e269244

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

สมยศ แสงหิ่งห้อย[1*] และขุมทรัพย์ ก้อนทอง[1]

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

(วันที่รับบทความ: 14 พฤษภาคม 2567; วันที่แก้ไข: 19 กันยายน 2567; วันที่ตอบรับ: 23 กันยายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึงมีนาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คือ SAWAENG HA MODEL ประกอบด้วย 1) S:School 2) A:Activity 3) W:Want 4) A:Acceptable 5) E:Ease 6) N: News 7) G:Guide 8) H:Handle และ 9) A:Achievement หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=35.55, S.D.=3.84) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่ารูปแบบฯ มุ่งเน้นในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้าใจในบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมีผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความแข็งแรงและภูมิคุ้มกันในจิตใจของวัยรุ่นให้สามารถรับมือกับภาวะสุขภาพจิตในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเสริมสร้างสุขภาพจิต, ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** สมยศ แสงหิ่งห้อย; somyossaenghinghoy@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

Developing Mental Health Promotion Model among Junior High School Students in Angthong province

Somyos Saenghinghoy[1*] and Koomsaap Gontong[1]

[1]Ang Thong Provincial Public Health Office

(Received: 14 May 2024; Revised: 19 September 2024; Accepted: 19 September 2024)

Abstract

This participatory action research aimed to develop and study the outcomes of mental health promotion model among junior high school students in Angthong province. There were 30 purposive sampling that involved in promoting mental health in among junior high school students and 40 junior high school students. Data were collected between April 2023 and March 2024. The research tools were interviews form, questionnaires, and the intervention tool that was mental health promotion model for junior high school students in Angthong province. The qualitative data were analyzed by content analysis, and the quantitative data were analyzed using descriptive statistics data including percentages, means, standard deviations, and paired t-test statistics.

The results of the study found that the mental health promotion model was the SAWAENG HA MODEL. The format consisted of 1) S: School 2) A: Activity 3) W: Want 4) A: Acceptable 5) E: Ease 6) N: News 7) G: Guide 8) H: Handle and 9) A: Achievement. The average score of mental health literacy of junior high school students was high (X.=35.55, S.D.=3.84) after attending the mental health promotion. There was statistically significant difference comparing before and after participating in activities of mental health in junior high school students, Ang Thong Province. The mental health promotion model was focus on enhancing mental health literacy and involving person that participation for mental health promotion of junior high school students. So that the mental health literacy increased among the sample of junior high school students. The results of this research will serve as a guideline for strengthening and building mental resilience in adolescents, enabling them to effectively cope with mental health challenges in various situations.

Keywords: model development, mental health promotion, mental health literacy

***Corresponding author**: Somyos Saenghinghoy; somyossaenghinghoy@gmail.com

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของคนที่เผชิญความท้าทายในการทำความเข้าใจ ปรับตัว แก้ไขปัญหาในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ รายงานภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็น 1 ใน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพจากรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาใหญ่ของเยาวชนทั่วโลก เพราะส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสภาวะอารมณ์ที่หดหู่และปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีโอกาสเกิดได้บ่อยในเด็กและเยาวชนที่มีอายุ ระหว่าง 10-18 ปี นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับสองของโลก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นทั่วโลก และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำเกิดให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา รวมถึงนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2020)

ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558 พบว่า 1 ใน 10 ของวัยรุ่นไทย หรือร้อยละ 13 เคยพยายามฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2560ก) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษา ต่อมาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย ที่รายงานว่า วัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 17.5 และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึง ร้อยละ 49.8 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 20.5 หรือ 1 ใน 5 ของวัยรุ่นไทยมีความคิดอยากตาย (วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ, 2563) กรมสุขภาพจิตจึงมีแนวทางในการพัฒนาสุขภาพจิตเชิงรุกเสมอมา โดยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับความผิดปกติ ทางจิตใจว่าความผิดปกติทางจิตใจมิได้แตกต่างจากความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งต้องได้รับการรักษาบำบัด ไม่ใช่ตราบาปหรือเป็นเรื่องที่น่าละอายแต่อย่างใด การให้ความช่วยเหลือ การรักษาเยียวยาและการฟื้นฟูทางจิตใจ จะเป็นพื้นฐานให้ประชาชนที่ประสบปัญหาสามารถปรับเปลี่ยนไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ (กรมสุขภาพจิต, 2560ข)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำในเด็กวัยเรียนและเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ในรูปแบบของการบำบัดเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังขาดกิจกรรมในส่วนการป้องกัน เช่น การให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตของตนเองหรือการส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ให้กับนักเรียนตามความสนใจ การสนับสนุนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กนักเรียนมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมสำหรับเด็กยังมีน้อย การส่งเสริมความรอบรู้ เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียน เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นทักษะที่บุคคลสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ นักวิชาการในโรงเรียนหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านการพัฒนาคุณภาพนักเรียนอาจใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพจิตนี้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตในหน่วยงานได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โรงเรียน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับการนำแนวทางการเสริมสร้าง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

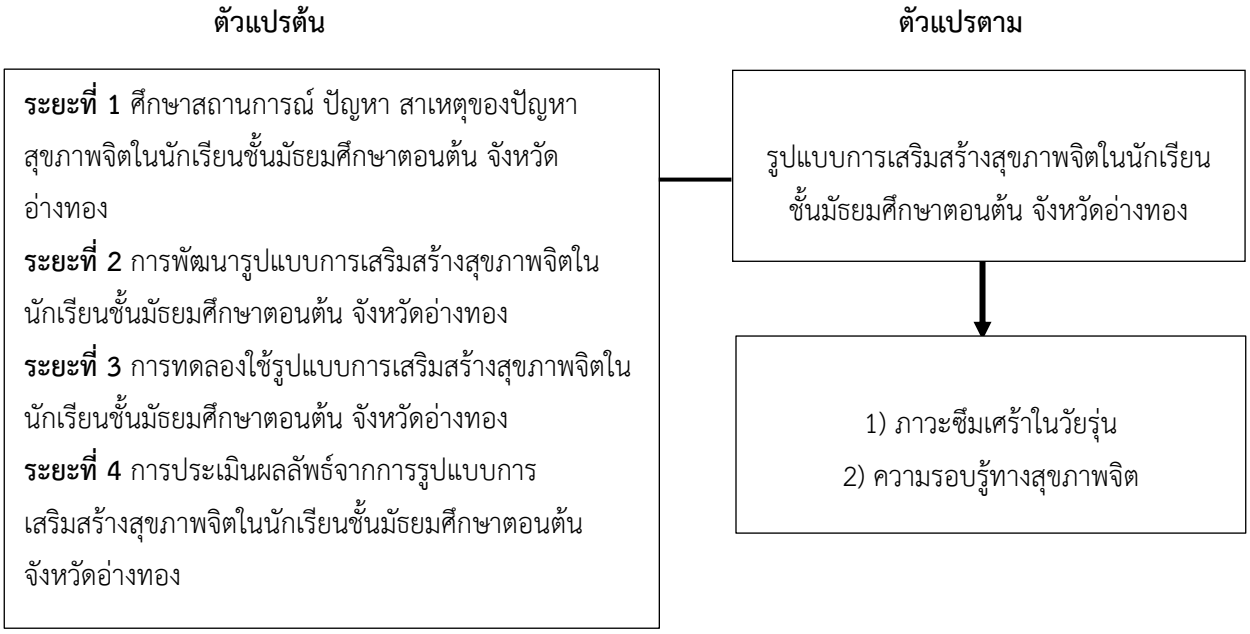
สุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นไปใช้ โดยใช้กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and Mc Taggart (1998) ร่วมกับ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต

ในการพัฒนารูปแบบฯ ที่ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมและมีความเป็นไปได้สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยคาดว่าจะเกิดรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความแข็งแรงและภูมิคุ้มกันในจิตใจของวัยรุ่นให้สามารถรับมือกับภาวะสุขภาพจิตในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจรของ Kemmis and McTaggart (1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เมษายน 2566 ถึง มีนาคม 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง และสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13-15 ปี ในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จากจำนวน 523 คน (เมษายน ถึง พฤษภาคม 2566) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง (มิถุนายน ถึง กันยายน 2566) โดยประชุมแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย และดำเนินการร่วมกันการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ผ่านการอภิปรายและการทำ Focus group ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง (ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแสวงหาวิทยาคม อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จำนวน 40 คน

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง (มกราคม 2567) โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13-15 ปี ในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จำนวน 523 คน 2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน และ 3) กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแสวงหาวิทยาคม อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จำนวน 40 คน รวมจำนวนประชากรทั้งหมด 593 คน มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13-15 ปี ในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จำนวน 523 คน โดยได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง เต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และตอบแบบสอบถามได้

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในพื้นที่อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ผู้บริหาร

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 1 คน ตัวแทนครู 3 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลจำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 2 คน แกนนำผู้ปกครอง จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนี้ จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมใน ระยะที่ 1, 2 และ 4

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1) เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง และเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอแสวงหา อย่างน้อย 3 ปี

2) มีความสามารถสื่อสารภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของโครงการ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3 คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแสวงหาวิทยาคม จังหวัดอ่างทอง ลงทะเบียนในภาคเรียนที่ 2/2566 ประกอบด้วย นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวนทั้งหมด 224 คน และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Sample Size Calculators โดยกำหนดอำนาจทดสอบ 0.80 ค่าความเชื่อมั่น ที่ 0.05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน และทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากจากรายชื่อที่ได้รับการเสนอจากโรงเรียน ซึ่งจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมใน ระยะที่ 3

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1) ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

2) มีความสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาของโครงการ หรือลาพักการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกิจกรรมศึกษาศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง การพัฒนาโปรแกรมฯ และกระบวนการสะท้อนกลับข้อมูล

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ ผลการเรียน สถานภาพผู้ปกครอง และการพักอาศัยของนักเรียน

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale: CES-D) จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์วิจัยด้านความระบาดวิทยา (Center for epidemiologic studies) ประเทศสหรัฐอเมริกาแปลเป็นฉบับภาษาไทย (สุทธิดา พลพิพัฒน์พงศ์ และคณะ, 2561) การให้คะแนนและการแปลผลแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ คือ ไม่เลย (<1 วัน) ให้ 0 คะแนน นานๆ ครั้ง (1-2 วัน) ให้ 1 คะแนน บ่อยๆ (3-4 วัน) ให้ 2 คะแนน และตลอดเวลา (5-7 วัน) ให้ 3 คะแนน การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ คือ คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อช่วยเหลือต่อไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ Jorm (2000) โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล ในส่วนท้ายของสถานการณ์จะเป็นการสอบถาม ความคิดเห็น ของผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็น การจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต (2 ข้อ) การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต (10 ข้อ) การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (10 ข้อ) ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (11 ข้อ) และการรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (9 ข้อ) ใช้วิธีการตอบแบบสองตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” กำหนดการให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม ทั้งฉบับเท่ากับ 42 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-24 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 (25-33 คะแนน) หมายถึง ระดับปานกลาง และ คะแนนร้อยละ 80-100 (34-42 คะแนน) หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) (Jorm, 2000) เพื่อใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอน โดยมีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา พิจารณาความชัดเจน ครอบคลุม และความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.86

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนโพธิ์ทองพิทยาคม จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (1984) ของแบบสอบถามในส่วนของความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ได้เท่ากับ 0.82 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นเตรียมการ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดย 1) การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิตในนักเรียน 2) การพิจารณาจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3) การทำ Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการแก้ไขปัญหาและการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงเรียนแสวงหาวิทยาคม เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับประธานนักเรียน และหัวหน้าห้องเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์กระบวนการในการวิจัยครั้งนี้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และการตอบคำถามโดยไม่ปิดบังข้อเท็จจริง

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักเรียนโดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

1.4 ดำเนินการสัมภาษณ์ ทำ Focus group ในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดปัญหาด้านสุขภาพจิตในนักเรียนจังหวัดอ่างทอง

2) ขั้นดำเนินการ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการโดยการประชุมแบบมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่าย เพื่อให้รับทราบสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง จากระยะที่ 1 และดำเนินการร่วมกันการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ผ่านการอภิปรายและการทำ Focus group และร่วมกันร่างรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 40 คน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

ขั้นตอนการติดตามผล (Observe) การทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ผู้วิจัยได้รูปแบบ SAWAENG HA MODEL ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดำเนินการทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 40 คน ซึ่งเป็นนักเรียนที่ได้รับการเสนอชื่อจากโรงเรียนและเป็นตัวแทนของชั้นเรียน ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมโดยดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึงมีนาคม 2567 เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และสรุปผลของกิจกรรมร่วมกัน ผู้วิจัยได้ติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จดบันทึกขั้นตอน รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value< .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง รหัสโครงการ ATGEC 08/2566 เมื่อวันที่ 1 เมษายน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

2566 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

จากการสำรวจข้อมูลในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13-15 ปี ในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง จากจำนวน 523 คน แบ่งเป็นเพศชาย 232 คน และหญิง 291 คน พบว่า นักเรียนมีพลังตัวตนในการดูแลตนเอง ร้อยละ 60.5 ประเด็นที่เป็นปัญหาในด้านนี้ คือ ไม่กล้าเสนอความคิดเห็นหรือแสดงออกในสิ่งที่ถูก แม้ว่าบางครั้งจะมีความเห็นแตกต่างจากผู้อื่นและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ยังควบคุมอารมณ์เวลาโกรธได้น้อยเมื่อเกิดการโต้เถียงหรือขัดแย้ง และไม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสื่อกับครูเป็นประจำได้ ยังขาดความมั่นใจ และไม่สามารถจัดการกับบทบาทหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อโรงเรียนได้ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในภาพรวมของจังหวัด ทั้งนี้จากกระบวนสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง พบว่า ปัจจุบันเยาวชนหรือวัยรุ่นมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากยังขาดวิธีการจัดการที่เข้าถึงปัญหา การคัดกรองและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ยังมีน้อย

ส่วนใหญ่นักเรียนกล้าเสนอความคิดเห็นหรือแสดงออกในสิ่งที่ถูก แม้ว่าบางครั้งจะมีความเห็นแตกต่างจากผู้อื่นและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น ควบคุมอารมณ์เวลาโกรธได้ดีเมื่อเกิดการโต้เถียงหรือขัดแย้ง ด้านพลังปัญญา ร้อยละ 65.2 อีกทั้งนักเรียนสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสื่อ เช่น วิทยุ ทีวี สื่อประเภทอื่นๆ กับครูเป็นประจำได้ ยังขาดความมั่นใจ และไม่สามารถจัดการกับบทบาทหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อโรงเรียนได้

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

1. ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ผ่านการอภิปรายและการทำ Focus group มีดังนี้

1) การกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน โดยการทำงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการแก้ไขปัญหาและการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ตามบทบาท หน้าที่และภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

2) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ จังหวัดอ่างทอง รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3) การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญในบทบาทของภาคีเครือข่ายและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อให้เกิดความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตและการเสริมสร้างสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้อย่างถูกต้อง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

3) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง เพื่อให้บทบาทของภาคีเครือข่ายและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ให้มีทักษะและสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตและการเสริมสร้างสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

4) นำผลที่ได้จากการวางแผนพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง มาร่างรูปแบบปฏิบัติการ

2. ผลการร่างรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ได้รูปแบบ SAWAENG HA MODEL ประกอบด้วย

1) S: School คือ โรงเรียน ระบบการดูแลและการดำเนินการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นภายในโรงเรียน ประกอบด้วย การวางแผน การสังเกตการณ์ การแนะนำให้คำปรึกษา การช่วยเหลือ การประสานงาน และการส่งต่อดูแล

2) A: Activity คือ มีกรรมกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพจิตให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

3) W: Want คือ การเข้าใจถึงความต้องการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

4) A: Acceptable คือ การยอมรับในสิ่งที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็น เพื่อนำไปสู่การเข้าใจและกระบวนการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นต่อไป

5) E: Ease คือ การสร้างความสบายใจ ความเชื่อใจ ซึ่งจะทำให้เกิดการยอมรับและนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีประสิทธิภาพ

6) N: News คือ ระบบสารสนเทศข้อมูลด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีการใช้ข้อมูลและข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

7) G: Guide คือ การแนะนำ ในการเป็นแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่อาจจะเกิดขึ้น

8) H: Handle คือ เป็นการจัดการเกี่ยวกับการดำเนินการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตลอดจนการให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักเรียน การแนะนำและการช่วยเหลือ

9) A: Achievement คือ การบรรลุความสำเร็จในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานที่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

ส่วนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา ในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยได้เสนอแนวทางแก้ไข ดังนี้

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

1) ครูประจำชั้นให้คำแนะนำเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับนักเรียนในทุกคาบสุดท้ายของวันพุธทุกสัปดาห์

2) ส่งเสริมความรู้และสร้างทัศนคติด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง

3) เน้นให้ความรู้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ให้ครอบคลุม 4 ด้าน คือ สุขภาวะกายจิตใจ สังคม และวิญญาณ

4) ประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการปรึกษาร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน

5) พัฒนาศักยภาพครู ผู้ปกครอง มีอบรมการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การสังเกตและการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงภาวะสุขภาพจิตในนักเรียน

6) ส่งต่อข้อมูลประสานงานกับเครือข่าย หรือ รพ.สต. หรือ โรงพยาบาล ในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลและการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง

1. ผลการทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง โดยการปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=24.40, S.D.=4.06) และความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=35.55, S.D.=3.84) โดยหลังได้รับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ *p* value< .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง ภายในกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบ	n	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	d	t	*p* value
ภาวะซึมเศร้า							
ก่อนทดลอง	40	36.42	4.17	สูง	12.02	-4.441	.028*
หลังทดลอง	40	24.40	4.06	สูง			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต							
ก่อนทดลอง	40	28.12	3.68	ปานกลาง	7.43	6.651	.015*
หลังทดลอง	40	35.55	3.84	สูง			

**p* value< .05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

2. ผลการ Focus group

ขั้นตอนการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflect) เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง และนำผลที่ได้สะท้อนกลับข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำกิจกรรม focus group พบว่า กรณีนักเรียนที่มีความเห็นแตกต่างจากผู้อื่นและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ไม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสถานการณ์ ยังขาดความมั่นใจ ภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม นักเรียนมีการสื่อสาร มีปฏิสัมพันธ์ และสามารถตอบโต้และแลกเปลี่ยนประเด็นกันได้ ซึ่งครูประจำชั้นมีส่วนอย่างมากในการให้คำแนะนำเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการกับพฤติกรรมให้กับนักเรียน เนื่องจากนักเรียนสามารถเข้าถึงและยอมรับคำปรึกษาภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม อีกทั้งครูยังเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมความรู้และสร้างทัศนคติด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง ที่เน้นให้ความรู้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในครอบคลุม 4 ด้าน คือ สุขภาวะกายจิตใจ สังคม และวิญญาณ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการปรึกษาร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพครู ผู้ปกครอง ในการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การสังเกตและการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงภาวะสุขภาพจิตในนักเรียน โดยการร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุข มีการส่งต่อข้อมูลประสานงานกับเครือข่าย หรือ รพ.สต. หรือ โรงพยาบาล ในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลและการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง จากการสำรวจด้วยแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 13-15 ปี จำนวน 523 คน พบว่า นักเรียนมีพลังตัวตนในการดูแลตนเอง ร้อยละ 60.5 ไม่กล้าเสนอความคิดเห็นหรือแสดงออกในสิ่งที่ถูก แม้ว่าบางครั้งจะมีความเห็นแตกต่างจากผู้อื่นและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น ควบคุมอารมณ์เวลาโกรธได้ดีเมื่อเกิดการโต้เถียงหรือขัดแย้ง ไม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสื่อ ยังขาดความมั่นใจ และไม่สามารถจัดการกับบทบาทหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อโรงเรียนได้ ซึ่งนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในช่วงอายุ 13-15 ปี เป็นวัยรุ่นที่กำลังก้าวออกจากความเป็นเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งตนเองได้ จึงเป็นวัยแห่งการเตรียมความพร้อมในการค้นหาและพัฒนาตนเองทำให้ต้องมีการปรับตัวหลายด้านพร้อมๆ กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ประเสริฐกุล, 2563) กล่าวไว้ว่า การปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่ต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและฮอร์โมนของวัยรุ่น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันของวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของวัยรุ่น ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมักมีอารมณ์ที่ปั่นป่วน เปลี่ยนแปลงง่ายหงุดหงิดง่าย เครียดง่าย โกรธง่าย อาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยไม่มีสาเหตุได้อีกด้วย จึงพบว่าเกิดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและสุขภาพจิตได้บ่อยและสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาวะในวัยรุ่น

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แนวทาง และกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการ มาร่วมอภิปรายร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์บริบทของชุมชน วิเคราะห์การมีส่วนร่วมผู้เกี่ยวข้อง ด้านการวางแผน การดำเนินการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล สรุปประเด็นปัญหา ทำให้ได้รูปแบบ SAWAENG HA MODEL ประกอบด้วย 1) S : School 2) A : Activity 3) W : Want 4) A : Acceptable 5) E : Ease 6) N : News 7) G : Guide 8) H : Handle และ 9) A : Achievement จากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะประสบความสำเร็จก็เนื่องมาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนครู โรงเรียนมัธยมศึกษา ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แกนนำผู้ปกครอง และตัวแทนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญหาร่วมกันพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตามบริบทของนักเรียนในพื้นที่จะทำให้กระบวนการแก้ไขปัญหาตรงกับสาเหตุที่ควรแก้ไขอย่างแท้จริง ความสำคัญในการพัฒนานักเรียนและโรงเรียนให้เข้มแข็งและเป็นสุขได้ย่อมเกิดจากความร่วมมือของผู้ปกครองและจะเป็นเกราะป้องกันความเสื่อมถอยของสังคมได้ (ศรีสกุล มงคลสุข, 2563) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นครั้งนี้ ยังเปิดโอกาสให้นักเรียนได้เรียนรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตลอดทั้งกำหนดความต้องการในกิจกรรมสังคมของชุมชนได้เอง จะเห็นได้ว่าในระยะของการปฏิบัติการ (Action) ซึ่งเป็นการเสริมพลังอำนาจทางอ้อมให้แก่นักเรียนให้สามารถระดมขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และการควบคุมดูแลกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียนมากกว่าที่จะเป็นฝ่ายตั้งรับ ซึ่งจะทำให้นักเรียนสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองด้านภูมิปัญญา ทักษะ ความรู้ ความสามารถจัดการและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลกได้ และผู้ปกครองจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมซึ่งจะทำให้งานพัฒนารูปแบบฯ บรรลุผลตามความมุ่งหมายได้ (ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล, 2558) สอดคล้องกับงานวิจัยของรวิพรรดิ พูลลาภ และคณะ (2562) ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วม (PAR) ของโรงเรียนและภาคีเครือข่าย สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 39.4 ทั้งนี้โรงเรียน และภาคีเครือข่ายและมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายได้ร่วมกันสร้างแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กนักเรียนขึ้น โดยใช้การมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อวางแผนลดปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน จากการประชุมสามารถระบุปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนให้เป็นการวางแผนนโยบายของโรงเรียน และการมีครูประจำชั้นติดตามพฤติกรรมของนักเรียนเป็นรายบุคคลโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์รายบุคคลรวมถึงประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนเทอมละ 1 ครั้ง โรงเรียนมีกิจกรรมส่งเสริมนักเรียนมีกิจกรรมการโฮมรูมและการให้คำปรึกษานักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะทำการส่งต่อให้ทางมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ โรงเรียนควรเร่งรัดการนำรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนมาใช้อย่างจริงจัง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

ผลการประเมินการทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 40 คน พบว่าภายหลังเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=24.40, S.D.=4.06) และความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=35.55, S.D.=3.84) โดยหลังได้รับกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ *p* value< .05 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมมีผลต่อการเสริมสร้างความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60.0 เนื่องจาก การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัย การเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของนักเรียน และการใช้วิธีการสอนหรือการให้คำแนะนำที่ส่งเสริมการรับรู้และเข้าใจในประเด็นต่างๆ ของสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับปรุงในด้านความรู้และการรับรู้สุขภาพจิต รวมทั้งการตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น ในกรณีนี้สามารถสันนิษฐานได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพและเน้นการมีส่วนร่วมของนักเรียนช่วยสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของนักเรียน ซึ่งเป็นผลดีต่อการรับรู้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วไลลักษณ์ พุ่มพวง และคณะ (2564) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจ ของนักเรียนประถมศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์รายห้องเรียนพบว่า ห้องเรียนที่ 1 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสุขภาวะทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p* value=.003) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการมีสติของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.410, *p* value=.007) ผลการวิจัยแสดงว่า โปรแกรมนี้มีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะทางจิตใจโดยสติเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนประถมศึกษา อย่างไรก็ตามการที่จะส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจให้เกิดประสิทธิผลควรมีการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับความแตกต่างของระยะเวลาในการฝึกและลักษณะของนักเรียนในการส่งเสริมสุขภาพใจในโรงเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Amundsen et al (2020) พบว่า เด็กนักเรียนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติ มีคะแนนการมีสติ และการมีสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้นโดยพบว่ามีค่าขนาดของผลขนาดปานกลาง ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและการตระหนักรู้ทางอารมณ์ การใช้โปรแกรมการฝึกสติเป็นฐานในโรงเรียนที่มีค่าขนาดของผลปานกลางมีผลต่อผลลัพธ์ทางจิตวิทยา เช่น การแสดงออกทางการรู้คิด ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความเครียดและการเผชิญความเครียด เป็นต้น และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาภรณ์ ทศสูงเนิน และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p* value<.05 และ นักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p* value<.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งใน

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

ชีวิตช่วยให้นักเรียนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปใช้ต่อเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยแนวปฏิบัติตาม รูปแบบ SAWAENG HA MODEL มุ่งเน้นในการสร้างความร่วมมือ การมีส่วนร่วมและความเข้าใจในบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของนักเรียน ซึ่งจะส่งผลต่อความรอบรู้สุขภาพจิตของนักเรียนเริ่มดีขึ้นตามลำดับและครบทุกองค์ประกอบ การมีองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ดี การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และอายุที่เพิ่มขึ้น ยังสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการแสวงหาความช่วยเหลือทางจิตเวชและความต้องการ เปิดเผยตัวตนว่าตนป่วยด้วยโรคหรืออาการทางจิตเวช บุคคลที่มีความรอบรู้สุขภาพจิตจะรับรู้ถึงสภาวะปัญหาความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของตนและคนรอบข้างได้ รู้จักแหล่งที่จะสามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้ง สาเหตุ การรักษาและการแสวงหาความช่วยเหลือเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจจากบุคลากรทางสุขภาพจิตได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดอ่างทอง โดยมีรูปแบบกิจกรรม คือ SAWAENG HA MODEL ในการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในบริบทของโรงเรียนและการดูแลสุขภาพจิตในนักเรียน ดังนี้

1. การปรับปรุงการจัดการสุขภาพจิตในโรงเรียน (School): โรงเรียนสามารถนำโมเดลนี้ไปใช้ในการพัฒนาและวางแผนระบบการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียน โดยการจัดตั้งทีมงานหรือระบบที่ชัดเจนในการดูแลและสนับสนุนสุขภาพจิตนักเรียน รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการให้คำปรึกษาและการประสานงานระหว่างครู ผู้ปกครอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนากิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต (Activity): โรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลจากการวิจัยนี้ในการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของนักเรียน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจเน้นการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การสอนทักษะการจัดการอารมณ์ หรือการสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับนักเรียนในการแสดงออกทางความรู้สึก

3. การทำความเข้าใจและตอบสนองความต้องการของนักเรียน (Want): ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความต้องการของนักเรียนจะช่วยให้โรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตของนักเรียนได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ หรือการให้คำปรึกษาและคำแนะนำในรูปแบบที่ตอบโจทย์แต่ละบุคคล

4. การสร้างสภาพแวดล้อมที่ยอมรับและสนับสนุนสุขภาพจิต (Acceptable & Ease): ผลการวิจัยสามารถใช้เพื่อส่งเสริมให้โรงเรียนสร้างบรรยากาศที่ยอมรับความแตกต่างของนักเรียน รวมถึงสร้างสภาพแวดล้อมที่นักเรียนรู้สึกสบายใจที่จะขอความช่วยเหลือหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิต

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

5. การจัดการระบบสารสนเทศด้านสุขภาพจิต (News): ผลการวิจัยนี้ยังสามารถนำไปใช้พัฒนาและปรับปรุงระบบการสื่อสารภายในโรงเรียน เพื่อให้ข้อมูล ข่าวสาร และการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตไปถึงนักเรียน ครู และผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ซึ่งจะช่วยในการตระหนักรู้และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในนักเรียน

6. การจัดการและแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต (Guide & Handle): โรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้โมเดลนี้ในการวางแนวทางการแนะนำและการจัดการปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในนักเรียน โดยมีการวางระบบที่ชัดเจนในการให้คำแนะนำ การให้ความช่วยเหลือ และการส่งต่อกรณีที่จำเป็น

7. การบรรลุเป้าหมายการเสริมสร้างสุขภาพจิต (Achievement): ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการประเมินความสำเร็จของโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต โดยการติดตามผลและประเมินว่าการดำเนินงานตามโมเดลนี้นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพจิตของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยเพิ่มเติมในส่วนของการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต โดยการเพิ่มสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น

2. ควรมีการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียน

3. ควรมีการสำรวจและเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้ครอบคลุมนักเรียนมัธยมต้น ทั้งในโรงเรียนขนาดเล็กและขนาดกลาง รวมทั้งวัยรุ่นในกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในโรงเรียน และในกลุ่ม ครูผู้สอนเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตร

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2560ก). *‘กรมสุขภาพจิต’ รุกเข้าหาชุมชน วางรากฐานสุขภาพจิตดีทุกกลุ่มวัยสู่การยกระดับเป็น ‘Smart Citizen’*. มติชน, 5.

กรมสุขภาพจิต. (2560ข). *ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะคนรอบข้างรับฟังอย่างเข้าใจ*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

จิราภรณ์ ประเสริฐกุล. (2020). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นไทย. *วารสารสุขภาพจิตไทย, 25*(2), 85-96.

เบญจมาภรณ์ ทศสูงเนิน, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, และหรรษา เศรษฐบุปผา. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักเรียนที่เตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยในช่วงการระบาดของโควิด-19. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35*(3), 170-185.

รวิพรรดิ พูลลาภ, กรรณิการ์ เทพกิจ, ฐิติมา ทาสุวรรณ, อนัญญา เหล่ารินทอง, วรัญญา มณีรัตน์ และขวัญหทัย ไชยอักษร. (2562). รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การมีส่วนร่วม (PAR) ของโรงเรียนและภาคีเครือข่ายสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยกาสะลองคำ, 2*(1), 91-100.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กันยายน-ธันวาคม 2567
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 4 No. 2 September-December 2024

เอกสารอ้างอิง

วไลลักษณ์ พุ่มพวง, สาธกา พิมพ์รุณ, สุดารัตน์ เพียรชอบ, สุภาภัค เภตราสุวรรณ และฐินีรัตน์ ถาวร. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจโดยใช้สติต่อสุขภาวะทางจิตใจ ของนักเรียนประถมศึกษา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35*(1), 34-51.

วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล และ โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย : การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28*(2), 136-149.

ศรีสกุล มงคลสุข. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือของผู้ปกครองกับความสำเร็จทางการศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา. *วารสารการวิจัยทางการศึกษา, 18*(2), 123-137.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *ข้อมูลสุขภาพประชากรไทย ปี 2563*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์, นุจรี ไชยมงคล และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 26*(1), 40-49.

Amundsen, R., Riby, L.M., Hamilton, C., Hope, M., & McGann, D. (2020). Mindfulness in primary school childrenas a route to enhanced life satisfaction, positive outlook and effective emotion regulation. *BMC psychology, 8*(71), 1-15.

Cronbach, L.J. (1984). *Essential of psychology testing*. (4th ed.). New York: Harper & Row.

Jorm AF. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. The British Journal of Psychiatry*, 177*, 396-401.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The Participation Action Research Reader (3 ed.)*. Geelong: Deakin University Press.

World Health Organization. (2023). *Fact sheet: depression*. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression