

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วม (PAR) ของโรงเรียนและภาคีเครือข่าย สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The Model of Mental Health Promotion with Participatory Action Research (PAR) Approach between School and Network Party for Primary School Student in Mueng District, Chiang Rai

รวีพรดิ พูลลาภ¹, กรรณิการ์, เทพกิจ, จิตติมา¹, ทาสวรรณอินทร์, อนัญญา เหล่ารินทอง¹,
วรัญญา มณีรัตน์¹ และ ขวัญหทัย ไชยอักษร¹



บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับประถมศึกษา 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วมของโรงเรียน และภาคีเครือข่าย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นนักเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 396 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วมของโรงเรียน และภาคีเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 39.4 ทั้งนี้โรงเรียน และภาคีเครือข่ายและมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายได้ร่วมกันสร้างแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กนักเรียนขึ้น โดยใช้การมีส่วนร่วม (PAR) สรุปได้ดังต่อไปนี้ 1. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย โรงเรียนสาธิตฯ และผู้ปกครอง ร่วมกันประชุมเพื่อวางแผนลดปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน 2. โรงเรียนสาธิตฯ จัดประชุมคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ โดยระบุปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนให้เป็นวางแผนเป็นนโยบายของโรงเรียน รวมทั้งจัดสรรงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัญหาภาวะซึมเศร้า 3. ครูประจำชั้นติดตามพฤติกรรมของนักเรียนเป็นรายบุคคล โดยการสังเกต และการสัมภาษณ์ รวมถึงประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนเทอมละ 1 ครั้ง 4. โรงเรียนมีกิจกรรมส่งเสริมนักเรียน มีกิจกรรมการโฮมรูม และการให้คำปรึกษา 5. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ร่วมกับโรงเรียน ผู้ปกครอง และครู เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหา จัดกิจกรรมเรื่อง “การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเด็ก” เพื่อลดภาวะกดดัน และความไม่เข้าใจ ซึ่งนำไปสู่บุคลิกภาพที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ 6. นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะทำการส่งต่อให้ทางมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป ข้อเสนอแนะโรงเรียนควรเร่งรัดการนำระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนมาใช้อย่างจริงจัง และโรงเรียนควรจัดให้มีโครงสร้างการบริหารงานนโยบายวัตถุประสงค์/บทบาทหน้าที่การดำเนินงาน และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้ชัดเจน

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพจิต, การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย, นักเรียนระดับประถมศึกษา

¹ สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

^{*} Corresponding author. E-mail: aladinny@gmail.com



Abstract

The study aim to: 1. Study the depression of primary school students and 2. Develop a model of mental health promotion with participation action research (PAR) approach between school, network party, and Chiang Rai Rajabhat university for primary school student. The participants were 396 primary students in Mueng district, Chiang Rai. Research instruments consisted of two parts: 1) Demographic questionnaire 2) Children's Depression Inventory (CDI). Methods of data collection were divided into two phases by following: phase 1 was a mental health and Depression assessment in students from five school and phase 2 was the development of the model of mental health promotion with participation (PAR) between school and network party for primary school student. The results show high proportion of the depression in students which was 39.4%. The school, network party designed the Model of mental health promotion by apply Participatory action research (PAR). The Model was summarized as follows: 1. Chiang Rai Rajabhat University primary school and parents attended a meeting to plan their mental health problems. 2. Primary School Organize meetings, faculty and staff Identify mental health problems of students as planning as a school policy. 3. The teacher monitors the behavior of the students individually by observing and interviewing include a mental health assessment of students once a semester. 4. Have a home-room activity and counseling 5. Chiang Rai Rajabhat University Together with school administrators and teachers to prevent and solve problems. Organize activities "Effective communication with children" to reduce pressure. 6. For students with mental health problem will be sent to the Chiang Rai Rajabhat university or hospitals to investigate and receive the appropriate treatments. The suggestions are the school should vigorously develop and implement intensive care system which could help students. Additionally, schools should design a management structure, policy, objectives, roles of the staff, a committee to operate the care system for the students who have mental health problem.

Keywords: Mental health promotion, Participatory Action Research, Network party, Primary school students



ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของเด็กในสังคมที่มีการแข่งขันกันตลอดเวลา เนื่องจากวัยประถมศึกษาเป็นวัยแห่งการเรียนรู้กับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว วัยนี้จะคาบเกี่ยวกับระยะก่อนวัยรุ่น เป็นการเตรียมตัวที่จะเป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่จากการศึกษาของฮาเดนพบว่าร้อยละ 25 ของวัยเด็กและวัยรุ่นในประเทศสหราชอาณาจักรมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 10 มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงมาก (Harden *et al.*, 2001) สำหรับประเทศไทยพบว่านักเรียนมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 40.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าคือ ผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา (อุมาพร ตรังคมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

วัยประถมศึกษาเป็นวัยเตรียมพร้อมที่จะเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ มีการพัฒนาการทางด้านร่างกาย ได้แก่มีการเจริญเติบโตอย่างสม่ำเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างร่างกายอย่างรวดเร็ว ทำให้เด็กรู้สึกวิตกกังวลกับภาพลักษณ์ของตน การพัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กวัยนี้จะมีความคิดละเอียดอ่อน เข้าใจอารมณ์ตนเองและผู้อื่นดี (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2541) จากพัฒนาการดังกล่าวเด็กควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยควรแนะนำให้ได้รับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ช่วยในการเจริญเติบโต กิจกรรมที่ช่วยในการประสานกล้ามเนื้อและมีความคิดสร้างสรรค์ เช่น การทำงานฝีมือ การวาดภาพ การเล่นดนตรี ที่สำคัญคือการปรับตัวต่อปัญหา และทักษะการจัดการอารมณ์ เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพนั้น มีหลากหลายรูปแบบ และต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อทำให้เกิดความยั่งยืนในการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจในเด็ก ระดับประถมศึกษาควรมีความเฉพาะสำหรับพัฒนาการและความต้องการของเด็ก (Brown *et al.*, 2004) นอกจากนี้การศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้เกมการเล่นพื้นบ้านไทยเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษา โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้เกมการเล่นพื้นบ้านไทยสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จักรี อยู่ยาเสียดย์, 2556) ผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ทำให้ช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ มีการเตรียมพร้อมต่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมและก้าวไปสู่วัยอื่นอย่างเหมาะสมต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วมของโรงเรียน ภาควิชา และมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย



วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในปีการศึกษา 2558 จำนวน 11,638 คน คำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 387 คน

วิธีการสุ่ม

ผู้ศึกษาได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามขนาดโรงเรียนเล็ก กลาง ใหญ่ ตามเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2549 ได้แก่ โรงเรียนขนาดใหญ่ 1 โรงเรียน คือ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จำนวน 199 คน โรงเรียนขนาดกลาง 1 โรงเรียน

คือ โรงเรียนอนุบาลนางแล-บ้านทุ่ง จำนวน 101 คน และโรงเรียนขนาดเล็ก 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนนางแลใน จำนวน 48 คน โรงเรียนป่ารวก จำนวน 25 คน และโรงเรียนสันตันขาม จำนวน 23 คน รวม 96 คน รวมทั้งสิ้น 396 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ประเมินโดยแบบประเมินแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย จำนวน 25 ข้อ โดยนักเรียนจะประเมินความรู้สึก และความคิดของนักเรียนด้วยตนเอง โดยแบบประเมินมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83 (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพทางจิต และซึมเศร้าแก่นักเรียนระดับประถมศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก CDI ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การมีส่วนร่วมของโรงเรียน โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม เป็นการสนทนากลุ่มของโรงเรียน และภาคีเครือข่าย โดยมีผู้เข้าร่วมคือ อาจารย์ประจำชั้นของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย นักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านดู่ ผู้ปกครองของนักเรียนโรงเรียนสาธิตฯ และตัวแทนนักเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ดำเนินการโดยผู้วิจัย และคณาจารย์จากสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยหลังจากที่ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของแบบทดสอบแล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มข้อมูลทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 210 คน (ร้อยละ 53) และเพศหญิง จำนวน 186 คน (ร้อยละ 47) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 11-12 ปี จำนวน 228 คน (ร้อยละ 57.7) และศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด จำนวน 155 คน (ร้อยละ 39.1) รองลงมาคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 131 คน (ร้อยละ 33.1) และน้อยที่สุดศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 110 คน (ร้อยละ 27.8) ส่วนใหญ่มีผลการสอบครั้งสุดท้ายเกรดมากกว่า 2.00 ขึ้นไป จำนวน 353 คน (ร้อยละ 89.1) และเกรดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2.00 จำนวน 29 คน (ร้อยละ 7.3) ส่วนใหญ่สถานภาพของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 294 คน ร้อยละ 74.2 รองลงมาบิดามารดาหย่าร้างกัน จำนวน 60 คน (ร้อยละ 15.2) และน้อยที่สุดคือแยกกันอยู่เพราะความจำเป็น แต่ยังไม่มาหาสู่กันอยู่ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.8) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่พ่อแม่ จำนวน 393 คน (ร้อยละ 99.2) ส่วนใหญ่ครอบครัวเลี้ยงดูค่อนข้างเข้มงวด ตามใจบ้างเป็นบางครั้ง จำนวน 295 คน (ร้อยละ 74.5)

ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเพียงพอ จำนวน 385 คน (ร้อยละ 97.2) ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเย็นร่วมกับครอบครัว จำนวน 270 คน (ร้อยละ 68.2) และน้อยที่สุดไม่เคยรับประทานอาหารร่วมกับเลย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.8) กิจกรรมยามว่างของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือออกกำลังกาย/เล่นกีฬา จำนวน 146 คน (ร้อยละ 36.9) โดยส่วนใหญ่ออกกำลังกายทุกวัน จำนวน 141 คน (ร้อยละ 35.6) และไม่เคยออกกำลังกายเลย น้อยที่สุด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3)

ภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละภาวะซึมเศร้าของนักเรียน

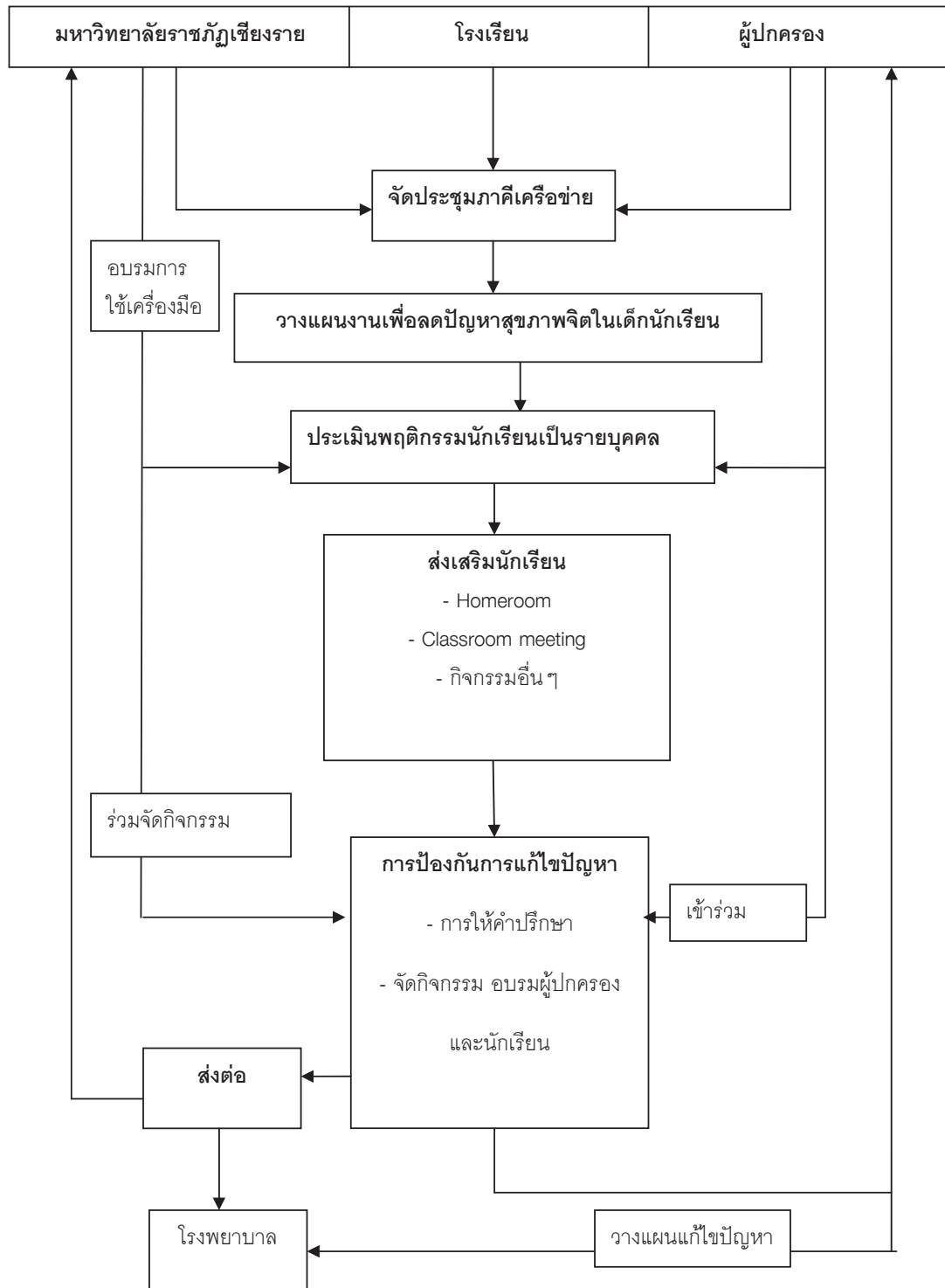
ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ	237	59.8
ซึมเศร้า	156	39.4
รวม	393	100

จากตารางที่ 1 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 และมีนักเรียนที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 156 คน ร้อยละ 39.4 จำแนกตามรายข้อ ข้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนักเรียนตอบสูงที่สุดได้แก่ ข้อที่ 15 ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำการบ้าน จำนวน 133 คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมาคือ ข้อที่ 13 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตนเอง จำนวน 95 คิดเป็นร้อยละ 24 ข้อที่ 24 ฉันทำอะไรไม่ดีเท่าคนอื่น จำนวน 71 คิดเป็นร้อยละ 17.9 ข้อที่ 8 สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน จำนวน 67 คิดเป็นร้อยละ 16.9 และข้อที่ 18 มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกลอยลางกินอาหาร จำนวน 61 คิดเป็นร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

สรุปแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กนักเรียน ที่ได้บทสรุปจากการสนทนากลุ่ม

1. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย โรงเรียนสาธิตฯ และผู้ปกครอง ร่วมกันประชุมเพื่อวางแผนลดปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน
2. โรงเรียนสาธิตฯ จัดประชุมคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ โดยระบุปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนให้เป็นวางแผนเป็นนโยบายของโรงเรียน รวมทั้งจัดสรรงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัญหาภาวะซึมเศร้า
3. ครูประจำชั้นติดตามพฤติกรรมของนักเรียนเป็นรายบุคคล โดยการสังเกต และการสัมภาษณ์ รวมถึงประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนทอมละ 1 ครั้ง
4. โรงเรียนมีกิจกรรมส่งเสริมนักเรียน มีกิจกรรมการโฮมรูม และการให้คำปรึกษา
5. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ร่วมกับโรงเรียน ผู้ปกครอง และครู เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหา จัดกิจกรรมเรื่อง “การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเด็ก” เพื่อลดภาวะกดดัน และความไม่เข้าใจ ซึ่งนำไปสู่บุคลิกภาพที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้
6. นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะทำการส่งต่อให้ทางมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห้เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป



รูปภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน และภาคีเครือข่าย



สรุปและอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI)

ผู้วิจัยศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนกลุ่มดังกล่าวพบว่าร้อยละ 39.4 มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ อาทิ งานวิจัยของจามรินทร์ วงศ์เทพเตียน (2554) ที่ศึกษาในกลุ่มประชากรเดียวกันคือเด็กประถมตอนปลาย พบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 55 จำนวนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามาก่อนข้างสูง อาจเป็นเพราะในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลภาวะซึมเศร้าของนักเรียน เป็นช่วงที่มีการสอบปลายภาค ซึ่งอาจส่งผลต่อจำนวนนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และอาจเป็นเพราะในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้นักศึกษาช่วยนักเรียนในการทำแบบสอบถาม จึงอาจส่งผลให้การตอบแบบสอบถามมีความคลาดเคลื่อน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัยพรวิศิษฐ์ พงศ์อารีย์ (2557) ศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตอุตสาหกรรมกรุงเทพมหานคร พบเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 35 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 1.6 ซึ่งความชุกที่พบในการศึกษานี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองมาให้สัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพียงร้อยละ 30

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จำแนกจำนวนร้อยละตามรายข้อ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่จะตอบว่า “ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำการบ้าน” ร้อยละ 33.6 รองลงมา “ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตนเอง” ร้อยละ 24 “ฉันทำอะไรไม่ดีเท่าคนอื่น” ร้อยละ 17.9 “สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน” ร้อยละ 16.9 รองลงมาเป็น “อะไรๆ ก็มีอุปสรรคไปหมด” ร้อยละ 11.4 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า คำพูดดังกล่าวบ่งบอกถึงความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ลบ กลัวทำอะไรผิดพลาด เห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ คิดว่าตนเองนั้นไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ทุกอย่างเป็นความผิดของตนเอง และเปรียบเทียบตนเองต่ำกว่าผู้อื่น ทั้งนี้ผลการวิจัยนี้ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khomduean Tosiri (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันกับผู้ดูแล ความเชื่ออำนาจภายในตน การเผชิญความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นจำนวน 568 คน พบว่าร้อยละ 26.6 มีภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในเด็กนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผูกพันของผู้ดูแลในด้านการเลี้ยงดู ($r = -.52$) และสอดคล้องกับการศึกษาของชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์ (2557) พบว่า อาการ 5 ลำดับแรกจากแบบวัดอาการซึมเศร้า (CDI) ที่นักเรียนในกลุ่มซึมเศร้ามักเลือกตอบคือ รู้สึกทำอะไรไม่ได้ดีเท่ากับคนอื่น ร้อยละ 91.5, สิ่งต่างๆ มีอุปสรรคร้อยละ 88.6, ต้องใช้ความพยายามอย่างหนักเวลาทำการบ้าน ร้อยละ 88.2, รู้สึกไม่มีไครรัก ร้อยละ 88.2 และรู้สึกตัวเองหน้าตาไม่ดี ร้อยละ 85.7 เกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าจากการตอบแบบวัดอาการซึมเศร้าในเด็ก (CDI) พบว่าอาการที่นักเรียนในกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้ามักเลือกตอบมากที่สุดแสดงถึงการขาดความมั่นใจ การขาดความภาคภูมิใจในตนเอง การมองโลกในแง่ร้าย วิตกกังวล ต่ำหนี่หรือโทษตนเอง ความรู้สึกเหงาและไม่รู้สึกสนุกสนานร่าเริง มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิตลิขนะ พิชิตกุล ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-15 ปี โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย พบว่าอาการซึมเศร้าจากคำตอบใน CDI พบมากที่สุดคือความรู้สึกต่อตนเองในทางลบและรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพ รองลงมาคืออาการทางสรีระ ได้แก่ เบื่ออาหารและรู้สึกอ่อนเพลีย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (PAR)

จากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตข้อที่ 5 ครูประจำชั้นติดตามพฤติกรรมของนักเรียนโดยการสังเกต และการสัมภาษณ์ รวมถึงประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนต่อมละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ในการจัดทำข้อมูลนักเรียนเป็นรายบุคคลเพื่อทำทะเบียนสะสมของนักเรียนให้ครอบคลุมข้อมูลแต่ละด้านของผู้เรียนแต่ละคน ครูที่ปรึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องมีการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ปกครองและผู้ใกล้ชิด การศึกษาข้อมูลของผู้เรียนทั้งจากผลงานนักเรียนและเอกสารอื่นๆ เช่น บันทึกสุขภาพจากแพทย์ผู้ทำการรักษา การเยี่ยมบ้านนักเรียน เพื่อศึกษาและเก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง แต่ประเด็นที่สำคัญคือ อาจเป็นเพราะว่าผู้เรียนมีความแตกต่างเฉพาะบุคคลมาก เนื่องจากเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา พิการซ้อน และออทิสติก ทำให้ครูต้องใช้เวลา วิธีการ เครื่องมือ และเทคนิคต่างๆ มากกว่าครูที่ปฏิบัติการสอนในโรงเรียนปกติ ประกอบกับครูที่ปรึกษา ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการ ขั้นตอนการทำงานและกิจกรรมต่างๆ ของการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการได้รับข้อมูลที่ชัดเจน ยิ่งไปกว่านั้นคือ ผู้ปกครองไม่มีเวลามาพบครู ไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงและชัดเจนกับครู จึงทำให้ครูที่ปรึกษาต้องใช้เวลามากกว่าปกติในการรับรู้ข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับผู้เรียน

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการส่งเสริมนักเรียน กิจกรรมคือให้ครูประจำชั้นจัดบันทึกข้อมูลของนักเรียนเป็นรายคน ซึ่งปัญหาของสุรีย์ เสนวิรัช (2556) ศึกษาเรื่อง แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมนักเรียนโรงเรียนกวีละอุนกุล อำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่า ครูที่ปรึกษาไม่ได้บันทึกข้อมูลของนักเรียนลงในประวัติข้อมูลสุขภาพของนักเรียนให้เป็นปัจจุบัน ประเด็นนี้อาจเนื่องจากครูมีภาระงานในด้านเอกสารมากกว่าโรงเรียนปกติ มีงานในฝ่ายอื่นๆ ที่ต้องดูแลรับผิดชอบ และภาระงานคาบสอนที่มาก จึงทำให้การบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพไม่เป็นปัจจุบัน ส่วนแนวทางในการแก้ปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมนักเรียน ด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล มีผู้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคลที่หลากหลาย แต่ที่มีผู้เสนอมากที่สุดคือ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เรียนอย่างครอบคลุม ถูกต้อง ทั้งข้อมูลด้านการแพทย์ การศึกษา ครอบครัว และควรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์/วางแผนในการพัฒนาผู้เรียน ให้ตรงกับความต้องการจำเป็นของผู้เรียน ครูที่ปรึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องควรทำทะเบียนสะสมให้เป็นปัจจุบัน ควรมีการจัดงบประมาณให้เพียงพอในการจัดการประชุม เพื่อชี้แจง ทำความเข้าใจกับผู้ปกครอง และให้ทุกคนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ ดังที่เรียมยศ อุตสาสตร์ (2546) กล่าวว่าด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล สิ่งที่ครูที่ปรึกษาต้องการได้แก่ การนิเทศ ติดตาม กำลังใจ และความช่วยเหลือจากผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาความรู้ ทักษะ ในการจัดเก็บข้อมูลนักเรียน ความร่วมมือในการติดต่อประสานข้อมูลนักเรียนกับผู้ปกครองนักเรียนและบุคคลที่เกี่ยวข้องงบประมาณ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกเยี่ยมบ้านนักเรียนเพื่อรับทราบข้อมูลที่เป็นจริงของนักเรียนแต่ละคน และวัสดุอุปกรณ์แบบฟอร์มในการจัดบันทึกข้อมูลของนักเรียน ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมนักเรียน ด้านการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล มีผู้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นไปในทางเดียวกันมากที่สุดคือ เสนอแนะว่าบุคลากรและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนการทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างเป็นระบบ ทั้งงานแนะแนว งานปกครอง หรืองานกิจการนักเรียน และงานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เพราะทีมที่เข้มแข็งสามารถให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนส่งเสริมและพัฒนาผู้เรียนได้เป็นอย่างดี และควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนให้เป็นระบบ ประเด็นนี้อาจเนื่องมาจากโรงเรียนมีการเปลี่ยนโครงสร้างสายงานและหัวหน้างานบ่อยเกินไป ทำให้หัวหน้างานและทีมงานต้องเสียเวลาในการเรียนรู้งาน และเสียเวลาในการปรับแผนการดำเนินงานและกิจกรรม

การป้องกันการแก้ไขปัญหาโดยการให้ครูประจำชั้นให้คำปรึกษาในเบื้องต้น การให้การปรึกษาเบื้องต้นเป็นการให้การช่วยเหลือเพื่อผ่อนคลายปัญหาให้ลดน้อยลง ทั้งด้านความรู้สึก ความคิด และการปฏิบัติตนของนักเรียนและผู้ปกครอง โดยมุ่งหวังให้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีงามหรือพึงประสงค์ ทั้งนี้ครูที่ปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับนักเรียนและผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียนเกิดความไว้วางใจ กล่าวที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อครูที่ปรึกษาจะได้ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นกระบวนการในการให้คำปรึกษา ครูที่ปรึกษาจำเป็นต้องระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งที่จะไม่ทำให้นักเรียนรับรู้ได้ว่าตนถูกจัดกลุ่มอยู่ในกลุ่มเสี่ยง/มีปัญหา และไม่ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกเครียดอับอาย ซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มปกติ โดยเฉพาะนักเรียนวัยรุ่น กลุ่มเรียนได้ และผู้ปกครองกลุ่มที่มีความไวต่อการรับรู้ (Sensitive) แม้ว่านักเรียนจะรู้ตัวดีว่าขณะนี้ตนมีพฤติกรรมอย่างไรหรือประสบกับปัญหาใดก็ตาม และเพื่อเป็นการป้องกันการล้อเลียนในหมู่เพื่อนอีกด้วย ดังนั้นโรงเรียนจึงควรจัดให้มีห้อง/สถานที่ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมและเป็นสัดส่วน เพื่อป้องกันผลเสียต่อทั้งนักเรียนและผู้ปกครองในภายหลัง

กระบวนการดำเนินสร้างเสริมสุขภาพจิตนักเรียน โดยการส่งต่อให้กับหน่วยงานภายนอก หรือภายใน จากการศึกษาของสุรีย์ เสนอวิรัช (2556) ศึกษาเรื่อง แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมนักเรียนโรงเรียนกาวิละอนุกุล อำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่า เมื่อนักเรียนมีปัญหา ครูที่ปรึกษาและบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีการประสานงานส่งต่อภายในไปยังครูแนะแนว/นักจิตวิทยา/นักวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจจะเพราะหัวหน้าช่วงชั้นมีการประสานงานให้การช่วยเหลือร่วมมือกันกับคณะกรรมการของแต่ละสายชั้นร่วมกับครูที่ปรึกษาเป็นอย่างดี



ข้อเสนอแนะ

1. ครูประจำชั้นควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนเป็นประจำ เพราะใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุด
2. ผู้ปกครองควรทำความเข้าใจในตัวนักเรียนว่าชอบ หรือต้องการจะพัฒนาตัวเองอย่างไร อย่ากดดันหรือชี้แนะในแนวทางอื่นที่ขัดกับความต้องการของนักเรียน เพราะจะสร้างแรงกดดันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด
3. โรงเรียนควรเร่งรัดการนำระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนมาใช้อย่างจริงจัง
4. โรงเรียนควรจัดให้มีโครงสร้างการบริหารงาน นโยบาย วัตถุประสงค์/บทบาทหน้าที่การดำเนินงาน และแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานของระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้ชัดเจน
5. ฝ่ายบริหารควรเร่งรัดและสนับสนุนให้มีการประชุมคณะกรรมการการดำเนินงาน ครูและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคน เพื่อร่วมจัดทำเครื่องมือ เอกสาร แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียน (SDQ) และร่วมกันกำหนดเกณฑ์การจำแนกกลุ่มนักเรียนให้ชัดเจนและมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน
6. ฝ่ายบริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการทบทวนความรู้/เพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน แก่ครูและบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ



บรรณานุกรม

- จักรี ออย่าเสียดัย. (2556). ผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้เกมการเล่นพื้นบ้านไทยเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนประถมศึกษา. Faculty of Education Vol 9, No 2 (2014).
- จามรินทร์ วงศ์เทพเดียน. (2554). การแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าขั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์. (2557). ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. Vajira Medical Journal. Vol. 58, No. 3 September–December 2014.
- ทิพย์ภา เชษฐไชยาลิต. (2541). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. ชานเมืองการพิมพ์. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ. 144 หน้า.
- เรืองยศ อุตสาสตร์. (2546). การศึกษาการดำเนินงานระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนของครูที่ปรึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดขอนแก่น. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณวิไล กมลกิจวัฒนา. (2544). ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์ เสนวิรัช. (2556). แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมนักเรียนโรงเรียนกวิละอนุกุล อำเภอเมืองเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระบัณฑิตวิทยาลัย ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539: 41(4): 221-230.
- Brown, S., Szapocznik, J., Spokane, A., Fals, D., Gambirazio, F., Zarate, M., & Mason, C.A. (2004). Prevalence of cognitive impairment in a population-based study of urban Hispanic elders in Miami, Florida [Abstract]. The Gerontologist, Special Issue I, 515.
- Harden A, Rees R, Shepherd J, Brunton G, Oliver S, Oakley A. (2001). Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators. London: EPPICentre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Khomduean Tosiri. (2007). Relationships between caregiver-child bonding, locus of control, coping and depression in adolescents. Master thesis, M.N.S., Mahidol University.