คู่มือสำหรับครูและบุคลากรสาธารณสุข

คู่มือระบบดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จ.เชียงราย

แนวทางช่วยเหลือนักเรียน เรียงตามบทบาท — ครูที่ปรึกษา · ครูแนะแนว · นักจิตวิทยา สพม. · โรงพยาบาล · เครือข่ายชุมชน

ปรับปรุงครั้งที่ 2 · 22 มิ.ย. 2569

ฉบับ revise ต่อยอดจากคู่มือฯ เล่มแรกปี 2564 — ปรับให้ทันสมัย สอดคล้องกับปัญหาจริง และเพิ่มแนวทางทำงาน

คู่มือนี้จัดเรียงบทบาทผู้ดูแลตั้งแต่ระดับห้องเรียนถึงโรงพยาบาล พร้อมบทบาทของเครือข่ายชุมชน (อสม. · ผู้นำชุมชน · รพ.สต. · ทีมเพื่อนสนิท) เพื่อดูแลเด็กไว้ในระบบไม่ให้หลุดหาย ครอบคลุม 7 กลุ่มปัญหาจิตเวชหลักที่พบในวัยเรียน ถอดบทเรียนจากการดำเนินงานในโรงเรียนสังกัด สพม.ชร. ทั้ง 41 แห่ง ตั้งแต่ปี 2564

20–25%
มีภาวะซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป

4–5%
เข้าสู่ระบบรักษา (~200–300/ปี)

47% · 40%
ซึมเศร้า · สมาธิสั้น (อื่นๆ 13%)

17–25%
NSSI ในวัยรุ่น (เพิ่มขึ้น)

ทุกเทอมที่ประเมินด้วย PHQ-A พบนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปเฉลี่ย **20–25%** ซึ่งได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นจากครูนักจิต (ครูแนะแนว) ในโรงเรียน

เมื่อดูแลเบื้องต้นแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น จะส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาประมาณ **4–5%** ต่อปี โดยมีคำวินิจฉัยหลักคือ**โรคซึมเศร้า**

ทั้งนี้พบว่าราว **40%** ของกลุ่มที่เข้าสู่การรักษาเคยได้รับการวินิจฉัยโรค**สมาธิสั้น**มาก่อน และที่น่าเป็นห่วงคือพฤติกรรม**ทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย (NSSI)** ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบ **17–25%**

อภิธานศัพท์ย่อ (อ่านง่าย)

ระดับ U / S / I = ทุกคน / กลุ่มเสี่ยง / เข้ารักษา
ข้อ 9 เป็นบวก = เด็กตอบว่ามีความคิดทำร้ายตัวเอง
โรคร่วม = มีหลายโรคพร้อมกัน
MI = พูดคุยสร้างแรงจูงใจให้อยากเปลี่ยน
ABA = วิเคราะห์-ปรับพฤติกรรม (เหตุ–พฤติกรรม–ผล)
BA = ชวนทำกิจกรรมเพื่อคลายซึมเศร้า
CBT = ปรับความคิดและพฤติกรรม
PMT = ฝึกผู้ปกครองจัดการพฤติกรรมลูก
IEP = แผนการเรียนเฉพาะบุคคล
SI = ความคิดอยากตาย / อยากทำร้ายตัวเอง
Triple-P = โปรแกรมเลี้ยงดูเชิงบวก สอนผู้ปกครองจัดการพฤติกรรมลูก

1 · บทบาทตามระดับ

ครูที่ปรึกษา ระดับ U · ทุกคน	สังเกตพฤติกรรมประจำวัน (ขาด ลา มาสาย ไม่ส่งงาน ต่อต้าน) · สร้างสัมพันธภาพ รับฟัง ไม่ตัดสิน · พบผิดปกติ → แจ้งครูแนะแนว
ครูแนะแนว ระดับ S · กลุ่มเสี่ยง	ประเมินเบื้องต้น (PHQ-A/SNAP-IV/8Q) · ช่วยเหลือตาม flow (ABA/Triple-P/MI/BA) · ประสานผู้ปกครอง ติดตาม 2–4 สัปดาห์ · 5 มาตรการ: ให้คำปรึกษา · เยี่ยมบ้าน · Buddy · ปรับการเรียนการสอน · Case Conference
นักจิตฯ สพม. ระดับ S · เชิงลึก	ประเมินซ้ำ + คำแนะนำเชิงลึก · วางแผนร่วมกับครูดูแลต่อ/ส่งต่อ · เป็นพี่เลี้ยงจัดการเคสยาก · ถ้าข้อ 9 เป็นบวก (เด็กคิดทำร้ายตัวเอง) → ส่ง รพ. ทันที
โรงพยาบาล ระดับ I · เข้ารักษา	ประเมินครบถ้วน (8Q / สัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัย / โรคร่วม) · รักษา: ยา + จิตบำบัด + ครอบครัว · ประสานกลับโรงเรียน · OPD/IPD/เยี่ยมบ้าน
เครือข่ายชุมชน สนับสนุน	อสม. · ผู้นำชุมชน · รพ.สต. · ทีมเพื่อนสนิท — เฝ้าระวัง เยี่ยมบ้านแนบเนียน (กันตีตรา) สะพานเชื่อมบ้าน–โรงเรียน รับ-ส่ง รพ. รักษาความลับ

2 · เส้นทางการส่งต่อ

ระดับ 1 · โรงเรียน
พบปัญหา → ประเมิน+สร้างสัมพันธ์ → ช่วยตาม flow → ติดตาม 2–4 สัปดาห์

ระดับ 2 · สพม.
ประเมินซ้ำ → วางแผนดูแลต่อ/ส่งต่อ → SI ส่ง รพ. ทันที

ระดับ 3 · โรงพยาบาล
ประเมินครบถ้วน → รักษา ยา+จิตบำบัด+ครอบครัว → ประสานกลับ

⚡ **ส่ง รพ. ทันที** (ไม่ต้องรอครบขั้นตอน): ข้อ 9 เป็นบวก (เด็กคิดทำร้ายตัวเอง) · พยายามทำร้ายตัวเอง · ทำร้ายตัวเองบาดแผลลึก · ติดยารุนแรง · มีอาการทางจิต · ครอบครัวใช้ความรุนแรง

3 · 8 กลุ่มปัญหาจิตเวชหลัก

🧠 สมาธิสั้น (ADHD)

Inattention / Hyperactivity / Impulsivity

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- วอกแวก ไม่มีสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง ทำงานไม่เสร็จ หลงลืมบ่อย
- ลืมของบ่อย ผลการเรียนตกต่ำ

🟢 ครูทำได้เลย

- สังเกต+จดบันทึก
- ใช้ SNAP-IV
- ปรับที่นั่ง ลดสิ่งรบกวน
- แบ่งงานเป็นชิ้นเล็ก + checklist
- ชมเชยทันที
- แจ้งผู้ปกครอง

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- ผล SNAP-IV ชัดเจน
- กระทบการเรียนรุนแรง
- ช่วยเหลือ 4 สัปดาห์ไม่ดีขึ้น
- ผู้ปกครองต้องการวินิจฉัย

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- วินิจฉัย + โรคร่วม (ดื้อต่อต้าน/บกพร่องการเรียนรู้)
- พิจารณายา (Methylphenidate)
- PMT
- ติดตามผลยา
- ประสานแผน IEP

⚡ ดื้อต่อต้าน (ODD/CD)

Oppositional Defiant / Conduct Disorder

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- โวยวาย ดื้อ ทะเลาะบ่อย ไม่ทำตามกฎ ทำลายข้าวของ
- ไม่ยอมรับผิด โทษคนอื่น ยั่วยุครู

🟢 ครูทำได้เลย

- ABA วิเคราะห์ A-B-C
- วางกฎชัดเจน ผลตามมาคงเส้นคงวา
- เพิกเฉยพฤติกรรมเล็กน้อย
- Triple-P กำหนดกฎร่วมกับเด็ก
- พูดสั้น ชัด สงบ
- ให้เด็กมีส่วนร่วมแก้ปัญหา

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- พฤติกรรมรุนแรง/ทำร้ายผู้อื่น
- ผู้ปกครองรับมือไม่ได้
- สงสัย Conduct Disorder
- ไม่ดีขึ้นใน 4–6 สัปดาห์

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- ประเมิน โรคร่วม
- PMT เชิงลึก
- พิจารณายา (Risperidone)
- Family therapy + CBT
- วางแผนการกลับเข้าเรียน

🎮 ติดเกม

Internet Gaming Disorder

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- เล่นเกม >6 ชม./วัน โกรธเมื่อถูกหยุด ผลการเรียนตก นอนไม่หลับ
- โกหกเรื่องเวลาเล่น หนีเรียน

🟢 ครูทำได้เลย

- คุยเปิดใจ ไม่ตัดสิน (MI)
- ให้ความรู้ AAP ≤2 ชม./วัน
- ตั้งเป้าร่วมกับเด็ก
- ส่งเสริมกิจกรรมทางเลือก
- ติดตามด้วยตารางรายสัปดาห์
- ประสานผู้ปกครองวางกติกา

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- ควบคุมเวลาไม่ได้
- กระทบการเรียน/สุขภาพชัดเจน
- สงสัยโรคร่วม
- ครอบครัวขัดแย้งรุนแรง

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- ประเมิน GAST + โรคร่วม
- CBT + MI เชิงลึก
- รักษาโรคร่วม
- ให้คำปรึกษาครอบครัว
- วางแผนงดใช้จอชั่วคราว

🚨 ติดยาเสพติด

บุหรี่ไฟฟ้า / กัญชา / ยาบ้า / กระท่อม

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- กลิ่นผิดปกติ ตาแดง พฤติกรรมเปลี่ยนกะทันหัน หนีเรียนบ่อย
- เงินหาย ของหาย ก้าวร้าวขึ้น

🟢 ครูทำได้เลย

- คุยส่วนตัว ไม่ตัดสิน (MI)
- ใช้ 8Q / บคก.กสธ. V.2
- ลดอันตราย/ลดความเสี่ยง
- ให้เด็กรู้สึกมีคุณค่า
- ส่งเสริมกิจกรรมทางเลือก
- แจ้งผู้ปกครอง/ฝ่ายปกครอง

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- ผล บคก. ระดับผู้เสพ/ผู้ติด
- อาการถอนยาชัดเจน
- ใช้ยาประเภท 1
- เสี่ยงต่อตนเอง/ผู้อื่น

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- ประเมิน severity + โรคร่วม
- ยาลดความอยากยา
- MI เชิงลึก + ครอบครัว
- ประสานบำบัด (บสต.)
- ติดตามหลังบำบัด

🛡️ การกลั่นแกล้ง (Bullying)

Physical / Verbal / Relational / Cyber

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- กลัวมาโรงเรียน บาดเจ็บไม่ทราบสาเหตุ เงียบผิดปกติ
- ถอนตัวจากเพื่อน ผลการเรียนตก นอนไม่หลับ

🟢 ครูทำได้เลย

- รับฟังตั้งใจ ไม่ตัดสิน
- สืบข้อเท็จจริงทั้งสองฝ่าย
- ฝึก Assertiveness
- สร้างระบบ Buddy
- แจ้งผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย
- ติดตามใกล้ชิด

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- บาดเจ็บทางร่างกาย
- มีความคิดทำร้ายตัวเอง (ข้อ 9 เป็นบวก)
- Cyber bullying รุนแรง
- ไม่ดีขึ้นแม้จัดการแล้ว

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- ประเมินภาวะเครียดหลังเหตุการณ์ (PTSD)/ซึมเศร้า
- จิตบำบัดเด็กที่ถูกแกล้ง
- ดูแลเด็กที่แกล้งด้วย
- ให้คำปรึกษาทั้งสองฝ่าย
- ประสานหน่วยงานภายนอก

💚 ภาวะซึมเศร้า

Depression — PHQ-A ≥10 หรือข้อ 9 เป็นบวก

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- เศร้า/เบื่อ >2 สัปดาห์ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดเรียน
- แยกตัว ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ พูดถึงการตาย

🟢 ครูทำได้เลย

- ทำ PHQ-A ทุกเทอม
- ถ้า 5–9 รับฟัง ให้กำลังใจ ติดตาม
- Behavioral Activation ชวนทำกิจกรรม
- บันทึกกิจกรรม P/M
- รับฟังโดยไม่แนะนำมากเกินไป
- แจ้งผู้ปกครอง

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- PHQ-A ≥10
- ข้อ 9 เป็นบวก — ส่งทันที
- อาการกระทบชีวิตชัดเจน
- ไม่ตอบสนองใน 2 สัปดาห์

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- 8Q + สัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัย
- CBT / Behavioral Activation
- พิจารณายา (Fluoxetine)
- วางแผนความปลอดภัยถ้ามีความคิดทำร้ายตัวเอง
- refer จิตแพทย์เด็กถ้ารุนแรง

🌀 วิตกกังวล

Anxiety — GAD / Panic / Social / Phobia

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- กังวลล่วงหน้ามากเกินเหตุ ห้ามความคิดไม่ได้ · ตื่นตระหนกเป็นพักๆ (panic)
- ปวดหัว ปวดท้อง ใจสั่น · เลี่ยงพูดหน้าชั้น/เข้าสังคม · ขาดเรียนวันสอบ

🟢 ครูทำได้เลย

- รับฟัง ไม่รีบบอก 'ไม่เป็นไร'
- ใช้ GAD-7 (วัยรุ่น)
- สอนหายใจ 4-7-8 + grounding 5-4-3-2-1
- ค่อยๆ ให้เผชิญสิ่งที่กลัวทีละขั้น
- ปรับการประเมิน เช่น พรีเซนต์กลุ่มเล็กก่อน
- แจ้งผู้ปกครอง ลดการกดดันผลการเรียน

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- GAD-7 ≥10
- Panic บ่อย/หลีกเลี่ยงจนกระทบชีวิต
- มีซึมเศร้า/ความคิดทำร้ายตัวเองร่วม (ข้อ 9 pos)
- ช่วยเหลือ 4 สัปดาห์ไม่ดีขึ้น

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- ประเมินชนิด + โรคร่วม (ซึมเศร้า/ADHD)
- CBT — exposure + ปรับความคิด
- ฝึกทักษะผ่อนคลาย
- พิจารณายา (SSRI: Sertraline/Fluoxetine)
- ให้ความรู้ครอบครัว ลด accommodation

🩹 NSSI

ทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย

🔍 สัญญาณที่ครูสังเกต

- รอยแผล/รอยช้ำซ่อนเร้น (แขน ต้นขา) ใส่แขนยาวในอากาศร้อน
- แยกตัว ปฏิเสธวิชาพละ พูดถึงการลงโทษตัวเอง

🟢 ครูทำได้เลย

- รับฟังด้วยใจ ไม่ตัดสิน ไม่ตกใจ
- ประเมิน Safety เบื้องต้น
- บันทึกสิ่งที่เห็น/ได้ยิน
- ใช้บทสนทนา 5 ขั้น
- ติดต่อผู้ปกครองอย่างระวัง ไม่ดุ
- ให้ความรัก+พื้นที่ปลอดภัย

⚡ ส่งต่อ รพ. เมื่อ

- บาดแผลลึก/ต้องรักษาทางกาย
- มีความคิดฆ่าตัวตายร่วม (ข้อ 9 เป็นบวก)
- ความถี่/ความรุนแรงเพิ่มขึ้น
- มีโรคจิตเวชร่วม

🏥 รพ. ทำเพิ่ม

- ประเมินสาเหตุและโรคร่วม
- จิตบำบัด (CBT/DBT-informed)
- ฝึกทักษะจัดการอารมณ์ทดแทน
- Safety Planning + ลดการเข้าถึงอุปกรณ์
- สายด่วน 1323

3.1 · จัดกลุ่มเด็กที่ต้องช่วยเหลือ — IQ · พัฒนาการ · อารมณ์

เด็กกลุ่ม "ต้องช่วยเหลือ" ส่วนใหญ่เริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยประถม — ขึ้นมัธยมต้องดูแล **ต่อเนื่อง** ปัญหาการเรียน/พัฒนาการที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือมักลุกลามเป็น **ปัญหาอารมณ์ในวัยมัธยม** · แยกง่าย ๆ ด้วย 3 แกน แล้วเช็ค cross กลุ่มเสมอ

แกน 1 · IQ — ปัญหาการเรียน
ปัญญาอ่อน (MR): บกพร่องทั้งหมด เรียนไม่ทันแทบทุกวิชา · **LD:** IQ ปกติ บกพร่องเฉพาะทักษะ อ่าน/เขียน/คำนวณ
ช่วย: แผน IEP สอนตามระดับจริง ฝึกซ้ำ เน้นทักษะชีวิต/จุดแข็ง

แกน 2 · พัฒนาการ
ASD (ออทิสติก): ช้าด้านการสื่อสาร–ปฏิสัมพันธ์สังคม + พฤติกรรมซ้ำ ๆ (ไม่สบตา ไม่พาที ไม่ชี้นิ้ว)
ช่วย: กระตุ้นพัฒนาการแต่เนิ่น ๆ เน้นสังคม–อารมณ์ผ่านการเล่น · ให้คำปรึกษาครอบครัว

แกน 3 · สมาธิ + อารมณ์
ADHD · ดื้อต่อต้าน (ODD) → เกเร (CD) · ซึมเศร้า — โซ่ของการละเลย: ADHD รักษาช้า → ODD → CD ราว 1 ใน 3 เลื่อนระดับแต่ละขั้น
ดูแนวทางเต็มในหัวข้อ 3 · 7 กลุ่มปัญหาจิตเวชหลัก

🔀 **เช็ค cross กลุ่มเสมอ:** เด็กคนเดียวมักมีหลายปัญหาซ้อน เช่น ADHD+LD, LD+ซึมเศร้า, ASD+ADHD | **ส่งต่อประถม→มัธยม:** ขอประวัติ/แผน IEP เดิม เพื่อดูแลต่อเนื่องไม่ให้เด็กหลุดระบบ

4 · 6 เทคนิคช่วยเหลือ (ครูทำได้ vs รพ.ทำเพิ่ม)

ABA — วิเคราะห์-ปรับพฤติกรรม ครู + รพ.

คืออะไร: ดูว่าอะไรเกิดก่อน (เหตุ) → เด็กทำอะไร (พฤติกรรม) → แล้วเกิดอะไรตามมา (ผล) เช่น โวยวาย แล้วได้ของ พฤติกรรมจะยิ่งทำซ้ำ
ครูทำอย่างไร: เปลี่ยน "เหตุ" (เตือน/ตกลงล่วงหน้า) และ "ผล" (เมินพฤติกรรมเล็กน้อย ชมทันทีเมื่อทำดี). รพ.: ออกแบบแผนปรับพฤติกรรมเฉพาะราย + ฝึกผู้ปกครอง (PMT)

Triple-P — เลี้ยงดูเชิงบวก ครู + รพ.

คืออะไร: เทคนิคที่ครูสอนผู้ปกครองให้จัดการพฤติกรรมลูกอย่างได้ผล
ทำอย่างไร — Ask-Say-Do (ถาม-บอก-ทำ): ถาม ให้เด็กบอกเองว่าต้องทำอะไร → **บอก** บอกขั้นตอนสั้นๆ ชัดๆ → **ทำ** ให้เด็กลงมือทำ ช่วยถ้ายังทำไม่ได้; ชมทันทีเมื่อทำดี และตั้งกฎชัดเจนทำสม่ำเสมอ. รพ.: ฝึกผู้ปกครองเชิงลึก 8–12 ครั้ง

MI — พูดสร้างแรงจูงใจ ครู + รพ.

คืออะไร: พูดคุยให้เด็กอยากเปลี่ยนด้วยตัวเอง ไม่บังคับ ไม่ตัดสิน
ทำอย่างไร (OARS): ถามปลายเปิด · ชื่นชมความตั้งใจ · ทวนความรู้สึกที่เด็กพูด · สรุปให้เด็กฟัง. รพ.: ประเมินความพร้อมเปลี่ยนแปลง + ใช้เต็มรูปแบบ

BA — เพิ่มกิจกรรมคลายซึมเศร้า ครู + รพ.

คืออะไร: เมื่อซึมเศร้า เด็กยิ่งไม่อยากทำอะไรและยิ่งแย่ลง วิธีแก้คือค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมที่ทำแล้วรู้สึกดี
ทำอย่างไร: ให้เด็กจดกิจกรรมแต่ละวัน ให้คะแนนความสุข/ความภูมิใจ 0–10 แล้ววางแผนเพิ่มกิจกรรมคะแนนสูง เริ่มจากเล็กๆ ที่ทำได้จริง

CBT — ปรับความคิดและพฤติกรรม รพ. เป็นหลัก

คืออะไร: ปรับ "ความคิด → อารมณ์ → พฤติกรรม" โดยช่วยเด็กจับความคิดด้านลบและหาความคิดทางเลือกที่สมจริง
ครูช่วยได้: อธิบายความเชื่อมโยงนี้ให้เด็กเข้าใจ และชวนเด็กจดความคิด/อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ

แผนความปลอดภัย (Safety Plan) รพ. เป็นหลัก

คืออะไร: แผนรับมือเมื่อเด็กมีความคิดทำร้ายตัวเอง
ครูเมื่อพบ: อยู่กับเด็กตลอด ไม่ทิ้งไว้คนเดียว · รับฟังอย่างสงบ ("ครูดีใจที่หนูบอก") · แจ้ง รพ.ทันที · แจ้งผู้ปกครอง (ความปลอดภัยสำคัญกว่าความลับ)

5 · NSSI เจาะลึก

การทำร้ายตัวเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย — เรียบเรียงจากสื่อสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

NSSI คืออะไร: การทำร้ายร่างกายตนเองโดยตั้งใจ โดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย เพื่อจัดการความเจ็บปวดทางอารมณ์ที่ทนไม่ได้ · รูปแบบ: กรีด เผา กัด ตี ดึงผม · ซ่อนเร้น: แขน ต้นขา หน้าท้อง

ทำไมเด็กถึงทำ — ฟังก์ชันทางจิตใจ (ใต้ภูเขาน้ำแข็ง)

Zone 1 ระบาย/หยุดความเจ็บปวด · **Zone 2** ลงโทษตัวเอง · **Zone 3** รู้สึกว่ายังมีตัวตน (Anti-dissociation) · **Zone 4** ขอความช่วยเหลือโดยไม่ต้องพูด — งานของเราคือช่วยหา "กลยุทธ์ที่ดีกว่า"

มุมมองใหม่: ไม่ใช่ "เรียกร้องความสนใจ/ควบคุมคนอื่น/แค่หยุดทำ" แต่คือ **เด็กขาดทักษะสื่อสารความทุกข์และความต้องการ** — งานคือ การสื่อสาร · ตอบสนองความต้องการ · เปิดใช้ทรัพยากรช่วยเหลือ

บทสนทนา 5 ขั้น (เมื่อครูพบเด็กทำ NSSI)

1. **เปิดบทสนทนา** — "ครูสังเกตเห็นบางอย่าง และห่วงหนู อยากให้เราคุยกันได้ไหม?" (ไม่บังคับ ให้เลือก)
2. **ถามตรงแต่เบาๆ** — "รอยที่แขนเป็นมาได้ยังไง? ครูอยากเข้าใจ" (รอคำตอบ ยอมรับความเงียบ)
3. **ฟังและ Validate** — "ฟังดูเหมือนหนูแบกรับอะไรหนักมาก ขอบคุณที่เล่าให้ฟัง" (อย่าเพิ่งรีบแก้)
4. **ตรวจสอบ Safety** — "หนูมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองให้รุนแรงขึ้น หรืออยากตายไหม?" (การถามตรงไม่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย)
5. **วางแผนร่วมกัน** — "ครูอยากให้เราไปคุยกับครูแนะแนว/คุณหมอด้วยกัน หนูโอเคไหม?"

6 · เครือข่ายชุมชน (เชียงแสนวิทยาคมโมเดล)

อสม. — เยี่ยมบ้านแนบเนียน (แบ่งปันเสื้อผ้า/อาหาร) · เฝ้าระวัง · รักษาความลับก่อนลงพื้นที่

ผู้นำชุมชน/ผู้ใหญ่บ้าน — สะพานเชื่อมบ้าน–โรงเรียน · ปรึกษาหารือ · จัดการอุปสรรคในพื้นที่

รพ.สต. — ดูแล/ติดตามปฐมภูมิใกล้บ้าน · ประสานส่งต่อ รพ.แม่ข่าย · เยี่ยมบ้านร่วม อสม.

ทีมเพื่อนสนิท — ดูแล 3 มิติ: ประคองการเรียน · ความปลอดภัยช่วงพัก · สังเกตอาการรายวัน

มาตรการรักษาความลับ (Need-to-Know): สื่อสารเฉพาะส่วนจำเป็น · ทำความเข้าใจเรื่องความลับกับ อสม./ผู้นำชุมชนก่อนลงพื้นที่ · ห้ามเปิดเผยในที่สาธารณะ · โรงเรียนรับ-ส่งเด็กไป รพ. เมื่อผู้ปกครองไม่พร้อม เพื่อให้การรักษาไม่ขาดตอน

6.1 · ถอดบทเรียนเชียงแสนวิทยาคมโมเดล

ต้นแบบการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพจิตและระบบการศึกษา เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้นักเรียนกลุ่มเปราะบาง

① นโยบายแบบคู่ขนาน (Parallel Policies)

งานสอน — ทำให้เด็กเป็น "คนเก่ง"

งานระบบดูแล — ทำให้เด็กเป็น "คนดีและมีความสุข"

"ถ้าครูไม่ทำ ใครจะทำ ถ้าครูทิ้งไป เราเสียเด็กแน่นอน" — อ.ปรเมศร์ หัวหน้าฝ่ายปกครอง · ผู้บริหารวางทั้งสองงานให้มีน้ำหนักเท่ากัน

② ระบบนิเวศการดูแล 3 ระดับ

ระดับบุคคล
ครูที่ปรึกษา · ครูแนะแนว(ครูนักจิต) · ทีมเพื่อนสนิท

ระดับโรงเรียน
ผู้บริหาร · ฝ่ายวิชาการ · ระบบดูแลนักเรียน

ระดับเครือข่าย
อสม. · ผู้นำชุมชน · รพ.เชียงรายฯ · รพ.เชียงแสน · สพม.ชร.

ทั้ง 3 ระดับทำงานประสานกันรอบ "นักเรียนกลุ่มเปราะบาง" เป็นศูนย์กลาง

③ การคัดสรร "ครูที่ทำงานด้วยหัวใจ" (Targeted Recruitment)

แนวทางการคัดเลือก: ครูทั่วไป → สังเกตครูที่เด็กไว้วางใจและเข้าหา → ทาบทามเฉพาะผู้มีใจรัก → ทีมแกนนำ

- **สังเกต (Observe):** เลือกจากความไว้วางใจของเด็ก — ไม่ใช่ครูทุกคนจะทำได้หรือเข้าใจเด็ก
- **ทาบทาม (Recruit):** "ทาบทามไป 10 ได้มา 3 ก็ถือว่าสำเร็จและดีใจแล้ว"
- **ติดอาวุธ (Equip):** นักจิตวิทยา สพม.ชร. ลงพื้นที่ให้ความรู้เรื่องโรค เพื่อลดอคติของครู

④ ปรับมาตรฐานเพื่อมีพื้นที่ให้เด็กยืน (Flexible Academic Standards)

	ก่อนปรับ	ช่วงยืดหยุ่น	เมื่ออาการคงที่
ภาระงาน	งานเดี่ยว/กลุ่มใหญ่	งานคู่ (Pair) ลดความกดดัน	กลับสู่มาตรฐานเดิม
สภาพแวดล้อม	นั่งปะปนกับเพื่อนที่อึดอัด	ปรับที่นั่งให้อยู่ในสายตาครู	กลับสู่ห้องเรียนปกติ
การประเมิน	มาตรฐานเดียวทั้งโรงเรียน	ลดมาตรฐานลงชั่วคราว ไม่ตัดสินด้วยเกณฑ์ปกติ	ประเมินตามเกณฑ์

หลักการ: ลดมาตรฐานลงเพื่อเหลือพื้นที่ให้เขายืนสักนิด เมื่ออาการดีขึ้น (Stable) จึงค่อยย้ายกลับสู่มาตรฐานเดิม

⑤ กลไกทีมเพื่อนสนิท (Close Friends Shield)

ทีมเพื่อนที่ผ่านการอบรมความรู้และลดอคติ ดูแล 3 มิติ: **ประคับประคองการเรียน · ดูแลความปลอดภัยช่วงพัก · สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงรายวัน**

⑥ อุดรอยรั่วเมื่อครอบครัวไม่พร้อม (Bridging the Gap)

โรงเรียนจัดระบบรับ-ส่งเด็กไป รพ. เอง · บันทึกอาการรายวันส่งต่อแพทย์ · สื่อสารสองทางกับ รพ. · จัดทีมเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมไข้ ไม่ทิ้งครอบครัวเผชิญปัญหาลำพัง

⑦ ปฏิบัติการชุมชนเชิงรุกแบบแนบเนียน

ป้องกันการตีตรา (Stigma): **เข้าหาแบบธรรมชาติ** ใช้กิจกรรมบังหน้า เช่น แบ่งปันเสื้อผ้า/อาหาร · **เฝ้าระวังไร้รอยต่อ** แวะเวียนพูดคุยทักทายตามวิถีชีวิตประจำวันร่วมกับ อสม.

⑧ เสาหลักหนุนเสริมจาก สพม.ชร.

องค์ความรู้: นักจิตวิทยา สพม.ชร. ลงพื้นที่ให้ความรู้ ลดอคติ · **การบริหาร:** ผอ.สพม. ช่วยเชิงนโยบาย แก้ปัญหา · **การติดตาม:** ติดตามความคืบหน้าอย่างเป็นระบบเพื่อความยั่งยืน

⑨ วงจรความยั่งยืนและการส่งต่อ (Improvement Cycle)

คัดเลือก (ขึ้นชั้นใหม่ คัดครูที่พร้อมและสมัครใจ) → **ถ่ายทอด** (คุยรายละเอียดเชิงลึกจนได้คนพร้อมรับช่วงต่อ) → **ปรับเปลี่ยน** (ติดตามประเมินผล ปรับวิธีให้สอดคล้องสถานการณ์) → **สนับสนุน** (ผู้บริหารกำกับดูแลและอำนวยความสะดวกต่อเนื่อง) → วนกลับ

⑩ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (Measurable Outcomes)

ด้านนักเรียน: อาการคงที่ขึ้น (Stable) — ยืดระยะเวลาการทำร้ายตัวเองจาก “เกือบทุกสัปดาห์” เป็น “3–4 สัปดาห์/ครั้ง” และดีขึ้นต่อเนื่อง
ด้านทีมงาน: เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเด็ก และได้เพื่อนร่วมงานที่มีอุดมการณ์เดียวกัน

⑪ บริหารปัจจัยเสี่ยง (Risk Management)

ภาระใจครู → สร้าง Safe space แบ่งปัน/ให้กำลังใจ · เหตุวิกฤตถึงชีวิต → จุดประสานงานสายตรงถึงผู้บริหารรร. · อคติต่อโรค → นักจิตวิทยาให้ความรู้

⑫ พิมพ์เขียวฉบับย่อ (Best Practice Canvas)

Mindset (ปรัชญา): ไม่ใช้ครูทุกคน ใช้ครูที่เด็กเข้าหา · รักนักเรียนเหมือนลูก · งานดูแลสร้างคนดี

Operation (ลดความกดดัน): ลดมาตรฐานชั่วคราว · ปรับงานเดี่ยวเป็นงานคู่ · ปรับที่นั่งให้อยู่ในสายตา

Network (เครือข่ายไร้รอยต่อ): ทีมเพื่อนสนิท 3 มิติ · อสม. ดูแลแบบแนบเนียน · สพม. ให้ความรู้และนโยบาย

Continuity (ความต่อเนื่อง): โรงเรียนรับ-ส่ง รพ. เอง · ส่งข้อมูลให้แพทย์ · คัดเลือกและคุยเชิงลึกกับครูใหม่

⑬ กลับคืนสู่หัวใจความเป็นมนุษย์ (The Heart of a Teacher)

“ได้รู้ความหมายของคำว่าครู ครูคือคนที่มีความรัก ยิ่งมีความรักมากเท่าไร ยิ่งใกล้คำว่าครู... งานของครูจะดีได้ ต้องรักนักเรียนเหมือนลูกหรือคนในครอบครัว แล้วมันจะสะท้อนออกมาเป็นผลงานเอง”

ระบบดูแลนักเรียนที่ดีที่สุด คือระบบที่ขับเคลื่อนด้วยความโอบอ้อมอารีอย่างเป็นรูปธรรม

7 · การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้น (PFA)

Psychological First Aid — การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้อยู่ในภาวะวิกฤต จนพ้นช่วงวิกฤต · หลัก “3 ส พลัส (3ส 2ข)”

ส1 · สอดส่องมองหา
มองหาผู้ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน — เสียใจรุนแรง ร้องไห้ไม่หยุด เครียด กินไม่ได้ นอนไม่หลับ และกลุ่มเปราะบาง

ส2 · ใส่ใจรับฟัง
ฟังอย่างมีสติ สบตา ไม่ตัดสิน ให้เขาได้ระบาย — แต่อย่ามีอารมณ์ร่วมจนร้องไห้ตาม

ส3 · ส่งต่อเชื่อมโยง
ช่วยเท่าที่ทำได้ หากไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อ/แนะนำพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ

ข1 · (ให้) ข้อมูล — ยืนยันว่ามีทางแก้ บอกแหล่งช่วยเหลือ
ข2 · (ช่วยให้) เข้าถึงบริการ — พาเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญใกล้บ้านเร็วที่สุด (ER/คลินิกสุขภาพจิต/รพ.)

เมื่อพบผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องฉุกเฉิน ช่วยทันที — **ไม่ทิ้งให้อยู่คนเดียว** หากเสี่ยงสูง · ถามตรงเรื่องความคิดฆ่าตัวตายด้วยความห่วงใย (**การถามไม่ได้ทำให้แย่ลงหรือชี้โพรงให้กระรอก**) · ไม่ใช้คำตีตรา · กันการเข้าถึงอุปกรณ์อันตราย · พาส่งแผนกฉุกเฉิน

แผนความปลอดภัย (Safety Plan) — ช่วยลดการทำร้ายตนเองและเพิ่มการขอความช่วยเหลือ เขียนร่วมกับเด็ก ประกอบด้วย: ① สัญญาณเตือนของตนเอง ② สิ่งที่ทำได้เองเพื่อจัดการ ③ คน/สถานที่ที่ช่วยเบี่ยงเบน ④ คนที่ขอความช่วยเหลือได้ ⑤ ผู้เชี่ยวชาญ/สายด่วน ⑥ ทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดภัย (เก็บอุปกรณ์เสี่ยง) — ใช้คู่กับใบงานในหัวข้อ NSSI

7.1 · การรังแกกัน (Bullying)

การกระทำซ้ำๆ ที่ตั้งใจทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด โดยมีความไม่เท่าเทียมของอำนาจ — ปัจจัยกระตุ้นสำคัญของภาวะซึมเศร้า, NSSI และความคิดฆ่าตัวตาย

ทางร่างกาย
ตี ผลัก แกล้ง ทำลาย/ขโมยของ

ทางวาจา/สังคม
ล้อเลียน ดูถูก ใส่ร้าย กีดกันออกจากกลุ่ม

ไซเบอร์
ด่า/แชร์ภาพประจาน ปลอมบัญชี ตั้งกลุ่มโจมตี

สัญญาณที่ควรสังเกต
ไม่อยากมาโรงเรียน · ของใช้เสียหายบ่อย · แยกตัว · บาดแผลอธิบายไม่ได้ · หลบเลี่ยงมือถือ/โซเชียล

สิ่งที่ครูทำได้ทันที
หยุดพฤติกรรมทันที · รับฟังผู้ถูกกระทำเป็นการส่วนตัว · คุยกับผู้กระทำแยกต่างหาก · แจ้งผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย · ติดตามต่อเนื่อง

ส่งต่อทันทีเมื่อ: ถูกรังแกซ้ำต่อเนื่อง บาดเจ็บทางร่างกาย มีสัญญาณซึมเศร้า/ทำร้ายตัวเอง หรือพูดถึงการฆ่าตัวตาย — ใช้หลัก PFA ทันที (สายด่วนสุขภาพจิต 1323)

8 · เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ / ถูกกระทำรุนแรง

เมื่อพบหรือสงสัย — ความปลอดภัยของเด็กมาก่อน ดำเนินการอย่างเป็นระบบ เก็บความลับ และส่งต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ

สิ่งที่ครูควรทำทันที

- ทำให้เด็กปลอดภัยและสงบ รับฟังโดยไม่ซักไซ้ไล่เลียง ไม่ตำหนิ
- ปฐมพยาบาลทางจิตใจ (PFA) ดูแลจิตใจเบื้องต้น
- กรณีเข้าข่ายทำร้ายร่างกาย/ทารุณกรรม แจ้งผู้บริหารและประสานหน่วยงาน
- กรณีล่วงละเมิดทางเพศ — รีบถึงสถานพยาบาลโดยเร็ว (ยาป้องกันตั้งครรภ์ใน 72 ชม. / ยาต้านไวรัสภายใน 2 ชม.)
- รักษาความลับเข้มงวด กำหนดผู้เข้าถึงข้อมูล

ช่องทางแจ้งเหตุ & เส้นทางช่วยเหลือ (OSCC)

- **สายด่วน 1300** ศูนย์ช่วยเหลือสังคม (24 ชม.) · เว็บ osccthailand.go.th
- แจ้งด้วยตนเองที่ รพ.สต./รพ. · สถานีตำรวจ · พมจ. · ศูนย์ดำรงธรรม · ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองนักเรียน สพฐ.
- เส้นทาง OSCC: รับแจ้ง → คัดกรองปัญหา → ทีมสหวิชาชีพดูแล/เยียวยา → คุ้มครองสิทธิ์ตามกฎหมาย → คืนสู่ครอบครัว/กลับเข้าเรียน → ติดตามผล
- ตั้งครรภ์ไม่พร้อม: สธ. · ค้ามนุษย์: ตำรวจ · แรงงานเด็ก: ก.แรงงาน · ความรุนแรง: พม.

⏱️ **นาฬิกาเดินทันที — ส่ง รพ. โดยเร็ว ไม่รอครบขั้นตอน:** ยาต้านไวรัสเอดส์ (PEP) ต้องได้ **ภายใน 2 ชม.** · ยาคุมฉุกเฉิน **ภายใน 72 ชม.** · กรณีเพิ่งเกิดเหตุ ไม่ให้อาบน้ำ/เปลี่ยน–ซักเสื้อผ้า เพื่อเก็บหลักฐาน · นัดติดตามที่ศูนย์พึ่งได้ 1 สัปดาห์ / 1 เดือน / 3 เดือน (ผลเลือด–HIV–ตั้งครรภ์–จิตใจ)

OSCC ดูแล 4 ปัญหา — เจ้าภาพหลักและกฎหมาย:

ปัญหา	เจ้าภาพหลัก	กฎหมาย / การช่วยเหลือ
ตั้งครรภ์ไม่พร้อม	สาธารณสุข	พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2559 · ปรึกษาทางเลือก 1663 (ดูหัวข้อ 8.1)
ค้ามนุษย์	ตำรวจ	พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ 2551 ม.6 · แจ้ง 1300 / 191 คัดแยกผู้เสียหาย ฟื้นฟู
แรงงานเด็ก	ก.แรงงาน	พ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน 2551 ม.148 · ห้ามจ้างเด็ก <15 ปี · แจ้ง 1300/1546 ส่งกลับเข้าเรียน
ความรุนแรงต่อเด็ก/สตรี	พม.	พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว 2550 · พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก 2546

8.1 · การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (คุณแม่วัยใส)

เด็ก/เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน — ครูและ สธ. เป็น **ผู้ให้ทางเลือกอย่างเป็นมิตร ไม่ตีตรา ไม่ตัดสิน** ให้ข้อมูลรอบด้านและเคารพการตัดสินใจ · คัดกรองการถูกล่วงละเมิดควบคู่เสมอ

เริ่มที่ "ปรึกษาทางเลือก" (เป็นมิตร เป็นความลับ ฟรี): สายด่วน **1663** (09.00–21.00 น.) · **RSA Online** www.rsathai.org · ศูนย์พึ่งได้/คลินิกวัยรุ่นของ รพ.รัฐ · ดูแลใจ 1323

ทางเลือกที่ 1 — ตั้งครรภ์ต่อ (รร.+สธ.+ครอบครัวช่วย)

- **เรียนต่อได้ ไม่ถูกบังคับให้ออก/พักเรียน** (พ.ร.บ. 2559) — ปรับการเรียน/ย้าย/กศน. · ทุน กสศ.
- ฝากครรภ์คุณภาพ · ดูแลโภชนาการ–จิตใจ · บ้านพักเด็กฯ (พม.) กรณีบ้านไม่พร้อม
- สวัสดิการ: เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด · คลอดตามสิทธิ · หลังคลอดคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ฝังยา) ฟรี
- เลี้ยงเองไม่ไหว → **ยกบุตรเป็นบุตรบุญธรรม/ฝากเลี้ยงอย่างถูกกฎหมาย** ผ่านกรมกิจการเด็กฯ (ดย.) · บ้านพักเด็กฯ · สถานสงเคราะห์เด็กอ่อน · มูลนิธิสงเคราะห์เด็กอ่อน/สหทัยมูลนิธิ

ทางเลือกที่ 2 — ยุติการตั้งครรภ์ (ถูกกฎหมาย) ป.อาญา ม.301–305 (แก้ไข 2564)

- **อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์** — เป็นสิทธิของผู้หญิง · **12–20 สัปดาห์** ต้องตรวจ+รับคำปรึกษาก่อน
- **ทุกอายุครรภ์** หากเสี่ยงต่อสุขภาพกาย/จิตของแม่ · ทารกพิการรุนแรง · ตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืน
- ทำที่ **สถานพยาบาลรัฐ/เครือข่ายอาสา RSA** โดยแพทย์ — ปลอดภัย ใช้สิทธิ สปสช. · ส่งต่อผ่าน 1663
- **ห้ามซื้อยาทำแท้งออนไลน์/คลินิกเถื่อน** — เสี่ยงตกเลือด ติดเชื้อ มดลูกทะลุ ถึงเสียชีวิต

9 · การประชุมปรึกษารายกรณี (Case Conference)

วิเคราะห์ปัญหาแบบองค์รวม (Holistic) เพื่อวางแผนช่วยเหลือร่วมกันของทีม

① ปัจจัยจากตัวเด็ก
ความเจ็บป่วย/โรคเรื้อรัง · ระดับสติปัญญา · พื้นอารมณ์–การปรับตัว · โรคทางจิตเวช (สมาธิสั้น LD ซึมเศร้า วิตกกังวล)

② ปัจจัยจากครอบครัว
ทัศนคติผู้เลี้ยงดู · รูปแบบเลี้ยงดู (ตามใจ/ปล่อยปละ/เผด็จการ) · ความเครียด · ความรุนแรงในครอบครัว (วาจา/กาย/ใจ)

③ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม
กลุ่มเพื่อน · ทัศนคติครู · แหล่งสนับสนุนการเรียน · ชุมชน/อบายมุข/ยาเสพติด · สื่อที่เด็กเข้าถึง

การรักษาความลับ: ไม่เปิดเผยข้อมูลกับผู้ไม่เกี่ยวข้อง ต้องได้รับความยินยอมจากเด็ก/ผู้ปกครองก่อน · เก็บแฟ้มในตู้ล็อก เข้าถึงเฉพาะผู้รับผิดชอบ | **สื่อสารกับผู้ปกครองด้วย I-Message:** “ครูสังเกตเห็นว่าช่วงนี้หนูดูไม่ร่าเริง... ครูเป็นห่วง” — สร้างสัมพันธ์ก่อน ไม่เน้นตำหนิ

รูปแบบการประชุม (2 แบบ)

- **เฉพาะในโรงเรียน** — ครูแนะแนวที่รับส่งต่อเคสจากครูประจำชั้น จัดประชุมเฉพาะคณะครูที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือร่วมกัน
- **ร่วมกับสหวิชาชีพ** — เมื่อต้องการความเห็นเชิงลึก เชิญทีมสาธารณสุขร่วมด้วย

ผู้เข้าร่วม

- ครูที่ปรึกษา/ครูประจำชั้น · ครูแนะแนว (ครูนักจิต) · ฝ่ายปกครอง/ผู้บริหาร
- ทีมสหวิชาชีพ (เมื่อจำเป็น): จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น · พยาบาลจิตเวช · นักสังคมสงเคราะห์ · นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยาโรงเรียน
- ผู้ปกครอง (ตามความเหมาะสมของกรณี)

ขั้นตอนการจัดประชุม (3 ระยะ)

① ก่อนประชุม (เตรียมการ)
กำหนดแผน/นัดหมาย · คัดเลือกกรณีศึกษา · เตรียมข้อมูล: พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลการเรียน ผลแบบคัดกรอง ประวัติการช่วยเหลือที่ผ่านมา

② ระหว่างประชุม
นำเสนอกรณี · วิเคราะห์ปัจจัยองค์รวม (เด็ก/ครอบครัว/สิ่งแวดล้อม) · ระบุจุดแข็ง-ความเสี่ยง · ร่วมกันวางแผนช่วยเหลือและผู้รับผิดชอบ

③ หลังประชุม
ดำเนินการตามแผน · ติดตาม/บันทึก/รายงานผล · ดีขึ้น → ส่งกลับครูที่ปรึกษา · ไม่ดีขึ้น → ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญภายนอก

หัวข้อที่ต้องเตรียม/บันทึก (แบบบันทึกการวางแผนช่วยเหลือเด็ก)

สำหรับแต่ละปัจจัย (เด็ก/ครอบครัว/สิ่งแวดล้อม) ให้ระบุ: **ลักษณะปัญหา · จุดแข็ง/ข้อดีที่พบ · ความเสี่ยงที่อาจเกิด** แล้วสรุปเป็น **แผนการช่วยเหลือ** และช่อง **ผลการช่วยเหลือ** ไว้ติดตาม

การสื่อสารกับผู้ปกครองให้พาเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญ: สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจก่อน (ฟังอย่างใส่ใจ ไม่เน้นตำหนิ) · บอกจุดดี-จุดด้อยและสิ่งที่โรงเรียนช่วยมาแล้ว · ช่วยแก้ความกังวล (ค่าเดินทาง สิทธิการรักษา ประสาน รพ.) · ใช้หลัก “ถามก่อน บอก” · สรุปเป็นแผนพัฒนาเฉพาะบุคคล และนัดติดตามอย่างน้อยภาคเรียนละครั้ง

10 · การดูแลใจครูผู้ดูแล (Self-care)

“หัวใจของครู” ต้องได้รับการดูแลด้วย — ถ้าครูมีสุขภาพใจดี บรรยากาศการเรียนรู้และนักเรียนก็ดีตาม

ดูแล 4 ด้าน
กาย ออกกำลังกาย พักผ่อนพอ เลี่ยงเหล้าบุหรี่ · **อารมณ์** รู้เท่าทันและจัดการอารมณ์ตน · **สังคม** มีคนไว้ใจพูดคุย · **จิตวิญญาณ** ทำกิจกรรมที่สงบใจ

ดูแลใจด้วย 3A
Awareness รับรู้พฤติกรรม/อารมณ์/ความคิดของตน · **Acceptance** ยอมรับตามจริงโดยไม่ตัดสิน · **Action** เลือกตอบสนองอย่างเหมาะสม

สัญญาณว่าดูแลใจตนเองน้อยไป: หงุดหงิดโมโหง่าย · ไม่รับรู้อารมณ์ตนเอง · ชอบควบคุมผู้อื่น · เก็บกด · ทำอะไรไม่ต่อเนื่อง · ชอบแก้ตัวหนีความจริง — เมื่อมีสัญญาณเหล่านี้ ควรหยุดพักและกลับมาดูแลใจตนเอง · จัด Safe space ในทีมเพื่อแบ่งปันและให้กำลังใจกัน

11 · เครื่องมือประเมิน & สายด่วน

เครื่องมือ	ใช้คัดกรอง	เกณฑ์/ผู้ใช้
PHQ-A	ภาวะซึมเศร้าวัยรุ่น (9 ข้อ)	≥10 ส่งต่อ · ข้อ 9 = ทำร้ายตัวเอง · ครูแนะแนว
8Q	แนวโน้มการฆ่าตัวตาย	1 คะแนนขึ้นไป ปรึกษา รพ.
GAD-7	โรควิตกกังวล	≥10 ปรึกษาครูแนะแนว/นักจิตฯ · พิจารณาส่งต่อ รพ.
SNAP-IV	สมาธิสั้น (ADHD)	ครูแนะแนว
GAST	การติดเกม	ครูแนะแนว / รพ.
บคก.กสธ. V.2	ยาเสพติด (ผู้ใช้/เสพ/ติด)	ครูแนะแนว / ฝ่ายปกครอง
นิโคติน (Fagerström)	ติดนิโคติน	≥5 ส่งคลินิกเลิกบุหรี่ / สายด่วน 1600
ST-5 · PSQI	ความเครียด · คุณภาพการนอน	ครูที่ปรึกษา / ครูแนะแนว

สายด่วน: สุขภาพจิต **1323** · การแพทย์ฉุกเฉิน **1669** · เหตุด่วนเหตุร้าย **191** · ศูนย์ช่วยเหลือสังคม **1300** · สายด่วนยาเสพติด **1165**
เมื่อพบเด็กมี SI: ไม่ทิ้งเด็กไว้คนเดียว · รับฟังอย่างสงบ · แจ้ง รพ.ทันที · แจ้งผู้ปกครอง (ความปลอดภัยสำคัญกว่าความลับ)

12 · เบอร์ติดต่อกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด · รพ. ในเชียงราย

ติดต่อ **ในวันและเวลาราชการ (จ.–ศ. 08.00–16.00 น.)** เนื่องจากคลินิกจิตเวชของ รพ.ชุมชนส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่เฉพาะทางในช่วงเวลานี้ · กรณีฉุกเฉิน/วิกฤตนอกเวลา โทรสายด่วน **1669** หรือ **1323**

โรงพยาบาลศูนย์ (ประจำจังหวัด)

รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ · อ.เมือง

โทร **053-910600** หรือ **053-711300**

- ในเวลาราชการ: ต่อ **1277** (OPD จิตเวช)
- นอกเวลาราชการ: ต่อ **ศูนย์ Refer** เพื่อประสานจิตแพทย์เวร

อำเภอ	โรงพยาบาล · เบอร์ติดต่อ (กลุ่มงานจิตเวช/ยาเสพติด)
แม่จัน	รพ.แม่จัน · **053-771056** ต่อ 194 · สายตรงจิตเวชฯ **096-523-3180**
พาน	รพ.พาน · **053-721345** ต่อ 155 (คลินิกใจใส/จิตเวช)
เวียงเชียงรุ้ง	รพ.เวียงเชียงรุ้ง · **053-953137** ต่อ 129 (ศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต)
เชียงแสน	รพ.เชียงแสน · **053-777035** ต่อ 121
เวียงชัย	รพ.สมเด็จพระญาณสังวร · **053-603131** / **053-603123** (ขอต่อคลินิกจิตเวช/บำบัดยาเสพติด)
เชียงของ	รพ.สมเด็จพระยุพราชเชียงของ · **053-791206** (ขอต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติด)
แม่สาย	รพ.แม่สาย · **053-731300** (ขอต่อกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด)
เทิง	รพ.เทิง · **053-795259** ต่อ 0 (ขอต่อคลินิกสุขภาพจิต/จิตเวช)
แม่ลาว	รพ.แม่ลาว · **053-603100** (ขอต่อกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด)
แม่สรวย	รพ.แม่สรวย · **053-786017** (ขอต่อคลินิกสุขภาพจิต)
เวียงป่าเป้า	รพ.เวียงป่าเป้า · **053-781342** (ขอต่อแผนกจิตเวช/ยาเสพติด)
ป่าแดด	รพ.ป่าแดด · **053-654479** (ขอต่อคลินิกจิตเวช)
พญาเม็งราย	รพ.พญาเม็งราย · **053-799033** (ขอต่อคลินิกจิตเวช)
เวียงแก่น	รพ.เวียงแก่น · **053-608146** (ขอต่องานจิตเวช)
ขุนตาล	รพ.ขุนตาล · **053-606221** (ขอต่องานสุขภาพจิต/จิตเวช)
แม่ฟ้าหลวง	รพ.แม่ฟ้าหลวง · **053-730357** (ขอต่อคลินิกจิตเวชและยาเสพติด)
ดอยหลวง	รพ.ดอยหลวง · **053-790056** (ขอต่องานสุขภาพจิต)

เบอร์ต่อภายในและสายตรงรวบรวมจากข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะของแต่ละโรงพยาบาล อาจมีการเปลี่ยนแปลง · แนะนำให้แจ้งโอเปอเรเตอร์ขอต่อ “กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด/คลินิกสุขภาพจิต” หากเบอร์ต่อไม่ถูกต้อง

ภาคผนวก · แบบประเมินสำหรับถ่ายเอกสาร

ครูสามารถถ่ายเอกสาร (Xerox) แบบประเมินต่อไปนี้ไปใช้ได้ · ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับเด็กมากที่สุด แล้วรวมคะแนนตามคำแนะนำท้ายแบบ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A)

ในช่วง **2 สัปดาห์ที่ผ่านมา** หนูมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน · 0=ไม่มีเลย · 1=มีบางวัน · 2=มีค่อนข้างบ่อย · 3=มีเกือบทุกวัน

ชื่อ-สกุล _____ ชั้น ____ วันที่ _____ ผู้ประเมิน _____

ข้อ	0	1	2	3
1. รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. รู้สึกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ หรือสิ้นหวัง				
3. หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. รู้สึกเหนื่อย ไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง รู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเอง/ครอบครัวผิดหวัง				
7. ไม่มีสมาธิ เช่น เวลาเรียน อ่านหนังสือ หรือดูทีวี				
8. พูด/เคลื่อนไหวช้าจนคนอื่นสังเกตเห็น หรือกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่งมากกว่าปกติ				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีกว่า				

รวมคะแนน (0–27): _____

แปลผล & คำแนะนำ

0–4 ไม่มี/น้อยมาก — ดูแลตามปกติ ส่งเสริมสุขภาพใจ | **5–9** เล็กน้อย — ครูรับฟัง ให้กำลังใจ ชวนทำกิจกรรม (BA) ติดตามทุก 2 สัปดาห์

10–14 ปานกลาง — แจ้งผู้ปกครอง ดูแลใกล้ชิด ปรึกษานักจิตฯ สพม. พิจารณาส่ง รพ. | **15–27** ค่อนข้างรุนแรง–รุนแรง — **ส่งต่อ รพ.** (รพ.: รักษาด้วยยา + จิตบำบัด)

ข้อ 9 ได้ 1 คะแนนขึ้นไป (ไม่ว่าคะแนนรวมเท่าใด) — ประเมิน 8Q ทันที **ไม่ทิ้งเด็กไว้คนเดียว** แจ้ง รพ. และผู้ปกครอง

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)

ข้อ 1–7 ถามถึงช่วง **1 เดือนที่ผ่านมา** · ข้อ 8 ถามถึง **ตลอดชีวิต** · ทำเครื่องหมายในช่อง “มี/ใช่” แล้วบวกคะแนนในวงเล็บ

ข้อ	มี/ใช่	ไม่มี
1. คิดอยากตาย หรือคิดว่าอยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์ (1)		
2. อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (2)		
3. คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (6)		
4. รู้สึกว่าควบคุมความคิดอยากฆ่าตัวตายไม่ได้ (8)		
5. มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (8)		
6. เตรียมการที่จะฆ่าตัวตาย เช่น เตรียมอุปกรณ์ สะสมยา (9)		
7. ทำให้ตัวเองบาดเจ็บโดยตั้งใจ แต่ไม่ได้ตั้งใจให้ถึงตาย (4)		
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยพยายามฆ่าตัวตาย (4)		

รวมคะแนน: _____

แปลผล & คำแนะนำ

0 ไม่มีความเสี่ยง | **1–8** เสี่ยงน้อย | **9–16** เสี่ยงปานกลาง | **17 ขึ้นไป** เสี่ยงสูง

ได้ 1 คะแนนขึ้นไป = ปรึกษา/ส่งต่อ รพ. · วางแผนความปลอดภัยร่วมกับเด็กและครอบครัว · ระดับปานกลาง–สูง **ไม่ทิ้งเด็กไว้คนเดียว** ประสาน รพ. ทันที (โทร 1323 / 1669)

แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ในช่วง **2–4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** มีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน · 0=แทบไม่มี · 1=เป็นบางครั้ง · 2=บ่อยครั้ง · 3=เป็นประจำ

ข้อ	0	1	2	3
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก				
2. มีสมาธิน้อยลง				
3. หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ				
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				

รวมคะแนน (0–15): _____

แปลผล & คำแนะนำ

0–4 เครียดน้อย — ดูแลตามปกติ | **5–7** ปานกลาง — ชวนพูดคุย ผ่อนคลาย ติดตาม | **8–9** มาก — ปรึกษาครูแนะแนว/นักจิตฯ ฝึกผ่อนคลาย | **10–15** มากที่สุด — ส่งต่อประเมินเพิ่มเติม

แบบประเมินโรควิตกกังวลในวัยรุ่น (GAD-7)

ในช่วง **2 สัปดาห์ที่ผ่านมา** หนูมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน · 0=ไม่มีเลย · 1=มีบางวัน · 2=มีค่อนข้างบ่อย · 3=มีเกือบทุกวัน

ชื่อ-สกุล _____ ชั้น ____ วันที่ _____ ผู้ประเมิน _____

ข้อ	0	1	2	3
1. รู้สึกประหม่า วิตกกังวล หรือหงุดหงิดกระวนกระวาย				
2. ไม่สามารถหยุด หรือควบคุมความกังวลได้				
3. กังวลมากเกินไปกับเรื่องต่างๆ หลายเรื่อง				
4. รู้สึกยากที่จะผ่อนคลาย				
5. กระสับกระส่ายจนนั่งอยู่นิ่งๆ ได้ยาก				
6. หงุดหงิดง่าย หรือรำคาญใจง่าย				
7. รู้สึกกลัว เหมือนกับว่าจะมีเรื่องเลวร้ายเกิดขึ้น				

รวมคะแนน (0–21): _____

แปลผล & คำแนะนำ

0–4 วิตกกังวลน้อยมาก | **5–9** ระดับน้อย — ครูรับฟัง สอนหายใจ 4-7-8 / grounding 5-4-3-2-1 ติดตามต่อเนื่อง | **10–14** ปานกลาง | **15 ขึ้นไป** รุนแรง

คะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป — มีแนวโน้มเป็นโรควิตกกังวล ปรึกษาครูแนะแนว/นักจิตวิทยา และพิจารณาส่งต่อ รพ. เพื่อประเมินเพิ่มเติม

แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV ฉบับสั้น)

ครู/ผู้ปกครองประเมินพฤติกรรมเด็กในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา · 0=ไม่เลย · 1=เล็กน้อย · 2=ค่อนข้างมาก · 3=มากที่สุด

ชื่อ-สกุล _____ ชั้น ____ วันที่ _____ ผู้ประเมิน _____

ด้าน ก · ขาดสมาธิ (Inattention) ข้อ 1–9

ข้อ	0	1	2	3
1. ไม่ใส่ใจรายละเอียด หรือทำผิดด้วยความเลินเล่อ				
2. ตั้งสมาธิกับงานหรือการเล่นได้ยาก				
3. ดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วยโดยตรง				
4. ทำตามคำสั่งไม่สำเร็จ ทำงาน/การบ้านไม่เสร็จ				
5. จัดระเบียบงานหรือกิจกรรมได้ยาก				
6. หลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความคิดต่อเนื่อง				
7. ทำของใช้ที่จำเป็นหายบ่อย				
8. วอกแวกตามสิ่งเร้าภายนอกง่าย				
9. ลืมกิจวัตรประจำวันบ่อย				

ด้าน ข · ซน/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsivity) ข้อ 10–18

ข้อ	0	1	2	3
10. อยู่ไม่สุข ขยับมือเท้า หรือบิดตัวบนเก้าอี้				
11. ลุกจากที่นั่งในเวลาที่ควรนั่ง				
12. วิ่งหรือปีนป่ายในที่ไม่เหมาะสม				
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆ ได้ยาก				
14. เคลื่อนไหวตลอดเวลา เหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัว				
15. พูดมากเกินไป				
16. โพล่งคำตอบก่อนถามจบ				
17. รอคอยตามลำดับได้ยาก				
18. ขัดจังหวะหรือสอดแทรกผู้อื่น				

คะแนนเฉลี่ยด้าน ก (ข้อ 1–9 ÷ 9): ____ · คะแนนเฉลี่ยด้าน ข (ข้อ 10–18 ÷ 9): ____

แปลผล & คำแนะนำ

เกณฑ์อ้างอิง (ค่าเฉลี่ย ประเมินโดยครู): ด้านขาดสมาธิ **≥ 2.56** · ด้านซน/หุนหัน **≥ 1.78** ถือว่าเข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง

เข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ด้าน — ช่วยเหลือในชั้นเรียน (ปรับที่นั่ง แบ่งงาน checklist ชมทันที) และ**ส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัย** · **ไม่เข้าเกณฑ์** — สังเกตและติดตามต่อเนื่อง (เกณฑ์ค่าเฉลี่ยปรับได้ตามฉบับ/ผู้ประเมิน)

แบบทดสอบการติดเกม (GAST)

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา · 0=ไม่ใช่เลย · 1=ไม่น่าใช่ · 2=น่าจะใช่ · 3=ใช่เลย

ชื่อ-สกุล _____ ชั้น ____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันที่ _____

ข้อ	0	1	2	3
1. สนใจหรือทำกิจกรรมอย่างอื่นน้อยลงมาก				
2. มักเล่นเกมจนลืมเวลา				
3. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวแย่ลง				
4. เคยเล่นเกมดึกจนตื่นไปเรียนไม่ไหว				
5. มักเล่นเกินเวลาที่ได้รับอนุญาต				
6. มักอารมณ์เสียเมื่อถูกบอกให้เลิกเล่น				
7. เคยโดดเรียนเพื่อไปเล่นเกม				
8. เรื่องที่คุยกับเพื่อนมักเป็นเรื่องเกม				
9. ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ไปกับการเล่นเกม				
10. การเรียนแย่ลงกว่าเดิมมาก				
11. กลุ่มเพื่อนที่คบชอบเล่นเกมเหมือนกัน				
12. พยายามหักห้ามใจไม่ให้เล่นมาก แต่ไม่สำเร็จ				
13. เงินส่วนใหญ่หมดไปกับเกม (บัตร/ไอเท็ม)				
14. หลายคนบอกว่าอารมณ์เปลี่ยนไป (หงุดหงิดง่าย)				
15. หลายคนบอกว่าพฤติกรรมเปลี่ยนไป (เถียงเก่ง)				
16. หลายคนบอกว่าฉันติดเกม				

รวมคะแนน (0–48): _____

แปลผล & คำแนะนำ (จุดตัดตามเพศ)

เพศชาย: <24 ปกติ · 24–32 คลั่งไคล้ (เริ่มมีปัญหา) · ≥33 น่าจะติดเกม | **เพศหญิง:** <16 ปกติ · 16–22 คลั่งไคล้ · ≥23 น่าจะติดเกม

คลั่งไคล้ — คุยกับคนที่ไว้ใจ ตั้งกติกาเวลาเล่นให้ชัด ติดตาม · **น่าจะติดเกม** — ปรึกษาครูแนะแนว/นักจิตวิทยา และพิจารณาส่งต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

แบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerström)

ตอบตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน · วงกลมคะแนนในวงเล็บที่ตรงกับคำตอบ แล้วรวม

ชื่อ-สกุล _____ ชั้น ____ วันที่ _____ ผู้ประเมิน _____

ข้อ	ตัวเลือก (คะแนน)
1. หลังตื่นนอน คุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อใด	ภายใน 5 นาที (3) · 6–30 นาที (2) · 31–60 นาที (1) · หลัง 60 นาที (0)
2. คุณรู้สึกลำบากที่จะไม่สูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบหรือไม่	ใช่ (1) · ไม่ (0)
3. บุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่าเลิกได้ยากที่สุด	มวนแรกตอนเช้า (1) · มวนอื่น (0)
4. คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	≤10 มวน (0) · 11–20 มวน (1) · 21–30 มวน (2) · ≥31 มวน (3)
5. คุณสูบบุหรี่ถี่ในช่วงเช้ามากกว่าช่วงอื่นของวันหรือไม่	ใช่ (1) · ไม่ (0)
6. คุณยังสูบบุหรี่แม้ป่วยจนต้องนอนพักทั้งวันหรือไม่	ใช่ (1) · ไม่ (0)

รวมคะแนน (0–10): _____

แปลผล & คำแนะนำ

0–2 ต่ำมาก · **3–4** ต่ำ · **5** ปานกลาง · **6–7** สูง · **8–10** สูงมาก

≥5 — ให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ พิจารณาส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่ / สายด่วน 1600 | **<5** — ให้ความรู้ ส่งเสริมการเลิก ติดตาม · สำหรับบุหรี่ไฟฟ้าใช้ประเมินพฤติกรรมเทียบเคียง

แบบคัดกรองยาเสพติด (บคก.กสธ. V.2)

เลือกสารหลักที่ใช้บ่อยที่สุด แล้วตอบตามการใช้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา · วงกลมคะแนนในวงเล็บที่ตรงกับคำตอบ แล้วรวม

สารหลัก: ☐ ยาบ้า/ไอซ์ ☐ กัญชา ☐ กระท่อม ☐ บุหรี่ไฟฟ้า/บุหรี่ ☐ สารระเหย ☐ อื่นๆ _____

ข้อ (ความถี่ → คะแนน)	ไม่เคย	1–2 ครั้ง	เดือนละ 1–3	สัปดาห์ละ 1–4	เกือบทุกวัน
1. ใช้สารนี้บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. อยากใช้สารนี้อย่างรุนแรงบ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. ใช้แล้วเกิดปัญหาสุขภาพ/ครอบครัว/การเงิน/กฎหมาย/สังคม	0	4	5	6	7
4. ใช้แล้วทำสิ่งที่เคยทำตามปกติไม่ได้ (เรียน/งาน/ครอบครัว)	0	5	6	7	8

ข้อ	ไม่เคย	เคยก่อน 3 เดือน	เคยใน 3 เดือน
5. มีคนกังวลและแนะนำให้คุณหยุดใช้	0	3	6
6. เคยพยายามลด/หยุดใช้ แต่ไม่สำเร็จ	0	3	6

รวมคะแนน: _____

แปลผล & คำแนะนำ

≤1 ไม่พบการใช้ | **2–3 ผู้ใช้ (ผลกระทบต่ำ)** — ให้คำแนะนำสั้น (Brief Advice) โดยครูแนะแนว ไม่ต้องบันทึก บสต. | **4–26 ผู้เสพ (ปานกลาง)** — Brief Intervention 1–2 ครั้งกับนักจิตวิทยา/นักสังคมฯ และประสานส่งต่อ | **≥27 ผู้ติด (สูง)** — ส่งต่อสถานพยาบาลบำบัดเข้มข้น (ยาลดความอยากยา/บสต.) ติดตามต่อเนื่อง

แบบประเมินคุณภาพการนอน (PSQI · ฉบับคัดกรอง)

ประเมินการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา · แต่ละข้อแทน 1 องค์ประกอบ (0–3 คะแนน) วงกลมคะแนนที่ตรงแล้วรวม

องค์ประกอบ	0	1	2	3
1. คุณภาพการนอนโดยรวม	ดีมาก	ค่อนข้างดี	ค่อนข้างแย่	แย่มาก
2. ระยะเวลากว่าจะหลับ	≤15 น.	16–30 น.	31–60 น.	>60 น.
3. ชั่วโมงที่หลับจริง/คืน	>7 ชม.	6–7 ชม.	5–6 ชม.	<5 ชม.
4. ประสิทธิภาพการนอน (หลับจริง/อยู่บนเตียง)	>85%	75–84%	65–74%	<65%
5. ถูกรบกวนการนอน (ตื่นกลางดึก/ไอ/ปวด ฯลฯ)	ไม่มี	<1/สัปดาห์	1–2/สัปดาห์	≥3/สัปดาห์
6. ใช้ยาช่วยให้นอนหลับ	ไม่เลย	<1/สัปดาห์	1–2/สัปดาห์	≥3/สัปดาห์
7. ง่วง/ไม่มีแรงทำกิจกรรมกลางวัน	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก

รวมคะแนน (0–21): _____

แปลผล & คำแนะนำ

≤5 คุณภาพการนอนดี — รักษาสุขอนามัยการนอนที่ดีต่อไป | **>5** คุณภาพการนอนไม่ดี — ปัญหาการนอนเป็นสัญญาณร่วมของซึมเศร้า/วิตกกังวล ควรดูแลสุขอนามัยการนอน และพิจารณาประเมิน PHQ-A / ST-5 ร่วมด้วย

หมายเหตุ: แบบประเมินทั้งหมดเป็นเครื่องมือ**คัดกรองเบื้องต้น ไม่ใช่การวินิจฉัย** · PSQI ฉบับนี้เป็นฉบับย่อ 7 องค์ประกอบเพื่อการคัดกรอง · เวอร์ชันออนไลน์คิดคะแนนอัตโนมัติใช้ได้ที่ชุดแบบประเมิน https://nonghug.com/

ที่มาของแบบประเมิน

- **PHQ-A** (Patient Health Questionnaire for Adolescents) — ฉบับภาษาไทยปรับใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- **2Q / 8Q / 9Q** — แบบประเมินการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- **ST-5 (อ8)** — แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- **GAD-7** (Generalized Anxiety Disorder-7) — Spitzer et al., 2006
- **SNAP-IV** (Swanson, Nolan and Pelham — IV) — แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น ฉบับภาษาไทย (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ / สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์)
- **GAST** (Game Addiction Screening Test) — พัฒนาโดย นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
- **บคก.กสธ. V.2** — แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ใช้ยาและสารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (จำแนกผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติด)
- **PSQI** (Pittsburgh Sleep Quality Index) — Buysse et al., 1989 · ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย แปลโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ · อ้างอิงโครงสร้างการให้คะแนนมาตรฐาน Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989)
- **นิโคติน — Fagerström Test for Nicotine Dependence** (Heatherton et al., 1991)

เรียบเรียงจาก: คู่มือแนวทางช่วยเหลือนักเรียน (วิมลรัตน์ ชัยปราการ, รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์) · **คู่มือการดูแลช่วยเหลือนักเรียนทางสุขภาพจิตในสถานศึกษา สพม.เชียงราย (สิงหาคม 2564)** · เชียงแสนวิทยาคมโมเดล · สื่อ NSSI สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ · รายงาน PHQ-A เชียงราย 2564–2568 · USI Model สพม.เชียงราย