



ผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น  
ผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9

นางสาวนุชนาฏ ชิตตะคุ

กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต  
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 กรมสุขภาพจิต

## บทคัดย่อ

การศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยกลุ่มประชากร คือ นักเรียนที่มีอายุ 6 – 19 ปี กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในเขตสุขภาพที่ 9 ใช้เครื่องมือแบบสำรวจที่พัฒนาขึ้นจากกรมสุขภาพจิตในระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ได้แก่ แบบประเมินปัญหาหรือสภาวะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag) แบบสังเกตอาการ 9S และแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับครู เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลผลการเฝ้าระวังจำแนกรายด้าน หาจำนวนและร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96,796 คน กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 56,188 คน ร้อยละ 58 และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 40,608 คน ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 38,142 คน ร้อยละ 39.40 และจำนวน 32,678 คน ร้อยละ 33.76 จากการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภาพรวม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีผลการประเมินสุขภาพจิตปกติ จำนวน 86,806 คน ร้อยละ 89.68 และพบควรดูแลจำนวน 9,990 คน ร้อยละ 10.32 เมื่อแบ่งเป็นระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาพบควรดูแล จำนวน 5,201 คน ร้อยละ 9.26 และ จำนวน 4,789 คน ร้อยละ 11.79 แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่ผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่างพบควรดูแลมากที่สุด คือจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 843 คน ร้อยละ 12.38 รองลงมาคือจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4,366 คน ร้อยละ 11.45 และน้อยที่สุด คือจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 2,775 คน ร้อยละ 8.49

ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้สถานศึกษามีการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ให้ครอบคลุม และเครือข่ายสาธารณสุขร่วมกับสถานศึกษาในพื้นที่ นำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผน และขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นตามประเด็นปัญหาที่พบในพื้นที่ เพื่อให้เด็กกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO), วัยเรียนและวัยรุ่น

## Abstract

A study on the surveillance results of mental health problems in the School Health HERO system in Health Region 9 aims to study the surveillance results of School Health HERO on School Health HERO in Health Region 9 as cross-sectional descriptive research. (Cross-sectional Study) The population is students aged 6-19 years studying in grades 1 - 6 of schools under the Office of the Basic Education Commission (OBEC). In Health Region 9, use survey tools developed by the Department of Mental Health through School Health HERO, including Red Flag, 9S observation, and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), teacher edition, collected during July 2023 - 2024. Analysis of surveillance result data categorized by number and percentage (Percentage).

The study found that a sample group of 96,796 people were studying in grades 1 - 6 from schools under the Office of the Basic Education Commission (OBEC). Most respondents were from 56,188 elementary schools and 40,608 students in secondary school; 42% were in Nakhon Ratchasima and Buriram provinces, 38,142 students, 39.40 and 32,678 people, respectively. The majority of the respondents had a mental health assessment of 86 percent. Eight hundred six people, 89.68% said they should care for 9,990 people, 10.32% said they should care for 5,201 people, 9.26% said 4,789 people. The province where the assessment of the sampling group was found to be care the most was Chaiyaphum Province, 843, 12.38% followed by Nakhon Ratchasima Province, 4,366 people, 11.45 percent and the least, 2,775 people 8.49 percent, were in Buriram Province.

Therefore, schools should be encouraged to monitor mental health problems through the School Health HERO system in the cover area, and public health networks should use the results to plan and drive mental health operations in school-aged and adolescents according to the problems found in the area so that normal children can be encouraged to prevent mental health problems. The at-risk children were cared for and helped; they had access to the services and got better care.

**Keywords:** School Health HERO, School age and adolescence

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง ผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น และนำผลการศึกษาดังกล่าวมาวางแผนการสนับสนุนนโยบาย มาตรการ โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และพัฒนาเป็นแนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับเขตสุขภาพ รวมทั้งการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพจิตวัยเรียนและวัยรุ่นให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีทักษะชีวิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มวิชาการสุขภาพจิต และนักวิชาการทุกท่าน จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถม/มัธยมทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9 ที่สนับสนุนข้อมูลการดำเนินงาน ศึกษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา การให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดมา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ผู้ศึกษาขอขอบคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเป็นแนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับเขตสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น หรือศึกษาต่อยอดจากงานวิจัยฉบับนี้

นุชนาฏ ชิตตะคุ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง - จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1 - 4</b>
1.1 หลักการและเหตุผล	1 - 2
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา	3
1.4 กรอบแนวคิด	3
1.5 คำนิยามศัพท์เฉพาะ	3 - 4
<b>บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>5 - 17</b>
2.1 สุขภาพจิต	6 - 14
2.2 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต	14 - 15
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15 - 17
<b>บทที่ 3 วิธีการวิจัย</b>	<b>18 - 23</b>
3.1 รูปแบบการวิจัย	18
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	18 - 19
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	19 - 23
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	23
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	23
3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	23
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b>	<b>24</b>
4.1 ข้อมูลทั่วไป	24
4.2 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต	25 - 32

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	33 - 39
5.1 สรุปผล	33 - 35
5.2 อภิปรายผล	36 - 37
5.3 ข้อเสนอแนะ	37
<b>บรรณานุกรม</b>	38 - 39
<b>ภาคผนวก</b>	40 - 44
แบบประเมินปัญหาหรือสถานะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag)	41
แบบสังเกตอาการ 9S Plus	41 - 42
แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)	43 - 44

## สารบัญ

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลจำนวนนักเรียนแยกรายจังหวัด	19
2 ข้อมูลจำนวนโรงเรียนแยกรายจังหวัด	19
3 ข้อมูลทั่วไป	24
4 จำนวน ร้อยละ ปัญหาหรือสภาวะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag) เขตสุขภาพที่ 9	25
5 จำนวน ร้อยละ ปัญหาหรือสภาวะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag) แยกรายจังหวัด	26
6 จำนวน ร้อยละ แบบสังเกตอาการ 9S จำแนกรายด้าน เขตสุขภาพที่ 9	27
7 จำนวน ร้อยละ แบบสังเกตอาการ 9S จำแนกรายจังหวัด	28
8 แสดงการวิเคราะห์ปัญหาด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การประเมินจุดแข็ง และจุดอ่อนของเด็กไทย (SDQ) ชุมครุประเมิน	29
9 แสดงการวิเคราะห์ปัญหาด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การประเมินจุดแข็ง และจุดอ่อนของเด็กไทย (SDQ) ชุมครุประเมิน แยกรายจังหวัด	30 – 31
10 จำนวน ร้อยละ สรุปผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต	31
11 จำนวน ร้อยละ สรุปผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต รายจังหวัด	32

## สารบัญแผนภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน	3
2 ผังการทำงานระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO)	20

## บทที่ 1 บทนำ

### 1.1 หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตวัยเรียนวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลกในส่วนของประเทศไทยเมื่อปี 2564 (2021 Global School-based Student Health Survey) พบว่า การฆ่าตัวตายคือสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของวัยรุ่นไทยอายุ 13 - 17 ปี ร้อยละ 17.6 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ด้านความพยายามในการฆ่าตัวตายผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 17.4 เคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 15.5 เคยวางแผนจะพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 15.1 ที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง หรือมากกว่า นอกจากนี้ยังพบอีกว่า นักเรียนร้อยละ 6.3 ไม่มีเพื่อนสนิทเลย ด้านการถูกข่มเหงรังแกกลั่นแกล้งในภาพรวมพบว่า นักเรียนร้อยละ 20 ถูกข่มเหงรังแกขณะอยู่ในโรงเรียน ปัญหาการใช้สารเสพติดและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 50 - 70% ของนักเรียนที่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติดเริ่มเสพก่อนอายุ 14 ปีเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยมีบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อการค้นหาปัญหาสุขภาพจิตและส่งต่อ (ขอรับบริการ) ด้วยตัวเอง และเว็บไซต์ “ตรวจเช็คสุขภาพใจ” ซึ่งมีแบบประเมินและคัดกรองเบื้องต้นด้วยตัวเอง ทั้งนี้ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ในปี 2562 พบว่ามีวัยรุ่นอายุ 11 - 19 ปี ประมาณ 10,000 คน ขอรับบริการโดยผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดในการขอรับบริการ ได้แก่ ปัญหาความเครียดและความกังวล ร้อยละ 51 ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 21 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 10 ผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564 ทั่วประเทศ พบว่า ระดับสติปัญญา (ไอคิว) เฉลี่ยเกิน 100 เป็นครั้งแรก คือ 102.8 อยู่ในเกณฑ์ปกติ และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 100 ตามเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และสูงขึ้นกว่าการสำรวจเมื่อ ปี 2559 ถึง 4.5 จุด โดยอยู่เกณฑ์ฉลาดมาก คือ ไอคิวมากกว่า 130 สูงถึง 10.4% ส่วนที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติหรือต่ำกว่า 90 จาก 31.8% ลดลงเหลือ 1 ใน 3 คือ 21.7% แต่ยังมีอยู่ในเกณฑ์บกพร่องไอคิวต่ำกว่า 70 อยู่ 4.2% สูงกว่ามาตรฐานสากลคือไม่ควรเกิน 2% สะท้อนว่า ยังมีเด็กกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ส่งผลต่อสติปัญญาในช่วงแรกเกิดถึง 5 ปี พบในกลุ่มขาดโอกาสทางสังคม เช่น ครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ กลุ่มเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น ครอบครัวขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูเด็กขณะที่ตั้งครรภ์ เป็นต้น ส่วนผลสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ (อีคิว) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 83.4% ความท้าทายในการให้บริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมในประเทศไทยจากรายงานการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก รายงานฉบับประเทศไทย ดำเนินการศึกษาปี 2565 พบช่องว่างที่สำคัญในการให้บริการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมในปัจจุบันการขาดแคลนและการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา

แบบสหวิชาชีพที่เป็นมิตรต่อเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการนอกสถานพยาบาลเฉพาะทางระดับ  
ตติยภูมิ การขาดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบครบวงจรที่หน่วยงานทั้งระบบการศึกษามีส่วนร่วม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ พัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหา  
สุขภาพจิตระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) เป็นระบบที่ถูกออกแบบให้ใช้งานใน  
โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) หรือโรงเรียนอื่นๆที่สนใจโดยฐานข้อมูล  
ของนักเรียนและห้องเรียนทุกห้องที่อยู่ในสังกัด สพฐ. จะถูกนำเข้ามาในระบบหลังเปิดภาคเรียนที่ 1 ของทุกๆ  
ปีการศึกษา ครูประจำชั้นหรือครูที่ปรึกษาทำแบบประเมิน หลังการประเมินครูสามารถขอคำปรึกษาจาก  
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจากกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบได้ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็ก  
วัยรุ่นและวัยรุ่นให้ครอบคลุมมากขึ้นเด็กนักเรียนกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  
กลุ่มเสี่ยงและมีปัญหา ได้รับการดูแลช่วยเหลือและเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น (อิสระ อนันตวรธาศิลป์, 2567)  
ปัจจุบันมีโรงเรียนเข้าใช้งาน จำนวน 29,583 แห่ง จำนวนผู้ใช้งานทั้งหมด 213,305 คน จำนวนนักเรียนที่ได้รับการ  
ประเมิน 1,757,006 คน พบจำนวนนักเรียนที่ควรดูแล 201,966 คน คิดเป็นร้อยละ 11 ข้อมูลจาก HERO  
Dashboard ณ 28 มิถุนายน 2567

การดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO)  
ปีการศึกษา 2566 เขตสุขภาพที่ 9 ข้อมูลจาก HERO Dashboard ณ วันที่ 31 มีนาคม 2567 มีจำนวนโรงเรียน  
เข้าระบบฯ จำนวน 907 แห่ง จากโรงเรียนทั้งหมด (สังกัด สพฐ.) ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 3,783 แห่ง  
คิดเป็นร้อยละ 24 นักเรียนได้รับการเฝ้าระวังในภาคเรียนที่ 1 จำนวน 96,796 คน พบนักเรียนควรดูแล  
จำนวน 9,990 คน คิดเป็นร้อยละ 10.32 การให้คำปรึกษาครูประจำชั้นโดย HERO Consultant ร้อยละ 49.44  
ซึ่งผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังปัญหา  
สุขภาพจิตเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นให้ครอบคลุมมากขึ้น เด็กนักเรียนกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหา  
สุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยงและมีปัญหาได้รับการดูแลช่วยเหลือและเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น สามารถเรียนรู้ได้เต็มที่  
ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ก้าวสู่วัยทำงานอย่างมีคุณภาพ จึงดำเนินการศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต  
ในเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9  
เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้ในการออกแบบวางแผนการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมต่างๆ  
การสนับสนุนนโยบาย การกำหนดมาตรการ ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และพัฒนาแนวทางหรือความรู้  
ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นวัยรุ่น

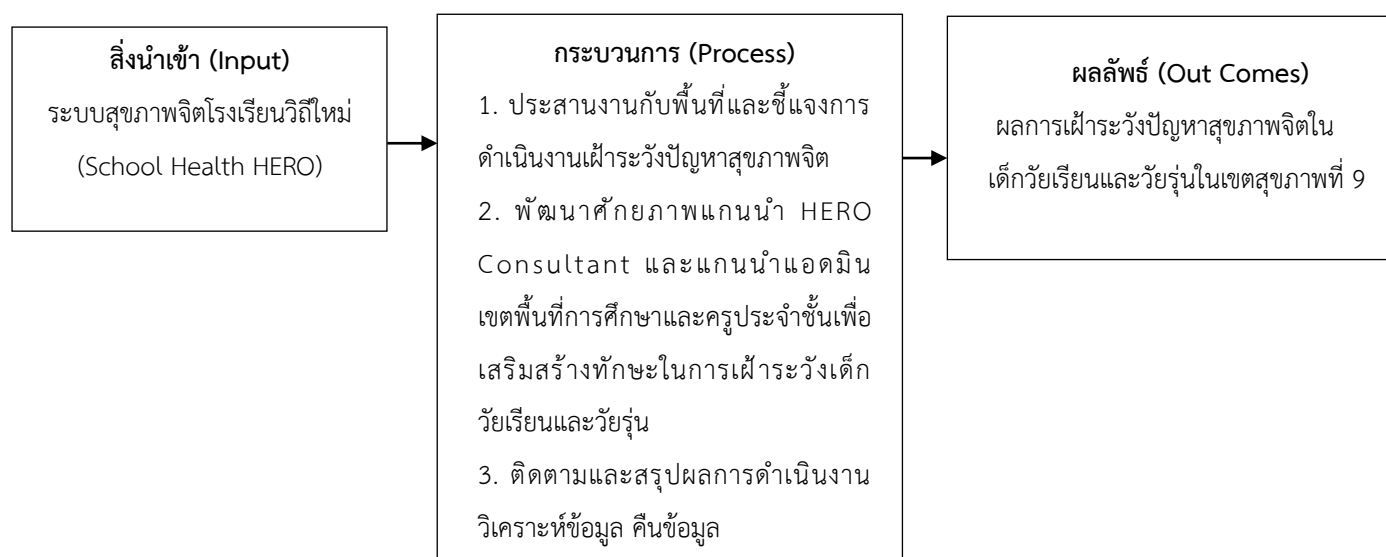
## 1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่  
(School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9

### 1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยกลุ่มประชากร คือ นักเรียนที่มีอายุ 6 – 19 ปี กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในเขตสุขภาพที่ 9 ใช้เครื่องมือแบบสำรวจที่พัฒนาขึ้นจากกรมสุขภาพจิต ผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ได้แก่ แบบประเมินปัญหาหรือสภาวะที่ต้องการดูแลเลยทันที (Red Flag) แบบสังเกตอาการ 9S และแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับครู เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567

### 1.4 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

### 1.5 นิยาม/คำอธิบาย

**1.5.1 การเฝ้าระวัง (Surveillance)** หมายถึง การติดตาม สังเกตการณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม หรือมาตรการที่ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพ

**1.5.2 ระบบ School Health HERO (Health and Educational Reintegrating Operation)** หมายถึง ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ เป็นระบบเว็บแอปพลิเคชัน (Web Application) เพื่อให้ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษา สามารถประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนได้ง่ายและรวดเร็ว เพื่อเฝ้าระวัง เรียนรู้ และรับคำปรึกษาในการดูแลนักเรียนที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม โดย School Health HERO ได้ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับครูระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์

และทักษะสังคมของเด็กและวัยรุ่น ทำให้ครูค้นหานักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้เร็วขึ้นโดยไม่เพิ่มภาระเนื่องจากระบบรายงานผลการประเมินนักเรียนให้ทันที นอกจากนี้เมื่อครูดูแลนักเรียนแล้วไม่ดีขึ้นครูสามารถขอคำปรึกษาจากที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต (HERO Consultant) ในทุกอำเภอผ่านแอปพลิเคชัน

**1.5.3 เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น** หมายถึง นักเรียนที่มีอายุ 6 – 19 ปี กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)

**1.5.4 โรงเรียน สังกัด สพฐ. ในเขตสุขภาพที่ 9** หมายถึง โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์

**1.5.5 แบบประเมิน 9S Plus** คือ เครื่องมือสังเกตอาการเบื้องต้น สำหรับครูประจำชั้นระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อเฝ้าระวังปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ สังคม เครื่องมือ 9S Plus ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบประเมินปัญหาหรือสภาวะที่ต้องการดูแลเลยทันที (Red Flag) ซึ่งประกอบไปด้วยคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ 1) มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่นๆ 2) มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ติดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเรื่องอื่น ๆ) หากครูพบว่าเด็กมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งให้ทำแบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (SDQ) ต่อทันทีโดยไม่ต้องทำเครื่องมือสังเกตอาการ 9 ข้อ (9S)

2. เครื่องมือสังเกตอาการ 9 ข้อ (9S) เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินความเสี่ยงใน 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล และกลุ่มการกลั่นแกล้ง/รังแก แต่ละกลุ่มอาการจะประกอบด้วยคำถามจริง/เท็จ 3 ข้อ รวม 9 ข้อ หากเด็กไม่มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ชัดเจน ครูจะต้องทำแบบทดสอบ 9 ข้อนี้ เพื่อประเมินความเสี่ยงทุกคน

**1.5.6 แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)** เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในเด็กของกรมสุขภาพจิต แบบประเมิน SDQ ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านบวกและลบของเด็ก 5 ด้าน ได้แก่ 1) กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 3) กลุ่มพฤติกรรมเกรง 4) กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิธีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – มัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 2.1 สุขภาพจิต

- 2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
- 2.1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัยเรียนและวัยรุ่น
- 2.1.3 ปัญหาสุขภาพจิตวัยเรียนและวัยรุ่น

#### 2.2 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

- 2.2.1 ความหมายของการเฝ้าระวัง (Surveillance)
- 2.2.2 ความหมายของการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

#### 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 2.1 สุขภาพจิต

### 2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

#### ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) ได้นิยามคำว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพสุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้

ฝน แสงสิงแก้ว (2532) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมากมาย ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

อัมพร โอตระกุล (2540) สรุปว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สามารถปรับตัว หรือปรับความต้องการให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเข้ากับบุคคลและเข้ากับสังคมที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองอีกด้วย

สิริลักษณ์ วงศ์ประสิทธิ์ (2554) สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบายรวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยไม่มีความขัดแย้งภายในจิตใจและมีได้มีความหมายเฉพาะแต่เพียงปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

โสภาวดี บุญยฤทธิกิจ (2545) สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์พร้อมของอารมณ์และจิตใจของบุคคลที่จะสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตให้เข้ากับบุคคลอื่น รวมถึงสิ่งแวดล้อมในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะที่ดีของจิตใจ ที่มีความมั่นคง สามารถรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง จัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ สร้างความสุขให้ตนเองและผู้อื่น

### 2.1.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัยเรียนและวัยรุ่น

ทฤษฎีการพัฒนาร่างกายทางเพศ (Psychosexual Development) ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เป็นทฤษฎีที่เสนอว่า การพัฒนาของบุคคลเกิดขึ้นผ่านช่วงต่าง ๆ ที่เน้นที่การค้นหาความพอใจจากพื้นที่เฉพาะในร่างกายและการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น

ช่วงวัยเรียน (6 – 12 ปี) คือระยะแสวงหาความสุขจากสิ่งรอบตัว หรือ ระยะสงบ (Latency Stage) ในช่วงนี้วัยเรียนมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาทักษะทางสังคม การเรียนรู้ และการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกัน เด็กจะพัฒนาความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น เรียนรู้บทบาททางสังคม และสร้างความรู้สึกลึก

เกี่ยวกับตนเอง หากเด็กสามารถพัฒนาตนเองให้มีสุขภาพดี จะมีพื้นฐานที่ดีสำหรับความสัมพันธ์ทางสังคมและการเรียนรู้ในอนาคต

ช่วงวัยรุ่น (12 ปีขึ้นไป) คือระยะแสวงหาความสุขจากแรงกระตุ้นทางเพศ (Genital Stage) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเรียนเข้าสู่ผู้ใหญ่ การเจริญเติบโตทางด้านร่างกายพัฒนาอย่างสมบูรณ์ โดยพัฒนาความสัมพันธ์ ความผูกพันกับบุคคลอื่นทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศ ทั้งวัยเดียวกันและต่างวัย ในระยะนี้หากวัยรุ่นผ่านขั้นที่ 3 มาได้อย่างสมบูรณ์ราบรื่น บุคลิกภาพที่เป็นชายจริงหญิงแท้จะปรากฏออกมาให้เห็นในขั้นนี้ จะเริ่มมีความต้องการทางเพศและเริ่มสนใจเพศตรงข้าม การพัฒนาทางเพศในช่วงนี้มีผลต่อความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการมีความสุขในชีวิตทางเพศ หากมีการพัฒนาทางจิตใจที่ดีจะช่วยให้ความสัมพันธ์ที่มีความหมายและมีความพอใจในชีวิต

**ทฤษฎีจิตสังคมของเอริก อีริกสัน (Erik Erikson)** แบ่งการพัฒนาของบุคคลออกเป็น 8 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมุ่งเน้นที่ความท้าทายทางจิตใจและสังคมที่เฉพาะเจาะจง

ช่วงวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ตรงกับระยะพัฒนาที่ 4 คือ “ความขยันกับความมีปมด้อย” (Industry vs Inferiority) เด็กในช่วงนี้จะเริ่มฝึกฝนและเรียนรู้ทักษะสำคัญที่จำเป็นสำหรับการทำงานและการศึกษา เช่น การทำงานร่วมกับผู้อื่นและการเรียนรู้ในห้องเรียน หากเด็กประสบความสำเร็จและรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ จะพัฒนาเป็นความขยันและความสามารถ แต่หากพบกับความล้มเหลวและรู้สึกว่าตนเองด้อยกว่า จะเกิดความรู้สึกมีปมด้อย

ช่วงวัยรุ่น (12 – 18 ปี) ตรงกับระยะพัฒนาที่ 5 คือ “เข้าใจอัตลักษณ์ของตนเองกับไม่เข้าใจตนเอง” (Identity vs Role confusion) เป็นช่วงที่วัยรุ่นพยายามค้นหาและสร้างอัตลักษณ์ของตนเอง รวมถึงการบทบาทและสถานะของตนในสังคม หากวัยรุ่นสามารถค้นพบและเข้าใจอัตลักษณ์ของตนเองได้อย่างชัดเจน จะรู้สึกมั่นใจและมีความรู้สึกของการเป็นตัวของตัวเอง (Identity) แต่หากไม่สามารถระบุอัตลักษณ์ของตนเองได้ จะเกิดความสับสนในบทบาทและสถานะ (Role Confusion)

**วัยเรียน (school age children)** หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี หรือในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 โดยสามารถแบ่งย่อยออกเป็นวัยเรียนตอนต้น คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 (อายุ 6 - 8 ปี) และวัยเรียนตอนปลาย คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 (อายุ 9 - 12 ปี) (หัตถยา ดำรงค์ผล, 2560)

สถาบันราชานุกูล (2551) ได้อธิบายลักษณะพัฒนาการเด็กวัยเรียน 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาด้านร่างกาย (Physical Growth) การเจริญเติบโตทางร่างกายของเด็กจะช้าลง แต่ยังคงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เด็กจะเริ่มใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ได้อย่างคล่องแคล่วมากขึ้น เช่น การเตะบอลอย่างมั่นคง ในขณะที่เดียวกัน กล้ามเนื้อมัดเล็กก็พัฒนา ทำให้เด็กสามารถใช้มือและนิ้วได้อย่างแม่นยำขึ้น เช่น การวาดรูป เรขาคณิต วาดรูปคน เล่นระนาด หรือการตีปิงปองและแบดมินตัน ซึ่งช่วยฝึกการประสานงานระหว่างมือและตา การพัฒนานี้ส่งผลให้เด็กมีความกระฉับกระเฉง มีสมาธิ และประสาทสัมผัสทำงานได้อย่างคล่องแคล่ว

เมื่อเด็กเข้าสู่ช่วงปลายของวัยเรียน โดยเฉพาะในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร่างกายจะเริ่มเปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยเด็กผู้หญิงจะเติบโตเร็วกว่าเด็กผู้ชายในช่วงอายุ 10-12 ปี เนื่องจากการทำงานของฮอร์โมนเพศ การพัฒนากล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวก็จะสมบูรณ์มากขึ้น

2. การพัฒนาด้านภาษา (Language Development) จะมีการพัฒนาในเรื่องของการรู้จักความหมายของคำต่างๆ และการออกเสียงที่ชัด ฟังเรื่องราวและสามารถจับใจความได้ สามารถเปรียบเทียบ อธิบายหรือให้เหตุผลตั้งแต่ระดับง่ายจนถึงซับซ้อน

3. การพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychosocial and Emotional Development) จะมีอารมณ์ต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย ทั้งอารมณ์ด้านบวก เช่น ความรัก ความเห็นใจ ความรู้สึกสงสาร และอารมณ์ด้านลบ เช่น เกลียด โกรธ อิจฉาริษยา ซึ่งหากอารมณ์เหล่านี้ไม่มีโอกาสแสดงออกหรือถูกเก็บกดไว้มากเกินไป จะทำให้เด็กเกิดความเครียด โดยอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจหรืออารมณ์ได้ เด็กต้องการความรักความอบอุ่น และการดูแลเอาใจใส่จากครู และผู้ปกครองซึ่งจะทำให้เด็กมีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ดีมีความสุข ภูมิใจในตนเอง การฝึกให้เด็กเรียนรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น แสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และเป็นพื้นฐานการแก้ปัญหา

4. การพัฒนาด้านสังคม (Social Development) เกิดจากประสบการณ์ที่พวกเขาได้รับผ่านการกระทำและการเรียนรู้จากพ่อแม่ ครู ผู้ปกครอง เพื่อน และสังคมรอบตัว เด็กจะเริ่มมีความคิดสร้างสรรค์สามารถใช้เหตุผลในการแยกแยะสิ่งที่ถูกผิด และปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ เด็กในวัยนี้จะเริ่มเข้าใจบทบาทของตนเองในสังคมมากขึ้น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเป็นสมาชิกของครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน การมอบหมายให้เด็กมีหน้าที่รับผิดชอบ เช่น การทำงานบ้าน การทำการบ้าน และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน จะช่วยสร้างความรู้สึกถึงความรับผิดชอบและความภาคภูมิใจในตนเอง

**วัยรุ่น (Adolescence)** มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ Adolescere หมายความว่าเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ หรือ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ อธิบายได้ว่า วัยรุ่นเป็นเหมือนสะพานเชื่อมต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ (Period of transition) ที่บุคคลมีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงไปเกือบทุกด้าน ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นช่วงที่บุคคลต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ๆ ความรับผิดชอบใหม่ๆ และสัมพันธ์ภาพใหม่ๆ ทั้งกับผู้ใหญ่และกลุ่มเพื่อน (ประณต คำฉิม, 2549 อ้างถึงใน คณินธร ล้อคำ, 2560, น. 10)

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ได้แบ่งวัยรุ่น ออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

ช่วงวัยแรกรุ่น (อายุ 10 - 14 ปี) เป็นช่วงที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงทุกระบบโดยเฉพาะรูปร่างทั้งภายนอกและภายใน เช่น มีหน้าอก มีขน เสียงแตก มีสิวดังนั้นส่วนใหญ่ทำให้วัยรุ่นมักจะทำกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงอาจมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย

ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14 - 16 ปี) เป็นช่วงที่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มักหมกมุ่นค้นหาเอกลักษณ์ของตัวเอง พัฒนาความเป็นตัวของตัวเองและพยายามจะเอาชนะความรู้สึกแบบเด็กๆ ที่ผูกพันและพึ่งพาพ่อแม่

ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 16 - 18 ปี) เป็นช่วงที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ สามารถตัดสินใจในเรื่องของอนาคตของตนเองได้มองเห็นความสามารถที่จะพัฒนาต่อเพื่อสร้างอาชีพที่เหมาะสมและเป็นช่วงที่บรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

### การพัฒนาด้านร่างกาย (Physical Growth)

ช่วงวัยแรกเริ่มนี้ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและเห็นลักษณะเฉพาะของเพศตนเองชัดเจนขึ้น โดยแต่ละคนมีการเจริญเติบโตที่ต่างกัน บางคนเติบโตสม่ำเสมอ บางคนโตเร็วในช่วงแรก หรือหลายคนทีเดียวเป็นเด็กนานกว่าคนอื่น แล้วมาโตอย่างรวดเร็วภายหลังวัยรุ่นแต่ละคนเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นแตกต่างกัน เนื่องจาก

1. ความแตกต่างทางเพศ ซึ่งผู้หญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าผู้ชายประมาณ 2 ปี
2. เชื้อชาติกรรมพันธุ์วัยรุ่นที่มีพ่อแม่เป็นหนุ่มสาวช้ามักจะเข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าเพื่อนๆ
3. สภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม โดยเด็กในเมืองจะเข้าวัยรุ่นเร็วกว่าเด็กในชนบท

4. อาหาร การออกกำลังกาย โดยอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตได้เต็มที่

ช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่าง สัดส่วนของร่างกาย รวมทั้งการทำงานของระบบอวัยวะภายในเกือบทุกส่วน กินเก่งขึ้น นอนง่ายขึ้น การเติบโตมักไม่ค่อยได้สัดส่วนในระยะแรกส่งผลทำให้วัยรุ่นอาจไม่พอใจต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจได้ ผู้หญิงจะสูงขึ้นเร็วกว่าเด็กผู้ชายในระยะแรกและไปหยุดสูงหลังจากมีประจำเดือนสม่ำเสมอแล้ว โดยทั่วไปประมาณ 2 ปี ขณะที่ผู้ชายเริ่มสูงช้ากว่า แต่สูงได้นานกว่าจนอายุประมาณ 18 ปี

### การพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychosocial and Emotional Development)

การพัฒนาด้านอารมณ์บางส่วนมาจากพันธุกรรมโดยมีพื้นฐานมาตั้งแต่แรกเกิด และบางส่วนเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู การที่วัยรุ่นตอนต้นต้องเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งภายนอกและภายใน จะทำให้จิตใจหวุ่นไหวสั่นคลอนง่ายระยะหนึ่ง จนเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนกลางที่ทำได้กับความ เป็นหนุ่มสาวแต่จะเห็นอารมณ์ที่เข้มข้นขึ้นทั้งอารมณ์รักชอบ โกรธเกลียดอิจฉาอึดอัด ถือดี เจ้าทิฐิ อ่อนไหว วุ่นวายสับสน เห็นอกเห็นใจ เห็นแก่ตัว สับสน เป็นต้น ไม่ว่าจะมื่ออารมณ์ประเภทใด ก็มักมีความรุนแรงเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมอารมณ์ยังไม่ดีนัก บางครั้งพลุ่งพล่าน บางครั้งเก็บกด หลายครั้งที่รู้สึกอึดอัดใจตัวเอง จนกระทั่งย่างเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลายเริ่มที่อายุประมาณ 16 ปีขึ้นไป ที่วัยรุ่นจะเริ่มมีการแสดงออกทางอารมณ์ดีขึ้น มั่นคงขึ้น และเชื่อมั่นในตนเองได้ต่อไป ส่วนหนึ่งมาจากการค้นพบเอกลักษณ์ที่แท้จริงของตัวเอง

ได้ก่อน ยอมรับทั้งข้อดีและข้อไม่ดีของตนเองยอมรับสภาพความเป็นผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่จะวกกลับมาสร้างสัมพันธ์ภาพกับพ่อแม่ในรูปแบบใหม่ที่มีความเป็นตัวของตัวเองเพิ่มขึ้น และยอมรับนับถือผู้อาวุโสในแง่ที่มีประสบการณ์มาก่อน

ในด้านตรงกันข้าม กลุ่มวัยรุ่นที่มีพื้นฐานอารมณ์ไม่ดีหรือไม่เข้มแข็งมักจะมีประสบการณ์ชีวิตไม่ราบรื่น ครอบครัวแตกแยก คนในครอบครัวไม่ไว้ใจกัน เคยถูกละทิ้ง หรือถูกโกหกหลอกลวงมาก่อน เคยถูกลงโทษรุนแรง กลุ่มนี้มักจะหงุดหงิดง่าย ไม่มั่นใจในความรักและผูกพันที่พ่อแม่มีต่อตนเอง เข้ากับพ่อแม่หรือเพื่อนไม่ได้เมื่อเริ่มเข้าวัยรุ่นปัญหาเดิมที่มีอยู่จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และถ้าวัยรุ่นไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีกับคนที่เขาชื่นชมได้จะยิ่งทำให้เกิดความสับสน เกิดปมด้อยขาดความภูมิใจในตนเอง เปรียบเทียบตนเองกับคนอื่น และถ้ามีปัญหาการเรียนร่วมด้วย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อแม่ เพื่อน จะยิ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางอารมณ์โดยตรงได้ทำให้วัยรุ่นเป็นคนที่ย่อมนไหวง่ายซีหุดหงิดก้าวร้าว ไม่แน่ใจ ใจน้อย และส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกทางเดินในอนาคตได้การที่อารมณ์ไม่ถูกพัฒนาอย่างเหมาะสม ในขณะที่ร่างกายพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้วัยรุ่นโตแต่ตัว แต่จิตใจยังเป็นเด็กอยู่และอาจเกิดปัญหาตามมาได้

ดังนั้น การมีพื้นฐานอารมณ์ที่ดีจะส่งผลทำให้วัยรุ่นใช้สมองในการคิดไตร่ตรอง แก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเต็มที่ที่เหมาะสม ทำให้ปรับตัวแก้ปัญหาต่างๆด้วยตัวเองได้

#### **การพัฒนาด้านสังคม (Social Development)**

วัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตวัยรุ่น คือ เป็นทั้งกำลังใจ คนรู้ใจ เข้าใจปัญหา ช่วยเสริมพลังในการเจรจากับพ่อแม่และครู การคบเพื่อนทำให้เห็นภาพวัยรุ่นแยกตัวจากพ่อแม่ได้ชัดเจนขึ้น การสร้างสัมพันธ์ภาพของวัยรุ่นกับเพื่อนนั้น จะยั่งยืนกว่าเพื่อนในวัยเด็ก เพราะเป็นช่วงที่วัยรุ่นเห็นความสำคัญของเพื่อน มีทักษะเข้าสังคมเพิ่มขึ้น รู้จักสื่อสารเจรจา แก้ปัญหาเก่งขึ้น จึงประนีประนอม และทำงานร่วมกับเพื่อนได้เพิ่มขึ้น รู้จักใช้เหตุผล และปรับตัวได้ดีจนสามารถรักษาสัมพันธ์ภาพให้ยั่งยืนต่อไปจนเป็นผู้ใหญ่ได้ พัฒนาการทางสังคมที่ดีจึงเป็นพื้นฐานของการมีมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดี การเรียนรู้สังคมจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถหาแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับตนเองเลือกวิชาชีพและมีสังคมที่ดีเหมาะสมกับตนเองได้ในอนาคต

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่น ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า ประสบการณ์ในช่วงวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการพัฒนาจิตใจในระยะยาว การเข้าใจพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย สามารถช่วยพัฒนาความสัมพันธ์และสุขภาพจิตที่ดีในอนาคต การพัฒนาวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่นเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมหลายด้าน การพัฒนาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของเด็กวัยรุ่นเป็นกระบวนการที่สำคัญและเชื่อมโยงกัน การสนับสนุนการเจริญเติบโตในแต่ละด้านจะช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นสำหรับการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีและมีความสามารถในการปรับตัวในสังคมอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ

### 2.1.3 ปัญหาสุขภาพจิตในวัยเรียนและวัยรุ่น

สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ (2561) ได้อธิบายโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย ดังนี้  
**โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)** ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มอาการ คือ  
**กลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention)** วอกแวกง่าย เหม่อลอย ลืมง่าย ทำกิจวัตรประจำวันหรืองานที่ได้รับมอบหมายช้าเนื่องจากไม่สามารถจดจ่อกับกิจกรรมนั้นๆได้ ไม่สามารถวางแผนการทำงานกิจกรรมต่างๆได้ ทำให้ทำงานไม่สำเร็จ งานไม่เรียบร้อย ขี้ลืม ของหาย

**กลุ่มอาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity)** พฤติกรรมซนมาก อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวมากเกินไปเมื่อเทียบกับเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน มักชอบปีนป่ายโลดโผนเล่นโดยไม่กลัวตัวเอง/ผู้อื่นจะได้รับบาดเจ็บหรือเป็นอันตราย ในห้องเรียนมักพบปัญหาเดินไปมาหรือชวนเพื่อนคุย ในขณะที่เรียน พูดมากหรือพูดแทรกคนอื่น ใจร้อน อดทนน้อย รอคอยไม่ได้ มักตอบสนองต่อสิ่งเร้าทันทีโดยไม่ไตร่ตรองก่อน ทำให้เกิดปัญหาในการทำงานหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

เด็กบางคนอาจจะไม่มีอาการครบ แต่ควรเริ่มเห็นอาการตั้งแต่อ่อน อายุ 12 ปี และมีอาการในหลายๆ สถานการณ์เช่น ทั้งที่บ้าน ในห้องเรียน สนามเด็กเล่น และอาการมีผลกระทบต่อเด็กทำให้เกิดปัญหาในการเรียน การเข้าสังคม

**โรคต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder; ODD)** รู้สึกโกรธ/หงุดหงิดง่าย, มีพฤติกรรมต่อต้าน ชวนทะเลาะ, เจ้าคิดเจ้าแค้น อย่างน้อย 4 จาก 8 อาการ ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และมีปัญหาดังกล่าวกับบุคคลอื่นอย่างน้อย 1 คนที่ไม่ใช่พี่หรือน้องของตน

อารมณ์โกรธ/หงุดหงิดง่าย (angry/irritable mood)

- 1) หงุดหงิดง่าย
- 2) ขี้รำคาญ
- 3) โกรธง่าย โมโห

พฤติกรรมต่อต้านหรือชวนทะเลาะ (argumentative/defiant behavior)

- 4) มักทะเลาะกับผู้ใหญ่ หรือผู้มีอำนาจหรืออาวุโสเหนือกว่า
- 5) มักต่อต้านหรือปฏิเสธความร่วมมือกับผู้ใหญ่ หรือผู้มีอำนาจหรืออาวุโสเหนือกว่า หรือต่อต้านกติกา
- 6) จงใจก่อความรำคาญให้ผู้อื่น
- 7) ตำหนิผู้อื่นทั้งที่เป็นความผิดพลาดหรือปัญหาพฤติกรรมของตนเอง

เจ้าคิดเจ้าแค้น (vindictiveness)

- 8) มุ่งร้าย อาฆาตแค้น หรือเจ้าคิดเจ้าแค้น อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

อาการดังกล่าวต้องแยกออกจากปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปฏิกิริยาปกติ ในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ควรแสดงอาการเกือบทุกวันอย่างน้อย 6 เดือน ในเด็กอายุมากกว่า 5 ปี ควรแสดงอาการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยระดับพัฒนาการเพศหรือวัฒนธรรม ส่งผลกระทบหรือรบกวนบุคคลที่อยู่รอบข้างในบริบททางสังคมที่เกี่ยวข้อง (เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน) หรือส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านสังคม การเรียน และการประกอบอาชีพ

**โรคซึมเศร้า (Depress)** มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ ไม่มีสมาธิ การเรียนตก มีผลต่อสัมพันธภาพ การเข้าสังคมกับเพื่อน ครู และคนในครอบครัว ลักษณะอาการรู้สึกเศร้า หรือไม่สบายใจอย่างมากจนรู้สึกทนนไม่ไหว ลักษณะอารมณ์เศร้า ไม่สนุกสนาน ในเด็กบางคนไม่แสดงอารมณ์เศร้าชัดเจน แต่จะแสดงออกเป็นหงุดหงิดฉุนเฉียวอาการบางอย่างอาจแตกต่างกันไปบ้างตามระดับพัฒนาการ เช่น ในเด็กก่อนวัยเรียนจะมีพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ก้าวร้าวแยกตัว ไม่เล่นกับเพื่อน เด็กวัยเรียนมักแสดงเป็นปัญหาพฤติกรรม เช่น ดุด่าดุด่ามากขึ้น โทก โทก ลักขโมยผลการเรียนลดลง ในวัยรุ่นอาการจะใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ และพบปัญหาพฤติกรรมเกราะ หรือการใช้สารเสพติดร่วมด้วยได้มาก

**พฤติกรรมเกราะ (Conduct disorder)** เป็นปัญหาที่พบบ่อยในนักเรียน มักมีสาเหตุมาจากการที่มีพ่อแม่หรือคนใกล้ชิดตามใจมากเกินไปหรือใช้วิธีการก้าวร้าว เป็นโรคสมาธิสั้น หรือเกิดจากความเครียดหรือซึมเศร้า โดยมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดกฎหมายหรือละเมิดสิทธิเกิดขึ้นซ้ำๆ และต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ข้อ จากทั้งหมด 15 ข้อ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยมีอย่างน้อย 1 ข้อเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

พฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนหรือสัตว์ (aggression to people and animals)

- 1) กลั่นแกล้งรังแก คุกคาม หรือทำให้คนอื่นอับอาย
- 2) ทะเลาะวิวาท
- 3) ใช้อาวุธที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น มีด ปืน ขวดปากฉลาม ก้อนอิฐ
- 4) ทำร้ายคน
- 5) ทำร้ายสัตว์
- 6) ปล้น
- 7) ล้วงละเมิดทางเพศผู้อื่น

พฤติกรรมทำลายข้าวของ (destruction of property)

- 8) วางเพลิงโดยมีเจตนาให้เกิดความเสียหายร้ายแรง
- 9) ทลายทรัพย์สินของผู้อื่น (นอกเหนือจากการวางเพลิง)

พฤติกรรมหลอกลวงหรือลักขโมย (deceitfulness or theft)

- 10) บุกรุกอาคาร บ้านเรือน หรือรถผู้อื่น
- 11) โทก/ต้มตุ๋นเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการหรือเพื่อหลีกเลี่ยงกฎกติกา
- 12) ลักเล็กขโมยน้อย

พฤติกรรมฝ่าฝืนกฎ (serious violation of rules)

13) การออกนอกบ้านโดยไม่ได้รับอนุญาตก่อนอายุ 13 ปี

14) หนีออกไปค้างคืนนอกบ้านอย่างน้อยสองคืนหรือไปครั้งละนานๆทั้งที่ยังอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง

15) หนีโรงเรียนก่อนอายุ 13 ปี

### **ปัญหาการรังแกกัน (Bullying)**

#### **การรังแกตามนิยามสากล มีลักษณะดังนี้**

1. เป็นพฤติกรรมที่ทำร้ายคนอื่น การรังแก เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เด็กที่เป็นผู้ถูกรังแกเกิดความเจ็บปวดต่อร่างกาย เกิดผลกระทบทางจิตใจ รู้สึกกลัว ทุกข์ หรือกระทบต่อการเข้าสังคม หรือการเรียน ทำลายชื่อเสียง หรือแย่งทรัพย์สิน หรือก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในโรงเรียน โดยอาจเกิดโดยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของเด็กผู้รังแกก็ได้

2. ผู้รังแกมีอำนาจเหนือกว่าผู้ถูกรังแก การรังแกกันมักเกิดขึ้นโดยมีพื้นฐานมาจากผู้รังแกมีอำนาจบางอย่างเหนือกว่าอีกฝ่าย เช่น รูปร่างใหญ่กว่า แข็งแรงกว่า อายุมากกว่า ฉลาดกว่ามีกลุ่มเพื่อนมากกว่า ฐานะดีกว่า ฐานะทางสังคมสูงกว่า หรือมีความแตกต่างทางศาสนา เชื้อชาติ เพศ เด็กที่มักพบเป็นเป้าหมายของการถูกรังแกคือเด็กเพศหลากหลาย เด็กพิการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ หรือเด็กที่มีรูปลักษณ์แตกต่างจากเพื่อน

การรังแกกันจะพบได้มากที่สุดและรุนแรงที่สุดในช่วงที่เด็กเปลี่ยนผ่านจากชั้นประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษา และมีแนวโน้มลดลงในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย (CESE, 2017) จากการศึกษาความชุกของการรังแกกันในระดับประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้นในหลายประเทศ พบว่ากลุ่มเด็กมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกัน (เหยื่อ คนที่รังแก และทั้งสองบทบาท) อยู่ระหว่างร้อยละ 20-30 (CESE, 2017; Evans, et. al., 2014) ผู้ถูกรังแกอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตัวเอง ตัวเองไม่สามารถแก้ไขอะไรได้ และสิ้นหวัง (Radliff, Wang & Swearer, 2015) ซึ่งหากคนรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ครู ไม่ยื่นมือช่วยเหลือ จะยิ่งทำให้เด็กเกิดความรู้สึกหมดหวังและซึมเศร้า นำไปสู่ความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือคิดฆ่าตัวตายได้ เด็กที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ถูกรังแก ผู้รังแก หรือเป็นทั้งสองบทบาท มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กทั่วไป (Evans, et.al., 2014) โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยจากการรังแกกัน ครู มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสร้างวัฒนธรรมในห้องเรียน มีการศึกษาพบว่า ครูที่แสดงออกว่าพยายามช่วยเหลือและจัดการไม่ให้เกิดการรังแกกันในห้องเรียนมีส่วนช่วยสำคัญ ในขณะที่ ครูที่เพิกเฉยหรือไม่แสดงท่าทีเข้าไปช่วยเหลือเด็กที่ถูกรังแก ซึ่งเป็นการส่งเสริมการรังแกกันในทางอ้อม (CESE, 2017)

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทำให้มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น จึงมีความสำคัญจำเป็นที่ครู เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพราะเด็กปกติสามารถ

เปลี่ยนเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงและมีปัญหาได้ตลอดเวลา เนื่องจากพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในเด็กนักเรียน จึงต้องมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

## 2.2 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

### 2.2.1 ความหมายของการเฝ้าระวัง (Surveillance)

Alexander D. Langmuir (1960) ได้ให้ความหมายของระบบ เฝ้าระวัง หมายถึง ระบบที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในการจัดเก็บ วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูล ทางสุขภาพเพื่อที่จะใช้ในการวางแผนดำเนินการ และประเมินผลโครงการทางด้านสาธารณสุข และนำผลที่ได้ไปเผยแพร่ให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ (2557) ได้ให้ความหมายของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (PUBLIC HEALTH SURVEILLANCE) หมายถึง การจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ที่ได้ออกไปเพื่อประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการ และการประเมินผลมาตรการป้องกันควบคุมปัญหาสาธารณสุข

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 4 ระบุว่า การเฝ้าระวัง หมายถึง การสังเกต การเก็บรวบรวม และการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการรายงาน และการติดตามผลของการแพร่ของโรคอย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบเพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นิยามว่า การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public Health Surveillance) หมายถึง การจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลของข้อมูลสาธารณสุข ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ที่ได้ออกไป เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการและการประเมินผลมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข

สรุปได้ว่า การเฝ้าระวัง หมายถึง กระบวนการที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบในการสังเกต การเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ในการวางแผนดำเนินการ รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลที่ได้รับไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลนั้นในการควบคุมและป้องกันปัญหาสาธารณสุขและการแพร่กระจายของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.2.2 ความหมายของการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการจัดเก็บวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายแนวโน้มอุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิต เป็นไปอย่างต่อเนื่องเป็นระบบรวมถึงการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปเผยแพร่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการที่จำเป็นต้องรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อการวางแผนกำหนดนโยบายและแผนการปฏิบัติงานของหน่วยงาน (คณะทำงานศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 - 13, 2562, น. 12)

สรุปได้ว่า การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบและต่อเนื่องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายแนวโน้มและอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถวางแผนดำเนินการ ควบคุม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังจะถูกเผยแพร่ไปยังผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการกำหนดนโยบายและแผนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบแพลตฟอร์ม MENTAL HEALTH CHECK IN ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข/ อสม./ จิตอาสา ใช้ประเมินสุขภาพจิตประชาชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา มาดูแลสุขภาพจิต ตลอดจนประชาชนและผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถประเมินตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว การประเมินประกอบไปด้วย SBSD และ RQ

S: Stress (เครียด)

B: Burnout (ภาวะหมดไฟ)

S: Suicide (เสี่ยงฆ่าตัวตาย)

D: Depression (ซึมเศร้า)

RQ: Resilience Quotient (พลังใจ)

แบ่งเป็นแบบประเมินสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี และประเมินผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป โดยทราบผลการประเมินทันที มีคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และมีช่องทางการขอรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางออนไลน์

## 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศ

ชุตินาถ ศักรินทร์กุล และอลิสสา วัชรสินธุ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ความชุกของการข่มเหงรังแกและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบความชุกของการข่มเหงรังแกในเด็กมัธยมต้นร้อยละ 23.4 โดยมีสถานภาพการรังแก 4 รูปแบบ ได้แก่ กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแกร้อยละ 58.3 กลุ่มผู้ถูกรังแกร้อยละ 23.4 กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นร้อยละ 6.1 และมีเพียงร้อยละ 12.2 ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการข่มเหงรังแก โดยเพศหญิงจะเป็นผู้ถูกรังแกมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายจะเป็นฝ่ายรังแกผู้อื่นมากกว่าหญิง ซึ่งรูปแบบของการรังแกที่พบมากที่สุดคือ การรังแกด้วยวาจา ได้แก่ การใช้คำพูดเหยียดหยามล้อเลียน ส่วนการรังแกด้วยการทำร้ายร่างกาย ได้แก่ การชก เตะ ตบ ตี พบในเพศชายมากกว่าหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการข่มเหงรังแก ได้แก่ เพศชาย ระดับผลการเรียนต่ำ มีบิดามารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี มีรูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม

ครอบครัวมีหนี้สิน การมีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม และมีปัญหาสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกราะและพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม

ประเสริฐ จุฑา และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น: การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ผลการวิจัยพบว่า เด็กและวัยรุ่น 1,938 คน เป็นชาย ร้อยละ 50.8 พบความชุกปัญหาพฤติกรรมโดยรวม ร้อยละ 6.7 เป็นระดับมีปัญหา ร้อยละ 2.4 และเสี่ยงร้อยละ 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมโดยรวมได้แก่เด็กและวัยรุ่นอายุ 4-6 ปี (OR=3.42; 95% CI=1.97, 5.94) อายุ 7-9 ปี (OR=2.64; 95% CI=1.51, 4.60) เด็กและวัยรุ่นที่ผู้ปกครองหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน (OR=2.25; 95% CI=1.45, 3.50) มีกลุ่มโรควิตกกังวล (OR=2.20; 95% CI=1.11, 4.37) มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต (OR=2.15; 95% CI=1.19, 3.91) และมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (OR=1.64; 95% CI=1.07, 2.51)

พรชนก หิรัญเข้ว่า (2564,50) ได้ศึกษาเรื่อง โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 5-14 ปี โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 134 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.4 อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 2.6:1 อายุเฉลี่ย  $8 \pm 1.84$  ปี ร้อยละ 61.9 อาศัยอยู่กับบิดามารดา พบชนิดผสมผสานมากที่สุด ร้อยละ 82.8 ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วมบ่อยที่สุดคือ Oppositional defiant disorder ร้อยละ 11.9 ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา Methylphenidate ปริมาณยาที่ได้รับเมื่ออาการคงที่ส่วนใหญ่คือ 20 มิลลิกรัมต่อวัน คิดเป็น ร้อยละ 64.9 ของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด ผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะคลื่นไส้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คิดเป็น ร้อยละ 17.2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นพบว่าเพศชายมีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate มากกว่าเพศหญิง ( $p < 0.05$ ) และโรคสมาธิสั้นชนิดผสมผสานมีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate มากกว่าโรคสมาธิสั้นชนิดอื่น ๆ ( $p < 0.05$ )

พงศ์ศิลป์ วิลาชัย และมนัสชกรณ์ พิชัยจุมพล (2564,) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย การวางแผน (Planning), การปฏิบัติการ (Action), การสังเกตการณ์ (Observation), และการสะท้อนกลับ (Reflection) และ เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่า หลังการทดลอง 1) กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากเครือข่ายแกนนำเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 56.25 เป็นร้อยละ 90.64 3) ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 93.33 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำในพื้นที่

สามารถทำให้เครือข่ายแกนนำมีส่วนร่วมทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ลดอัตราการฆ่าตัวตายได้

ศรีไพร ทองนิมิต (2565,229) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดีกว่ารูปแบบเดิม เห็นได้จากการมีผลลัพธ์การผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง(SDQ)ของนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้ง 5 ด้าน และผลประเมินความพึงพอใจของนักเรียน ครู ผู้ปกครอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยการดำเนินการดังกล่าวใช้ทรัพยากรคน เงิน ของเพียงเท่าที่มีอยู่เท่านั้น

#### งานวิจัยต่างประเทศ

Petruzzelli, M. G., et al. (2024). ศึกษาการมุ่งเน้นการให้คำปรึกษาด้านจิตเวชจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในอิตาลี ในช่วง 5 ปีตั้งแต่ปี 2019 ถึง 2023 ของวัยรุ่น หลังการระบาดของโควิด-19 แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER) เนื่องจากอาการทางจิตเวชเฉียบพลัน (APSS) สะท้อนเรื่องสุขภาพจิตของเยาวชนแย่ลงและซับซ้อนมากขึ้น การศึกษาการเปลี่ยนแปลงในอัตราและประเภทของการร้องขอคำปรึกษาทางจิตเวชจากห้องฉุกเฉินที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สำหรับผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่า การขอคำปรึกษาสำหรับโรคซึมเศร้าเป็น 1 ใน 4 ประเภทเรื่องที่วัยรุ่นมาขอคำปรึกษามากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตช่วยคัดกรองนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะทำให้ครูหรือบุคลากรในโรงเรียนสามารถเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตของนักเรียนที่อาจเผชิญกับปัญหา เช่น สมาธิสั้น ภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาการถูกลั่นแกล้ง/รังแก/สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือภายในโรงเรียน ให้เด็กกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น

### บทที่ 3 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เก็บข้อมูลผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษา
- 3.2 ประชากร
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6 การพิทักษ์สิทธิ์

#### 3.1 รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เก็บข้อมูลผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567

#### 3.2 ประชากรและพื้นที่ดำเนินการ

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง แต่กำหนดเป็น study population คือ เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ที่สมัครใจเข้าใช้งานระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในปีการศึกษา 2566

##### การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ในปีการศึกษา 2566
2. ยินยอมโดยการสมัครใจให้ครูประจำชั้น/ครูที่ปรึกษา ประเมินสุขภาพจิต ผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลจำนวนนักเรียนแยกรายจังหวัด

ลำดับที่	จังหวัด	จำนวนนักเรียน (คน)
1	ชัยภูมิ	6,808
2	นครราชสีมา	38,142
3	บุรีรัมย์	32,678
4	สุรินทร์	19,168
<b>เขตสุขภาพที่ 9</b>		<b>96,796</b>

จากตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนนักเรียนที่ได้รับการเฝ้าระวังผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) จำนวน 96,796 คน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ ที่สมัครใจเข้าใช้งานระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในปีการศึกษา 2566

**ตารางที่ 2** ข้อมูลจำนวนโรงเรียนแยกรายจังหวัด

ลำดับที่	จังหวัด	จำนวนโรงเรียน (แห่ง)
1	ชัยภูมิ	65
2	นครราชสีมา	281
3	บุรีรัมย์	342
4	สุรินทร์	219
<b>เขตสุขภาพที่ 9</b>		<b>907</b>

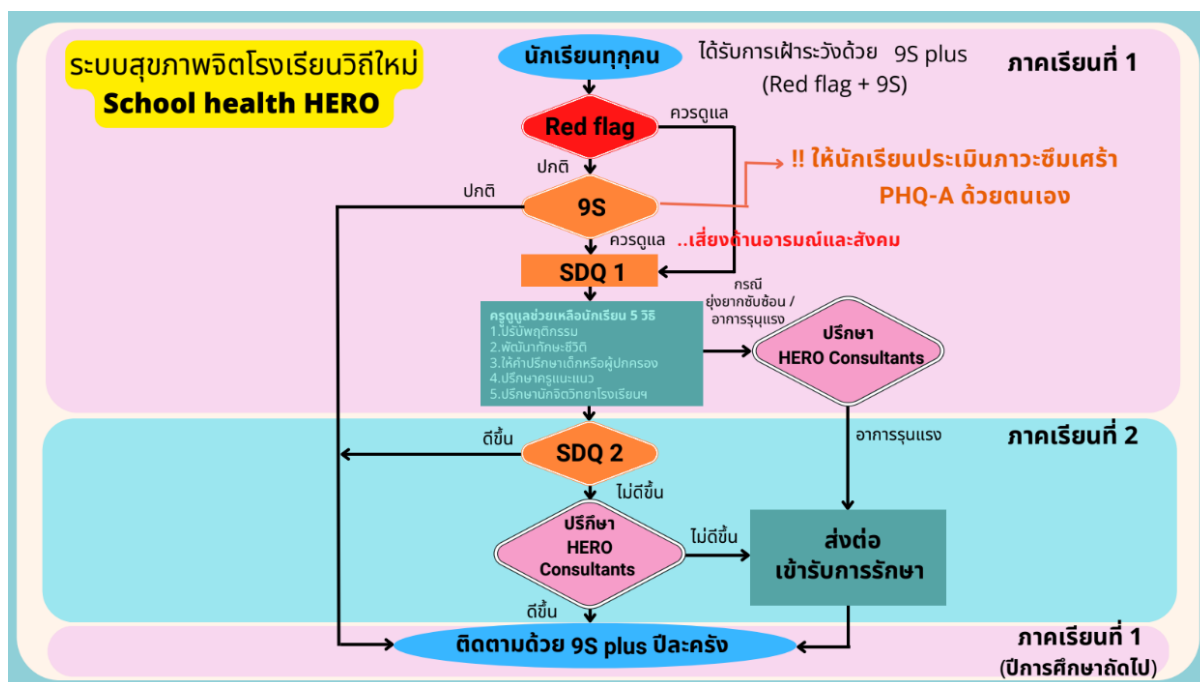
จากตารางที่ 2 ข้อมูลจำนวนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ ที่สมัครใจเข้าใช้งานระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในปีการศึกษา 2566

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ที่พัฒนาขึ้นจากกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยแบบประเมิน 9S Plus และแบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)

School Health Hero (Health and Educational Reintegrating Operation) คือ ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ เพื่อเฝ้าระวัง เรียนรู้ และรับการปรึกษาเพื่อดูแล นักเรียนที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคม ได้ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับครูระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคมของเด็กและวัยรุ่น

## ผังการทำงานระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO)



ภาพที่ 2 ผังการทำงานระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO)

เครื่องมือแบบประเมินในระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน 9S Plus คือ เครื่องมือสังเกตอาการเบื้องต้น เพื่อคัดกรองเด็กนักเรียนอายุ 6 – 15 ปี ที่อาจมีปัญหาด้านพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม เครื่องมือ 9S Plus ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบประเมินปัญหาหรือสถานะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag) ประกอบไปด้วยคำถาม 2 ข้อ

1) มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่นๆ

2) มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ติดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่งด่วนอื่นๆ)

หากครูพบว่าเด็กมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ทำแบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (SDQ) ต่อทันทีโดยไม่ต้องทำเครื่องมือสังเกตอาการ 9 ข้อ (9S Plus)

1.2 เครื่องมือสังเกตอาการ 9 ข้อ (9S)

เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินความเสี่ยงใน 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล และกลุ่มการกลั่นแกล้ง/รังแก แต่ละกลุ่มอาการจะประกอบด้วยคำถามจริง/เท็จ 3 ข้อ รวม 9 ข้อ หากเด็กไม่มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ชัดเจน ครูจะต้องทำแบบทดสอบ 9 ข้อนี้เพื่อประเมินความเสี่ยงทุกคน

### เกณฑ์การคิดคะแนน

ด้านปัญหาพฤติกรรม (ข้อ 1 - 3)

1. ชนเกินไป
2. ใจลอย
3. รอคอยไม่ได้

เป็นบวกเมื่อ ตอบ “ใช่” 1 ข้อ

ด้านปัญหาอารมณ์ (ข้อ 4 - 6)

4. เครียด/หงุดหงิดง่าย
5. ท้อแท้เบื่อหน่าย
6. ไม่อยากไปโรงเรียน

เป็นบวกเมื่อ ตอบ “ใช่” 1 ข้อ

ด้านสังคมกลับแก้ง/รังแก (ข้อ 7 - 9)

7. ถูกเพื่อนแก้ง
8. แก้งเพื่อน
9. ไม่มีเพื่อนสนิท

เป็นบวกเมื่อ ตอบ “ใช่” 2 ข้อ หรือตอบ “ใช่” ข้อ ไม่มีเพื่อนสนิท

### ข้อกำหนด และคำชี้แจงการใช้เครื่องมือ

1. เป็นข้อคำถามสั้นๆ เพื่อช่วยให้ครูมีแนวทางในการสังเกตอาการนักเรียนที่อาจมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ และสังคม
2. ครูผู้สังเกตอาการควรรู้จักนักเรียนมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
3. หากสังเกตอาการแล้วมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ สังคม อย่างน้อยหนึ่งด้านเป็นบวก แนะนำให้ครูใช้แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (SDQ) ต่อ เพื่อประเมินปัญหาให้ละเอียดยิ่งขึ้นก่อนการดูแลและประเมินซ้ำ เพื่อติดตามผลการดูแลในแต่ละด้าน

### 2. แบบทดสอบจุดแข็งจุดอ่อน (The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)

เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในเด็ก เป็นแบบคัดกรองที่ใช้ง่าย สั้น กระชับ ครอบคลุมปัญหาหลัก มีจุดเด่น คือ มีการประเมินถึงผลกระทบต่อพฤติกรรม ใช้ติดตามความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ พัฒนาจากต้นฉบับเดิมของ นายแพทย์โรเบิร์ต กู๊ดแมน (Robert Goodman) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปีค.ศ.1994 แปลและศึกษาความถูกต้องโดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

ฉบับแรกตั้งแต่ปีพ.ศ.2541 และฉบับปรับปรุง ในปีพ.ศ.2546 โดยเพิ่มการตรวจสอบความตรงด้านภาษา ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินพฤติกรรมด้านบวกและลบของเด็ก 5 ด้าน ได้แก่

1. กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ (5 ข้อ) ได้แก่ข้อ 3, 8, 13, 16, 24
2. กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (5 ข้อ) ได้แก่ข้อ 2, 10, 15, 21, 25
3. กลุ่มพฤติกรรมเกรง (5 ข้อ) ได้แก่ข้อ 5, 7, 12, 18, 22
4. กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (5 ข้อ) ได้แก่ข้อ 6, 11, 14, 19, 23
5. กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (5 ข้อ) ได้แก่ข้อ 1, 4, 9, 17, 20

ผลรวมของค่าคะแนนใน 1 - 4 หมวดแรก บ่งบอกคะแนนรวมของปัญหา ส่วนหมวด 5 พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม บ่งบอกถึงข้อดีของเด็ก การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน คะแนนรวม 0 – 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม)

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง	0	คะแนน
จริงบ้าง	1	คะแนน
จริงแน่นอน	2	คะแนน

ข้อคำถามที่ 7, 11, 14, 21, 25 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่จริง	2	คะแนน
จริงบ้าง	1	คะแนน
จริงแน่นอน	0	คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมกลุ่มที่ 1 - 4 (20 ข้อ) แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (total difficulties score) กลุ่มที่ 5 (5 ข้อ) เป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score) ในแบบประเมินแต่ละฉบับจะมีจุดตัดของคะแนนที่แบ่งเด็กออกเป็น 3 กลุ่ม คือ “กลุ่มปกติ” “กลุ่มเสี่ยง” และ “กลุ่มมีปัญหา” ซึ่งแต่ละกลุ่มก็จะมีระบบการดูแลช่วยเหลือตามลำดับขั้น โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เพียงคะแนนกลุ่มที่ 1 - 4 ในการวิเคราะห์

#### ข้อบ่งชี้ในการใช้

1. ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม
2. ใช้ติดตามความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงของอาการ
3. ผู้ประเมินโดยเฉพาะครู ผู้ปกครองควรรู้จักเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็กมาระยะเวลาหนึ่งและควรประเมินทั้ง 25 ข้อในครั้งเดียวกัน

วิธีการใช้แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 ฉบับ คือ

1. ฉบับครูประเมิน
2. ฉบับผู้ปกครองประเมิน
3. ฉบับนักเรียนประเมินตนเอง (เฉพาะเด็กโต อายุ 11-16 ปี)

ซึ่งอาจเลือกใช้เพียงบางฉบับ หรือใช้ร่วมกันก็ได้โดยทั้ง 3 ฉบับ มีลักษณะข้อคำถามคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันในเกณฑ์ที่ใช้แปลผลเล็กน้อยโดยมีการกำหนดจุดตัดที่เหมาะสมในการสืบค้นปัญหา แต่ละด้านของแบบประเมินแต่ละฉบับแตกต่างกัน

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 ประชุมวางแผนและพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนงานระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ปีการศึกษา 2566 เขตสุขภาพที่ 9

3.4.2 จัดส่งหนังสือราชการจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 ถึงเขตพื้นที่การศึกษา จำนวน 21 เขต ในเขตสุขภาพที่ 9 ขอความอนุเคราะห์ให้โรงเรียนดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตนักเรียน

3.4.3 ขอข้อมูลผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ปีการศึกษา 2566 ในเขตสุขภาพที่ 9 จากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

3.4.4 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม การวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูป

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

3.5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษา อำเภอ จังหวัด เพื่อให้ทราบลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage)

3.5.2 วิเคราะห์ข้อมูลผลการเฝ้าระวังจำแนกรายด้าน หาจำนวนและร้อยละ (Percentage)

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากรโดยไม่ได้ระบุ ชื่อ - สกุล ในผลการศึกษาที่ทำให้ทราบว่าเป็นข้อมูลของใคร ซึ่งข้อมูลที่ได้รับและศึกษาครั้งนี้นำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา และชื่อเสียงของโรงเรียน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียน วิถีใหม่ (School Health HERO) ปีการศึกษา 2566 (กรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567) เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ คัดกรองสุขภาพจิตนักเรียน จำนวน 96,796 คน จากโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เข้าร่วม จำนวน 907 แห่ง มีรายละเอียดผลการเฝ้าระวังดังนี้

#### 4.1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป (n=96,796)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. ระดับชั้น</b>		
ประถมศึกษา	56,188	58
มัธยมศึกษา	40,608	42
<b>2. จังหวัด</b>		
ชัยภูมิ	6,808	7.03
นครราชสีมา	38,142	39.40
บุรีรัมย์	32,678	33.76
สุรินทร์	19,168	19.80

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 96,796 คน กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 56,188 คน ร้อยละ 58 และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 40,608 คน ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 38,142 คน ร้อยละ 39.40 และจำนวน 32,678 คน ร้อยละ 33.76 ตามลำดับ

## 4.2 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ปัญหาหรือสถานะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag) เขตสุขภาพที่ 9  
(n=96,796)

ปัญหาหรือสถานะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag)	จำนวน (คน)	
	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)
<b>1. มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่น ๆ</b>	<b>92,483 (95.54)</b>	<b>4,313 (4.46)</b>
ประถมศึกษา	53,924 (95.97)	2,264 (4.03)
มัธยมศึกษา	38,559 (94.95)	2,049 (5.05)
<b>2. มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ติดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่ร่อนอื่นๆ)</b>	<b>94,960 (98.10)</b>	<b>1,836 (1.90)</b>
ประถมศึกษา	55,824 (99.35)	364 (0.65)
มัธยมศึกษา	39,136 (96.38)	1,472 (3.62)

จากตารางที่ 4 การประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ชัดเจน (Red Flag) รายชื่อ มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่น ๆ และมีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ติดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่ร่อนอื่นๆ) ส่วนใหญ่ประเมินว่าไม่ใช่หรือไม่พบปัญหาข้างต้น จำนวน 92,483 คน ร้อยละ 95.54 และจำนวน 94,960 คน ร้อยละ 98.10 ตามลำดับ เมื่อแบ่งตามระดับชั้นพบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียนจากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่น ๆ จำนวน 2,049 คน ร้อยละ 5.05 และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ติดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่ร่อนอื่นๆ) จำนวน 1,472 คน ร้อยละ 3.62 ซึ่งมากกว่าระดับชั้นประถมศึกษา

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ปัญหาหรือสถานะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag) แยกรายจังหวัด (n=96,796)

ปัญหาหรือสถานะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag)	จำนวน (คน)	
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ควรดูแล จำนวน (ร้อยละ)
<b>1. มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่น ๆ</b>	<b>92,483 (95.54)</b>	<b>4,313 (4.46)</b>
ชัยภูมิ	6,420 (94.30)	388 (5.70)
นครราชสีมา	36,341 (95.28)	1,801 (4.72)
บุรีรัมย์	31,455 (96.26)	1,223 (3.74)
สุรินทร์	18,267 (95.30)	901 (4.70)
<b>2. มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ติดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่งด่วนอื่นๆ)</b>	<b>94,960 (98.10)</b>	<b>1,836 (1.90)</b>
ชัยภูมิ	6,614 (97.15)	194 (2.85)
นครราชสีมา	37,235 (97.62)	907 (2.38)
บุรีรัมย์	32,223 (98.61)	455 (1.39)
สุรินทร์	18,888 (98.54)	280 (1.46)

จากตารางที่ 5 การประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ชัดเจน (Red Flag) แยกตามรายจังหวัด พบว่า จังหวัดชัยภูมิ พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่น ๆ มากที่สุด จำนวน 388 คน ร้อยละ 5.70 รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,801 คน ร้อยละ 4.72 และน้อยที่สุด คือ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1,223 คน ร้อยละ 3.74 และมีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ติดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่งด่วนอื่นๆ) มากที่สุด คือจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 194 คน ร้อยละ 2.85 รองลงมา คือจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 907 คน ร้อยละ 2.38 และน้อยที่สุด คือจังหวัดบุรีรัมย์ 455 คน ร้อยละ 1.39

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ แบบสังเกตอาการ 9S จำแนกรายด้าน เขตสุขภาพที่ 9 (n= 85,532)

สังเกตอาการ 9S	จำนวน (คน)	
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)
<b>ด้านพฤติกรรม (ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้)</b>	<b>82,290 (96.21)</b>	<b>3,242 (3.79)</b>
ประถมศึกษา	48,740 (95.61)	2,240 (4.39)
มัธยมศึกษา	33,550 (97.10)	1,002 (2.90)
<b>ด้านอารมณ์ (เศร้า/เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน)</b>	<b>83,290 (97.38)</b>	<b>2,242 (2.62)</b>
ประถมศึกษา	50,020 (98.12)	960 (1.88)
มัธยมศึกษา	33,270 (96.29)	1,282 (3.71)
<b>ด้านทักษะสังคม (ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน)</b>	<b>84,732 (99.06)</b>	<b>800 (0.94)</b>
ประถมศึกษา	50,541 (99.14)	439 (0.86)
มัธยมศึกษา	34,191 (98.96)	361 (1.04)

จากตารางที่ 6 เครื่องมือสังเกตอาการ 9 ข้อ (9S) เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินความเสี่ยงใน 3 กลุ่มอาการ เมื่อวิเคราะห์ปัญหาตามเกณฑ์การประเมินแต่ละด้าน แบ่งเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มควบคุม พบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหามากที่สุดคือ ด้านพฤติกรรม (ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้) จำนวน 3,242 คน ร้อยละ 3.79 รองลงมาคือด้านอารมณ์ (เศร้า/เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน) และด้านทักษะสังคม (ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน) จำนวน 2,242 คน ร้อยละ 2.62 และจำนวน 800 คน ร้อยละ 0.94 ตามลำดับ ซึ่งเสนอรายด้านแยกตามระดับชั้นพบว่า

1. ด้านพฤติกรรม (ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีความเสี่ยง จำนวน 2,240 คน ร้อยละ 4.39 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษา มีความเสี่ยงจำนวน 1,002 คน ร้อยละ 2.90
2. ด้านอารมณ์ (เศร้า/เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งมีความเสี่ยงจำนวน 1,282 คน ร้อยละ 3.71 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษาที่มีความเสี่ยง จำนวน 960 คน ร้อยละ 1.88
3. ด้านทักษะสังคม (ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน) พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งมีความเสี่ยงจำนวน 361 คน ร้อยละ 1.04 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษาที่มีความเสี่ยง จำนวน 439 คน ร้อยละ 0.86

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ แบบสังเกตอาการ 9S จำแนกรายจังหวัด (n= 85,532)

สังเกตอาการ 9S	จำนวน (คน)	
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)
<b>ด้านพฤติกรรม (ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้)</b>	<b>82,290 (96.21)</b>	<b>3,242 (3.79)</b>
ชัยภูมิ	5,421 (96.29)	209 (3.71)
นครราชสีมา	32,295 (96.02)	1,338 (3.98)
บุรีรัมย์	28,568 (96.65)	991 (3.35)
สุรินทร์	16,006 (95.79)	704 (4.21)
<b>ด้านอารมณ์ (เศร้า/เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน)</b>	<b>83,290 (97.38)</b>	<b>2,242 (2.62)</b>
ชัยภูมิ	5,424 (96.34)	206 (3.66)
นครราชสีมา	32,636 (97.04)	997 (2.96)
บุรีรัมย์	28,986 (98.06)	573 (1.94)
สุรินทร์	16,244 (97.21)	466 (2.79)
<b>ด้านทักษะสังคม (ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน)</b>	<b>84,732 (99.06)</b>	<b>800 (0.94)</b>
ชัยภูมิ	5,577 (99.06)	53 (0.94)
นครราชสีมา	33,276 (98.94)	357 (1.06)
บุรีรัมย์	29,337 (99.25)	222 (0.75)
สุรินทร์	16,542 (98.99)	168 (1.01)

จากตารางที่ 7 การประเมินความเสี่ยงใน 3 กลุ่มอาการ จากแบบสังเกตอาการ 9S พบว่าใน 4 จังหวัด พบปัญหาด้านพฤติกรรมสูงสุดเป็นอันดับ 1 รองลงมา ด้านอารมณ์ และด้านทักษะสังคม ตามลำดับ ซึ่งเสนอในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรม (ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้) พบว่า จังหวัดสุรินทร์ พบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 704 คน ร้อยละ 4.21 รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,338 คน ร้อยละ 3.98 และจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 209 คน ร้อยละ 3.71 ตามลำดับ

2. ด้านอารมณ์ (เศร้า/เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน) พบว่า จังหวัดชัยภูมิ พบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 206 คน ร้อยละ 3.66 รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 997 คน ร้อยละ 2.96 และจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 466 คน ร้อยละ 2.79 ตามลำดับ

3. ด้านทักษะสังคม (ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน) พบว่า จังหวัดนครราชสีมา พบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 357 คน ร้อยละ 1.06 รองลงมาคือ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 168 คน ร้อยละ 1.01 และ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 53 คน ร้อยละ 0.94 ตามลำดับ

**ตารางที่ 8** แสดงการวิเคราะห์ปัญหาด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของเด็กไทย (SDQ) เฉพาะจุดอ่อน ชุดครูประเมิน (n= 9,123)

จุดอ่อน (SDQ)	จำนวน (คน)		
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา จำนวน (ร้อยละ)
<b>1. กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์</b>	<b>5,699 (62.47)</b>	<b>1,183 (12.97)</b>	<b>2,241 (24.56)</b>
ประถมศึกษา	3,262 (67.15)	621 (12.78)	975 (20.07)
มัธยมศึกษา	2,437 (57.14)	562 (13.18)	1,266 (29.68)
<b>2. กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง</b>	<b>6,113 (67.01)</b>	<b>893 (9.79)</b>	<b>2,117 (23.21)</b>
ประถมศึกษา	2,885 (59.39)	496 (10.21)	1,477 (30.40)
มัธยมศึกษา	3,228 (75.69)	397 (9.31)	640 (15.01)
<b>3. กลุ่มพฤติกรรมเกร</b>	<b>6,317 (69.24)</b>	<b>1,188 (13.02)</b>	<b>1,618 (17.74)</b>
ประถมศึกษา	3,339 (68.73)	613 (12.62)	906 (18.65)
มัธยมศึกษา	2,978 (69.82)	575 (13.48)	712 (16.69)
<b>4. กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน</b>	<b>7,073 (77.53)</b>	<b>1,291 (14.15)</b>	<b>759 (8.32)</b>
ประถมศึกษา	3,685 (75.85)	708 (14.57)	465 (9.57)
มัธยมศึกษา	3,388 (79.44)	583 (13.67)	294 (6.89)
<b>ผลรวมประเมิน SDQ</b>	<b>4,884 (53.54)</b>	<b>1,512 (16.57)</b>	<b>2,727 (29.89)</b>
ประถมศึกษา	2,516 (51.79)	814 (16.76)	1,528 (31.45)
มัธยมศึกษา	2,368 (55.52)	698 (16.37)	1,199 (28.11)

จากตารางที่ 8 เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมแต่ละด้าน ตามเกณฑ์การประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของเด็กไทย ของกรมสุขภาพจิต (2549) แบ่งเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา พบว่าพฤติกรรมด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหามากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 2,241 คน ร้อยละ 24.56 รองลงมาคือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จำนวน 2,117 คน ร้อยละ 23.21 พฤติกรรมเกร จำนวน 1,618 คน ร้อยละ 17.74 และคะแนนรวมปัญหาพฤติกรรม จำนวน 2,727 คน ร้อยละ 29.89 ส่วนพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 759 คน ร้อยละ 8.32 และเด็กถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน จำนวน 1,291 ร้อยละ 14.15 รองลงมาคือ พฤติกรรมเกร จำนวน 1,188 คน ร้อยละ

13.02 พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 1,183 คน ร้อยละ 12.97 คะแนนรวมปัญหาพฤติกรรม จำนวน 1,512 คน ร้อยละ 16.57 และน้อยที่สุดคือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จำนวน 893 คน ร้อยละ 9.79

ตารางที่ 9 แสดงการวิเคราะห์ปัญหาด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การประเมินจุดแข็ง และจุดอ่อนของเด็กไทย (SDQ) ชุดครูประเมิน แยกรายจังหวัด (n=9,123)

จุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ)	จำนวน (คน)		
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา จำนวน (ร้อยละ)
<b>1. กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์</b>	<b>5,699 (62.47)</b>	<b>1,183 (12.97)</b>	<b>2,241 (24.56)</b>
ชัยภูมิ	416 (56.06)	108 (14.56)	218 (29.38)
นครราชสีมา	2,459 (62.83)	497 (12.70)	958 (24.48)
บุรีรัมย์	1,643 (62.78)	360 (13.76)	614 (23.46)
สุรินทร์	1,181 (63.84)	218 (11.78)	451 (24.38)
<b>2. กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง</b>	<b>6,113 (67.01)</b>	<b>893 (9.79)</b>	<b>2,117 (23.21)</b>
ชัยภูมิ	531 (71.56)	69 (9.30)	142 (19.14)
นครราชสีมา	2,770 (70.77)	378 (9.66)	766 (19.57)
บุรีรัมย์	1,677 (64.08)	258 (9.86)	682 (26.06)
สุรินทร์	1,135 (61.35)	188 (10.16)	527 (28.49)
<b>3. กลุ่มพฤติกรรมเกร</b>	<b>6,317 (69.24)</b>	<b>1,188 (13.02)</b>	<b>1,618 (17.74)</b>
ชัยภูมิ	536 (72.24)	79 (10.65)	127 (17.12)
นครราชสีมา	2,808 (71.74)	491 (12.54)	615 (15.71)
บุรีรัมย์	1,735 (66.30)	379 (14.48)	503 (19.22)
สุรินทร์	1,238 (66.92)	239 (12.92)	373 (20.16)
<b>4. กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ กับเพื่อน</b>	<b>7,073 (77.53)</b>	<b>1,291 (14.15)</b>	<b>759 (8.32)</b>
ชัยภูมิ	570 (76.82)	99 (13.34)	73 (9.84)
นครราชสีมา	3,164 (80.84)	483 (12.34)	267 (6.82)
บุรีรัมย์	1,935 (73.94)	431 (16.47)	251 (9.59)
สุรินทร์	1,404 (75.89)	278 (15.03)	168 (9.08)
<b>ผลรวมประเมิน SDQ</b>	<b>4,884 (53.54)</b>	<b>1,512 (16.57)</b>	<b>2,727 (29.89)</b>
ชัยภูมิ	399 (53.77)	123 (16.58)	220 (29.65)
นครราชสีมา	2,227 (56.90)	664 (16.96)	1,023 (26.14)

จุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ)	จำนวน (คน)		
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา จำนวน (ร้อยละ)
บุรีรัมย์	1,313 (50.17)	412 (15.74)	892 (34.08)
สุรินทร์	945 (51.08)	313 (16.92)	592 (32)

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมแต่ละด้าน แยกรายจังหวัด จังหวัดชัยภูมิ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 218 คน ร้อยละ 29.38 รองลงมาคือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จำนวน 142 คน ร้อยละ 19.14 และพฤติกรรมเกรง จำนวน 127 คน ร้อยละ 17.12 ตามลำดับ จังหวัดนครราชสีมา ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 958 คน ร้อยละ 24.48 รองลงมาคือ พฤติกรรมเกรง จำนวน 615 คน ร้อยละ 15.71 และพฤติกรรมเกรง จำนวน 615 ร้อยละ 15.71 ตามลำดับ จังหวัดบุรีรัมย์ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จำนวน 682 คน ร้อยละ 26.06 รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 614 คน ร้อยละ 23.46 และพฤติกรรมเกรง จำนวน 503 คน ร้อยละ 19.22 ตามลำดับ จังหวัดสุรินทร์ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จำนวน 527 คน ร้อยละ 28.49 รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 451 คน ร้อยละ 24.38 และพฤติกรรมเกรง จำนวน 373 คน ร้อยละ 20.16 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ สรุปผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

ผลรวมการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประถมศึกษา</b>	<b>n=56,188</b>	
ปกติ	50,987	90.74
ควรดูแล	5,201	9.26
<b>มัธยมศึกษา</b>	<b>n=40,608</b>	
ปกติ	35,819	88.21
ควรดูแล	4,789	11.79
<b>รวม</b>	<b>n=96,796</b>	
ปกติ	86,806	89.68
ควรดูแล	9,990	10.32

จากตารางที่ 10 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภาพรวม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีผลการประเมินสุขภาพจิตปกติ จำนวน 86,806 คน ร้อยละ 89.68 และพบควรดูแลจำนวน 9,990 คน ร้อยละ 10.32 เมื่อแบ่งเป็นระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาพบควรดูแล จำนวน 5,201 คน ร้อยละ 9.26 และ จำนวน 4,789 คน ร้อยละ 11.79 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ สรุปผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต รายจังหวัด (n=96,796)

ผลรวมการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต	ปกติ	ควรดูแล
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชัยภูมิ	5,965 (87.62)	843 (12.38)
นครราชสีมา	33,776 (88.55)	4,366 (11.45)
บุรีรัมย์	29,903 (91.51)	2,775 (8.49)
สุรินทร์	17,162 (89.53)	2,006 (10.47)
<b>เขตสุขภาพที่ 9</b>	<b>86,806 (89.68)</b>	<b>9,990 (10.32)</b>

จากตารางที่ 11 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภาพรวม แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่ผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่างพบควรดูแลมากที่สุด คือจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 843 คน ร้อยละ 12.38 รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4,366 คน ร้อยละ 11.45 และน้อยที่สุด คือจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 2,775 คน ร้อยละ 8.49

## บทที่ 5

### สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนที่มีอายุ 6 – 19 ปี กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในเขตสุขภาพที่ 9 ใช้เครื่องมือแบบสำรวจที่พัฒนาขึ้นจากกรมสุขภาพจิต ผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ได้แก่ แบบประเมินปัญหาหรือสภาวะที่ต้องการดูแลทันที (Red Flag) แบบสังเกตอาการ 9S และแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับครู เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft excel และโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

#### 5.1 สรุปผลการศึกษา

##### 5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 96,796 คน แบ่งการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 56,188 คน ร้อยละ 58 และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 40,608 คน ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 38,142 คน ร้อยละ 39.40 และจำนวน 32,678 คน ร้อยละ 33.76 ตามลำดับ

##### 5.1.2 การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

###### 5.1.2.1 ความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ชัดเจน (Red Flag)

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่น ๆ และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ดัดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่ร่อนอื่น ๆ) จำนวน 92,483 คน ร้อยละ 95.54 และจำนวน 94,960 คน ร้อยละ 98.10 ตามลำดับ เมื่อแบ่งตามข้อคำถาม พบว่า ในข้อมีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียนจากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่น ๆ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 2,049 คน ร้อยละ 5.05 และมากที่สุดในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 388 คน ร้อยละ 5.70 ส่วนข้อปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ดัดเกม พฤติกรรมรุนแรง และทำร้ายตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย หรือปัญหาเร่ร่อนอื่น ๆ) พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษาเช่นเดียวกัน จำนวน 1,472 คน ร้อยละ 3.62 และพบมากที่สุดในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน

194 คน ร้อยละ 2.85 ส่วนจังหวัดที่พบกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ชัดเจน (Red Flag) น้อยที่สุดคือ จังหวัดบุรีรัมย์ ข้อที่ 1 จำนวน 1,223 คน ร้อยละ 3.74 และข้อที่ 2 จำนวน 455 คน ร้อยละ 1.39 ตามลำดับ

#### 5.1.2.2 เครื่องมือสังเกตอาการ 9 ข้อ (9S)

##### 1. ด้านพฤติกรรม (ชนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้)

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงด้านนี้มากที่สุด จำนวน 3,242 คน ร้อยละ 3.79 เมื่อแบ่งเป็นระดับการศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษาซึ่งมีความเสี่ยง จำนวน 2,240 คน ร้อยละ 4.39 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษา มีความเสี่ยงจำนวน 1,002 คน ร้อยละ 2.90 และจังหวัดสุรินทร์ พบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 704 คน ร้อยละ 4.21

##### 2. ด้านอารมณ์ (เศร้า/เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน)

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยง จำนวน 2,242 คน ร้อยละ 2.62 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งมีความเสี่ยงจำนวน 1,282 คน ร้อยละ 3.71 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษาที่มีความเสี่ยง จำนวน 960 คน ร้อยละ 1.88 และจังหวัดชัยภูมิ พบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 206 คน ร้อยละ 3.66

##### 3. ด้านทักษะสังคม (ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน)

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยง จำนวน 800 ร้อยละ 0.94 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งมีความเสี่ยงจำนวน 361 คน ร้อยละ 1.04 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษาที่มีความเสี่ยง จำนวน 439 คน ร้อยละ 0.86 และจังหวัดนครราชสีมา พบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด จำนวน 357 คน ร้อยละ 1.06

#### 5.1.2.3 การประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ)

##### 1. พฤติกรรมด้านอารมณ์

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปกติ จำนวน 5,699 คน ร้อยละ 62.47 และส่วนใหญ่พบมีปัญหาในกลุ่มตัวอย่างระดับชั้นมัธยมจำนวน 1,266 คน ร้อยละ 29.68 และพบกลุ่มมีปัญหาที่สุดในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 218 คน ร้อยละ 29.38

##### 2. พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปกติ จำนวน 6,113 คน ร้อยละ 67.01 และส่วนใหญ่พบมีปัญหาในกลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 1,477 คน ร้อยละ 30.40 และพบกลุ่มมีปัญหาที่สุดในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 527 คน ร้อยละ 28.49

### 3. พฤติกรรมเกร

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปกติ จำนวน 6,317 คน ร้อยละ 69.24 และส่วนใหญ่พบมี ปัญหาในกลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 906 คน ร้อยละ 18.65 และพบกลุ่มมีปัญหา มากที่สุดใน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 373 คน ร้อยละ 20.16

### 4. พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปกติ จำนวน 7,073 คน ร้อยละ 77.53 และส่วนใหญ่พบมี ปัญหาในกลุ่มตัวอย่างระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 465 ร้อยละ 9.57 และพบกลุ่มมีปัญหา มากที่สุดในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 73 คน ร้อยละ 9.84

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมแต่ละด้าน ตามเกณฑ์การประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของเด็กไทย ของกรมสุขภาพจิต (2549) แบ่งเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหา พบว่าพฤติกรรมด้านที่กลุ่มตัวอย่าง มีปัญหา มากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 2,241 คน ร้อยละ 24.56 รองลงมาคือ พฤติกรรมอยู่ไม่ นิ่ง จำนวน 2,117 คน ร้อยละ 23.21 พฤติกรรมเกร จำนวน 1,618 คน ร้อยละ 17.74 และคะแนนรวมปัญหา พฤติกรรม จำนวน 2,727 คน ร้อยละ 29.89 ส่วนพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 759 คน ร้อยละ 8.32 และเด็กถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน จำนวน 1,291 ร้อยละ 14.15 รองลงมาคือ พฤติกรรมเกร จำนวน 1,188 คน ร้อยละ 13.02 พฤติกรรมด้าน อารมณ์ จำนวน 1,183 คน ร้อยละ 12.97 คะแนนรวมปัญหาพฤติกรรม จำนวน 1,512 คน ร้อยละ 16.57 และ น้อยที่สุดคือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จำนวน 893 คน ร้อยละ 9.79

#### 5.1.2.4 ผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภาพรวม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีผลการประเมินสุขภาพจิตปกติ จำนวน 86,806 คน ร้อยละ 89.68 และพบควบคุมดูแลจำนวน 9,990 คน ร้อยละ 10.32 เมื่อแบ่งเป็นระดับชั้น ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาพบควบคุมดูแล จำนวน 5,201 คน ร้อยละ 9.26 และ จำนวน 4,789 คน ร้อยละ 11.79 ตามลำดับ

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภาพรวม แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่ผลการประเมินของกลุ่ม ตัวอย่างพบควบคุมดูแลมากที่สุด คือจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 843 คน ร้อยละ 12.38 รองลงมาคือจังหวัด นครราชสีมา จำนวน 4,366 คน ร้อยละ 11.45 และน้อยที่สุด คือจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 2,775 คน ร้อยละ 8.49

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษาผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กระดับชั้นประถมศึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยคือ ปัญหาด้านพฤติกรรม (ซนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้) สอดคล้องกับผลการศึกษาโรคมหาธิสั้นในเด็กอายุ 5 – 14 ปี ของพรชนก หิรัญเข้ว่า (2564, 50) พบผู้ป่วยสมาธิสั้น อายุเฉลี่ย  $8 \pm 1.84$  ปี และจากผลการสำรวจระดับวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 6.7 ในเด็กและวัยรุ่นเพศชาย 1,938 คน ร้อยละ 50.8 (ประเสริฐ จุฑา และคณะ, 2560) นอกจากนี้ปัญหาด้านพฤติกรรมยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม พบความชุกของการข่มเหงรังแกในเด็กมัธยมต้น ร้อยละ 23.4 มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พบว่ามาจากปัญหาสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกร (ชุตินาถ ศักรินทร์กุล และอลิสรา วัชรสินธุ, 2557)

2. ผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กระดับชั้นมัธยมศึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยคือ ปัญหาด้านอารมณ์ (เศร้า/เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน) สอดคล้องกับการศึกษาของ Petruzzelli, M. G., et al. (2024). พบว่า 1 ใน 4 ประเภทของเรื่องที่วัยรุ่นมาขอคำปรึกษา มากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือโรคมหิตเศร้า และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้เกณฑ์ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (DSM-IV) พบว่าวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13 - 17 ปีมีความชุกของโรคมหิตเศร้าที่ระยะ 12 เดือน และ 30 วันเท่ากับ ร้อยละ 8.2 และ 2.6 ตามลำดับ จากสถานการณ์โรคมหิตเศร้าในประเทศไทยประจำปี 2560 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมหิตเศร้าถึงร้อยละ 44 มีอัตราการป่วยด้วยโรคมหิตเศร้าร้อยละ 18 และพบว่าวัยรุ่นฆ่าตัวตายเพราะโรคมหิตเศร้าประมาณปีละ 4,000 ราย ถือเป็นอันดับ 3 ของโลก 9

3. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัดจากผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ สามารถชี้ให้เห็นประเด็นปัญหา หรือจุดมุ่งเน้นที่สำคัญในแต่ละพื้นที่ พงศ์ศิลป์ วิลาชัย และมนัสชกรณ์ พิชัยจุมพล (2564,) พัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ซึ่งการมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำในพื้นที่ สามารถทำให้เครือข่ายแกนนำมีส่วนร่วมทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ศรี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพโร ทองนิมิต (2565,229) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคมหิตเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวัง ดูแลโรคมหิตเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ลดลงในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยการดำเนินการดังกล่าวใช้ทรัพยากรคน เงิน ของเพียงเท่าที่มีอยู่เท่านั้น ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีหลายกลุ่มปัญหา จึงไม่สามารถใช้ทุกเครื่องมือในการคัดกรองทุกกลุ่มปัญหาในเด็กทุกคนได้ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งในเรื่องบุคลากรและงบประมาณ ดังนั้น การเลือกว่าจะคัดกรองเรื่องใด ในเด็กกลุ่มไหน จึงต้องมีหลักการในการพิจารณา เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งการใช้ระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) โดยแบบประเมิน 9S Plus ซึ่งเป็น เครื่องมือสังเกตอาการเบื้องต้น เพื่อคัดกรองเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ที่อาจมีปัญหาด้านพฤติกรรม-อารมณ์-สังคม จากการสังเกตโดยครูประจำชั้น จึงช่วยลดข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากรและสามารถค้นหาประเด็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในแต่ละพื้นที่ได้

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 ควรมีการสนับสนุนทางวิชาการที่เชื่อมโยงกับข้อมูลผลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน เช่น โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่พบในพื้นที่ การกำกับติดตามโดยใช้ข้อมูลผลการดำเนินงาน การใช้งานระบบเฝ้าระวัง หรือการดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาครูประจำชั้นในการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง ผ่านนักจิตวิทยาในพื้นที่ที่เป็นคู่เครือข่ายของโรงเรียนร่วมไปถึงการวิจัยประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบเพื่อเป็นแนวทางให้กับพื้นที่อื่นๆ

2. สนับสนุนวิชาการ แนวทาง และเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตให้กับสถานศึกษาในพื้นที่เพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. สนับสนุนวิชาการ แนวทาง และเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตให้เครือข่ายสาธารณสุข รวมถึงข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นตามประเด็นปัญหาที่พบในพื้นที่

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ผ่านระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ (School Health HERO) ในเขตสุขภาพที่ 9 ที่เกิดผลลัพธ์กับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบสถานศึกษาในสังกัดอื่นๆ เช่น สังกัดเอกชน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา หรือสถานศึกษาที่อยู่ภายในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล

### บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2545). สุขภาพจิตคืออะไร. Retrieved from <https://dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp>
- คณะทำงานศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 – 13. (2562). มาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพจิตด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. Retrieved from <https://mhc3.dmh.go.th/file>
- คณินธร ล้อคำ. (2560). การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณลักษณะพัฒนาการวัยรุ่นเชิงบวกในบริบทของวัยรุ่นไทย (ปริญญาโทบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. Retrieved from <http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/>
- ชุตินาถ ศักรินทร์กุล และอลิสสา วัชรสินธุ์. (2557). ความชุกของการชมเหงรังแกและปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(3), 221-230.
- เจษฎา ธนกิจเจริญกุล. (ม.ป.ป.). หลักการระบาดวิทยาการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขและการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา. Retrieved from [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/01\\_Priciple%20of%20Epi%20PHsurveillance%20and%20OB%20investigation\\_JT%20edit%20BG.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/01_Priciple%20of%20Epi%20PHsurveillance%20and%20OB%20investigation_JT%20edit%20BG.pdf)
- พงศ์ศิลป์ วิลาชัย และมนัสชกรณ พิชัยจุมพล. (2564). การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านมาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา (รายงานการวิจัย). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- พรชนก หิรัญเข้ว่า. (2564). โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 5-14 ปี โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. *Chaiyaphum Medical Journal*, 2564(2), 42-52.
- ประเสริฐ จุฑา และคณะ. (2560). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. *วารสารราชานุกูล*, 32(1), 1-13.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน วัยรุ่น ไม่ยากอย่างที่คิด.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยเรียน 6-12 ปี.

สิริลักษณ์ วงศ์ประสิทธิ์. (2554). ศึกษาสุขภาพจิตของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2554 มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก.

หัตถยา ดำรงผล. (2560). ทักษะชีวิตในเด็กวัยเรียน School Age Children Life Skills. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(3), 271-276.

ศรียไพโร ทองนิมิต. (2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 220-231.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี. (ม.ป.ป.). การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE). Retrieved from <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2019/08-1018-20190802160808/fe7ce08220f9e221a1ef2c4739bc41f8.pdf>

World Health Organization (WHO). (2013). What is mental health? WHO.

Petruzzelli, M. G., et al. (2024). Adolescent mental health: A focus on psychiatric counseling from the emergency room of an Italian university hospital in the five years from 2019 to 2023. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(5), 1248–1259. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14050082>

ภาคผนวก

## แบบสังเกตอาการ 9S Plus

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....  
 เพศ.....วันเดือนปีเกิด.....ชั้นเรียน.....

### 1. Red Flag (ปัญหาหรือสภาวะที่ต้องการการดูแลทันทีโดยไม่ต้องเฝ้าระวังหรือคัดกรองซ้ำอีก)

- มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม หรือปัญหาการเรียน จากการสังเกตหรือเครื่องมือประเมินอื่นๆ
- มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (เสี่ยงทางเพศ สารเสพติด ดัดเกม ฯลฯ หรือปัญหาเรื้อรังอื่นๆ)
- ไม่พบปัญหาข้างต้น

#### ข้อกำหนด และคำชี้แจงการใช้เครื่องมือ

1. หากพบปัญหาในข้อคำถาม Red Flag ครูสามารถเริ่มการดูแลช่วยเหลือนักเรียนได้โดยไม่ต้องเฝ้าระวังด้วยแบบสังเกตอาการ 9S และข้ามไปทำแบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (The Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ)

2. หากไม่พบปัญหาให้ครูประเมินนักเรียนโดยใช้แบบสังเกตอาการ 9S

### 2. แบบสังเกตอาการ 9S

กลุ่มอาการ	อาการ	ใช่	ไม่ใช่
กลุ่มพฤติกรรมสมาธิสั้น	ซนเกินไป		
	ใจลอย		
	รอคอยไม่ได้		
กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล	เครียด หงุดหงิดง่าย		
	ท้อแท้ เบื่อหน่าย		
	ไม่ยอมไปโรงเรียน		
กลุ่มการกลั่นแกล้งรังแกและปัญหาการเข้าสังคม	แกล้งเพื่อน		
	ถูกเพื่อนแกล้ง		
	ไม่มีเพื่อนสนิท		

#### เกณฑ์การคิดคะแนน

3 ข้อแรก ซนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้ เป็นบวกเมื่อ ตอบ “ใช่” 1 ข้อ

3 ข้อกลาง เครียด/หงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่ยอมไปโรงเรียน เป็นบวกเมื่อ ตอบ “ใช่” 1 ข้อ

3 ข้อหลัง ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน เป็นบวกเมื่อ ตอบ “ใช่” 2 ข้อ หรือตอบ “ใช่” ข้อ ไม่มีเพื่อนสนิท

### ข้อกำหนด และคำชี้แจงการใช้เครื่องมือ

1. เป็นข้อคำถามสั้นๆ เพื่อช่วยให้ครูมีแนวทางในการสังเกตอาการนักเรียนที่อาจมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ สังคม
2. ใช้สังเกตอาการนักเรียนอายุ 6 – 15 ปี
3. ครูผู้สังเกตอาการควรรู้จักนักเรียนมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
4. หากสังเกตอาการแล้วมีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ สังคม **อย่างน้อยหนึ่งด้านเป็นบวก** แนะนำให้ครูใช้แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน (SDQ) ต่อ เพื่อประเมินปัญหาให้ละเอียดยิ่งขึ้นก่อนการดูแลและประเมินซ้ำ เพื่อติดตามผลการดูแลในแต่ละด้าน

## แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

## Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ทำเครื่องหมาย X ในช่อง  ได้ข้อความ ไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อ ให้ใกล้เคียงความเป็นจริงกับพฤติกรรมของเด็กที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือในช่วงปีการศึกษานี้

ชื่อเด็ก..... เพศของเด็ก  ชาย

วัน เดือน ปีเกิดของเด็ก..... อายุของเด็ก.....ปี  หญิง

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. อยู่ไม่สุข เคลื่อนไหวมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. บ่นปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เต็มใจแข่งขันกับเด็กอื่น ( ขนบ ของเล่น ดินสอ ฯลฯ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ค่อนข้างอยู่โดดเดี่ยว มักเล่นตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. โดยปกติแล้ว เชื่อฟัง ทำตามผู้ใหญ่บอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. หลุกหลิก หรือตื่นไปตื่นมาตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. มีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. มีเรื่องต่อสู้หรือรังแกเด็กอื่นบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. โดยทั่วไปเป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. วิดกกังวลหรือติดแฉเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ เสียความมั่นใจง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. พุดบดหรือขีโกงบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้งหรือรังแก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. มักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น ( พ่อแม่ ครู เด็กอื่น )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. คิดก่อนทำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. มีความกังวลหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น.....

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

ไม่มี ปัญหา	มีปัญหา เล็กน้อย	มีปัญหา ชัดเจน	มีปัญหา อย่างรุนแรง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าคุณตอบ "มีปัญหา....." โปรดตอบข้อ 1) - 4) ต่อไปนี้ด้วย

1) ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

น้อยกว่า 1 เดือน	1 - 5 เดือน	6 - 12 เดือน	มากกว่า 1 ปี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) ปัญหาที่มี รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) ปัญหาที่มี ทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในแต่ละสัปดาห์เด็กคนนี้อยู่กับคุณโดยเฉลี่ยกี่ชั่วโมง ( โปรดระบุ )..... ชั่วโมง

ลายเซ็น..... วันที่ .....

โปรดระบุความสัมพันธ์กับเด็ก ( ครูประจำชั้น/อื่นๆ ).....

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ  
ขอคุณที่ให้ความร่วมมือในการกรอกแบบประเมินนี้



**กรมสุขภาพจิต**  
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9