



การพัฒนาแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง และดูแลโรคซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565

The development of a Depression surveillance and care Model for high school students, Phrai
Bueng District, Sisaket Province in 2022

(Received: February 14,2023 ; Revised: February 22,2023 ; Accepted: February 24,2023)

ศรีไพร ทองนิมิต¹

Sriphrai Thongnimit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงาน (Working Model) เฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 และ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (The New Working Model) ไปดำเนินการในพื้นที่อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2565 – 30 กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียนทุกสังกัดทุกคน ในอำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 จำนวน 664 คน ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 644 คน และครูประจำชั้น จำนวน 36 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ t- test เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มตัวอย่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งโดยนักเรียน ผู้ปกครองและครูดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการประเมินความพึงพอใจของนักเรียน ผู้ปกครอง ครูเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงสรุปได้ว่า รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ดีกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากมีวิธีการพัฒนารูปแบบที่ดี จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์รูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบใหม่เบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่และการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้เกิดระบบที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง มีวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดีเป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานด้วยหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีการติดตามประเมินผลที่ดีและนำผลไปพัฒนารูปแบบขณะดำเนินการเป็นระยะๆ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงาน เสนอแนะ ให้พัฒนาต่อเนื่องและครอบคลุมทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ควรนำไปประยุกต์และขยายผลการพัฒนางานสู่พื้นที่ระดับจังหวัด ระดับประเทศ ให้ต่อเนื่องครอบคลุมและยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าในนักเรียน,การดูแลโรคซึมเศร้า,การพัฒนาแบบการดำเนินงาน

Abstract

The aim of this research and development project was to 1) develop a working model for Surveillance and care for depression for high school students, Phrai Bueng District, Sisaket Province in 2022, and 2) compare the results before and after the implementation of the developed model, which was conducted in Phrai Bueng District from June 1, 2022, to September 30, 2022. The samples consisted of: 1) All high school students who are studying in the school system under all affiliations in Phrai Bueng District totaling 644 people, Parents of 644 students, and 36 homeroom teachers. Descriptive statistics, (frequency, percentage, mean, and standard deviation), and a t-test at alpha 0.05 were used for data analysis. The results revealed that after the implementation of the new working model, the results of evaluation of depression and suicidal ideation in

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไพรบึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

the sample population .were significantly decrease ($p < 0.05$).

The results of evaluation of strengths and difficulties assessment (SDQ) by students, students' parents and homeroom teachers were significantly higher ($p < 0.05$). And satisfaction assessment results of students, students' parents and homeroom teachers were significantly higher ($p < 0.05$). These findings indicated that the newly developed working model is superior to the original model. This is due to the effective methods and techniques deployed in the model development process, which included four steps: analysis of the original model, initial model development, new model implementation, and conclusion of the implementation results of the newly developed model. These activities result in clear working systems, a practical model, and well-prepared workers before they begin working, and an effective model implementation method with the participation of relevant individuals from the outset. . It is suggested that continuous development and consideration of all related factors be pursued and the model should be applied and extended for continuous and sustainable development.

Keywords: depression in students, depression care, Working Model Development

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันเวลาก็จะถึงขั้นฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ เป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับประเทศไทย พบเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง และอันดับ 10 ในผู้ชาย ซึ่งมีคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน¹ วัยรุ่นเป็นช่วงระยะเวลาที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงร่วมกันหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ลักษณะทางเพศ การพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเองที่ต้องแยกจากพ่อแม่ และการที่ต้องตัดสินใจด้วยตนเองเป็นครั้งแรกในชีวิต² ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการสูญเสียสุขภาพในช่วงวัยรุ่น³ จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่ผ่านมาพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้ามีเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นช่วงอายุ 15-18 ปี⁴

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบได้ในหลายประเทศทั่วโลก วัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.20⁵ ประเทศนอร์เวย์ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.60⁶ ส่วนวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.03 - 52.90⁷ จากการสำรวจขององค์การ

อนามัยโลกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า วัยรุ่นไทยมีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 15 และเคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13⁸ การศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.6⁹ แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความชุกค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเป็นช่วงที่ต้องเตรียมศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัยหรือเตรียมเข้าสู่งานประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้เลี้ยงตนเอง วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ เปื่อหน่าย ว่าเหว่ เกิดความสับสนและมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ส่งผลให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึก ไร้ค่า สิ้นหวัง¹⁰ และในบางรายอาจ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย¹¹ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าทำให้วัยรุ่นมีความสนใจในสิ่งแวดลอมลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดเชิงซ้ำ ประสิทธิภาพการรับรู้ลดลง ส่งผลทำให้มีผลการเรียนตกต่ำบางครั้งต้องพักการเรียน อาจไม่สำเร็จการศึกษาหรือต้องลาออกจากโรงเรียน¹²

ที่ผ่านมาได้มีการจัดบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้าในโรงเรียน เป็นเพียงการป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแบบทั่วไป ขาดการติดตามเฝ้าระวังดูแลให้สอดคล้องตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ หรือยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทจริงของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ

ทำการศึกษาโดยหวังว่าผลการศึกษานี้จะสามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหารอคซึมเศร้าในนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการในพื้นที่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยวิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี รูปแบบเดิม วิธีการดำเนินงาน และ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพร้อมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาจุด หรือประเด็น ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งศึกษาวรรณกรรม ทั้งทฤษฎี หลักการ นโยบาย แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน และ ผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ในพื้นที่ทดลอง

ระยะที่ 2 การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ (Working Model Development) การเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อ.ไทรบุรี จ. ศรีสะเกษ โดยจัดประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลไทรบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน แกนนำนักเรียน เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี และร่วมระดม

ความคิดออกแบบกระบวนการดำเนินงาน โดยใช้หลักการ Principle of management⁽¹³⁾ ที่ครบวงจร ร่วมออกแบบจัดทำผังการดำเนินงาน Flow chart ตามแนวทาง การประยุกต์แนวคิด 3P- 3C-PDSA/DALI⁽¹⁴⁾ และคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานดูแลภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้

ระยะที่ 3 การวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) โดยเปรียบเทียบผลต่างของสัดส่วนของคะแนนผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และผลการประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียนทุกสังกัด ทุกคน ในอำเภอไทรบุรี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 4 โรงเรียน รวม 664 คน ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 664 คน และครูประจำชั้นนักเรียน จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model Development) เฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรีจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 และเครื่องมือการดำเนินงานภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตประกอบด้วย

- 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)
- 2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

- 3) แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8
คำถาม (8Q)
- 4) สมุดประจำตัวเพื่อการดูแลเฝ้าระวังโรค
ซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต
- 5) แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน
(Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)
ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และผลการประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอยะปริง จังหวัดศรีสะเกษ แบบ One group pretest-post test โดยใช้สถิติพรรณนาการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงาน หรือ เปรียบเทียบผลลัพธ์ (Product Evaluation) และ ความพึงพอใจรูปแบบการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอยะปริง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยใช้สถิติ t- test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวทางและมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรองที่ SPPH-2022-041 ระหว่างวันที่ 24 มิถุนายน 2565 - 23 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1.ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Model Development) การเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอยะปริง จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวทาง 3P (Purpose Process Performance) เป็นการใช้นวัตกรรมเพื่อออกแบบระบบและการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน (Purpose) ในประเด็นหรืองานที่ทำ แล้วออกแบบกระบวนการหรือแนวปฏิบัติ(Process) เพื่อดำเนินการให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายโดยกำหนดตัววัดความสำเร็จเพื่อสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการพัฒนา (Performance) และใช้ผลลัพธ์เพื่อเรียนรู้หาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานยกระดับสู่เป้าหมายที่ต้องการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ครู และเครือข่ายเพื่อการดูแลภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน

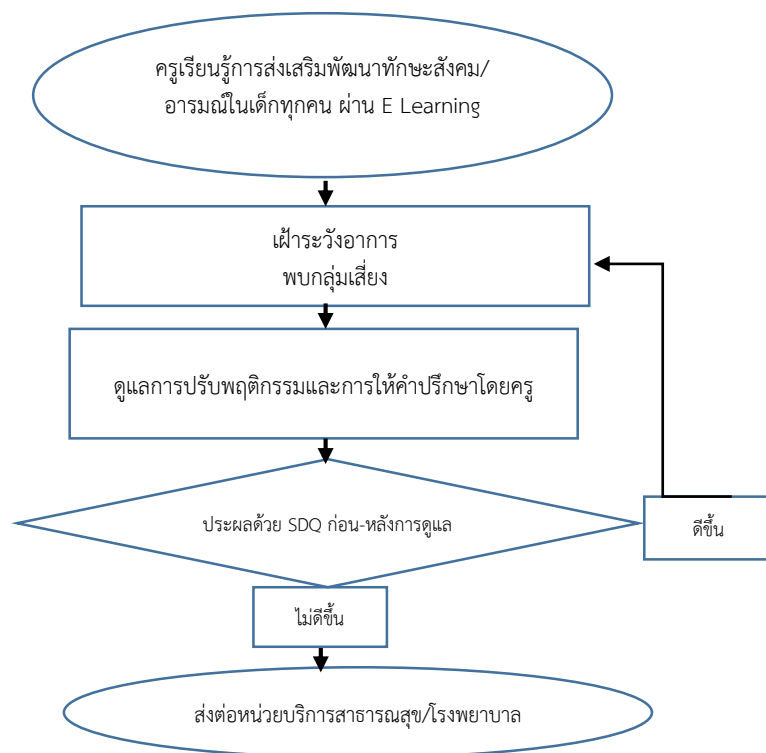
เป้าหมาย (Purpose)	กระบวนการหรือแนวปฏิบัติ ตามแนวทาง คู่มือ (Process)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้น (Performance)
ระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน	พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม	1.มีการคัดกรองด้วยแบบประเมิน SDQ 25 ข้อ 2.มีการริเริ่มนำ ระบบ School Health RERO ออนไลน์มาใช้
เสริมสร้างการเรียนรู้ภาวะซึมเศร้าของบุคลากร เครือข่าย	จัดกระบวนการเรียนรู้เทคนิคส่งเสริมพัฒนา ป้องกัน แก้ไขด้วยการปรับพฤติกรรม และการให้คำปรึกษา	1.ระบบป้องกันตามโครงการ to be number one กลุ่มเพื่อช่วยเหลือเพื่อนในโรงเรียน 2.เรียนรู้ผ่าน e-learning ระบบออนไลน์ School Health RERO 3.การปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโดยบุคลากรสาธารณสุข
สร้างระบบดูแลและประเมินผลการดูแล ภาวะซึมเศร้าในนักเรียน	ดูแลและประเมินผลการดูแลด้วยการปรับพฤติกรรมและ/หรือการให้คำปรึกษา	1.ดูแลด้วยการปรับพฤติกรรมและให้คำปรึกษา โดยครู

ตารางที่ 1 บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ครู และเครือข่ายเพื่อการดูแลภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน

เป้าหมาย (Purpose)	กระบวนการหรือแนวปฏิบัติ ตามแนวทาง คู่มือ (Process)	ผลลัพธ์ของการพัฒนาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (Performance)
		2.ปรึกษาผ่าน ระบบออนไลน์ School Health RERO
พัฒนาระบบคำปรึกษาส่งต่อ	ให้คำปรึกษาส่งต่อตามแนวทาง(Flow chart) เมื่อมีอาการบ่งชี้	ส่งต่อ ระบบออนไลน์ School Health RERO

2. มีการออกแบบแนวปฏิบัติ โดยใช้หลัก 3P-PDSA เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง ผลการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลไทรบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน แกนนำนักเรียน นำเสนอผลการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้า

ระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไทรบุรี และร่วมระดมความคิดออกแบบกระบวนการดำเนินงาน จัดทำผังการดำเนินงาน Flow chart ตามแนวทาง การประยุกต์แนวคิดหลัก 3P-PDSA และคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานดูแลภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการดูแลภาวะซึมเศร้าเด็กมัธยมศึกษาต่อปลายอำเภอไทรบุรี ที่พัฒนาขึ้นใหม่ (The New Working Model)

2. ผลการทดลองใช้รูปแบบเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ก่อน กับ หลัง การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (The New Working Model) ไปดำเนินการในพื้นที่วิจัย

2.1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 644 คน เป็นเพศชาย 287 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 เพศหญิง 377 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8

2. ผลประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q

2.1 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q ก่อนดำเนินการ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q ก่อนดำเนินการในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Modal) เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่าง 664 คน พบว่า มีผลการประเมินปกติ 219 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 235 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 184 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับปกติ 349 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับน้อย 142 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลาง 125 คน

คิดเป็นร้อยละ 18.8 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 48 คน คิดเป็นร้อยละ 7.2

2.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q หลังดำเนินการ ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q หลังดำเนินการในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Working Modal) เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่าง 664 คน พบว่า มีผลการประเมินปกติ 506 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 128 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับปกติ 522 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับน้อย 28 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลาง 86 คน คิดเป็นร้อยละ 13.0 และมีความคิดฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 28 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

2.3 การประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) ก่อนดำเนินการ ผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างโดยนักเรียนเอง ผู้ปกครอง และครูประจำชั้น ก่อนดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังและเป็นข้อมูลนำเข้าประชุมเพื่อกำหนดแนวทางระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ดังตารางที่ 2

	ก่อนดำเนินการ																	
	กลุ่มปกติ				กลุ่มเสี่ยง				กลุ่มปัญหา									
	นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู		นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู							
	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%	น	%						
ประเมิน	444	66.8	277	41.7	199	29.9	104	15.7	201	30.3	279	42.0	116	17.5	186	28.1	186	28.1
	235	35.4	302	45.5	183	27.6	170	25.6	60	9.0	142	21.4	259	39.0	302	45.5	339	51.1
	240	36.2	292	44.0	149	22.4	83	12.5	222	33.4	308	46.4	341	51.4	150	22.7	207	31.2
พฤติกรรมด้านความประพฤติ	190	28.6	272	41.0	190	28.6	263	39.6	82	12.3	122	18.4	211	31.8	310	46.8	352	53.0
พฤติกรรมด้านสัมพันธกับเพื่อน	211	31.8	217	32.7	126	19.0	141	21.2	102	15.4	101	15.2	312	47.0	345	52.0	437	65.9

ตารางที่ 3 สรุปการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งหลังดำเนินการ

ก่อนดำเนินการ																		
ประเมิน	กลุ่มปกติ						กลุ่มเสี่ยง						กลุ่มปัญหา					
	นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู		นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู		นักเรียน		ผู้ปกครอง		ครู	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
พฤติกรรมด้านอารมณ์	551	82.9	532	80.1	469	70.6	45	6.8	44	6.6	126	19.0	68	10.3	88	13.4	69	10.4
พฤติกรรมอยู่ในห้อง/สมาธิสั้น	481	72.4	486	73.2	446	67.2	33	5.0	24	3.6	30	4.5	150	22.6	178	23.2	178	28.4
พฤติกรรมเกร/ความประพฤติ	473	71.2	478	72.0	414	62.3	35	5.3	125	18.8	165	24.8	156	23.5	61	9.2	85	12.8
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	462	69.5	483	72.5	422	63.5	100	15.1	59	8.9	54	8.1	102	15.5	122	18.6	188	28.5
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์กับครู	409	61.6	457	68.8	435	65.5	141	21.2	95	14.3	42	6.3	114	17.2	112	16.8	187	28.2

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ (Product Evaluation) ก่อนและหลังการดำเนินงาน

3.1 เปรียบเทียบผลการประเมินซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการดำเนินงาน ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ 2Q 9Q เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน

กลุ่มตัวอย่าง 644 คน พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ผลการประเมินการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการประเมินซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการดำเนินงาน

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
ประเมินซึมเศร้า 2Q 9Q	664	.74	.59	31.41	663	<.001
ประเมินเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8Q	644	.36	.61	15.41	663	<.001

3.2 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ก่อนและหลังการดำเนินงาน

3.2.1 เปรียบเทียบผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของผู้ปกครอง ผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของผู้ปกครอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มตัวอย่าง 644 คน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน

พฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น 3) ด้านพฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก 4) ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินประเมินจุดอ่อน(SDQ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ก่อนและหลังการดำเนินงานของผู้ปกครอง

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
พฤติกรรมด้านอารมณ์	664	2.35	3.15	19.27	663	<.001
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	664	2.07	3.25	16.44	663	<.001
พฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก	664	1.5	2.75	14.01	663	<.001
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	664	2.16	3.24	17.21	663	<.001
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	664	2.91	3.42	21.97	663	<.001

3.2.2 เปรียบเทียบผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของครู ผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของครู เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มตัวอย่าง 644 คน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น 3)

ด้านพฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก 4) ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินประเมินจุดอ่อน(SDQ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งก่อนและหลังการดำเนินงานของครู

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
พฤติกรรมด้านอารมณ์	664	2.56	3.28	20.14	663	<.001
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	664	2.79	3.36	21.36	663	<.001
พฤติกรรมเกร/ความประพฤติ	664	2.10	3.04	17.81	663	<.001
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	664	2.17	3.08	18.18	663	<.001
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	664	3.20	3.56	23.21	663	<.001

3.2.3 เปรียบเทียบผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของนักเรียน ผลการประเมินประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ของนักเรียนเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มตัวอย่าง 644 คน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/

สมาธิสั้น 3) ด้านพฤติกรรมเกร/ความประพฤติ 4) ด้านพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5) ด้านพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็งก่อนและหลังการดำเนินงานของนักเรียน

แบบประเมิน	N	$\bar{x}$	S.D	t	Df	p-Value
พฤติกรรมด้านอารมณ์	664	1.25	2.97	10.87	663	<.001
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	664	2.52	3.24	20.10	663	<.001
พฤติกรรมเกร/ความประพฤติ	664	2.35	3.38	17.88	663	<.001
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	664	2.29	2.95	19.97	663	<.001
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	664	1.87	3.20	15.06	663	<.001

4. ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน

4.1 ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลอยู่ที่ระดับน้อยทั้ง 3 กลุ่มดำเนินงานเฝ้าระวังและ

ดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และ ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการดำเนินงานใช้รูปแบบดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่พัฒนาขึ้น ความพึงพอใจของนักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้น เพิ่มขึ้นที่ระดับ ปานกลาง ระดับมาก ระดับมาก ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน

ความพึงพอใจ	ก่อน			หลัง		
นักเรียน	1.22	0.23	ระดับน้อย	2.19	0.17	ระดับปานกลาง
ผู้ปกครอง	1.14	0.30	ระดับน้อย	4.11	0.32	ระดับมาก
คุณครูประจำชั้น	1.28	0.30	ระดับน้อย	4.22	0.22	ระดับมาก

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการประเมินความพึงพอใจ นักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้นก่อนและหลังการดำเนินงาน การประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายใน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินการใหม่ ผลลัพธ์การประเมินความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการ

ความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	Df	p-Value
นักเรียน						
- ก่อนดำเนินการ	664	1.22	0.23	-252.78	663	<.001
- หลังดำเนินการ	664	2.19	0.17			
ผู้ปกครอง						
- ก่อนดำเนินการ	664	1.15	0.30	-272.38	663	<.001
- หลังดำเนินการ	664	4.12	0.32			
คุณครูประจำชั้น						
- ก่อนดำเนินการ	36	1.28	0.30	-701.35	35	<.001
- หลังดำเนินการ	36	4.22	0.22			

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่ารูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดีกว่ารูปแบบเดิม เห็นได้จากการมีผลลัพธ์การผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผลการประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง(SDO) ของนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้ง 5 ด้าน และผลประเมินความพึงพอใจของนักเรียน ครู ผู้ปกครอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการดำเนินการดังกล่าวใช้ทรัพยากรคน เงิน ของ เพียงเท่าที่มีอยู่เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ การวิจัยรูปแบบการฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเลยของชนิษฐา ชิดชิง,ประจัญ กิ่งมิ่งแฮ,ธนภุต ทูริสุทธิ์,สังคม ศุภรัตนกุล⁽¹⁵⁾ และสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิง

ประจักษ์สู่การปฏิบัติ ของดวงใจ วัฒนสินธุ์⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัธ คล่องดี,สุรัชย์ เณียง⁽¹⁷⁾ เรื่องภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษาที่เป็นดังนี้เนื่องจากการศึกษามีรูปแบบที่ดีเหมาะสมกับพื้นที่ทดลอง และมีกระบวนการในการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดีมีประสิทธิภาพสูง สอดคล้องกับแนวคิดแนวทาง และวิธีการของการทำวิจัยและพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (R&D for CSWM)⁽¹⁸⁾ ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาจากผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับตั้งแต่เริ่มต้น โดยเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การมีรูปแบบที่ดีและเหมาะสมกับพื้นที่ทดลองนั้น เห็นได้จากการมีองค์ประกอบของรูปแบบที่ครบถ้วน ทั้งหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบ และวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ การสร้างและพัฒนาแบบจากผู้ปฏิบัติงานทุกระดับตั้งแต่เริ่ม ต้น ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูง รวมทั้ง ลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง

สรุปสิ่งที่ได้จากการวิจัย

สิ่งที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ 4 ประการ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และ จุดเด่นที่พบจากการวิจัย ได้แก่

1. ได้รูปแบบการดำเนินงาน(working model) ใหม่ ที่ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่ ตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา(Research and Development: R&D)

2. จากข้อมูลผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบเดิม สรุปได้ว่าผลการดำเนินงานตามรูปแบบใหม่ของการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ดีกว่ารูปแบบเดิม

3. ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนางานผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่

4. ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานในการพัฒนาการดูแลการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ และเป็นต้นแบบขยายผลการสู่การพัฒนาการดำเนินงานในระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่ทดลอง คือ อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ควรดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ให้ต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จนเกิดเป็น “รูปแบบตัวอย่าง” ของการพัฒนาในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

และ ควรนำประสบการณ์ที่ได้จากการสร้างและพัฒนาแบบนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอื่นๆ ให้ครอบคลุมในทุกงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 การทำวิจัยในเรื่องเดิม ควรทำเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (R&D for CSWI) ที่สมบูรณ์แบบ ต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมรายละเอียดทุกๆ ด้าน อย่างครบถ้วนทั้งตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและตามบริบทของพื้นที่วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาการเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต้องเน้นกิจกรรมพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ผู้ปกครองและชุมชน การสร้างจิตสำนึกให้เกิดความตระหนักตามมาตรการทางวิชาการและเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยปฏิบัติการดังกล่าว ต้องมีการค้นคว้า อ้างอิง ใช้ข้อมูลวิเคราะห์สังเคราะห์ที่รอบด้านในทุกมิติ เพื่อนำมาออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน(Working model) การประสานการทำงานกับบุคคลในวิชาชีพสาธารณสุข วิชาชีพการศึกษา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อโน้มน้าวเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และเกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

2.2 การทำวิจัยในเรื่องใหม่ ควรประยุกต์แนวทางและวิธีการ ที่ได้ดำเนินการไป ในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการทำวิจัยในงานอื่น ๆ ทั้ง งานบริการ งานสนับสนุนทรัพยากร งานพัฒนางานบริการ งานพัฒนาหน่วยงาน และ งานบริหารจัดการ โดยสามารถทำได้ในทุกๆงาน และทุกๆหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานทั้งหลายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนำไปสู่ประโยชน์สุขของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ อย่างกว้างขวางและคุ้มค่ายิ่งขึ้น ทั้งระยะสั้น และ ระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557) [อิน เต อ ร์ เนี ต] ; 2557 [เข้า ถึง เมื่อ 10 เม ษ า ย น 2565] . เข้า ถึง ได้ จ า ก <https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
2. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.
3. Coker, T. R., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A., & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: The perspectives of adolescents and parents. *Journal adolescent Health*, 47, 133-142.

5. Joseph, N. (2011). Prevalence of depression among pre-university college students in an Urban area of South India. *International Journal of Current Research*, 3(11), 439-442.
5. Matlin, S. L., Molock, S. D., & Tebes, J. K. (2011). Suicidality and depression among African American adolescents: The role of family and peer support and community Connectedness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 108-117. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01078.
6. Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child Adolescents Psychiatry Mental Health*, 5, 28.
7. จรรยาพร เจริญเจริญกุล และนิดา ลิ้มสุวรรณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(4), 253-263.
8. World Health Organization [WHO]. (2017). *Mental health status of adolescents in south-east Asia: evidence for action*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South- East Asia.
9. พิทักษ์พล บุญยมลิก, พนมศรี เสาร์สาร และ วรารณ จุฑา. (2550). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประโยควิชาชีพ: การสำรวจโรงเรียนและวิทยาลัยระดับชาติ ปี 2547. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 172-180.
10. Maughan, B., Collisshaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35-40. Bauman, K. E., Harris, K. M., Jone, J., et al. (1997). Protecting adolescents From harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 178, 823-832.
11. Kim, Y. J. (2014). The role of self-esteem in the relationship between depression and Suicidal Ideation of Korean adolescents. *Life Science Journal*, 11(7s), 494-498.
12. Krasniqi, N. (2014). Anxiety/depression and academic achievement in adolescents in Prishtina. *Journal of Educational and Social Research*, 4(2), 375-383. doi: 10.5901/ jesr.2014.v4n2p375
13. สมชาติ ไตรรักษา. การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560.
14. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี 2564.
15. ขนิษฐา ชิตชิง, ประจัญ กิ่งมิ่งแอ, ธนฤต ทูริสุทธิ, สังคม ศุภรัตน์กุล. (2560) รูปแบบการฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*. Vol. 12 No. 41 (2017): กรกฎาคม - กันยายน 2560, 90-100.
16. ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 (2016): มกราคม-มีนาคม 2559, 1-12
17. ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันธ์ คล่องดี, สุรัชย์ เณนียง. (2563). *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. ปีที่ 21 ฉบับที่ 41 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563, 104-116
18. สมชาติ ไตรรักษา. หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาค ที่ 1 หลักการบริหารองค์กรและหน่วยงาน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท เอส.พี.เอ็น. การพิมพ์ จำกัด; 2548 (ISBN 974-11-0325-5)