาพจิตของวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีคะแนนเต็ม 45 คะแนน ได้ 31.2 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มอื่น ๆ และภาคเหนือมีคะแนนต่ำที่สุด ดังภาพนี้

เมื่อดูแนวโน้มคะแนนสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน อายุ 15-24 ปี พบว่าสัดส่วนผู้ที่มี คะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มดีขึ้นในปี 2554 เหลือร้อยละ 16.5 จากปี 2551 ที่อยู่ ร้อยละ 17.7 กลับมาแย่งในปี 2561 ที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 อีกทั้งคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปลดลงจากร้อยละ 29.7 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 19.8 ในปี 2561 ดังภาพนี้

โดยปัญหาที่วัยรุ่นและเยาวชนที่พบบ่อยจากปรึกษาสายด่วน 1323 คือ 1323 ความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาความรัก และซึมเศร้า ปัญหาความเครียดจากการเรียน อีกทั้งการถูกกลั่นแกล้ง รังแกจากเพื่อนเป็นสาเหตุทำให้เยาวชนหลายคนเครียดจนอยากฆ่าตัวตาย

1 ใน 7 ของวัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปี และ 1 ใน 14 ของเด็กไทยอายุ 5-9 ปี มีปัญหาทาง สุขภาพจิต รายงาน Global Burden of Disease Study 2019 พบว่า เด็กและวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีมี ปัญหาทางสุขภาพจิต และการทำร้ายตัวเองร้อยละ 15 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ถัดมาเป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรมและโรควิตกกังวลมีสัดส่วนถึงร้อยละ 7 (63)

สอดคล้องกับรายงานของสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลกของประเทศไทยในปี 2564 พบว่า นักเรียนไทย 1 ใน 7 หรือร้อยละ 15.1 คนเคยพยายามฆ่าตัวตาย (66) เริ่มมีความคิดอยากฆ่าตัวตายตั้งแต่ วัยรุ่นตอนต้น โดยมีความเสี่ยงร้อยละ 9.3 ซึ่งสูงกว่าวัยรุ่นตอนปลายที่เสี่ยงร้อยละ 5.9 (67) เช่นเดียวกับ การสำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพของนักเรียนใน ประเทศไทย โดยกรมอนามัย พบว่า นักเรียนร้อยละ 18.9 รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ โดยนักเรียนชายมีแนวโน้มมากกว่านักเรียนหญิง นักเรียน 1 ใน 5 คน หรือที่ร้อยละ 17.4 เคย มีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15.5 เคยวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย ขณะที่นักเรียน กว่าร้อยละ 65 ไม่เคยได้รับการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับการจัดการ เมื่อพบว่าเพื่อนคิดจะฆ่าตัวตาย และอีกกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด อีก

ทั้งนักเรียน 1 ใน 5 คน หรือร้อยละ 20 ถูกกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียน โดยที่นักเรียนชายจะถูกการกลั่นแกล้งรังแกมากกว่า นักเรียนหญิง ตามแผนภูมิข้างล่างนี้ (68)

จากการข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต (Mental Health Check in) ของเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปี 2020-2023 พบว่า เด็กและเยาวชนเผชิญความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2020 จากผู้ตอบแบบสอบถาม 29,193 คน พบว่ามีความเครียดสูงร้อยละ 3.2 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 3.4 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 2.8 ต่อมาในปี 2021 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีการล็อกดาวน์และเรียนออนไลน์ที่บ้านจากผู้ตอบแบบสอบถาม 181,629 คน พบว่า ร้อยละ 30.1 มีความเครียดสูง ร้อยละ 35.3 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 24.4 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ในปี 2022 ถึงแม้สถานการณ์มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ก็ยังน่ากังวลอยู่เพราะจากผู้ตอบแบบสอบถาม 47,266 คน ร้อยละ 20.1 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 13.7 เสี่ยงฆ่าตัวตายและกลับมาแย่ลงอีกครั้งในปี 2023 จากผู้ตอบแบบสอบถาม 37,582 คน พบว่า ร้อยละ 25.6 มีความเครียดสูง ร้อยละ 31.9 เสี่ยงซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 21.6 (MENTAL HEALTH CHECK IN, 2023)

สำหรับเด็กและเยาวชนในกรุงเทพฯ จากการตอบแบบสอบถาม ในปี 2020 จากผู้ตอบแบบสอบถาม 64 คน มีความเครียดสูง ร้อยละ 37.5 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 42.2 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 34.4 ในปี 2021 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมากสอดคล้องกับภาพรวมทั้งประเทศ จากผู้ตอบแบบสอบถาม 19,178 คน มีความเครียดสูง ร้อยละ 58.5 เสี่ยงซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 66.4 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 47 ส่วนในปี 2022 นั้นสถานการณ์ก็ยังน่าเป็นห่วง จากผู้ตอบแบบสอบถาม 1,384 คน มีผู้ที่มีความเครียดสูงร้อยละ 54.8 เสี่ยงซึมเศร้า 65.2 เสี่ยงฆ่าตัวตาย 47.2 และปี 2023 มีผู้ตอบแบบสอบถาม 2,145 คน มีความเครียดสูงร้อยละ 55.9 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 64.3 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 47.8 ตามแผนภูมิข้างล่าง ดังนี้ (MENTAL HEALTH CHECK IN, 2023)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งไทยและต่างประเทศ พบว่ามีงานศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยและอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินการงานด้านสุขภาพจิตในสถานศึกษาในประเทศไทย อย่างงานของ จุฑามาศ อึ้งอำพร และคณะ (69) ที่ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการก่อตั้งงานสุขภาพจิตโรงเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การมีงบประมาณสนับสนุน มีนักจิตวิทยาประจำโรงเรียน มีจิตแพทย์เข้ามาคัดกรองในโรงเรียน ครูมีการทำงานร่วมกับนักจิตวิทยาโรงเรียนรวมถึงมีการประชุมเพื่อวางแผนดูแลนักเรียน โดยทีมสหวิชาชีพและงานที่ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการรับรู้และการการเข้ารับบริการสุขภาพจิตอย่างงานของชนัยชนม์ นาราษฎร์ และคณะ (70) ที่พบว่าปัญหาอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อนักศึกษาที่มาใช้บริการสภาพแวดล้อมและสถานที่ตั้งไม่เอื้อต่อการเข้ารับ

บริการ การขาดการประชาสัมพันธ์ รวมถึงนักศึกษาบางคนยังขาดความตระหนักรู้และยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนมีการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการศูนย์ให้บริการสุขภาพจิต

งานเกี่ยวกับอุปสรรคการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงเรียนต่างประเทศ ได้แก่ ในประเทศ สหรัฐอเมริกา อย่างงานของ Langley et al. (71) ที่ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการใช้โปรแกรม Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) ในโรงเรียนและงานของ Peterson (72) ที่ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาโปรแกรมดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและงาน Skaar et al. (75) ที่ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงระบบดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนนักเรียนที่พิการ ส่วนประเทศอื่น ๆ ได้แก่ (74) ที่ศึกษาระบบดูแลสุขภาพจิต "Nemad" ของประเทศอิรัก และ Raman and Thomas (75) ในประเทศอินเดีย พบว่าการตีตราบาปของนักเรียนที่ใช้บริการ ขาดงบประมาณ ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานงานร่วมกัน ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ครู และผู้ปกครอง ขาดพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมครูไม่มีการได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิตรวมถึงบางโปรแกรมหรือกิจกรรมมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

อีกทั้งยังพบงานเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมที่ไปทดลองใช้ตามโรงเรียน เช่น ด้านจิตวิทยาเชิงบวกในงานของรัศมี สังข์ทอง และคณะ (76) ที่ทำโปรแกรมนำร่องกับโรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดสงขลา ส่วนการทดลองเพื่อพัฒนาระบบที่ใช้ดูแลสุขภาพจิตโรงเรียนพบงานของศักดิ์ดิณานันท์ อัครเสนากุล และคณะ (77) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพจิตสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนสังกัดสหวิทยา เขตนวนจันทร์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 2 ต่างให้ข้อเสนอแนะว่าโรงเรียนควรมีคู่มือในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต มีการออกแบบโปรแกรมในการคัดกรองด้านสุขภาพจิตนักเรียนและควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้เป็นรูปธรรมและให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน รวมถึงงานทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ เช่น งานของ March และคณะ (78) ที่พูดถึงปัจจัยที่ทำให้ระบบการดูแลช่วยเหลือทางสุขภาพจิตในโรงเรียนมีความยั่งยืน โดยมี 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียน บทบาทของบุคลากรในโรงเรียน การออกแบบ ระบบหรือการฝึกอบรมของโรงเรียน ทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเวลาและเงินทุน และการได้รับการสนับสนุนภายในและภายนอกของโรงเรียน ต่อมาเป็นเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตโรงเรียนในด้านต่าง ๆ ในงานของ Scholz และคณะ (79) ที่พบว่าโปรแกรมเชิงรุกที่มีการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมสนทนากลุ่ม โต้ตอบ การเขียนบันทึก จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมและก่อให้เกิดผลกระทบเชิงบวกมากกว่า ส่วนโปรแกรมที่ไม่ก่อให้เกิดผลเชิงบวกจะใช้วิธีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นนักเรียนเป็นศูนย์กลางน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีงานของ Margaretha และคณะ (80) ที่ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตโรงเรียนในนโยบายระดับโลกอย่าง United Nations (UN) ที่เน้นการบูรณาการดำเนินการเพื่อป้องกัน ส่งเสริม และสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตนักเรียนในโรงเรียน โดยมุ่งหวังว่าโรงเรียนจะนำกรอบนี้ไปประยุกต์ในการดำเนินการต่อไป

ตลอดจนมีงานศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพจิตนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างงานของ ชมภูษ หนูน้อย (81) โดยนักเรียนมีความต้องการบริการสุขภาพจิตในโรงเรียนในระดับมากทุกด้าน โดยทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีความต้องการบริการสุขภาพจิตในโรงเรียนในทุกด้านไม่แตกต่างกัน และงานของนัยนา เอื้อพงศ์กิติกุลและศิริลักษณ์ ศุภปิธิพร (82) ที่พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีและมีเพียงร้อยละ 18.6 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตควรได้รับการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ อีกทั้งโรงเรียนยังสามารถนำไปพิจารณาแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสุขภาพจิตได้

แต่ยังไม่พบงานศึกษาที่มองรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนอย่างเป็นระบบภาพใหญ่ ยกเว้นบางประเทศ ที่ได้มีการสนับสนุนและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนอย่างเป็นระบบ เช่น สิงคโปร์ เป็นต้น ซึ่งสามารถใช้เป็นบทเรียนในการพัฒนาต่อไปได้ การใช้แนวคิดของโต นาบีเดียนในการมองรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครอย่างเป็นระบบ จึงเป็นความท้าทายต่อโรงเรียนและบุคลากร ผู้ปกครอง หน่วยงานให้บริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่หรือระดับประเทศ ที่ประสานพลังในการผลักดันให้เกิดการเชื่อมต่อและช่วยกันแก้ปัญหาและอุปสรรคที่ยังมีอยู่ให้ระบบมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพื่อช่วยกันดูแลให้นักเรียนอันเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า สามารถได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพสร้างประโยชน์ให้ประเทศต่อไป จึงเป็นแรงบันดาลใจทำให้เกิดงานวิจัยชิ้นนี้ขึ้น

ธนพล บรรดาศักดิ์ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตที่พัฒนาจากแนวคิดจากองค์การอนามัยโลกต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อน หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ปีการศึกษา 2563 จำนวน 50 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพจิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้ผู้บริหารการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์นำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือใช้ในโครงการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิต

Sedighe Irannezhad (2560) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะชีวิตด้านสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในเมืองบาม ประเทศอิหร่าน โดยมีการออกแบบแบบทดสอบก่อนและหลังการทดสอบ ใช้แบบสอบถาม GHQ-28 เพื่อรวบรวมข้อมูล คัดเลือกนักเรียนจำนวน 40 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างจากนักเรียนที่เข้าเยี่ยมชมศูนย์การศึกษาวัฒนธรรมพยามอีเฮดายัตเพื่อเข้าร่วมการจัดอบรมจำนวน 16 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่าการฝึกทักษะชีวิตทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพจิต

เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดสอบ ดังนั้นการฝึกทักษะชีวิตสามารถเพิ่มสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เมืองบัม ประเทศอิหร่านได้

Gritt Overbeck (2559) นำเสนอการทบทวนเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลร่วมกันสำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จำนวน 17 เรื่อง พบว่าประสิทธิผลของการดูแลแบบร่วมมือกัน ทักษะทางสังคมและวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นระบบการสื่อสารและการติดตามผลที่ดีและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้ากันระหว่างผู้ดูแลและแพทย์ มีความจำเป็นและส่งผลการอาการของผู้ป่วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขจิตสำหรับนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ โดยมีลำดับขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 กลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มเป้าหมาย

ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตของนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยแบ่งเป็น

- 3.1.1 ผู้บริหารของคณะสหเวชศาสตร์
- 3.1.2 เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตของคณะสหเวชศาสตร์
- 3.1.3 ตัวแทนของบุคลากรสาขาวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจิต
- 3.1.4 นิสิตที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตจากคณะสหเวชศาสตร์ และศูนย์ให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา
- 3.1.5 นิสิตที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคณะสหเวชศาสตร์และศูนย์ให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา
- 3.1.6 ญาติของนิสิตที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคณะสหเวชศาสตร์และศูนย์ให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา

3.2 วิธีการวิจัย หรือเครื่องมือที่ใช้

3.2.1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตในปัจจุบันและ ความต้องการการพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.2.1.1 วางแผนดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2.1.2 รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสุขภาพจิตของโตนานปีเตียน ได้แก่ ข้อมูลจากสถานการณ์ระบบผลิตบัณฑิตระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษา สถิติการขอรับการปรึกษา นโยบาย มาตรการ และ/หรือแผนงานของสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของระบบการดูแลสุขภาพจิต

3.2.1.3 สัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ผู้บริหารของคณะสหเวช ศาสตร์ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตของ คณะสหเวชศาสตร์ตัวแทนของบุคลากร สาขาวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตนิสิตที่ยังไม่เคยได้รับการ ช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตจากคณะสหเวชศาสตร์และศูนย์ให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยพะเยานิสิตที่มี ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากคณะสหเวชศาสตร์และศูนย์ให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา ญาติของนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจาก คณะสหเวชศาสตร์และศูนย์ให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา ระยะเวลาการสัมภาษณ์ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ครอบคลุมในประเด็น 4Ms ได้แก่ บุคคล (Man) การบริหารจัดการ (Management) ทรัพยากรหรือวัสดุ อุปกรณ์ (Materials) และงบประมาณ (Money) และประเด็นกระบวนการ (Process) ควบคู่ไปกับการสังเกต แบบไม่มีส่วนร่วม ในการดำเนินการเป็นการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.2.1.4 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป โดย แยกการถอดเทปแบบอิสระต่อกัน

3.2.1.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบแนวคิดเบื้องต้น และสรุปข้อมูลโดย เชื่อมโยงแนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต

3.2.1.6 ประชุมปรึกษาหารือ และนำเสนอข้อมูลให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ทางด้านสุขภาพจิตของคณะและมหาวิทยาลัย

3.2.2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต

3.3.1.1 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก 12.2.1 มาสังเคราะห์ร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3.3.1.2 จัดทำ (ร่าง) ระบบตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโต นานี้เดียนที่มีองค์ประกอบทั้งโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ ในการดูแลครอบคลุมนิสิตทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

3.3.1.3 นำ (ร่าง) ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย นักจิตวิทยา จำนวน 1 คน จิตแพทย์ จำนวน 1 คน และอาจารย์ที่ดูแลทางด้านคุณภาพนิสิต จำนวน 1 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการและความสอดคล้องกับข้อมูลบริบทของคณะและ มหาวิทยาลัย และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงในประเด็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรอง จำแนกนิสิต ก่อนนำเสนอให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.3.1.4 นำ (ร่าง) ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (ปรับ ครั้งที่ 1)

3.3.1.5 นำ (ร่าง) ระบบที่ปรับปรุงแล้ว ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 10 คน พิจารณาความสอดคล้องกับบริบทและความเข้าใจใน ร่างระบบฯ และได้ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงในประเด็นการพัฒนาทักษะทางด้านสุขภาพจิตให้แก่บุคลากร การเพิ่มกิจกรรมการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะ (ปรับครั้งที่ 2)

3.3.1.6 ปรับ(ร่าง) ระบบโดยนำผลจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาปรับปรุง เกิด รูปแบบการดูแลที่เรียกว่า ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ที่ครอบคลุม 2 กระบวนการย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มปกติหรือมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต และ 2) กลุ่มที่มีปัญหาทางด้าน สุขภาพจิต (ปรับครั้งที่ 3)

3.3.1.7 นำระบบที่ผ่านการปรับครั้งที่ 3 ให้กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบ อีกครั้ง และให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยืนยันความตรงของระบบก่อนนำระบบไปประเมินความเป็นได้

3.2.3 ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต

3.2.3.1 นำระบบที่ได้จาก 3.3.1 มาประเมินความเป็นไปได้ของการนำระบบไปใช้ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหมาะสม 2) การนำไปใช้ และ 3) ประโยชน์ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) บุคลากรจาก หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และ 2) ตัวแทนของสาขาวิชาที่ได้รับ มอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความ เทียบตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

- ข้อมูล
- 3.2.3.2 วิเคราะห์ผลการประเมินความเป็นไปได้ ทบทวน ตรวจสอบระบบและนำเสนอคืน
- 3.2.3.3 สะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้ให้กับผู้บริหารคณะกรรมการ
- ประชุม

3.3 การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประเมินความเป็นไปได้ของการนำระบบไปใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเฉพาะเรื่อง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพภาพจิตสำหรับนิสิตคณะสหเวชศาสตร์ผ่านแนวคิดของโดนาปีเตียน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร บุคลากร นิสิตของคณะสหเวชศาสตร์ และบุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต เช่น นักวิชาการศึกษา คณะกรรมการฝ่ายคุณภาพนิสิตและกิจการพิเศษ รวมถึงญาติของผู้ที่เคยมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการ วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

4.1 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์

4.2 การศึกษาความเป็นไปได้ของการนาระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ ไปใช้

4.1 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์

4.1.1 กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานอยู่ภายในคณะหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคณะ ทั้งหมดจำนวน 60 คน โดยเป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 60) และเพศชายจำนวน 24 คน (ร้อยละ 40) เป็นนิสิตจำนวน 27 คน (ร้อยละ 45) บุคลากรจำนวน 20 คน (ร้อยละ 33.33) ผู้บริหารจำนวน 10 คน (ร้อยละ 16.67) และญาติของผู้ที่เคยมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5)

4.1.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์

การศึกษานี้ แสดงผลการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลสุขภาพของโดนาปีเตียน ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

4.1.2.1 ด้านโครงสร้าง วิเคราะห์ปัจจัยหลักซึ่งแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ มีรายละเอียดดังนี้

4.1.2.1.1 ด้านบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คณะยังไม่ได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ รวมถึงบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนมีเพียงกำหนดให้อยู่ในหน้าที่รับผิดชอบของฝ่ายคุณภาพ นิสิตและกิจการพิเศษ อีกทั้งยังไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตการรับผิดชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา อย่างชัดเจนเช่นกัน มีเพียงการกำหนดให้อาจารย์ที่พบนิสิตที่มีปัญหาหรืออาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการเป็น

ผู้รับผิดชอบดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้นตามกำลังความสามารถ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของจำนวนอาจารย์ที่ปรึกษาต่อจำนวนของนิสิตในปัจจุบันพบว่าอาจารย์ที่ปรึกษา 1 คนต้องดูแลนิสิตจำนวน 12-15 คน ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก ประกอบกับการเรียนการสอนและภาระงานด้านอื่น ๆ ที่มีเพิ่มขึ้นตามจำนวนของนิสิตที่รับเข้าศึกษา ทำให้ภาระงานหน้าที่รับผิดชอบของอาจารย์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถดูแลนิสิตได้อย่างเต็มที่และทั่วถึง และเมื่อพิจารณาถึงความมั่นใจของบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพจิตก็พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจและมีความกังวลว่าสิ่งที่ทำนั้นถูกต้องหรือไม่ เพราะไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการเมื่อประสบเหตุ และข้อมูลที่มาเองจากสื่อที่ปรากฏในอินเทอร์เน็ตจะมีความถูกต้องเพียงใด เช่นเดียวกับที่นิสิตเองก็รู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มาให้ความช่วยเหลือว่ามีความสามารถเพียงพอและถูกต้องเพียงใด และเห็นว่าการช่วยเหลือที่ได้รับเป็นเพียงแค่การรับฟังและพูดให้กำลังใจ โดยไม่ได้ทำให้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่คลี่คลายลงเนื่องจากเห็นว่าอาจารย์ที่ปรึกษาไม่ได้สำเร็จการศึกษาด้านนี้มาโดยตรง ส่งผลให้นิสิตไม่อยากจะขอรับการช่วยเหลือ และในท้ายที่สุดทำให้หน้าที่รับผิดชอบด้านนี้ตกไปอยู่ในการดูแลของบุคลากรที่อาสาสมัครเข้ามาดูแลแทน

4.1.2.1.2 งบประมาณ การศึกษาในครั้งนี้พบว่า คณะรวมถึงมหาวิทยาลัยยังไม่มีนโยบายจัดสรรงบประมาณในการช่วยเหลือดูแลนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะ เมื่อเกิดเหตุนิสิตจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเองทั้งหมดตั้งแต่ต้น โดยอาศัยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของนิสิตเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามคณะและมหาวิทยาลัยมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการเตรียมความพร้อมและเพิ่มสมรรถนะในการดูแลด้านสุขภาพจิตให้แก่บุคลากร

4.1.2.1.3 วัสดุอุปกรณ์ การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ไม่มีการกำหนดแนวทางในการใช้เครื่องมือในการประเมินหรือคัดกรองนิสิตที่ชัดเจน มีเพียงการใช้แบบประเมินทั่วไป เช่นเดียวกับสถานที่ที่ใช้สำหรับการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะ ที่ยังไม่มีการจัดสรรสถานที่ให้ชัดเจน จำเป็นต้องใช้ห้องประชุมเล็กเป็นสถานที่ในการให้การปรึกษาแก่นิสิตแทน และนอกจากนี้ยังพบว่าสถานที่ดังกล่าวไม่มีความเป็นส่วนตัวและมีผู้คนพลุกพล่าน ทำให้นิสิตที่มาใช้บริการบางคนรู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว และเกิดความกังวลว่าตนจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติและมีปัญหา และส่งผลให้นิสิตไม่อยากจะขอรับการช่วยเหลือ

4.1.2.1.4 การบริหารจัดการ การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ยังไม่มีนโยบายในการช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ชัดเจน ไม่ทราบว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบและมีกระบวนการในการช่วยเหลือหรือส่งต่ออย่างไร โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉินหรือในช่วงเวลายามวิกาล ไม่มีขั้นตอนที่ระบุชัดเจนว่าบุคคลแรกที่ต้องเข้าจัดการคือใคร และในลำดับถัดไปเป็นหน้าที่ของใคร และขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลหรือแต่ละฝ่ายสิ้นสุดตรงไหน

4.1.2.2 กระบวนการ แบ่งออกเป็น

4.1.2.2.1 การเข้าถึงบริการ การศึกษาในครั้งนี้พบว่าช่องทางที่นำไปสู่การค้นพบว่านิสิตต้องการการช่วยเหลือที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้สอนสังเกตพบความผิดปกติของนิสิต 2) เพื่อน

นำเรื่องมาปรึกษาอาจารย์ 3) บุคลากรสังเกตเห็นความผิดปกติของนิสิต หรือ 4) นิสิตเข้ามาขอรับการช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งเมื่อผู้ที่พบเหตุหรืออาจารย์ที่อาสาสมัครได้รับทราบเรื่องก็จะดำเนินการติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ เป็นการส่วนตัวตามความสามารถของตน เช่น ศูนย์ให้คำปรึกษาหรือโรงพยาบาลศูนย์มหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อส่งต่อนิสิตให้ได้รับการช่วยเหลือดูแล ซึ่งสอดคล้องกับที่นิสิตส่วนใหญ่ที่ไม่ทราบว่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือแล้วต้องติดต่อใครหรือหน่วยงานใด เช่นเดียวกับผู้ปกครองที่ก็ไม่ทราบว่าต้องทำอะไรหรือต้องติดต่อใครหากบุตรหลานของตนมีปัญหา

4.1.2.2 ความต่อเนื่องในการดูแล การศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้บริหาร บุคลากร และผู้ปกครองมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า นิสิตควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จนกว่าจะพ้นวิกฤตหรือพ้นสภาพนิสิต แต่พบว่าคณะ อาจารย์ที่ปรึกษาและบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประสานข้อมูลหลังจากส่ง นิสิตเข้ารับการช่วยเหลือหรือรักษา ทำให้ไม่ทราบว่าต้องดำเนินการอย่างไรต่อ หรือไม่ทราบว่าต้องให้การดูแลต่อเนื่องอย่างไร รวมถึงไม่มีการแจ้งข้อมูลแก่ผู้ปกครองทำให้ไม่สามารถหาแนวทางการรักษาร่วมกับมหาวิทยาลัยได้ และทำให้คณะไม่สามารถนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลนิสิตในด้านนี้ได้เลย

4.1.2.3 ผลลัพธ์

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า บุคลากรของคณะมีความตระหนักว่าการช่วยเหลือ นิสิตถือเป็นหน้าที่ที่พึงปฏิบัติ และบุคลากรทุกคนยังมีจิตบริการที่จะพร้อมจะให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ถึงแม้ว่าจะเป็นช่วงนอกเวลาการทำงานก็ตาม ซึ่งถือว่าเป็นข้อค้นพบจุดแข็งของคณะ

แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาคั้งนี้ยังพบจุดที่ยังมีโอกาสนในการพัฒนา ได้แก่ 1) การสร้างเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรที่ยังไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการแยกระหว่างภาวะเครียดกับภาวะซึมเศร้า หรือวิธีการให้คำปรึกษาคำแนะนำที่เหมาะสม หรือวิธีการส่งต่องยังหน่วยงานอื่น เช่นเดียวกับการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารแก่บุคลากรและนิสิตที่ยังไม่ทั่วถึง และนอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องยังมีการจัดการแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการวางแผนในการช่วยเหลือดูแลที่ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

4.1.3 ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์

หลังจากทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต ของคณะสหเวชศาสตร์รวมถึงความต้องการการพัฒนาระบบการดูแลแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาสังเคราะห์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้จัดทำ (ร่าง) ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนามีเดีย ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตที่ถูกพัฒนาขึ้นนี้จะดูแลครอบคลุมทั้ง นิสิตกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา

โดย (ร่าง) ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ ประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

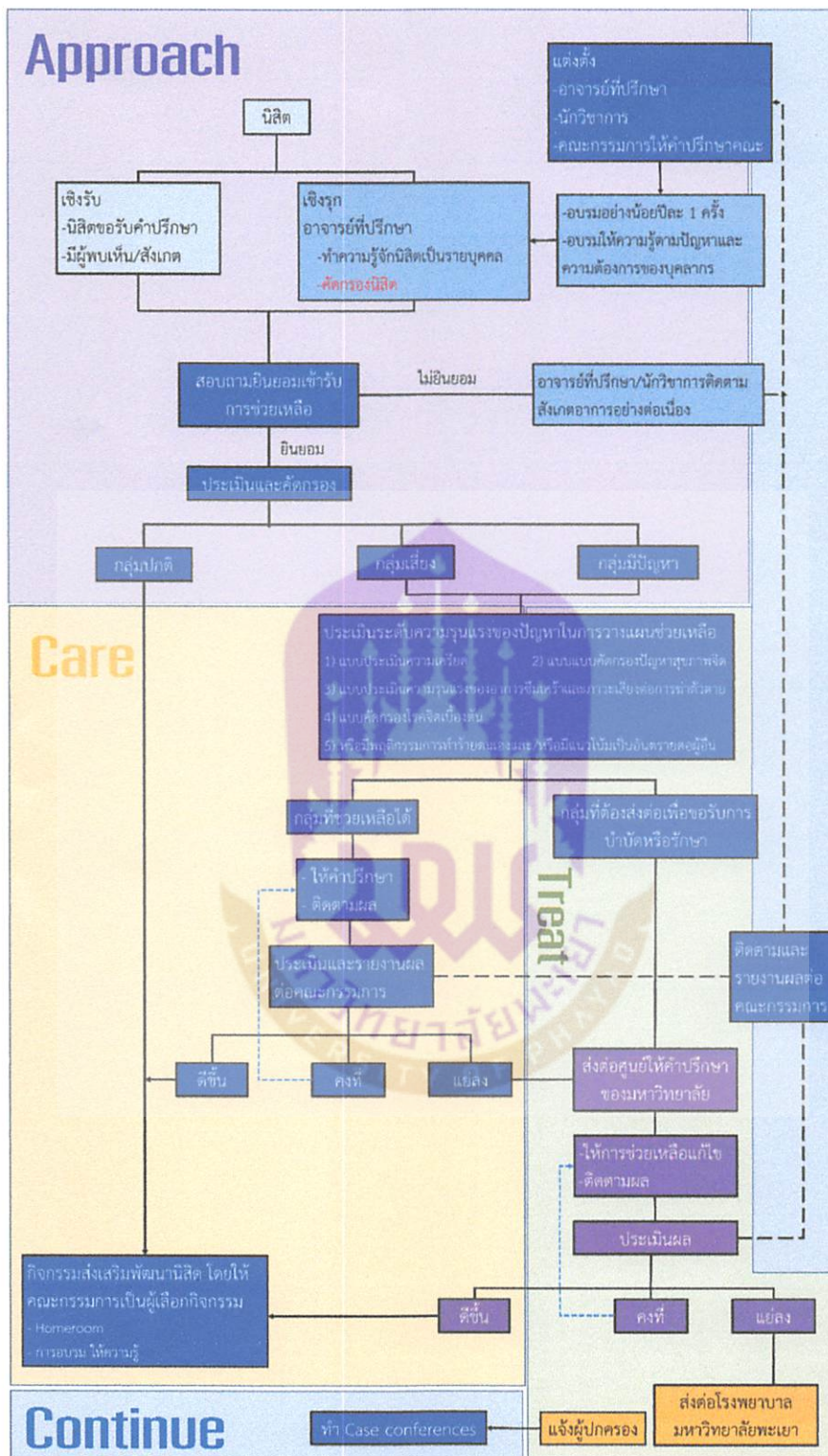
4.1.3.1 โครงสร้าง แบ่งเป็น 1) ระดับมหาวิทยาลัย ได้แก่ กองพัฒนาคุณภาพนิสิตและนิสิตพิการ มหาวิทยาลัยพะเยาต้องกำหนดบทบาทและแนวทางการดูแลบำบัดรักษาจิตทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา ศูนย์ให้คำปรึกษาและสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อให้ คณะหรือหน่วยงานย่อยอื่น ๆ สามารถสร้างแผนการไหลของงานให้เชื่อมต่อโดยไม่มีช่องว่างเกิดขึ้น และ 2) ระดับของคณะต้องกำหนดผู้รับผิดชอบและกำหนดขอบเขตหน้าที่รวมถึงการกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลด้านนี้โดยเฉพาะ ได้แก่ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายคุณภาพนิสิตและกิจการพิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษา บุคลากร หรือนักวิชาการศึกษาที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิต

4.1.3.2 กระบวนการ มีกระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยระบบการดูแลนี้จะครอบคลุมทั้ง นิสิตกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา โดยกระบวนการดูแลมีรายละเอียด ดังนี้

A: Approach ขั้นตอนแรกของการดูแลด้านสุขภาพจิต โดยขั้นตอนนี้เป็นการทำความเข้าใจและคัดกรองนิสิตเป็นรายบุคคล โดยมีทั้งการดำเนินงานแบบเชิงรับและเชิงรุก ซึ่งการดำเนินงานเชิงรับ จะเป็นรูปแบบที่นักวิชาการศึกษาที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตของคณะฯ รับเรื่องจากนิสิตที่เข้ามาขอรับคำปรึกษาด้วยตนเองรวมถึงการรับเรื่องจากผู้ที่พบเห็นหรือสังเกตเห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น กับนิสิต ส่วนการดำเนินงานเชิงรุกจะกำหนดให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการคัดกรองและจำแนกนิสิตเบื้องต้นออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปกติ 2) กลุ่มเสี่ยง และ 3) กลุ่มที่มีปัญหา โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์ สังเกต และการใช้แบบประเมิน โดยกำหนดให้ดำเนินการอย่างน้อยภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง ภายหลังจากที่คัดกรองและจำแนกนิสิตแล้ว หากพบนิสิตกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหา อาจารย์ที่ปรึกษาที่ดำเนินการคัดกรองส่งต่อข้อมูลพร้อมทั้งนิสิตมายัง นักวิชาการศึกษาที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตของคณะฯ เพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น และสอบถามความสมัครใจของนิสิตในการเข้ารับการช่วยเหลือ สำหรับกรณีนี้นิสิตปฏิเสธขอรับการช่วยเหลือให้อาจารย์ที่ปรึกษา/เจ้าหน้าที่ฝ่ายคุณภาพนิสิตฯ ติดตาม เฝ้าสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง สำหรับนิสิตกลุ่มปกติ คณะจะดูแลโดยกำหนดให้ฝ่ายคุณภาพนิสิตฯ จัดกิจกรรม/โครงการต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตภายใต้หลักของ Universal, Selective, and Indicated Prevention และกำหนดแต่ละกิจกรรม/โครงการต่าง ๆ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของคณะฯ โดยตรงเพื่อให้กิจกรรม/โครงการต่าง ๆ เป็นไปตามแนวทางการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย ตลอดจนติดตามและประเมินผลโครงการต่าง ๆ ที่จัดขึ้น และนอกจากนี้ฝ่ายคุณภาพนิสิตฯ ต้องมีแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะในด้านการดูแลและให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตของบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

C: Care เป็นขั้นตอนการดำเนินการให้การช่วยเหลือดูแลนิสิตกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการส่งต่อและยินยอมเข้ารับการช่วยเหลือ โดยในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนในการ

ช่วยเหลือดูแล 2 ระดับ ได้แก่ 1) การช่วยเหลือเบื้องต้นทางด้านจิตสังคม รับผิดชอบโดยนักวิชาการศึกษาที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตของคณะฯ ทำหน้าที่ประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาในการวางแผนให้การช่วยเหลือ โดยใช้แบบประเมินตามความเหมาะสมกับสภาพของปัญหาได้แก่ 1) แบบประเมินความเครียด 2) แบบแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต 3) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือ 4) แบบคัดกรองโรคจิตเบื้องต้น เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านจิตสังคม โดยจะจำแนกนิสิตออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือได้ และ 2) กลุ่มที่ต้องส่งต่อเพื่อขอรับการบำบัดทางจิตสังคมหรือการรักษาทางชีวภาพ โดยเกณฑ์การจำแนกนิสิตคือคะแนนของแบบประเมินที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบคัดกรองโรคจิตเบื้องต้น หรือมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และ/หรือมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้อื่น สำหรับนิสิตกลุ่มที่ช่วยเหลือได้ นักวิชาการศึกษาที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตของคณะฯ จะทำหน้าที่ให้การปรึกษา ติดตามผล และรายงานต่อคณะกรรมการฝ่ายคุณภาพนิสิตฯ โดยในกรณีที่สุขภาพจิตของนิสิตดีขึ้นสามารถจำแนกเข้ากลุ่มปกติได้ แต่หากปัญหาสุขภาพจิตของ นิสิตยังอยู่ในระดับคงที่ นักวิชาการศึกษาที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตของคณะฯ ก็จะทำให้การปรึกษา ติดตามผล อีกครั้ง แต่ถ้าหากปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น นักวิชาการศึกษาที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตของคณะฯ จะประสานงานกับศูนย์ให้คำปรึกษาและเสริมสร้างสุขภาพฯ กองพัฒนาคุณภาพนิสิตและนิสิตพิการ มหาวิทยาลัยพะเยา ในการส่งต่อและให้ช่วยเหลือนิสิตในขั้นต่อไป โดยศูนย์ให้คำปรึกษาฯ จะทำหน้าที่ให้การปรึกษา ติดตามผล และรายงานต่อคณะกรรมการฝ่ายคุณภาพนิสิตฯ ของคณะฯ สำหรับนิสิตกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงให้ส่งต่อนิสิตเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม กรณีที่นิสิตต้องการเข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์ ให้ประสานส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา/โรงพยาบาลพะเยา สำหรับนิสิตกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงให้ดำเนินการส่งต่อไปพบจิตแพทย์ โรงพยาบาลพะเยาเพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป



รูปที่ 6 ระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์

T: Treat นิสิตกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือนิสิตที่ต้องได้รับการรักษาที่ผ่านการประเมินจาก ศูนย์ให้คำปรึกษา พิจารณาให้ส่งต่อเข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์ แนวทางการรักษาหรือการส่งต่อเพื่อ การรักษาให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ศูนย์ให้คำปรึกษา ประสานกับโรงพยาบาล จิตแพทย์ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาถึงแนวทางในการช่วยเหลือดูแล นิสิตทางด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง และกำหนด ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแจ้งผู้ปกครองของนิสิตกรณีที่ นิสิตจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือ มีความจำเป็นที่ต้องแจ้งให้ผู้ปกครองโดยเปิดเผยข้อมูลเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น สำหรับรายละเอียดของการรักษาการเปิดเผยข้อมูลให้อยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

C: Continue ศูนย์ให้คำปรึกษา ดำเนินการติดตามและประเมินผลการช่วยเหลือ นิสิตกลุ่ม เสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาอย่างน้อย 3 ครั้งหลังได้รับการช่วยเหลือหรือติดตามตามความจำเป็น พร้อมกับส่ง ข้อมูลการรักษาหรือการช่วยเหลือ ตลอดจนคำแนะนำให้กับคณะเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดการต่อไป สำหรับในกรณีที่จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้รักษาพิจารณาไม่เปิดเผยข้อมูลการรักษาและ/หรือ นิสิตที่เข้ารับ การรักษาไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการรักษาแก่ศูนย์ให้คำปรึกษา เพื่อติดตามและให้การช่วยเหลือดูแลอย่าง ต่อเนื่อง ให้โรงพยาบาลเป็นผู้ให้การรักษา บำบัดติดตาม และประเมินผลตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล และระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตนี้จะไม่สามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือใด ๆ ได้เนื่องจากไม่มีข้อมูล และเมื่อผลการรักษาเสร็จสิ้น กำหนดให้ฝ่ายคุณภาพนิสิตฯ จัดทำ Case conference ร่วมกันของสาขาวิชาชีพ ในการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตแก่นิสิต และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สรุปลงและรายงานผลของการช่วยเหลือต่อผู้บริหารของคณะและมหาวิทยาลัยที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลด้าน สุขภาพจิตเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย มาตรการ และแผนปฏิบัติการต่าง ๆ ทางด้าน สุขภาพจิตของคณะและมหาวิทยาลัยให้มีความเหมาะสมต่อไป

4.2 ความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตไปใช้

พบว่า ความเป็นไปได้ต่อการนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตไปใช้ในภาพรวม อยู่ ในระดับมากที่สุด (Mean =4.51, S.D.=0.24) โดย

1) ด้านประโยชน์ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.78, S.D.=0.07) โดย มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง ต่อ นิสิต อาจารย์เจ้าหน้าที่ และมหาวิทยาลัย (Mean =4.88, 4.78,4.75, 4.72, S.D.=0.34, 0.49, 0.62, 0.52) ตามลำดับ

2) ด้านการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นว่าจะอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง ความถูกต้องตามหลักวิชาการเหมาะสมกับบริบทของมหาวิทยาลัย และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Mean=4.63, 4.34, 4.28, S.D.=0.49, 0.75, 0.18) ตามลำดับ

3) ด้านความเหมาะสมในการนำไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.39, S.D.=0.20) โดย มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดในการกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางดำเนินการ มีเครื่องมืออำนวยความสะดวก และมีขั้นตอนชัดเจน ไม่ยุ่งยาก (Mean =4.56, 4.50, 4.31, S.D.=0.62, 0.67, 0.21) ตามลำดับ

แต่ด้วยระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาที่สั้น ทำให้ไม่สามารถนำระบบการดูแลคุณภาพจิต
สำหรับนิสิตไปทดลองใช้ได้อย่างสมบูรณ์แบบ ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิผลได้อย่างสมบูรณ์



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาและวิเคราะห์ระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ ผ่านแนวคิดของโตนาบีเดียน โดยศึกษารูปแบบการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ในปัจจุบัน และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ สรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิต คณะสหเวชศาสตร์ ในครั้งนี้ จัดทำขึ้นตามหลักวิชาการ อาศัยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์จริงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยกระบวนการออกแบบระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตฯ ในครั้งนี้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ และปรับรูปแบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ท้ายที่สุดได้ระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตของนิสิต ซึ่งระบบที่ถูกพัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างที่กำหนดผู้รับผิดชอบและขอบเขตหน้าที่อย่างชัดเจน 2) กระบวนการที่แสดงให้เห็นเป็นขั้นตอนทั้งที่เกิดขึ้นภายในคณะและส่วนที่ต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานภายนอก 3) ผลลัพธ์ที่คาดหวังเพื่อป้องกันไม่ให้นิสิตกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวช และช่วยเหลือให้นิสิตกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและทันเวลา

จากการศึกษาสถานการณ์ของระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบว่านิสิตที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามกระบวนการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทั้งตัวของนิสิตและผู้ปฏิบัติงานไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน อาจเนื่องมาจากตัวผู้ปฏิบัติงานไม่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติตน ไม่มีการกำหนดแนวทางการดูแลระหว่างหน่วยงาน ขาดการติดตามผลลัพธ์ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้กรอบแนวคิดของโตนาบีเดียนที่ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ทำให้ทราบถึงรายละเอียดของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตให้มีคุณภาพได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกสร ไชยวุฒิ ที่ศึกษาการปฏิบัติการในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสันติสุขจังหวัดน่าน พบว่าหน่วยงานไม่มีแบบคัดกรองเตรียมไว้พร้อมใช้ในแผนกผู้ป่วยใน ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการ

คัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและทักษะการคัดกรอง ด้านกระบวนการพบว่า การคัดกรองใช้เพียงการสังเกต และด้านผลลัพธ์ไม่มีการรายงานผลการปฏิบัติการ

จากการศึกษาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตในด้านโครงสร้าง พบว่า โครงสร้างของระบบแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับมหาวิทยาลัยและระดับคณะ โดยในระดับของมหาวิทยาลัยพบที่มีการกำหนดหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ แต่ควรมีการกำหนดขอบเขตหน้าที่และความสามารถของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพจิตให้ชัดเจน เพื่อรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามนโยบาย มาตรการในการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิตของมหาวิทยาลัย ส่วนในระดับของคณะ พบประเด็นสำคัญที่ขาดจนส่งผลให้ทั้งระบบการดูแลไม่ชัดเจน ซึ่งประเด็นสำคัญที่ขาดหายไปเป็นไปตามแนวคิดของโดนาบีเดียนที่ว่า การมีปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลผู้รับบริการที่เหมาะสม ได้แก่ การกำหนดผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีการมอบหมายงานและจัดแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน (10) ซึ่งผลการศึกษาก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระบบที่ดีต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ทำหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพจิตให้ชัดเจน และมีการถ่ายทอดนโยบายและมาตรการ ตลอดจนแนวทางของการนำระบบไปใช้ให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบร่วมกัน (83) นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และนำไปสู่การเกิดทัศนคติที่ดีในการทำงานช่วยเหลือดูแล นิสิตทางด้านสุขภาพจิต (84) และการจัดให้มีระบบที่ปรึกษา (Mentor) สำหรับอาจารย์หรือบุคลากรที่พบ นิสิตที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และต้องการความช่วยเหลือจะส่งผลดีต่อความยั่งยืนของระบบ (83) โดยควรส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ และการประเมินผล (85) สำหรับองค์ประกอบด้านกระบวนการของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนิสิตนั้นมีกระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่ครอบคลุมทั้งนิสิตกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยระบบที่พัฒนาขึ้นมาเป็นไปตามมิติของการดูแลสุขภาพโดยกระบวนการเริ่มจากการทำความรู้จักและคัดกรอง นิสิตเป็นรายบุคคลเพื่อจำแนกนิสิตออกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต อาศัยเครื่องมือในการจำแนกนิสิตเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม โดย นิสิตกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยยึดหลักของ Universal, Selective, and Indicated Prevention ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนให้การป้องกันที่ครอบคลุมทั้งสามระดับนี้จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ (8,86) สำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้รับการประเมินที่โดยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการให้การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตมีการใช้เครื่องมือที่มีความจำเพาะในการประเมินเพิ่มขึ้นเพื่อวางแผนในการช่วยเหลือหรือส่งต่อได้ถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงที (87) โดยกระบวนการจะมีการติดตามดูแลช่วยเหลือ นิสิตอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่านิสิตสามารถเรียนและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งรูปแบบการดูแลที่

พัฒนาขึ้นมา ก็เป็นไปตามผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การช่วยเหลือดูแลนิสิตควรเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง (protective factors) ลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำให้ปัญหายังคงอยู่หรือรุนแรงเพิ่มขึ้น (perpetuate factors) ครอบคลุมด้านชีวภาพ จิตใจ และสิ่งแวดล้อม (88) มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ เพื่อน เป็นต้น (83,85) ทั้งนี้ปฏิบัติภายใต้การเคารพความเป็นบุคคล ความลับของผู้รับบริการ เพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่การเกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการร่วมกัน

2. การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนิสิตไปใช้ โดยผลการศึกษาถึงความเป็นได้ในการนำระบบไปใช้ พบว่า บุคลากรที่เป็นผู้ใช้ระบบเห็นว่าในภาพรวมระบบที่พัฒนาขึ้นมา นั้นสามารถนำไปใช้ได้จริง และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า อยู่ระดับมากที่สุด โดยผู้บุคลากรที่เป็นผู้ใช้ระบบมีความคิดเห็นว่าการนำระบบมาใช้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวนิสิต อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และมหาวิทยาลัย และนอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่ารระบบนี้เป็นไปตามหลักวิชาการ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และเหมาะสมกับบริบทของคณะสหเวชศาสตร์ ระบบมีการกำหนดขั้นตอน เครื่องมือ และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน (83) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หากผู้ใช้ระบบมีความคิดเห็นต่อระบบ ตลอดจนการนำระบบไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้จะเกิดทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการนำระบบไปใช้ อย่างจริงจัง จนนำไปสู่การเกิดประสิทธิผลที่ดีของการใช้ระบบต่อไป (84-85)

แต่เป็นที่น่าเสียดายที่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการทดลองใช้ระบบอย่างสมบูรณ์แบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ เนื่องด้วยเวลาในการดำเนินการศึกษาจำกัดและค่อนข้างสั้น ทำให้ยังไม่สามารถบอกได้ว่าระบบจะสามารถช่วย คัดกรองนิสิตได้ดีและรวดเร็วขึ้นหรือไม่ และยังไม่สามารถบอกได้ว่านิสิตจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันทีทันที่ และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จนไม่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรงเป็นไปตามผลลัพธ์ของระบบที่กำหนดไว้

5.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยควรทำการศึกษาทดลองใช้ระบบอย่างสมบูรณ์แบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบว่าสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ของระบบที่กำหนดไว้หรือไม่

2. ผู้วิจัยควรทำวิจัยเพื่อขยายผล โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองหรือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ และนำผลไปปรับปรุงระบบให้สอดคล้องหรือเอื้อกับบริบทของ คณะต่าง ๆ ภายในมหาวิทยาลัยพะเยา

บรรณานุกรม

- นิตยา กออิสรานุกภาพ, วรวิษา สำราญเนตร, วรรณธร โพรธารินทร์. ประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566; 17: 453-464.
- World Health Organization. Depression [online]. 2024 [cited 2024/8/18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>
- World Health Organization. Adolescent Mental Health [online]. 2024 [cited 2024/8/18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Department of Mental Health. E-report [online]. [cited 2024/8/18]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp> (in Thai)
- Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, Green JG, Nock MK, Kessler RC. Mental Health Problems in College Freshmen: Prevalence and Academic Functioning. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 225: 97-103.
- Mofatteh M. Risk Factors Associated with Stress, Anxiety, and Depression among University Undergraduate Students. *AIMS Public Health*. 2020; 8(1): 36-65.
- Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, et al. Prevalence and Risk Factors for Mental Health Problems in University Undergraduate Students: A Systematic Review with Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;287: 282-92.
- Rith-Najarian, Leslie R., Maya M. Boustani, and Bruce F. Chorpita. A Systematic Review of Prevention Programs Targeting Depression, Anxiety, and Stress in University Students. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 257: 568-84.
- Duffy, Anne, et al. Mental Health Care for University Students: a Way Forward? *The Lancet Psychiatry*. 2019; 6(11): 885-7.
- Donabedian A. Quality Assessment and Monitoring. *Evaluation & the Health Professions*. 1983; 6(3): 363-75.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. . Oxford University Press.
- ประกอบ กุลเกลี้ยง, & สิทธิพร ลิ้มสมบูรณ์. (2545). การบริหารโดยองค์คณะบุคคล. สำนักงานปฏิรูปการศึกษา.

- Mountford, J., & Shojanian, K. G. (2012). Refocusing quality measurement to best support quality improvement: local ownership of quality measurement by clinicians. *BMJ Qual Saf*, 21(6), 519-523. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000859>
- World Health Organization. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities (9241511214).
- Guta, N. M. (2022). Application of Donabedian quality-of-care framework to assess quality of neonatal resuscitation, its outcome, and associated factors among resuscitated newborns at public hospitals of East Wollega zone, Oromia, Western Ethiopia, 2021. *BMC pediatrics*, 22(1), 605.
- LoPorto, J. (2020). Application of the Donabedian quality-of-care model to New York state direct support professional core competencies: How structure, process, and outcomes impacts disability services. *Journal of Sustainable Social Change*, 12(1), 5. <https://doi.org/10.5590/JOSC.2020.12.1.05>
- ทัศนีย์ เชื้อมทอง, อารีรัช จำนงค์ผล, & กรรตน์ ทองช้อย. (2022). การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ใน กลุ่มโรคเรื้อรังโรงพยาบาล ชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(2), 159-173. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/259132/176769>
- พิมพ์รัตน์ บุณยะภักดิ์, เฉลิมพรรณ เมฆลอย, รัชนี้ สรรเสริญ, & อรณลิน สิงขรณ์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต สำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(4), 33-49. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/254444/171937>
- Anonymous. (1906). MENTAL HEALTH OF SCHOOL CHILDREN. *Journal of the American Medical Association*, XLVII(1), 39-40. <https://doi.org/10.1001/jama.1906.02520010047005>
- Cavioni, V., Grazzani, I., & Ornaghi, V. (2020). Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. *International Journal of Emotional Education*, 12(1), 65-82. <https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/55039/1/v12i1p5.pdf>
- Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical child and family psychology review*, 3, 223-241. <https://doi.org/10.1023/a:1026425104386>
- Cefai, C., & Cooper, P. (2017). *Mental health promotion in schools: Cross-cultural narratives and perspectives*. Springer.

- Wisconsin Department of Public Instruction. (2015). The Wisconsin School Mental Health Framework. Integrating School Mental Health with Positive Behavioral Interventions & Supports. . Wisconsin Department of Public Instruction.
<https://dpi.wi.gov/sites/default/files/imce/sspw/pdf/mhframework.pdf>
- Hoover, S., & Bostic, J. (2021). Schools as a vital component of the child and adolescent mental health system. *Psychiatric services*, 72(1), 37-48.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900575>
- Hornby, G., & Atkinson, M. (2003). A framework for promoting mental health in school. *Pastoral Care in Education*, 21(2), 3-9. <https://doi.org/10.1111/1468-0122.00256>
- UNICEF, UNESCO, & WHO. (2022). Five essential pillars for promoting and protecting mental health and psychosocial well-being in schools and learning environments (Promoting and protecting mental health in schools and learning environments, Issue.
UNICEF Education Section Programme Division.
<https://www.unicef.org/media/126821/file/Promoting%20and%20protecting%20mental%20health%20in%20schools%20and%20learning%20environments.pdf>
- Fram, S. M., & Dickmann, E. M. (2012). How the school built environment exacerbates bullying and peer harassment. *Children Youth and Environments*, 22(1), 227-249.
<https://doi.org/10.7721/chilyoutenvi.22.1.0227>
- Horton, P., Forsberg, C., & Thornberg, R. (2020). "It's hard to be everywhere": Teachers' perspectives on spatiality, school design and school bullying. *Journal of Emotional Education*, 12(2), 41-55. <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/65096>
- The American Institute of Architects. (2023). Where we stand: School design and student safety. Retrieved 6 October 2023 from <https://www.aia.org/pages/206356-where-we-stand-school-design-and-student-sa>
- Dunhams. (2018). Promoting Anti-Bullying Through School Toilet Design. Retrieved 6 October 2023 from <https://www.dunhamswashrooms.com/anti-bullying-schooltoilet/>
- hmcarchitects. (2018). How Modern School Design Can Reduce Bullying. Retrieved 6 October 2023 from <https://hmcarchitects.com/news/how-modern-school-design-can-reduce-bullying-2018-09-14/>

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, & กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2546). คู่มือครู ระบบ การดูแลช่วยเหลือนักเรียน ช่วงชั้นที่ 3-ช่วงชั้นที่ 4 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6. สำนักพัฒนา สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2552). ระบบ การดูแลช่วยเหลือนักเรียน กระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, & สมาคมแนะแนวแห่งประเทศไทย. (2559ก). การพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
- ภูษณิศดา คารวพงศ์, & ไสว พักขาว. (2558). สภาพและปัญหาการดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือ นักเรียน ของครูในโรงเรียนสำนักงานเขตสายไหม สังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการศรี ปทุม ชลบุรี, 11(3), 86-94.
- สุภัทสร สุริยะ. (2562). การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของโรงเรียนขยายโอกาสสังกัด กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม.
- ธัญลักษณ์ เอี่ยมเจริญ, & พัชรา เดชโฮม. (2021). การดำเนินงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของ โรงเรียนวัดจันทร์ประดิษฐาราม สำนักงานเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพ พรรณี, 15(2), 129-137.
- กองทุนเสมอภาคทางการศึกษา. (2565). สองประเด็น Mental Health ของเด็ก ๆ รวมถึงบทบาทของ นักจิตวิทยาในโรงเรียนที่ไทยควรเริ่มมีแล้ว. Retrieved 10 ตุลาคม 2566 from <https://www.eef.or.th/articlamental-health-020422/>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <https://dmh.go.th/ebook/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%202563.PDF>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). เดินหน้าโปรแกรม School Health HERO ดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียน. Retrieved 10 ตุลาคม 2566 from https://www.thaihealth.or.th/%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%

B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B9%82%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1-school-health-hero-%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%AA/

วิมลรัตน์ วันเพ็ญ, ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, อมรรัตน์ แสงโสด, ชาดา ประจง, & มีศักดิ์ จิวส์. (2566). โครงการวิจัยระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ School Health HERO. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์.

Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools 1: Mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry*, 1(5), 377-387. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)70312-8)

Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*, 26 Suppl 1, i29-69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>

Weist, M. D., Kutcher, S., & Wei, Y. (2015). The global advancement of school mental health for adolescents. In S. Kutcher, Y. Wei, & M. D. Weist (Eds.), *School mental health: Global challenges and opportunities* (pp. 1-5). Cambridge University Press.

Nishio, A., Kakimoto, M., Bermardo, T. M. S., & Kobayashi, J. (2020). Current situation and comparison of school mental health in ASEAN countries. *Pediatrics International*, 62(4), 438-443.

Xie, Y., Boon, J., Sim, W. H., & Fung, D. (2015). A Singapore model-REACH. In *School mental health: Global challenges and opportunities* (pp. 202-217). Cambridge University Press.

Ang Hwee Min. (2021). Mental health lessons to be progressively rolled out to primary, secondary and pre-university students over next 2 years. <https://www.channelnewsasia.com/singapore/mental-health-lessons-primarysecondary-pre-university-students-schools-2373436>

Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a wholeschool approach promoting mental health and wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 594-601.

The Australian & New Zealand Mental Health Association. (2017). *KidsMatter: Children's mental health promotion & early intervention in schools & communities*. Retrieved 10 October 2023 from <https://anzmh.asn.au/blog/mentalhealth/kidsmatter-childrens-mental-health-promotion-early-interventionschools-communities>.

- Youth Live4Life. (2022). Youth Live4Life Annual Report 2022,. Youth Live4Life Ltd.
https://static1.squarespace.com/static/5f0d6fe4e9641e63d8cad956/v644870b8655e650d2dfcce7/1682469214328/YouthLive4Life_AnnualReport_2022.pdf
- Dickinson, P., & Peterson, R. (2015). Flourishing Schools in Aotearoa, New Zealand: The Wellbeing in Schools Model.
- Deng, L., & Fang, X. (2015). Mental health education for children and adolescents in China. *School mental health: Global challenges and opportunities*, 80-94.
- Du, Y. (2015). Components of mental healthcare in schools in China. *School mentalhealth: Global challenges and opportunities*, 70.
- Ojio, Y., Ohnuma, K., Miki, T., & Sasaki, T. (2015). Development of a mental health literacy program for secondary school students in Japan. *School mental health: Global challenges and opportunities*, 44-60.
- Kumar, D., Bharath, S., Hirisave, U., Agarwal, S., Shah, H., Weist, M., Kutcher, S., & Wei, Y. (2015). School mental health programs in India. *School Mental Health: Global Challenges and Opportunities*. NIMHANS Publication Bangalore, 95.
- Hamwaka, K. (2015). A peer mental health educator model in African schools: Untapped potential. In S. Kutcher, Y. Wei, & M. D. Weist (Eds.), *School mental health: Global challenges and opportunities* (pp. 151-155). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107284241.014>
- Estanislau, G. M., Vieira, M. A., Moriyama, T. S., Neto, A. G. A., Bordin, I. A., & Bressan, R. A. (2015). The "Cool Mind" Program. *School mental health: Global challenges and opportunities*, 21.
- Lee, A., Smith-Millman, M., McDaniel, H., Flaspohler, P., Yaro, P., & Weist, M. D. (2015). Universal schooling and mental health: Toward school mental health in northern Ghana.
- Shure, M. B. (2001). I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program for children. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18(3), 3-14.
- Embry, D. D. (2002). The Good Behavior Game: A best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical child and family psychology review*, 5, 273-297.
- Horner, R. H., Sugai, G., Smolkowski, K., Eber, L., Nakasato, J., Todd, A. W., & Esperanza, J. (2009). A randomized, wait-list controlled effectiveness trial assessing schoolwide positive

behavior support in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 11(3), 133-144.

Lindsey Tanner. (2021, December 21). Schools use therapy-based programs for 'overwhelmed' kids. AP. <https://apnews.com/article/coronavirus-pandemic-science-business-lifestyle-health-7334cc0e3bd636ff86ab51c2b7f56849>

ยูนิเซฟ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, & สถาบันเบอร์เน็ต. (2565). การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก: ประเทศไทย. ยูนิเซฟ.

<https://www.unicef.org/thailand/media/8876/file/MHPSS%20Report%202022.pdf>

WHO. (2021). Mental health of adolescents. Retrieved 10 October 2023 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mentalhealth/?gclid=Cj0KCQjw1aOpBhCOARIsACXYvfXJFUoxtzZchJY86vePge3wflyOXoSbCeITcLTSnHXMbXhRQ6HhGcaArt5EALw_wcB

โครงการสุขภาพคนไทย. (2563). สุขภาพจิต. In 12 หมวดตัวชี้วัด สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย (pp. 12-13). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

https://www.thaihealthreport.com/file_book/ind-12-63.pdf

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, & World Health Organization Thailand. (2564). การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 (2021 Global School-based Student Health Survey: GSHS). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

<https://hp.anamai.moph.go.th/th/manualsoficial/download/?did=212642&id=102358&reload=>

วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาตากุล, & โชษิตา กาวสุทธิไพศิรุ. (2020). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2), 136-149.

เนติ ภูประสม. (2565). การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 (6161148277). กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียน สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย.

https://hp.anamai.moph.go.th/th/researchperson/download?id=104012&mid=35022&mkey=m_document&lang=th&did=24069

- จุฑามาศ อึ้งอำพร, ชาญวิทย์ พรนภดล, สุพร อภินันทเวช, & อากา ภัคภิญโญ. (2018). ปัจจัยความสำเร็จในการก่อตั้งงานสุขภาพจิตโรงเรียน ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 13(1), 33-44.
- ชนัยชนม์ นาราชฎูร์, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, นนทธียา หอมขำ, ภัฏญาณี ปิ่นเมือง, อินทุมาศ คลายโตก, เจษฎาภรณ์ เพ็ญโคตร, เมษา แสงจันทร์, อรชพร ศิริวัฒนาศิลป์, ปอร์พัชร์ วุฒิสินธุ์, & กชามาส ทองมี. (2023). การเข้ารับบริการสุขภาพ จิต ปัญหาอุปสรรคต่อการ รับรู้และเข้ารับบริการ ศูนย์ บริการสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง. วารสารวิจัยสังคม, 46(1), 74-100.
- Langley, A. K., Nadeem, E., Kataoka, S. H., Stein, B. D., & Jaycox, L. H. (2010). Evidencebased mental health programs in schools: Barriers and facilitators of successful implementation. *School mental health*, 2, 105-113.
- Peterson, D. C. (2018). PERCEIVED BARRIERS TO DEVELOPING A SUCCESSFUL SCHOOLBASED MENTAL HEALTH PROGRAM Digital Commons @CSPJ. <https://digitalcommons.csp.edu/edd/5>
- Skaar, N. R., Etscheidt, S. L., & Kraayenbrink, A. (2021). School-based mental health services for students with disabilities: Urgent need, systemic barriers, and a proposal. *Exceptionality*, 29(4), 265-279.
- Baghian, N., Shati, M., Sari, A. A., Eftekhari, A., Rasolnezhad, A., Nanaei, F., & Ahmadi, B. (2023). Barriers to Mental and Social Health Programs in Schools: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(2), 97–107.
- Raman, V., & Thomas, S. (2023). School Mental Health Program in India—Issues and Possible Practical Solutions. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 45(3), 283-288.
- รัศมี สังข์ทอง, จตุรพร แสงกุล, ธรรมสินธ์ อิงวิยะ, นูรตัสนีม อูมูดี, & นารีสา ทะยิวานี. (2563). โปรแกรมนำร่องเพื่อการคัดกรอง และพัฒนาการดูแลเด็กเชิงบวก สำหรับครูและผู้ปกครอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและความสำเร็จทางการเรียนในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา.
- ศักดิ์นาถนันท์ อัครเสนากุล, ธนินาฏ ณ สุนทร, & บุญเรียง ขจรศิลป์. (2023). การพัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพจิตสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลายโรงเรียนในสังกัดสหวิทยาเขต นวลจันทร์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร เขต 2. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 11(4), 1455-1467.

- March, A., Stapley, E., Hayes, D., Town, R., & Deighton, J. (2022). Barriers and facilitators to sustaining school-based mental health and wellbeing interventions: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3587. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063587>.
- Scholz, D., Taylor, A., & Strelan, P. (2023). Factors Contributing to the Efficacy of Universal Mental Health and Wellbeing Programs in Secondary Schools: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 8(2), 117-136.
- Margaretha, M., Azzopardi, P. S., Fisher, J., & Sawyer, S. M. (2023). School-based mental health promotion: A global policy review [Review]. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1126767>
- ชมภูนุช หนูน้อย. (2539). การศึกษาสุขภาพจิตและความต้องการบริการสุขภาพจิตในโรงเรียน ของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/12050>
- นัยนา เอื้อพงศ์กิติกุล, & ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. (2009). สุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย: กรณีศึกษาในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 1 กรุงเทพมหานคร. *Chulalongkorn Medical Journal*, 53(4), 345-357.
- Chorpita, B.F., and Eric L. D. Coordinated strategic action: Aspiring to wisdom in mental health service systems. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2018; 25(4): e12264.
- Hataiyusuk S., Seree, P. & Bosagaranut, K. Attitude and Motivation towards Mental Health Work in Participants of Mahidol Friend Project, Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 2020; 50(2): 226-240.
- Ballard K. Inclusion, paradigms, power and participation. *Towards Inclusive Schools?* Routledge. 2018: 1-14.
- Arango, C., et al. Preventive Strategies for Mental Health. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(7): 591-604.
- McGorry, P.D., & Mei, C. Early Intervention in Youth Mental Health: Progress and Future Directions. *Evidence-Based Mental Health*. 2018; 21(4): 182-184.

Langevin, R., Marshall, C., & Kingsland, E. Intergenerational Cycles of Maltreatment: A Scoping Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019; 1524838019870917.



ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัยหลัก



ชื่อ-สกุล ภาษาไทย

ปิลันธนา เสรมะธากุล

Pชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ

Pilunthana Seramethakun

ตำแหน่ง

นักวิชาการศึกษา

สถานที่ทำงาน

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

เลขที่ 19 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา
จังหวัดพะเยา 56000

สถานที่ติดต่อได้โดยสะดวก

สำนักงานคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

เลขที่ 19 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา
จังหวัดพะเยา 56000

โทรศัพท์

0 5446 6666 ต่อ 3875, 08 9852 5856

Email

pilunthana.se@up.ac.th

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2536

ครุศาสตรบัณฑิต (ธุรกิจศึกษา)

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ผลงานวิชาการ

-

ประวัติผู้วิจัยร่วม



ชื่อ-สกุล ภาษาไทย

ทิชาพร พูลสวัสดิ์

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ

Tichaporn Poonsawat

ตำแหน่ง

นักวิชาการศึกษา ชำนาญการ

สถานที่ทำงาน

สำนักงานคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
 เลขที่ 19 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา
 จังหวัดพะเยา 56000

สถานที่ติดต่อได้โดยสะดวก

สำนักงานคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
 เลขที่ 19 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา
 จังหวัดพะเยา 56000

โทรศัพท์

0 5446 6666 ต่อ 3869, 08 5605 2263

Email

tichaporn.po@up.ac.th

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2558

บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (บริหารธุรกิจ)

มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

พ.ศ. 2554

บริหารธุรกิจบัณฑิต (การจัดการธุรกิจ) เกียรตินิยมอันดับ 1

มหาวิทยาลัยนเรศวรวิทยาเขตพะเยา จังหวัดพะเยา

ผลงานวิชาการ

- ธัชพร พูลสวัสดิ์. (2566). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตที่รับเข้าทั้ง 4 แบบจากระบบการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาระบบ TCAS คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา. วารสาร *Mahidol R2R e-Journal*, 10(3): 143-157.
- ธัชพร พูลสวัสดิ์. (2567). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้สำเร็จการศึกษาสาขาเทคนิคการแพทย์ที่ได้เข้าศึกษาด้วยระบบรับเข้าที่แตกต่างกัน. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 37(2): 79-95.

