

โครงการการศึกษาฉบับสมบูรณ์ (Protocol/Full proposal)
ประกอบการขอรับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. ชื่อโครงการ

ชื่อภาษาไทย

โปรแกรมนำร่องเพื่อการคัดกรองและพัฒนาการดูแลเด็กเชิงบวกสำหรับครูและผู้ปกครองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและความสำเร็จทางการเรียนในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา

5 English title

A pilot program for screening and promoting positive child development for teachers and parents to enhance mental health and academic achievement among primary schoolchildren

2. ชื่อนักวิจัยหลัก (Principal Investigator)

2.1 ผศ.ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง (Dr.Rassamee Sangthong)

10

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 โทร: 0815983306

E-mail: rassamee.s@psu.ac.th

หน้าที่รับผิดชอบ

ออกแบบงานวิจัย พัฒนาโครงสร้างวิจัย บริหารโครงการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล
 สรุปผล เขียนรายงาน เขียนบทความวิจัย และเผยแพร่งานวิจัย

15

สัดส่วนวิจัย 50 %

3. รายชื่อนักวิจัยร่วม (Sub-investigator) /นักวิจัยหลักร่วม (Co-investigator)

3.1 ผศ.พญ.จตุรพร แสงกุล (Asst. Prof.Jaturaporn Sangkool)

20

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 โทร: 074-451351

E-mail: sjaturap@medicine.psu.ac.th

หน้าที่รับผิดชอบ

ร่วมประเมินและให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างที่พบปัญหาสุขภาพจิต

สัดส่วนวิจัย 20 %

3.2 ดร.นพ.ธรรมสินธุ์ อึ้งวิยะ (Dr.Thammasin Ingviya)

25

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 โทร: 091-8477271

E-mail: Thammasin@gmail.com

หน้าที่รับผิดชอบ

ร่วมร่างโครงสร้างวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ร่วมเขียนบทความวิจัย

30

สัดส่วนวิจัย 30 %

4. การสนับสนุนนักศึกษา

ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ()

(✓) ไม่เกี่ยวข้อง

() ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (ระบุ พชท, พจบ, นักศึกษา ป.โท หรือ ป.เอก) จำนวนคน

5

5. คำสำคัญ (keywords) ของโครงการวิจัย (3-5 คำ)

การคัดกรอง สุขภาพจิตโรงเรียน จิตวิทยาเชิงบวก ความสำเร็จทางการเรียน

6. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย (Background and rationale)

สถานการณ์สุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กและเยาวชนอยู่ในภาวะวิกฤติโดยพบว่าร้อยละ 12.1-16.2 ของเด็กอายุระหว่าง 6-18 ปี มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมและพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กและเยาวชนมีมากขึ้นในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จาก ปี 2548 ถึง ปี 2559 (ศิริทองถาวร 2557, สังข์ทอง 2560) รายงานเด็กนักเรียนมัธยมปลายเคยสูบบุหรี่เพิ่มจากร้อยละ 11.6 เป็น 14.8 เคยดื่มสุรจากร้อยละ 37.1 เป็น 37.9 เคยใช้สารเสพติดจากร้อยละ 1.1-1.7 เป็น 5.45 เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 4.9 เป็น 14.5 อย่างไรก็ตามการศึกษาแรกเป็นการศึกษาเฉพาะใน จ.กรุงเทพฯ แต่การศึกษาที่สองเป็นการศึกษาระดับชาติ ทำให้อาจเปรียบเทียบตัวเลขกันโดยตรงไม่ได้ แต่เป็นภาพสะท้อนว่าพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่านักเรียนไทยจำนวนมากประสบปัญหาการเรียน โดยนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2555-2559 มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 38.98-43.92 (ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี 2560) ในการสอบระดับชาติซึ่งถือว่ามีความอยู่ในระดับต่ำ และนักเรียนระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 30 มีคะแนนสอบรวมสะสม (GPA) ต่ำกว่า 2 และร้อยละ 2.8 ต่ำกว่า 1 ปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมเสี่ยง และปัญหาการเรียนในเด็กดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ทั้งปัจจุบันและอนาคตเป็นอย่างมาก ควรมีการแทรกแซงและลดปัญหอย่างเป็นรูปธรรม

20

ปัญหาดังกล่าวมีปัจจัยสำคัญ 3 อย่างได้แก่ปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม ปัจจัยเหล่านี้สามารถป้องกัน และลดความรุนแรงได้ ปัจจัยทางชีวภาพ อาทิ ภาวะสมาธิสั้นพบร้อยละ 8.1 (วิชญ์โยธิน 2556) และปัญหาความบกพร่องการเรียนรู้เฉพาะด้านเช่นการอ่าน การสะกดคำ หรือการคำนวณ (ร้อยละ 6-8) (พิจนสุนทร 2554, แสงศุภวานิช 2554) ซึ่งมีผลกระทบต่อการเรียนมาก หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมในระยะต่อมา (เช่นพบว่าเกือบร้อยละ 40 ของเด็กในสถานพินิจมีปัญหาความบกพร่องการเรียนรู้เฉพาะด้าน) อย่างไรก็ตามกลับพบว่าการตรวจเพื่อหาสาเหตุและการเข้าถึงสถานบริการยังอยู่ในระดับต่ำ ดังรายงานจากการสำรวจในเด็กอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น แต่เข้าถึงสถานบริการเพียงร้อยละ 13.6-17.76 เท่านั้น (ข้อมูลทะเบียนกลาง HDC BigData ระดับกระทรวงและฐานข้อมูล HDC ของ สสจ.) นับเป็นการสูญเสียโอกาสของเด็กไทย ครอบครัว ตลอดจนประเทศชาติอย่างมาก ปัจจัยด้านจิตใจและสังคมมีความเกี่ยวข้องกับครอบครัวและโรงเรียนเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในเด็กเล็กและเด็กประถม งานวิจัยพบว่าการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและโรงเรียนจะมีประสิทธิภาพสูงในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมคุณลักษณะที่ดีของเด็ก (Gustle 2007)

30

ปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการมีระบบคัดกรองช่วยเหลือนักเรียนโดย 3 หน่วยงานหลักได้แก่ 1) สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา และ 2) ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียน ซึ่งจะดูแลเด็กนักเรียนทั่วไป มีการทำหลักสูตรแกนกลางในกลุ่มสาระสุขศึกษา พัฒนาทักษะชีวิต ความรู้ในการดูแลด้านจิตใจ โรคที่เกี่ยวข้องและแนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติด เพศศึกษา ความรุนแรง ทำการแนะแนวนักเรียน มีนักเรียนเพื่อนที่ปรึกษา (YC: Youth Counsellor) 3) สำนักการบริหารงานการศึกษาพิเศษ ทำการการประเมิน คัดกรอง และดูแลเด็กด้อยโอกาสและเด็กพิเศษ ทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งเด็กปกติและมีความผิดปกติ อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาในเชิงปฏิบัติงาน โดยกระทรวงศึกษาต้องการทราบข้อมูลต่อไปนี้

- “ ครูได้ใช้บริการ/หรือคิดว่าได้รับประโยชน์จากระบบให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนด้านสุขภาพจิตโรงเรียนที่จัดทำโดยส่วนกลาง (กระทรวงศึกษา) มากน้อยแค่ไหนอย่างไร
- 10 — ส่วนกลางดังกล่าวครูทราบหรือไม่ว่าเป็นหน่วยงานของสำนัก หรือสังกัดใด
- เคยได้รับความช่วยเหลือหรือไม่คิดว่าปัญหาอุปสรรคคืออะไร
- เรื่องที่ได้รับความช่วยเหลือคือเรื่องใดเป็นหลัก
- โรงเรียนที่สนใจงานสุขภาพจิตโรงเรียนแต่ไม่ทราบเลยว่าส่วนกลางได้ provide ระบบหรือหน่วยงานที่ช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตโรงเรียน อยากทราบว่าครูมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือเด็กอย่างไร
- 15 และจะ connect กับ resource ในท้องที่ด้วยตนเอง (ในนามโรงเรียน) ได้อย่างไรบ้าง

โดยกระทรวงศึกษาธิการอธิบายว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์มากต่อการวางแผนเรื่องพัฒนาระบบ และให้นโยบายเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตโรงเรียนจากส่วนกลาง เพราะเป็นการตอบสนองจากผู้ใช้บริการจริง (คือครู) แต่กระทรวงฯ ยังขาดข้อมูลว่าครูได้ใช้ประโยชน์มากน้อยเพียงใด ระบบมีประสิทธิภาพหรือไม่ ในมุมมองของครู”

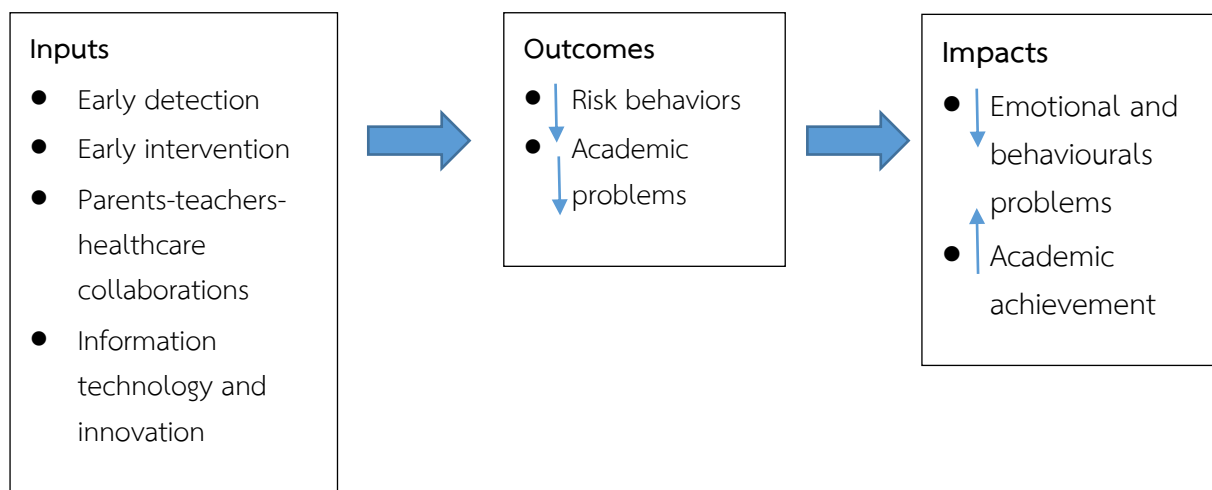
- 20 โครงการวิจัยนี้ต้องการประเมินระบบการคัดกรองและการให้ความช่วยเหลือในปัจจุบัน และต้องการพัฒนาระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการเรียนในโรงเรียน ร่วมกับโปรแกรมการช่วยเหลือและพัฒนาเด็กเชิงบวกอย่างเหมาะสมโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม เพื่อลดภาระงานของโรงเรียน โดยเสนอการจัดทำโปรแกรมสองลักษณะได้แก่ 1) โปรแกรมการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการเรียนในเด็กระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นวัยเริ่มต้นที่พบปัญหาการเรียนและสามารถให้การช่วยเหลือก่อนได้รับผลกระทบที่พัฒนาเป็นความเจ็บป่วยทางจิตและ
- 25 ปัญหาพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และ 2) โปรแกรมช่วยเหลือโดยใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศและโปรแกรมการส่งเสริมคุณลักษณะเชิงบวก โดยทำงานกับผู้ปกครอง ครู และพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ผู้ปกครองและครูจะนำไปใช้ดูแลและช่วยเหลือเด็กนักเรียนต่อไปได้ ในกรณีที่เด็กต้องการการประเมินและการช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรแกรมจะมีการส่งต่อจิตแพทย์เด็ก

7. วัตถุประสงค์ (Objectives)

- 7.1) เพื่อศึกษาการใช้ระบบสนับสนุนช่วยเหลือ school mental health ที่จัดตั้งโดยกระทรวงศึกษาธิการ
- 7.2) เพื่อทราบขนาดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการเรียน ในเด็กประถมศึกษา
- 7.3) เพื่อประเมินประสิทธิผล (effectiveness) การคัดกรองและโปรแกรมการช่วยเหลือดูแลในการลดปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียน
- 7.4) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ (feasibility) ของโปรแกรมฯ ในการนำไปใช้ต่อยอดในระบบโรงเรียน

8. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

โครงการฯ มีความคาดหวังในการลดปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม การเรียน เพื่อส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความสำเร็จในการดำเนินชีวิต โดยเสนอโปรแกรมการคัดกรองและการดูแลเด็กเชิงบวก เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ครู ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กวัยประถมศึกษา ก่อนจะพัฒนาเป็นปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่น ตามภาพประกอบด้านล่าง

**9. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature review)**

การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมงานวิจัยในเด็กและวัยรุ่นที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยง/ปัญหาพฤติกรรม และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรของโครงการโดยแบ่งตามวัย และบริบทของการแทรกแซงของโครงการ (intervention)

โครงการในกลุ่มเด็กเล็กส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านอารมณ์และสังคม เช่น โครงการ Emotional State Talk (Gavazzi 2011) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะด้านอารมณ์ให้เด็กก่อนอายุ 3-5 ขวบ รับรู้อารมณ์ตนเองและผู้อื่นได้ สามารถแสดงออกทางอารมณ์เป็นภาษาพูดได้ โดยผ่านกระบวนการฟังนิทานที่ประกอบด้วยคำศัพท์ด้านอารมณ์ ฝึกสื่อสาร และ แต่งประโยคเป็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีการแสดงออกด้านอารมณ์ร่วมด้วย พบว่าเด็กอายุ 4 ขวบขึ้นไปมี ความเข้าใจ อารมณ์ภายในใจ และ แสดงออกทางอารมณ์ได้ดีกว่าเด็กกลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีการเล่านิทานให้ฟังเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้เรียนรู้คำศัพท์ด้านอารมณ์ หรือ ฝึกการสื่อสารเกี่ยวกับอารมณ์เพิ่มเติม

- โครงการสำหรับเด็กวัยประถมศึกษาส่วนใหญ่ต้องการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมเกรง คือ ต่อต้าน ก้าวร้าว ลักขโมย หรือ รังแกผู้อื่น เช่น โครงการ The Incredible Years Classroom Dinosaur Programme (Bywater 2011) เป็นโปรแกรมสำหรับพ่อแม่ ครู และ เด็ก เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพทางอารมณ์ และ สังคม ใน นักเรียนอายุระหว่าง 4-8 ปี ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทำการคัดกรองโดยครูด้วยแบบประเมิน และ สอบถามพฤติกรรมจาก
- 5 พ่อแม่ โดยมีวัตถุประสงค์ในการลด พฤติกรรมเกรง ผ่านกระบวนการเรียนรู้ระเบียบโรงเรียน รู้จักอารมณ์ และ แสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสม เรียนรู้การแก้ปัญหา ฝึกควบคุมความโกรธ ทักษะการมีมนุษยสัมพันธ์ และทักษะ การเรียนหนังสือ โครงการ PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) (Domitrovich 2007) เป็น โปรแกรมสำหรับเด็กระดับเตรียมอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 5 เพื่อเสริมทักษะ และ ความสามารถด้านอารมณ์ สังคม
- 10 ความเข้าใจตัวเอง การควบคุมตนเอง ความมั่นใจในตนเอง และ ทักษะการแก้ปัญหาความสัมพันธ์เพื่อช่วยพัฒนา socio-emotional development และ ส่งเสริมผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ โครงการจัดกิจกรรมเป็นส่วนหนึ่งของตาราง เรียน ปกติเฉลี่ย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีบุคลากรที่ผ่านการอบรม โดยเฉพาะเป็นผู้สอน และใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ group discussion, role play, art activity, story, educational games, home assignments เป้าหมายคือ
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การหยิบสิ่งของของคนอื่นมาเป็นของตน ทำผิดกฎในห้องเรียน การควบคุม อารมณ์โกรธ เมื่อถูกระคายคายโดยเพื่อน
- 15 โครงการในเด็กโตอาจประกอบด้วยเด็กวัยเรียนหรือวัยรุ่น หรือ ทั้งสองวัยร่วมกัน โครงการสำหรับวัยนี้ นอกจาก ต้องการพัฒนาทักษะอารมณ์และสังคมแล้ว ยังมีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง อื่นๆ ด้วย เช่น โครงการ SET (Social and Emotional training) (Kimber 2008) เป็นการศึกษาในเด็กประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 มี
- 20 ระยะเวลาโครงการนาน 5 ปี โดยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะอารมณ์ และ สังคม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 45 นาที โดยครูที่ผ่านการอบรมแล้ว และ มีบทเรียนสำหรับนักเรียนเกี่ยวกับ self-awareness, self-control, empathy, motivation and social competence. โครงการเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ในวัยนี้ ส่วนใหญ่เป็น โครงการป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นการให้ความรู้โดยตรง หรือ ผ่านสื่อต่าง ๆ ร่วมกับ modeling role play (Riggs 2009) เช่น โครงการ Midwestern Prevention Project (MPP) (Pentz 1989, Petz 1989, Mackinnon 1991) ดำเนินการในกลุ่มนักเรียนมัธยมต้น ซึ่งเป็นช่วงเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด โครงการมุ่งให้
- 25 วัยรุ่นตระหนักถึงความกดดันในสังคมที่อาจนำไปสู่การใช้สารเสพติด กลยุทธ์ที่สำคัญคือการทำงานในโรงเรียน สอน ทักษะทางสังคม ประชุมกลุ่มผู้นำนักเรียน ฝึกการสื่อสาร ระหว่างพ่อแม่ลูก วัยรุ่นที่เข้าโปรแกรมมีอัตราการสูบบุหรี่ ลดลงร้อยละ 40 การใช้กัญชาและสุราลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และการสื่อสารในครอบครัวดีขึ้น
- นอกจากนี้ยังมีโครงการเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น พฤติกรรมป้องกันการถูกผู้อื่นรังแก หรือการรังแกผู้อื่น (bully) (Tsang 2011) ซึ่งเป็น universal program และ เป็นส่วนหนึ่งของ Bullying Prevention Program ซึ่งมี
- 30 กลยุทธ์สามระดับ ได้แก่ระดับโรงเรียน ระดับชั้นเรียน และ ระดับบุคคล โดยระดับบุคคลมีกระบวนการแทรกแซงเป็น พิเศษเฉพาะตัวกับนักเรียนที่ขอรับการช่วยเหลือ หรือ ตกเป็นเหยื่อของการรังแก พบว่ามีอัตราการ รังแก และพฤติกรรม อันธพาล ลดลง บรรยากาศทางสังคม และ ห้องเรียนดีขึ้น มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย และ วินัยดีขึ้น นักเรียนมี ทศณคติต่อการเรียน และ โรงเรียนดีขึ้น
- 35 โครงการที่ทำในบริบทอื่น ๆ ได้แก่ ที่โรงพยาบาล เช่น การฝึกสติเพื่อลดความเครียดสำหรับผู้ป่วยอายุระหว่าง 13-21 ปีที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (Mindfulness-Based Stress Reduction Program, MBSR) (Kerrigan 2011) โดยฝึก เจริญสติตามลำพังทุกวัน และ ปฏิบัติกับกลุ่ม ร่วมกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับคนอื่น ๆ ในโครงการ รวมเวลา ทั้งหมด 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยในโครงการปรับตัวดีขึ้น มีความเครียดน้อยลง สำหรับโครงการเพื่อดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหา
- 40 พฤติกรรมแล้ว มีหลายโครงการ เช่นโครงการ Functional Family Therapy (FFT) (Breuk 2006, Flicker 2008) เป็นโครงการสำหรับวัยรุ่นอายุ 11-18 ปีที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาพฤติกรรม เช่นการกระทำผิดกฎหมาย ใช้สารเสพติด

- ติด อันธพาล คือ โดยอาจทำโครงการที่บ้าน หรือสถานบำบัดฟื้นฟู หรือโรงพยาบาลก็ได้ โปรแกรมใช้เวลา 8-12 ชั่วโมง สำหรับวัยรุ่นและครอบครัวที่มีปัญหาไม่รุนแรง และ ใช้เวลาไม่เกิน 26 ชั่วโมง สำหรับผู้มีปัญหารุนแรง ด้วยกระบวนการสร้างความสัมพันธ์กับวัยรุ่น และ ครอบครัว (engagement) ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้ดีขึ้น ร่วมมือกันสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (motivation) ประเมินระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (assessment) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านการสื่อสาร และ ฝึกทักษะให้พ่อแม่ ในการดูแลลูกขึ้นพื้นฐาน (behavioral change) และ ประเมินความต้องการของครอบครัว และทรัพยากรที่ครอบครัวมี เพื่อเอื้อให้เขาเปลี่ยนแปลงได้ (generalization) พบว่าเป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพลดปัญหา พฤติกรรม การใช้สารเสพติด และ พฤติกรรมผิดกฎหมายได้
- 5
- 10 โครงการ Multisystemic Therapy (MST) (Gustle 2007) ซึ่งเป็นการบำบัดแบบเข้มข้น สำหรับวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี ที่ทำผิดกฎหมายแบบเรื้อรัง ก่ออาชญากรรมรุนแรง ใช้สารเสพติด โดยทำงานกับหลายระบบอย่างซับซ้อน ได้แก่ บุคคล ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ชุมชน ผลของโครงการพบว่าเมื่ออัตราการถูกจับลดลง ร้อยละ 25-70 การส่งวัยรุ่นไปสถานพินิจลดลงร้อยละ 47-64 ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโครงการลดลง โครงการนี้มี cost-effectiveness สูงที่สุด เมื่อเทียบกับ การจับกุม คမ်းซัง การดำเนินการ ด้านศาล และ การอบรมในสถาน
- 15
- พินิจ ในกรณีที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมอันธพาลเรื้อรัง หรือมีประวัติอาชญากรรมรุนแรงและมีโอกาสถูกจับอีก โครงการ Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) (Gustle 2007) จะจัดหาครอบครัวอุปถัมภ์ที่เหมาะสมให้ โดยฝึกอบรมครอบครัวอุปถัมภ์ บริการครอบครัวของวัยรุ่น และ ประสานงานกับหน่วยงาน ในชุมชน มีการประเมินผลโดยติดตามเป็นเวลา 1 ปี พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้ว วัยรุ่นในโครงการถูกจับน้อยลง และมีอัตราการใช้สารเสพติดลดลง
- 20
- โครงการพัฒนาวัยรุ่นเชิงบวก (Positive Youth Development Program) (Cheng 2006, Hui 2006, Hui 2012) เป็นโครงการขนาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาโดยมหาวิทยาลัยวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา (Catalano 2002, Catalano 2010) พบว่าการพัฒนาคุณสมบัติเชิงบวกประกอบด้วย 15 อย่าง ได้แก่ 1) promote bonding, 2) foster resilience, 3) promote social competence, 4) promote emotional competence, 5) promote
- 25
- cognitive competence, 6) promote behavioral competence, 7) promote moral competence, 8) foster self-determination, 9) foster spirituality, 10) foster self-efficacy, 11) foster clear and positive identity, 12) foster belief in the future, 13) provide recognition for positive behavior, 14) provide opportunities for prosocial involvement, 15) foster prosocial norms (healthy standards for behavior) โดยสรุปต้องมีกลยุทธ์ที่สำคัญได้แก่ การเสริมสร้างศักยภาพสำคัญ 5 ด้านได้แก่ social, emotional, behavioral, cognitive, moral competencies มีการสร้างself-efficacy มีการสื่อสารและภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับ
- 30
- มาตรฐานของพฤติกรรมที่เหมาะสมว่าเป็นอย่างไร เพิ่มสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างผู้ใหญ่ เพื่อนฝูง ตลอดจนเด็กเล็ก เพิ่มโอกาสในการที่จะได้ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ และเป็นโครงการร่วมกันทุกระดับทั้ง ครอบครัว โรงเรียน และ ชุมชน และ ควรมีระยะเวลานานเพียงพออย่างน้อย 9 เดือน ตัวอย่างโครงการตามแนวทาง positive youth development ได้แก่ P.A.T.H.S. (Positive Adolescent Training through Holistic Social Programes) (Tsang 2011) ซึ่ง
- 35
- พยายามเปลี่ยนแปลงขบวนการภายในใจ โดยเสริมให้เกิด identity, self-efficacy, self-determination เพื่อลดพฤติกรรมการรังแก หรือ ถูกรังแกที่โรงเรียน ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น ในเมืองไทยมีการทำโครงการเพื่อให้เด็ก ประถมศึกษาที่มีความเสี่ยงสูงมีความเข้าใจโลกภายในตนเองพบว่านักเรียนเพิ่ม self-esteem เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตัวเองดีขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 60 (Sangthong, 2016).
- 40
- โดยสรุปพบว่าโปรแกรมการลดพฤติกรรมเสี่ยงหากทำในระดับเด็กเล็กหรือประถมศึกษาจะมีลักษณะเป็น universal program คือการทำในเด็กทุกคนเพื่อส่งเสริมคุณลักษณะที่ดีและทักษะที่มีประโยชน์ต่อการปกป้องพฤติกรรมเสี่ยง

หากทำในวัยรุ่น หรือเยาวชนซึ่งเป็นวัยที่มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมาก โครงการจะมีลักษณะเป็น selective program โดยมุ่งเน้นลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มดังกล่าว หรือ indicated program ซึ่งช่วยเหลือบำบัด เยาวชนที่มีปัญหาแล้วเช่น เยาวชนในสถานพินิจ อย่างไรก็ตามโปรแกรมที่ใช้แนวทาง positive youth development ซึ่งมีการพัฒนาในระยะหลังเป็นการมุ่งเน้นสร้างคุณลักษณะที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน ไม่เพียงเพื่อลด 5 ความเสี่ยงหรือปัญหาพฤติกรรมเท่านั้น แต่เพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถเติบโตได้ดี และพัฒนาได้เต็มศักยภาพ นอกจากนี้พบว่าโครงการส่วนใหญ่ที่ได้ผลดีมีการทำงานกับครอบครัว โรงเรียน ชุมชนอย่างบูรณาการ และต้องมี ระยะเวลาที่ยาวนานพอ

10. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

Research design: ประกอบด้วย ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ (mixed-method) ดังนี้

- 1) Document review
- 2) Key informant interview
- 3) Focus group discussion
- 4) Participatory action research
- 5) Survey
- 6) Experimental study

ระยะที่ 1 การทบทวนระบบการดูแลสุขภาพจิตและปัญหาการเรียนในโรงเรียนในประเทศไทย และ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (system review and stakeholder analysis) และการสำรวจการใช้บริการระบบ school mental health ของกระทรวงศึกษาธิการ

Study design: document review, key informant interview, focus group discussion and survey

Objectives:

- เพื่อให้เข้าใจระบบ school mental health ที่มีอยู่และออกแบบโครงการ ให้เหมาะสมกับบริบทดังกล่าว
- เพื่อทราบระบบการช่วยเหลือนักเรียนผู้มีความต้องการพิเศษ เช่นมีความบกพร่องทางการเรียนเฉพาะด้าน 25 สมาธิสั้น
- เพื่อทราบความเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดตั้งระบบของโครงการ
- เพื่อประเมินความเป็นไปได้ และความต้องการในการจัดตั้งโครงการ ที่ต่อไปจะมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูล และนวัตกรรมต่างๆ ในการคัดกรอง และช่วยเหลือเด็กผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และ/หรือ ปัญหาการ 30 เรียน
- เพื่อสำรวจการใช้บริการระบบ school mental health ของกระทรวงศึกษาธิการ

Study sample (stakeholder):

กลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 10 คน ได้จาก purposive sampling และ snow-balling technique ประกอบด้วย 1) คณะทำงาน school mental health ในกระทรวงศึกษาธิการ 2) ผู้อำนวยการสำนักการศึกษา สังกัดเทศบาล (หรือผู้แทน) 3) ผู้อำนวยการสำนักการศึกษา สพฐ. 4) ครูประจำชั้นโรงเรียนสังกัดเทศบาล 5) ครูประจำชั้นโรงเรียน สังกัด สพฐ. 6) ครูแนะแนวโรงเรียน สังกัดเทศบาล 7) ครูแนะแนวโรงเรียน สังกัด สพฐ. 8) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 9) ผู้ปกครอง (บุคคลผู้อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน รับผิดชอบทางการเงินและหน้าที่อื่นๆ แก่เด็กที่กำลังศึกษาในประถม 1-3 อาจเป็นบุคคลใดต่อไปนี้ แม่ พ่อ ญาติ หรือบุคคลอื่นๆ) 10) นักเรียนระดับประถมศึกษาต้น

Sample size:

- 10 key informant interview 10 คน และทำ focus group discussion จำนวน 1 กลุ่ม (จำนวน 10-12 คน)

Methods:

- 1) ทำการทบทวนเอกสารและระบบ school mental health ในประเทศไทยและ international
- 2) ติดต่อโรงเรียนระดับประถมศึกษาเพื่อเข้าร่วมโครงการ (รายละเอียดในระยะเวลาที่ 3)
- 15 3) สัมภาษณ์บุคคลสำคัญ (key informant interview) ประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องนี้ในหัวข้อต่อไปนี้
 - โรงเรียนมีระบบการช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตสำหรับนักเรียนอย่างไร
 - ทราบหรือไม่ว่าระบบช่วยเหลือจัดทำโดยกระทรวงศึกษาธิการ ทราบหรือไม่ว่าเป็นหน่วยงานของสำนัก หรือสังกัดใด
 - 20 — ได้ใช้บริการดังกล่าวหรือไม่ เกี่ยวกับเรื่องอะไร
 - มีอุปสรรคในการใช้บริการอย่างไรบ้าง
 - มีอุปสรรคในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนบ้างหรือไม่ อย่างไร
 - ครุมีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือเด็กอย่างไรและจะ connect กับ resource ในท้องถิ่นด้วยตนเอง (ในนามโรงเรียน) ได้อย่างไรบ้าง
- 25 4) สำรวจการใช้ระบบบริการ school mental health ของกระทรวงศึกษาธิการโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- 5) ประชุมหารือร่วมกับคณะทำงาน school mental health ของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อวางแผน และรายงานผลการศึกษาจำนวน 2 ครั้ง

30

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-3 ผู้มีปัญหาการเรียน หรือปัญหาอารมณ์ พฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองและครู และอบรมการใช้งาน

เป็นการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ครูและผู้ปกครองมีความเข้าใจปัญหาและมีวิธีการดูแลนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1-3 ได้อย่างถูกต้องตามแนวทางพัฒนาเด็กเชิงบวก (positive psychology)

5

Study design: participatory action research and focus group discussion

Study sample:

10

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้มีประสบการณ์ดูแลปัญหาเรื่องอารมณ์ พฤติกรรม การเรียน แก่นักเรียนระดับประถมศึกษา 1-3 นานอย่างน้อย 1 ปีการศึกษา รวมจำนวน 30 คน (สัดส่วน 1:1)

Methods:

กิจกรรม	
1)	ติดต่อโรงเรียนที่สนใจยินดีเข้าร่วมโครงการฯ (รายละเอียดในระยะที่ 3)
2)	ร่วมประชุมหารือเรื่องปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียนที่ผู้ปกครองและครู 1 ครั้งเพื่อระบุปัญหาที่พบบ่อย และแนวทางการแก้ปัญหาที่ผู้ปกครองและครูใช้
3)	รวบรวมปัญหาจากผู้ปกครอง ครู และคลินิกจิตเวชเด็กมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลเด็กเชิงบวก
4)	ปรับปรุงโปรแกรมตามความเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ปกครองและครู 1 ครั้ง
5)	อบรมและประเมินความรู้และความเข้าใจด้วยวิธีการประชุมและเรียนรู้ร่วมกับผู้ปกครอง 1 ครั้ง
6)	ประชุมติดตามผลการนำไปใช้ของผู้ปกครองและครู เพื่อให้คำปรึกษาและปรับปรุงหลักสูตร 1 ครั้ง

— มีการบันทึกวิดีโอ เสียง ภาพถ่าย (ข้อมูล confidential) สำหรับการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล

15

ลักษณะสำคัญของโปรแกรมที่จะพัฒนาขึ้นประกอบด้วยหลักสูตรสำหรับครูเพื่อสร้างคุณลักษณะเชิงบวกแก่นักเรียน และคำแนะนำแก่ผู้ปกครอง ที่เหมาะสมกับพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม จริยธรรม และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา 1-3

20

หลักสูตรแบ่งเป็น module ย่อยที่นักวิจัย ครู ผู้ปกครองร่วมกันออกแบบ เป็นกิจกรรมสำหรับนักเรียนที่เข้าร่วมแล้ว คาดว่าจะเกิดการพัฒนาอารมณ์ จิตใจ และคุณลักษณะเชิงบวกต่างๆ ทั้งนี้เนื้อหาจะพัฒนาจากการประชุมระดมสมองเกี่ยวกับปัญหาที่ ครู และ ผู้ปกครอง ได้พบ ร่วมกับคุณลักษณะเชิงบวกที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตในอนาคต เช่น autonomy, gratitude, creativity, love of learning, responsible decision

ระยะที่ 3 การคัดกรองขนาดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการเรียน และการใช้โปรแกรมการดูแลเด็กเชิงบวก

Study design การสำรวจและการทดลอง

5 Study setting

โรงเรียนระดับประถมศึกษา 1-6 ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และ โรงเรียนเทศบาล ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย จังหวัดสงขลา

Sampling technique

- 10 โรงเรียนระดับประถมศึกษา 1-6 แบ่งตามขนาดได้ 3 ระดับคือระดับเล็ก (นักเรียนจำนวน < 120 คน) ระดับกลาง (นักเรียนจำนวน 121-500 คน) ระดับใหญ่ (นักเรียนจำนวน 501-1500 คน) และระดับใหญ่พิเศษ (นักเรียนจำนวน > 1500 คน)

เกณฑ์การคัดเลือกโรงเรียน

- 1) โรงเรียนระดับประถมศึกษาขนาดกลางและใหญ่ สังกัด สพฐ. และ โรงเรียนเทศบาล จ.สงขลา
- 15 2) ตั้งอยู่ในระยะห่างจากหน่วยวิจัยไม่เกิน 30 ก.ม.
- 3) เมื่อได้รายชื่อโรงเรียนตามเกณฑ์แล้วจะทำการสุ่มโรงเรียนอย่างง่ายและคัดกรองเด็กนักเรียน ป.1-3 จนได้นักเรียนครบตามจำนวนที่ต้องการ

Study sample

- 20 Inclusion criteria: นักเรียนประถมศึกษา 1-3 ทุกคนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ

Exclusion criteria: นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับรุนแรง และต้องการการบำบัดดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ child abuse, intellectual disability, domestic violence, มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร เกินกว่าครูและผู้ปกครองดูแลได้, มีพฤติกรรมผิดกฎหมายเช่นลักขโมย ใช้สารเสพติด (อย่างไรก็ตาม นักเรียนกลุ่มนี้ยังสามารถรับ intervention ร่วมกับนักเรียนคนอื่นได้ หากผู้ปกครอง และนักเรียนต้องการ)

25

Sample size

การคำนวณขนาดตัวอย่างคิดจากสมมติฐานว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดปัญหาสุขภาพจิตและ ปัญหาการเรียนจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 10 ดังนั้นต้องการนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ/หรือ ปัญหาการเรียนจำนวน 250 คน และกลุ่มควบคุม 250 คน (ทั้งนี้ต้องคัดกรองและประเมินผลนักเรียนประมาณ 2500)

30

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างสองกลุ่ม

35

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

- n_1 คือขนาดตัวอย่างที่ต้องการ
- $Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐาน Z เมื่อความผิดพลาดแบบที่ 1 (α) = 0.05
- p_1 และ p_2 คือ สัดส่วนของปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาการเรียน = 0.2 และ 0.1 ตามลำดับ
- r คือ สัดส่วนของขนาดตัวอย่างระหว่างสองกลุ่มคือ 1:1
- 5 Δ คือ ค่าความต่างหรือการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการทดสอบ = 0.1

Measure of variables

ตารางด้านล่างเป็นแบบประเมิน/แบบสอบถาม หรือฐานข้อมูล ที่ใช้เพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลใน 4 ประเด็น ได้แก่ สถิติปัญญา ผลการเรียน สุขภาพจิต ความสัมพันธ์กับครอบครัว

10

ตาราง แบบประเมิน แบบวัด สำหรับเก็บข้อมูล

ประเด็น	แบบประเมิน/ แบบสอบถาม/ ฐานข้อมูล		
	นักเรียน	ครู	ผู้ปกครอง
สถิติปัญญา	- Gesell's Test		
ผลการเรียน	- GPA - คะแนนสอบรายวิชา		
สุขภาพจิต	- คำถามคัดกรอง DSM-5 - SDQ - Rosenberg's self-image rating scale - Screen time - รายการโทรทัศน์ที่ดู	- การสังเกต - SDQ	- คำถามคัดกรอง DSM-5 - SDQ
หน้าที่ครอบครัว			- Chulalongkorn Family Inventory (CFI) - เวลาคุณภาพและ การช่วยเหลือเรื่องการเรียนรู้

Data collection

คัดกรองสุขภาพจิตและปัญหาการเรียน

- 15 1) ติดตั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทดสอบแล้ว (จากโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศและฐานข้อมูล)
- 2) ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามออนไลน์ (ข้อมูลส่งตรงไปยังฐานข้อมูลสารสนเทศของโครงการ)
- 3) รวบรวมข้อมูลผลการเรียนจากภาคการศึกษาที่ผ่านมาจากคุณครู ยกเว้นนักเรียน ป.1 ที่เข้าเรียนใหม่ รอผลการเรียนจากการสอบครั้งแรก (เข้าฐานข้อมูลสารสนเทศโครงการ)
- 4) นักเรียนที่สงสัยว่ามีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต หรือปัญหาการเรียน จะได้รับการประเมินเพิ่มเติมโดย
- จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อทำการวินิจฉัย และให้การดูแลตามความเหมาะสมต่อไป
- 20

การใช้โปรแกรมการดูแลเด็กเชิงบวกและการประเมินโปรแกรม

- 1) ประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน/แบบสอบถามเพื่อเป็นข้อมูลก่อนดำเนินโปรแกรม
- 2) ครูที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมกับนักเรียนในห้องเรียน เน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของนักเรียน เพื่อช่วยเสริม self-esteem ส่งเสริมคุณลักษณะเชิงบวก ฯลฯ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้
- 25 ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน และมีการประชุมติดตามความคืบหน้าเดือนละ 1 ครั้ง

3) ผู้ปกครองที่มีนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต ความเจ็บป่วยทางจิตและปัญหาการเรียนจะได้รับเชิญมาเพื่อร่วมการอบรมโปรแกรมการดูแลเด็กเชิงบวกจัดโดยครู โดยนักวิจัยเป็นพี่เลี้ยง และติดตามการนำไปปฏิบัติ โดยมีการประชุมผู้ปกครองเดือนละ 1 ครั้งเพื่อประเมินการนำโปรแกรมไปใช้ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความช่วยเหลืออื่นๆ ที่ต้องการ

- 5
- 4) การประเมินสุขภาพจิตหลังจากดำเนินโปรแกรม 3 เดือน และติดตามไปอีก 1 เดือน
 - 5) ประเมินการเรียนจากผลการเรียนตามการสอบประเมินผลจากโรงเรียน
 - 6) รายงานผลต่อโรงเรียนทราบและนำเสนอผลลัพธ์โครงการต่อกระทรวงศึกษาธิการ
- หมายเหตุ อาจมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของครู ผู้ปกครอง ตามความเหมาะสม

10 การวิเคราะห์ข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อทราบระบบปัจจุบัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมคัดกรอง
- สถิติแบบพรรณนาสำหรับการรายงานขนาดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการเรียน
- Chi-squared test และ Student's t-test ใช้เปรียบเทียบสัดส่วนปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการเรียน ก่อนและหลังทำโปรแกรม และกลุ่มควบคุม
- Multiple-logistic regression หรือ multiple-linear regression ใช้สำหรับการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ระยะเวลาการดำเนินงาน 12 เดือน (เมษายน 2562- มีนาคม 2563)

11. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical issues)

11.1 ความเสี่ยง/ผลข้างเคียงที่อาจเกิดต่ออาสาสมัครและชุมชน และวิธีการลดความเสี่ยง

ผู้ปกครองและนักเรียนมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ผู้ปกครองอาจอึดอัดใจ หรือรู้สึกเสียเวลาในการตอบคำถาม ซึ่งสามารถปฏิเสธการตอบคำถาม ไม่ว่ามีเหตุผลใดๆ ก็ตาม

- 25
- กรณีสงสัยว่ามีความผิดปกติ ที่ต้องการการดูแลเพิ่มเติม จะมีการแจ้งผลการคัดกรองเป็นทางการแก่ผู้ปกครองหลักทางไปรษณีย์ พร้อมรายละเอียดในการรับการดูแลเพิ่มเติมเนื่องจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในโครงการ (ซึ่งมีจำนวน 2 ท่าน) และมีการติดตามให้เข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาล

กรณีไม่สงสัยว่ามีความผิดปกติใดๆ โครงการจะแจ้งผลไปยังผู้ร้องขอที่มีสิทธิ์ในการทราบผลได้แก่ผู้ปกครองหลัก โดยแจ้งผลทางโทรศัพท์

- 30
- หากพบว่าโรงเรียนเป็นปัจจัยหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาการเรียน จะถอดบทเรียนและทำงานกับครู และโรงเรียนในภาพรวม (ไม่ใช่บุคคลที่เป็นเหตุ) มีการให้ psychoeducation เพื่อให้ครูมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบดังกล่าว และการดูแลนักเรียนที่ได้รับผลกระทบอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวกับกรณีครู หรือโรงเรียน จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อครู และผู้ปกครอง

11.2 การเคารพความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับของข้อมูลอาสาสมัคร

ข้อมูลจะถูกจัดเก็บในฐานข้อมูลที่ออกแบบมาโดยเฉพาะ มีระบบการเก็บรักษาความลับของข้อมูลโดยการใช้รหัสสำหรับนักวิจัยเท่านั้น หากมีความจำเป็นที่ต้องใช้ข้อมูลร่วมกับครูและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการดูแลนักเรียน โครงการจะเรียนให้ผู้ปกครองทราบและต้องได้รับอนุญาตเท่านั้นจึงสามารถนำไปใช้ได้

5

11.3 ประโยชน์โดยตรงต่ออาสาสมัคร และประโยชน์ต่อหน่วยงาน ชุมชน สังคม

ครู ผู้ปกครองได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเด็กตามแนวทางจิตวิทยาเชิงบวก นักเรียนได้รับการคัดกรอง และการดูแลตามความเหมาะสม

10

11.4 กระบวนการชี้แจงและขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร (Informed consent process)

นักวิจัยอธิบายกระบวนการให้ครู ผู้ปกครอง และนักเรียน เป็นกลุ่ม ให้ความเวลาในการตัดสินใจ และหากเต็มใจร่วมโครงการ จะมีการขอคำยินยอมจากผู้ปกครองของนักเรียนที่ร่วมโครงการ

15

11.5 ข้อปฏิบัติเมื่ออาสาสมัครขอถอนตัวออกจากการวิจัย

ผู้ปกครองและนักเรียนมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ โดยสามารถแจ้งความประสงค์ต่อนักวิจัยตามที่อยู่ที่ได้ไว้ และลงนามยืนยันการถอนตัวจากโครงการ

20

11.6 การดูแลรักษาและการจ่ายค่าชดเชยแก่อาสาสมัครหากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ตัวโปรแกรมฯ เป็นลักษณะส่งเสริม ป้องกัน ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมต่างๆ ที่สนุกสนาน โอกาสเกิดผลกระทบเชิงลบมีน้อยมาก อย่างไรก็ตามกรณีมีการคัดกรองพบว่ามี child abuse, PTSD, ภาวะสมาธิสั้น หรืออื่นๆ ที่ต้องการการดูแลเพิ่มเติมในฐานะผู้ป่วย (ไม่ใช่เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ) นักเรียนและผู้ปกครองจะเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัดที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอยู่

25

11.7 การจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าเสียเวลาแก่อาสาสมัคร

โครงการมีของที่ระลึกมูลค่า 20-30 บาท แก่นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ และไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมโครงการ กรณีผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประชุมหารือ และพัฒนาหลักสูตร โครงการจะจ่ายค่าเดินทางและค่าตอบแทนชดเชยที่ผู้ปกครองเสียรายได้จากการทำงาน 500 บาท แต่ครั้งละครั้งที่ร่วมประชุม

30

11.8 การเก็บตัวอย่างชีวภาพเพื่อใช้ในการศึกษาในอนาคต (ถ้ามี)

-

11.9 โครงการที่มีประเด็นต้องพิจารณาพิเศษอื่นๆ (ถ้ามี)

- โครงการมีโรงเรียนกลุ่มควบคุม หากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมคัดกรองได้ผลดี จะขยายผลไปทำการอบรมครูและผู้ปกครองในโรงเรียนกลุ่มควบคุมด้วย

35

12. ข้อจำกัดของการวิจัยและอุปสรรคที่อาจมีและแผนการป้องกัน (Limitations and plans for mitigation)

อุปสรรคที่อาจมีคือข้อจำกัดจากความร่วมมือจากผู้ปกครองในการเข้าประชุม หากมีกรณีดังกล่าวจะเปลี่ยนจากการประชุมเป็นกลุ่มเป็นการหารือเฉพาะบุคคลตามวัน เวลาที่ผู้ปกครองสะดวก

13. ตารางเวลาการดำเนินงาน (Time table)

ระยะเวลาการดำเนินการ เมษายน 2562 ถึง มีนาคม 2563 รวมระยะเวลา 12 เดือน

การดำเนินงาน	เม.ย. 62	พ.ค. 62	มิ.ย. 62	ก.ค. 62	ส.ค. 62	ก.ย. 62	ต.ค. 62	พ.ย. 62	ธ.ค. 62	ม.ค. 63	ก.พ. 63	มี.ค. 63
ระยะที่ 1												
ระยะที่ 2												
ระยะที่ 3												
ประมวผล												
รายงานผล												

14. งบประมาณและแหล่งทุน

5

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จำนวน 1,368,550.00 บาทถ้วน

งบประมาณ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทน	396,200
ค่าใช้สอย และบริหารจัดการ	221,500
กิจกรรม	582,800
ครุภัณฑ์	48,000
บำรุงสถาบัน	120,050
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	1,368,550

15. ผลลัพธ์ของโครงการที่คาดหวัง

10

- บทความวิจัยลงในวารสารนานาชาติจำนวน 2 ฉบับ
- การนำเสนอในงานประชุมวิชาการจำนวน 1 ครั้ง
- มีการนำโปรแกรมใช้ต่อเนื่องในโรงเรียนที่ร่วมโครงการต่อไป และขยายผลสู่โรงเรียนอื่นๆ

16. เอกสารอ้างอิง

ข้อมูลทะเบียนกลาง HDC BigData ระดับกระทรวงและฐานข้อมูล HDC ของ สสจ.: ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ

- 5 (https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id=ea11bc4b-bf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=e0678b73197151b3f181edcb0ee76b97#)

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถ, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ชันวรจัน บวรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 21(2):66-75.

10

นิรมล พัจจนสุนทร, จินตนา สิงขรอาจ, พิรดา อุ่นไพร, วัชรวิศา ศรีสวัสดิ์, ฉันทนา อุดมสิน, อรุณช กิตติศิริวัฒนกุล. ปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56(4):345-351.

15

ภาสุรี แสงสุวานิช, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ศักนงค์ โตสงวน, จันทนา พัฒนเกษ, วรรณภา เล็ก อุทัย, จุฑามาส วรโชติกำจร, และคณะ. รายงานวิจัยการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. นนทบุรี:บริษัทเดอะกราฟิกซิสเต็มส์จำกัด; 2554. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

20

รัศมี สังข์ทอง วิภัติเยาวชนไทยใครช่วยได้: บทสังเคราะห์จากงานวิจัยระดับวิทยาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ 2560 แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.) และหน่วยระดับวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

25

รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2560. ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 เดือนมีนาคม 2561:1-40. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม. (<http://social.nesdb.go.th>)

สมัย ศิริทองถาวร, ธรณินทร์ กองสุข, อัจฉรา จรัสสิงห์, อลิสา วัชรสินธุ, บารมี จรัสสิงห์. ระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ปี 2548 วารสารราชานุกูล 2557, 29(2): 41-49.

30

Breuk, R.E., et al., The implementation and the cultural adjustment of functional family therapy in a Dutch psychiatric day-treatment center. J Marital Fam Ther 2006. 32(4): p. 515-29.

35

Bywater, T., et al., The Incredible Years Therapeutic Dinosaur Programme to build social and emotional competence in Welsh primary schools: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2011. 12: p. 39.

40

Catalano RF, Hawkins JD, Berglund ML, Pollard JA, Arthur MW. Prevention science and positive youth development: competitive or cooperative frameworks? J Adolesc Health 2002. Dec;31(6 Suppl):230-9. Review.

Catalano RF, Gavin LE, Markham CM. Future directions for positive youth development as a strategy to promote adolescent sexual and reproductive health. J Adolesc Health 2010 Mar;46(3 Suppl):S92-6.

- Cheng HC, Siu AM, Leung MC. Recognition for positive behavior as a positive youth development construct: conceptual bases and implications for curriculum development. *Int J Adolesc Med Health* 2006. 18: p. 467-473.
- 5 Cheng HC, Siu AM, Leung MC. Prosocial involvement as a positive youth development construct: conceptual bases and implications for curriculum development. *Int J Adolesc Med Health* 2006. 18: p. 393-400.
- Domitrovich, C.E., R.C. Cortes, and M.T. Greenberg, Improving young children's social and emotional competence: a randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *J Prim Prev* 2007. 28(2): p. 67-91.
- 10 Flicker, S.M., et al., Ethnic background, therapeutic alliance, and treatment retention in functional family therapy with adolescents who abuse substances. *J Fam Psychol* 2008. 22(1): p. 167-70.
- 15 Fowler M, Lewis J., Microservices, 2014, <http://martinfowler.com/articles/microservices.html>
- Gavazzi, I.G. and V. Ornaghi, Emotional state talk and emotion understanding: a training study with preschool children. *J Child Lang* 2011. 38(5): p. 1124-39.
- 20 Glassman N.R, Shen P., One site fits all: responsive web design, *J. of Electronic Resources in Medical Libraries* 2014, 11(2): p. 78-90.
- Gustle, L.H., et al., Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multi-systemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). *Nord J Psychiatry* 2007. 61(6): p. 443-51.
- 25 Hardt D., The OAuth 2.0 Authorization Framework, Internet Engineering Task Force Request for comments 6749, 2012, <https://tools.ietf.org/pdf/rfc6749.pdf>
- 30 Hui EK, Tsang SK. Self-determination as a positive youth development construct: conceptual bases and implications for curriculum development. *Int J Adolesc Med Health* 2006. 18: p. 433-440.
- Hui EK, Tsang SK. Self-determination as a psychological and positive youth development construct. *Scientific World Journal* 2012: 759358.
- 35 Kerrigan, D., et al., Perceptions, experiences, and shifts in perspective occurring among urban youth participating in a mindfulness-based stress reduction program. *Complement Ther Clin Pract* 2011. 17(2): p. 96-101.
- 40 Kimber, B., R. Sandell, and S. Bremberg, Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden. *Health Promot Int* 2008. 23(2): p. 134-43.

MacKinnon, D.P., et al., Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: first-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychol* 1991. 10(3): p. 164-72.

5 MongoDB, “Top 5 Considerations When Evaluating NoSQL Databases.”, white paper 2015, <https://www.ascent.tech/wp-content/uploads/documents/mongodb/10gen-top-5-nosql-considerations-february-2015.pdf>

10 Pentz, M.A., et al., Longitudinal effects of the midwestern prevention project on regular and experimental smoking in adolescents. *Prev Med* 1989. 18(2): p. 304-21.

Pentz, M.A., et al., Primary prevention of chronic diseases in adolescence: effects of the Midwestern Prevention Project on tobacco use. *Am J Epidemiol* 1989. 130(4): p. 713-24.

15 Riggs, N.R., C.P. Chou, and M.A. Pentz, Preventing growth in amphetamine use: long-term effects of the Midwestern Prevention Project (MPP) from early adolescence to early adulthood. *Addiction* 2009. 104(10): p. 1691-9.

20 Sangthong R, Trangkasombat U, Kaewpoonsri C, Disayawanwat P, Panyakham C, et al. Effects of the Personal Iceberg Metaphor Model to Promote Self-Esteem and Self-understanding among Thai Adolescents: From Clinical Practice to A School-based Prevention Program. *Int J Psychol Psychoanal* 2016. 2:010.

25 SAS, “5 data management for analytics best practice”, white paper 2018, (https://www.sas.com/content/dam/SAS/en_us/doc/whitepaper1/data-management-for-analytics-best-practices-107769.pdf)

Tsang, S.K., E.K. Hui, and B.C. Law, Bystander position taking in school bullying: the role of positive identity, self-efficacy, and self-determination. *Scientific World Journal* 2011. 11: p.2278-86.

คำรับรองจากผู้วิจัยหลัก**ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า**

- ข้อความในโครงการการศึกษาและเอกสารที่เสนอทั้งหมด ถูกต้อง เป็นจริง มิได้คัดลอกผลงานของผู้อื่น
- 5 • ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการแสดงความยินยอมอย่างเหมาะสม และเคารพสิทธิในการตัดสินใจของอาสาสมัคร
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการกำกับ ตรวจสอบ และดูแลความปลอดภัยของอาสาสมัครอย่างเต็มความสามารถ
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการติดตาม และจัดการข้อมูลให้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

หลังจากโครงการได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรม ให้ดำเนินการวิจัยได้

- 10 • ข้าพเจ้า จะรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment report form: AP-016) ให้คณะกรรมการจริยธรรมรับรองหรือรับทราบ ก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการวิจัย หรือใช้เอกสารที่ยังไม่ได้รับการพิจารณา
- ข้าพเจ้า จะรายงานความก้าวหน้า (Progress report form: AP-014) ตามที่คณะกรรมการกำหนดไว้ในใบรับรอง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) นับตั้งแต่วันที่ได้รับการรับรองด้านจริยธรรม
- ข้าพเจ้า จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงของอาสาสมัคร (SAE report form: AP-017, AP-018) ภายใน
- 15 กรอบเวลาที่กำหนดใน SOP version 2.0 บทที่ 11 ให้คณะกรรมการจริยธรรม
- ข้าพเจ้า จะรายงานการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Deviation report form: AP-019) หากได้ดำเนินการใดๆ ที่ต่างไปจากโครงการการศึกษาหรือเอกสารฉบับล่าสุดที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
- ข้าพเจ้า จะจัดทำ รายงานสรุปผลการวิจัย (Final report form: AP-020) ต่อคณะกรรมการจริยธรรมเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย โดยจะดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จตามกรอบเวลาที่เสนอไว้ในโครงการศึกษานี้

20

ข้าพเจ้า เข้าใจความหมายข้างต้นทุกประการและ ขอให้คำมั่นว่า จะปฏิบัติตามจรรยาวิชาชีพวิจัยอย่างดีที่สุด

ลงชื่อ..... 

(รัศมี สังข์ทอง)

25

ตำแหน่ง อาจารย์หน่วยระบาดวิทยา
ผู้วิจัยหลัก

วันที่ 19 เดือน เมษายน พ.ศ. 2562