

การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝางจังหวัดขอนแก่น

The Development of a Depression surveillance and care Model for High School Students in Banfang District Khonkaen Province.

(Received: January 10,2026 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: January 17,2026)

อรวรรณ สังกวาลย์¹ ลำไพ โพธิ์แลกู¹

Orawan sangwan¹ Lampai potilaku¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1)วิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น 2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแล และ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบตามกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA (กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ครู บุคลากรสาธารณสุข แกนนำนักเรียน และเครือข่ายสุขภาพ รวมจำนวน 80 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) แบบ () ประเมินพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 8Q และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ (วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์เดิมขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1 การสร้างทีมสหวิชาชีพ (2การออกแบบระบบบริการและช่องทางการส่งต่อที่ชัดเจน 3 การพัฒนาศักยภาพครูและแกนนำนักเรียน (4 ระบบการคัดกรองเฝ้าระวังในโรงเรียน (5การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงเรียน โรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ และ 6การติดตามดูแลต่อ (เนื่องในระดับครัวเรือนและชุมชน ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 22.94 เป็นร้อยละ 85.58 จำนวน 594 คน (โดยผลการคัดกรองพบภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อยร้อยละ 48.82 ระดับปานกลางร้อยละ 41.24 ระดับรุนแรงร้อยละ 3.20 และระดับรุนแรงมากร้อยละ 0.51 สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางที่กำหนด พร้อมทั้งส่งต่อเข้ารับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวัง, ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น

Abstract

This action research aimed to :1 (analyze the current situation of surveillance and care for adolescents with depression in secondary schools in Ban Fang District, Khon Kaen Province; 2 (develop a surveillance and care model; and 3 (evaluate the effectiveness of the model implemented through the Plan-Do-Check-Act (PDCA) (quality cycle . The sample consisted of 80 participants, including teachers, public health personnel, student leaders, and health networks .The study was conducted from December 2024 to May 2025 .Data collection tools included general information questionnaires, focus group discussion guidelines, the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), the 8-item Suicide Screening Test (8Q), and a satisfaction assessment form .Quantitative data were analyzed using percentages and means, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results revealed that the initial situation lacked clear guidelines for the surveillance and care of depressed adolescents .The developed model comprises six key components :1 (multi-disciplinary team building; 2 (service system design with explicit treatment and referral pathways; 3 (capacity building for teachers and student leaders;

¹ อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

4 (a school-based screening and surveillance system; 5 (data linkage between schools, hospitals, and health networks; and 6 (continuous follow-up care within households and the community. Following the implementation, the screening rate for depression among secondary school students significantly increased from 22.94 % to 85.58 % (n=594). (Screening results identified mild depression in 48.82%, moderate depression in 41.24%, moderately severe depression in 3.20%, and severe depression in 0.51 % of the students). Individuals identified with suicide risk were assessed and managed according to the established guidelines, referred for medical diagnosis and treatment, and received continuous monitoring. Consequently, no repeated suicide attempts or completed suicides were reported during the study period. Furthermore, the participants expressed a high level of satisfaction with the developed model

Keywords : Model Development, Surveillance, Depression, Adolescent

บทนำ

ในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยและหลายประเทศให้ความสำคัญทั่วโลกพบคนมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคนโดยพบในหลายๆปีมีมากกว่า 7 แสนคนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในคนช่วงอายุ 15 – 29 ปี โดยเฉพาะบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ติดสุราหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน^{1,2}

ปัจจุบันสังคมไทยมีสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่อาศัยเทคโนโลยีทำให้กลไกในการสร้างและควบคุมความสัมพันธ์ของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อภาวะความเข้มแข็งของจิตใจของเด็กทำให้ระดับความอดทนของคนเราลดลง เกิดเป็นปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้นซึ่งความรุนแรงในสังคมนั้นสามารถพบได้ทั่วไป ทั้งในครอบครัวและโรงเรียน สภาพความกดดันเช่นนี้ สร้างผลกระทบแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่จิตใจไม่เข้มแข็ง มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ส่งผลไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การฆ่าตัวตายจึงเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกและพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณ 10-20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งประเทศไทยมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าคนไทยมีการฆ่าตัวตายประมาณปีละมากกว่า 4,000 คน เฉลี่ย 6.64 ต่อแสนประชากร หรือประมาณ 12 คนต่อวัน³ โดยพบวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง 2.6 เท่า⁴ สาเหตุหลักในการ

ฆ่าตัวตายคือ ความน้อยใจ, ถูกดูต่ำต่า, ทะเลาะกับคนใกล้ชิด การเจ็บป่วยทางจิตและโรคซึมเศร้า⁵ โรคซึมเศร้ามักกลายเป็นโรคที่เริ่มพบได้มากขึ้นกับคนทุกเพศทุกวัยในสังคมปัจจุบันและเป็นที่น่ากังวลไม่แพ้กับการเจ็บป่วยทางร่างกาย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ในคน 20 คน จะมีคนที่กำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า 1 คน และในทุกการเสียชีวิต 100 ครั้งจะมีอย่างน้อย 1 ครั้งที่เป็นการฆ่าตัวตาย⁶

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชสูงมากกว่าวัยเด็ก ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนั้นพบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ทั้งนี้เพราะความชุกและอัตราตายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาทางด้านจิตเวชอื่นๆ และข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์⁷ ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค. 2564 - ส.ค. 2565) จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ จะเห็นได้ว่า กลุ่มวัยรุ่นเรียนอายุ 5 - 14 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 24 คน กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษาอายุ 15 - 19 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 105 คน และอัตราพยายามฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มอายุจะพบว่า กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นคิดเป็น 224.34 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน 45.24 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงร้อยละ 73.2 เป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาดร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ใช้ของมีคมร้อยละ 9.3 และผูกคอร้อยละ 8.5 ก่อนลงมือพยายามฆ่าตัวตายพบสัญญาณเตือนเพียง ร้อยละ 11 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่า

ตัวตายของวัยรุ่น โดยภาวะซึมเศร้าถือได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความชุกของการฆ่าตัวตายสูงสุดในวัยรุ่น ซึ่งก่อนพยายามฆ่าตัวตายมักพบว่ามีการซึมเศร้านำมาก่อนเสมอ

ในประเทศไทยจากการศึกษา⁸ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (The Thai version of patient health questionnaire for adolescents; PHQ-A) พบวัยรุ่น 11 – 19 ปี มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-A \geq 10) ร้อยละ 17.5, มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9คะแนน) ร้อยละ 49.8 และวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า ข้อมูลจากรง 506 S ณ วันที่ ก.ย 30-2565 ต.ค 1 ต่อ 30.8 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2566 58.28 ประชากรแสนคน อัตราการพยายามฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แบ่งตามช่วงอายุ ปี ฆ่า 19-15 ต่อประชากรแสน 89.2 คน คิดเป็น 3 ตัวตายสำเร็จ คน และเป็นกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายสูงสุด คิดเป็นต่อแสนประชากร และจากข้อมูลการ 29.179 ประเมินสุขภาพจิตกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี ของกรมสุขภาพจิต ผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ช่วงระหว่าง ถึง 2565 ก.พ 12 ในประเทศไทย มีผู้ตอบแบบสำรวจ 2567 ต.ค 18 ราย 51,789 ราย พบมีความเสี่ยงซึมเศร้า 504,386 เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 27.10 น ร้อยละคิดเป็นจังหวัดขอนแก่น มี 39.17 คิดเป็นร้อยละ 87,716 15,277 ผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน ราย พบมีความเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน ราย คิดเป็นร้อยละ 2,362 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ และเสี่ยงฆ่าตัวตาย 46.15 ในส่วน 80.24 ราย คิดเป็นร้อยละ 3,789 จำนวน 80 บ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีผู้ตอบแบบสำรวจ พบมีความเสี่ยงซึมเศร้า 59 ประเมินเพียง และเสี่ยงฆ่า 34.20 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 จำนวน 20 ตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 90.33⁹

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะสอดคล้องกับการให้บริการของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีพยาบาลที่เด็กผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและวัยรุ่น 1

วคน ยังไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ไม่มีนักจิตวิทยาคลินิก การจัดบริการรวมอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจะได้รับแจ้งเพื่อให้คำปรึกษาและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) และประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) จากแผนกต่างๆในโรงพยาบาล และรายงานแพทย์ เพื่อให้การวินิจฉัย และส่งต่อพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นจากสถานศึกษาหรือในชุมชน จากการสืบค้นข้อมูลในเวชสถิติ พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564-2567 จำนวน 135,168,191 และ 262 ครั้ง ตามลำดับ โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 5 คน/7 ครั้ง, 14 คน/19 ครั้ง, 16 คน/23 ครั้ง และ 28 คน/63 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเป็นนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.14 และเรียนอยู่ที่โรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอ ร้อยละ 81.25 โดยผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยตนเอง และบางรายมีเพื่อนนักเรียนพามาโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 71.43 มาด้วยทำร้ายตนเอง กรีดข้อมือ พยายามฆ่าตัวตายหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการกินยาเกินขนาด หรือผูกคอต จากการทำคำปรึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว เพื่อน แฟน หรือคนใกล้ชิด ลูกก๊วนแก๊ว มีปัญหาเรื่องการเรียน ครอบครัวแตกแยก ขาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวล รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า รู้สึกว่าไม่มีคนรักและเข้าใจ และมีภาวะซึมเศร้า การดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลบ้านฝาง ในเรื่องการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะเน้นการคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เอ็ดส์ หญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ ส่วนกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นจะดำเนินการในงานอนามัยโรงเรียนซึ่งเน้นในเรื่องการ

ประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และพัฒนาการตามวัยมากกว่าการประเมินด้านสุขภาพจิต ยังไม่มีระบบในการดูแลคัดกรองและเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นให้เข้าถึงบริการ ในสถานศึกษามีการประเมินความเสี่ยงในนักเรียนตามนโยบายแต่ยังขาดความเชื่อมโยงและการส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานด้านสุขภาพ ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพและองค์กรในชุมชน ส่งผลให้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ไม่ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลที่เหมาะสม เข้าถึงบริการได้น้อย หากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ในอนาคต จากข้อมูลดังกล่าว จึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบดังกล่าว

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ภายใต้กรอบแนวคิดวงจรคุณภาพPDCA(Deming in Mycoted,2004)¹⁰ มีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน(Plan)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

1.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนปฏิบัติการ กำหนดแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการ

และให้การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ให้การดูแลแบบองค์รวม

1.3 กำหนดวางแผนกิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Do)

2.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้านการให้คำปรึกษาสำหรับแกนนำนักเรียน อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้สอน ในหัวข้อ “ภาวะซึมเศร้า VS โรคซึมเศร้า” การใช้แบบคัดกรอง และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น กลุ่มเป้าหมายแกนนำนักเรียนจิตอาสาสมัคร และครูที่ปรึกษา

2.2 คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแล ส่งต่อ รักษาที่เหมาะสม

2.3 การปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ และติดตามเยี่ยมร่วมกับเครือข่าย ดังนี้

- แกนนำนักเรียน จิตอาสา มีหน้าที่เป็นเครือข่ายสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเฝ้าระวัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน และส่งข้อมูล ให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลบ้านฝาง

- ครูที่ปรึกษามีหน้าที่เป็นเครือข่ายสร้างความรู้ ความเข้าใจ และ เฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบการบริการของโรงพยาบาล

- บุคลากรสาธารณสุข มีหน้าดูแลคัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยซึมเศร้า เพื่อวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค นำเข้าระบบการบริการรักษาและติดตามเฝ้าระวังให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

- เครือข่ายสุขภาพในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลบ้านฝางติดตามดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องที่บ้าน และในชุมชน

2.4 สร้างเครือข่ายและประชาสัมพันธ์ การป้องกัน เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน เพื่อให้เกิด

ความตระหนัก ความรู้ และความเข้าใจ ต่อ
สาธารณสุขชน รวมทั้งช่องทางการติดต่อเข้ารับบริการ
ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการติดตามและ
ประเมินผล (Check)

3.1 ประเมินผลกระทบของการโดยการ
สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมใน
แต่ละขั้นตอนของการศึกษาและจากการสนทนากลุ่ม

3.2 ประเมินความพึงพอใจในการพัฒนา
รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่นที่มี
ภาวะซึมเศร้า

3.3 ประเมินผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าใน
วัยรุ่น/ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวบรวม
รายงานผลการดำเนินงานและ ปัญหาอุปสรรคที่
เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน

3.4 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ
ซึมเศร้าในโรงเรียน รวมทั้งปัญหาและ ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการถอดบทเรียน (Act)

4.1 วิเคราะห์สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุงเพื่อ
นำไปสู่การปฏิบัติงานและการสะท้อนผลการ
ปฏิบัติงาน

4.2 ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ร่วมกับ
ผู้เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่วิจัย ทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอบ้าน
ฝาง และเลือกโรงเรียนที่ทำการศึกษาแบบเจาะจง
(Purposive sampling) ได้แก่ โรงเรียนฝางวิทยายน
อำเภอบ้านฝาง เนื่องจากเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษา
ประจำอำเภอเพียงแห่งเดียว และมีข้อมูลนักเรียนที่มี
ภาวะซึมเศร้าเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝางสูง
ที่สุด

2. กลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยทำการศึกษา รวม
ทั้งสิ้น 80 คน โดยแบ่งเป็น

1) ผู้บริหารโรงเรียน 1 คน ครูอนามัยโรงเรียน
1 คน ครูประจำชั้น ม.1-ม.3 ชั้นเรียนละ 2 คน และ
ครูประจำชั้น ม.4-ม.6 ชั้นเรียนละ 1 คน รวมจำนวน
11 คน

2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้าน
สุขภาพจิต ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชน 1
คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน
โรงพยาบาล แพทย์ 1คน พยาบาลที่รับผิดชอบงาน
สุขภาพจิตและจิตเวช 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข
1 คน รวม 11 คน

3) แกนนำนักเรียนในโรงเรียนฝางวิทยายน
ชั้นม.1-ม.6 ทุกห้องจำนวน 24 ห้องเรียน ห้องละ 2
คน โดยคัดเลือกจากนักเรียนที่มีความสนใจและมีจิต
อาสา จำนวน 48 คน

4) เครือข่ายสุขภาพในชุมชนจำนวน ได้แก่
ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
พื้นที่ตำบลบ้านฝาง หมู่บ้านละ 1 คน รวม 10 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย
เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพหลัก และระยะเวลาที่มีประสบการณ์ในการ
ดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม(Focus Group
Guideline) เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ร่วม
วิจัย ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการเฝ้าระวัง
และดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียน
มัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

3) แบบบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองภาวะ
ซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ของกรมสุขภาพจิต

4) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรม
สุขภาพจิต

5) แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการพัฒนา
รูปแบบการเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า
ในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัด
ขอนแก่น ใช้มาตรวัดแบบ Rating scale ตามรูปแบบ
ของ Likert Scale จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัว แขนงจิตเวชชุมชน 2 ท่าน และ
นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน คุณภาพ
เครื่องมือการวิจัย ค่าความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณ

จากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
วัตถุประสงค์ (Indexes of Item- Objective
Congruence: IOC) ได้ 0.86 นำเครื่องมือปรับแก้
ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับ
นักเรียนมัธยมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่
มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's
alpha ได้ 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อธิบาย
วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
ระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงานเฝ้า
ระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกัน และ
วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

2. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และการคัด
กรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมในโรงเรียน

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้านการให้
คำปรึกษาสำหรับแกนนำนักเรียน อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ผู้สอน ในหัวข้อ “ภาวะซึมเศร้า VS โรค
ซึมเศร้า” การใช้แบบคัดกรอง และเทคนิคการให้
คำปรึกษาเบื้องต้น กลุ่มเป้าหมายแกนนำนักเรียน
จิตอาสาสมัคร และครูที่ปรึกษา

4. คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียน
มัธยมศึกษา เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย
เพื่อให้ได้รับการดูแล ส่งต่อ รักษาที่เหมาะสม โดยใช้
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) แบบ
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

5. กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจก่อน
และหลังเข้าร่วมโครงการ

6. ติดตามประเมินผล ประชุมสรุปผลการ
ดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์สรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา
(content analysis) นำข้อสรุปย่อยมาเชื่อมต่อกัน
จนกระทั่งได้ข้อสรุปที่ตอบปัญหาการวิจัย

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนน
ประเมินภาวะซึมเศร้า คะแนนประเมินการฆ่าตัวตาย

คะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC
064/2567 (ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2567)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ของการเฝ้าระวัง และดูแล
วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จากการวิเคราะห์
สถานการณ์และสภาพปัญหาการเฝ้าระวัง และ
สภาพปัญหา การเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่น ที่มีภาวะ
ซึมเศร้า ในนักเรียน มัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง
จังหวัดขอนแก่น โดยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนว
ทางการสนทนากลุ่ม(Focus Group Guideline) และ
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์ในการ
เฝ้าระวังและดูแลรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ใน
ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน
เพิ่มมากขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้น จากสถิติ
วัยรุ่นที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ด้วย
ปัญหา ทำร้ายตัวเอง กินยาเกินขนาด และมีความคิด
ฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการ
เฝ้าระวังและดูแลรักษาในกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า ขาดการ
มีส่วนร่วมของเครือข่าย ขาดความเชื่อมโยงในการใช้
ข้อมูล โดยในโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการประเมิน คัด
กรองความเสี่ยงในนักเรียนโดยใช้แบบประเมินจุด
แข็งจุดอ่อน(SDQ)แต่ยังขาดการติดตามประเมินผล
และส่งต่อข้อมูลให้กับสถานพยาบาลในรายที่มีความ
เสี่ยงและต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ใน
ส่วนชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข มีการ
ประเมิน และเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง โดย
ใช้แบบประเมิน 2 Q9Q ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรค
เรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และใน
กลุ่มหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่ยังไม่มีความ
ชัดเจน ในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาวัยรุ่น ที่มีภาวะ
ซึมเศร้า ยังไม่มีแนวทางในการส่งต่อรักษาที่ชัดเจน

เพื่อให้การดูแลวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า และยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

2. รูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่าเดิมขาดแนวทางที่ชัดเจน ขาดระบบการเฝ้าระวังและดูแลรักษาและระบบส่งต่อข้อมูลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและกำหนดบทบาทที่ชัดเจน มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1) การสร้างทีม มีคณะดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ชัดเจน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นประธาน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นเลขานุการ บุคลากรสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายเป็นคณะทำงาน

2) การออกแบบระบบบริการร่วมกัน จัดทำแนวทางในการดูแลรักษาและส่งต่อที่ชัดเจน สื่อสารแนวทางปฏิบัติให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

(3) การพัฒนาศักยภาพ ครูและแกนนำนักเรียน โดยการอบรมเรื่อง ภาวะซึมเศร้า “VS โรคซึมเศร้า” การเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษาเบื้องต้น การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ-A และ 8Q

4) การคัดกรอง ค้นหา เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในโรงเรียนโดยแกนนำนักเรียน ครู และบุคลากรสาธารณสุข

5) การส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงจากโรงเรียน โรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ ทั้งไปและกลับ

6) มีภาคีเครือข่ายติดตามเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

3. ผลลัพธ์ จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-A จำนวน 594 คน คิดเป็นร้อยละ 85.58 เพิ่มขึ้นจากเดิมที่คัดกรองได้เพียงร้อยละ 22.94 ผลการตรวจคัดกรอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาด้วยแบบประเมิน PHQA (N=594)

ผลการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า		จำนวน (N=594)	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า	การแปลผล		
PHQ-A 0-4 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	37	6.23
PHQ-A 5-9 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	290	48.82
PHQ-A 10-14 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	245	41.24
PHQ-A 15-19 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้ามาก	19	3.20
PHQ-A 20-27 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	3	0.51

ผลลัพธ์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางได้รับการดูแลให้คำปรึกษาจากครูและแกนนำนักเรียน นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามาก และรุนแรงหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ได้รับการประเมิน 8Q และได้รับการส่งต่อที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาวินิจฉัยและติดตามดูแลต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนด ตลอดระยะเวลาการศึกษา ไม่พบความ

พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และไม่พบการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จในกลุ่มวัยรุ่นอำเภอบ้านฝาง

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบก่อนพัฒนาที่มีความพึงพอใจในระดับน้อย ถึงปานกลาง โดยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
1. ทีมผู้ให้บริการ	ขาดทีมในการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ชัดเจน	มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลและมีแนวทางในการดูแลรักษาและส่งต่อที่ชัดเจน
2. อัตราการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา	คัดกรองได้เพียงร้อยละ 22.94	เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.58
3. ระบบการส่งต่อข้อมูล	ขาดความเชื่อมโยงและการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงเรียนและหน่วยงานสุขภาพ	มีระบบส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทั้งไปและกลับระหว่าง โรงเรียน โรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ
4. ศักยภาพบุคลากร	ครูและแกนนำนักเรียนขาดความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำ	ครูและแกนนำนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้แบบคัดกรอง PHQ-A, 8Q การเฝ้าระวัง การให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเบื้องต้นได้
5. การเข้าถึงบริการ	วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ามารับการรักษาด้วยตนเองเมื่อมีอาการรุนแรงหรือทำร้ายตนเองแล้ว	มีการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังเชิงรุกในโรงเรียน พบภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและได้รับการดูแลตามแนวทางอย่างรวดเร็ว
6. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย	พบแนวโน้มวัยรุ่นทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น	ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงการศึกษา
7. ความพึงพอใจของเครือข่าย	อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง	ความพึงพอใจของเครือข่ายอยู่ในระดับมากในทุกด้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบตามวงจร PDCA และการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบโดยกระบวนการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และวงจรคุณภาพ PDCA ช่วยให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.94 เป็นร้อยละ 85.58 สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis & McTaggart¹⁰ ที่อธิบายว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาในบริบทพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศรีไพร ทองนิมิต¹¹ ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังที่ชัดเจนในสถานศึกษาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลนักเรียนได้ดีกว่าระบบเดิมที่ขาดความเชื่อมโยง

2. สถานการณ์และความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จากการคัดกรองนักเรียน 594 คน พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 48.82 และปานกลาง ร้อยละ 41.24 ตัวเลขความชุกนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และคณะ⁹ ที่สำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย (PHQ-A \geq 10) อยู่ที่ร้อยละ 17.5 และภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยสูงถึงร้อยละ 49.8 สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่เปราะบางและต้องการระบบเฝ้าระวังที่เข้าถึงได้ง่ายในโรงเรียนตามข้อเสนอแนะของ วราวรรณ สุทธิประภา และคณะ¹²

3. การป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการส่งต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาล ทำให้ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงการศึกษา ผลลัพธ์นี้ยืนยันความสำคัญของการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก (Early Detection) ตามแนวทางของ องค์การอนามัยโลก WHO¹ ที่ระบุว่า การคัด

กรองและการช่วยเหลือที่รวดเร็วเป็นกลไกสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ การมีภาคีเครือข่ายติดตามดูแลต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวคิดของ Chen และคณะ⁵ ที่เห็นว่าหน้าที่ของครอบครัวและระบบสนับสนุนมีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

4. ความพึงพอใจและการยอมรับรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการสร้างความรู้และความชัดเจนในช่องทางการส่งต่อ ปัญหาที่ก่อนพัฒนาคือเครือข่ายขาดความมั่นใจและขาดความรู้ในการให้คำแนะนำ การพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมจึงเป็นกุญแจสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลจิตเวชตามที่ สมรทิพย์ วิภาวนิช¹³ ได้เสนอไว้ว่าพยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายในโรงเรียนเพื่อการป้องกันเชิงรุก

ข้อเสนอแนะ

1. การบูรณาการเข้ากับระบบอนามัยโรงเรียน นโยบายคัดกรองประจำปี ควรกำหนดให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินมาตรฐาน เช่น PHQ-A เป็นกิจกรรมหลักในแผนอนามัยโรงเรียนประจำปี เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การสนับสนุนงบประมาณ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการอบรมพัฒนาศักยภาพครูและแกนนำนักเรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความพร้อมในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น (First Aid Mental Health)

2. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศร่วมกัน (Digital Connection) ระบบ Referral ที่เป็น

ดิจิทัล พัฒนาช่องทางการส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนและหน่วยบริการสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อความรวดเร็วและรักษาความลับของผู้ป่วย การติดตามผลระยะยาว ใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์มาช่วยในการติดตามอาการนักเรียนกลุ่มเสี่ยง (Follow-up) เพื่อลดภาระงานเอกสารและเพิ่มความแม่นยำในการดูแล

3. การสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย (Strengthening Networks) กลไกคณะทำงานระดับอำเภอ ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในระดับอำเภอที่มีองค์ประกอบของทีมสหวิชาชีพและภาคส่วนต่าง ๆ อย่างชัดเจน เพื่อประสานงานในกรณีเคสที่มีความซับซ้อน ชุมชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ อสม. และผู้นำชุมชน มีบทบาทในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลวัยรุ่นต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาจิตใจ

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง ผู้อำนวยการโรงเรียนฝางวิทยายน ที่ให้โอกาสได้พัฒนารูปแบบบริการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมทั้งขอขอบคุณสหวิชาชีพ เครือข่ายทุกภาคส่วน และนักเรียน ที่ร่วมออกแบบระบบบริการ และให้ข้อเสนอแนะจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. กัญญา อภิพรชัยสกุล. สุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealthreport.com>

4. สมบูรณ์ ท้ายอยู่สุข, สุพร อภินันทเวช. การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย: อุบัติการณ์สาเหตุและการป้องกัน. เวชบัณฑิตยสาร. 2563;13(1):40-7.
5. Chen M, Zhou Y, Luo D, Yan S, Liu M, Wang M, et al. Association of family function and suicide risk in teenagers with a history of self-harm behaviors: mediating role of subjective wellbeing and depression. *Front Public Health*. 2023;11:1164999.
6. World Health Organization. Fact sheet: depression [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย 2565 [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ค. 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/>
8. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชชิตา ภาวสุทธิไพศฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2563;28:136-49.
9. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น อายุไม่เกิน 18 ปี [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: กรมสุขภาพจิต; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ต.ค.]. เข้าถึงได้จาก: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash01>
10. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *The SAGE handbook of qualitative research*. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005
11. ศรีไพร ทองนิมิต. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*. 2566;8(1):220-31.
12. วรารัตน์ สุทธิประภา, พัชรี ดั่งคำจันทร์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. 2567;8(1):1-16.
13. สมรทิพย์ วิภาวนิช. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 2567;18(1):72-82.