



ผลงานรายบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การป้องกันความรุนแรงในโรงเรียนด้วย
โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล

จัดทำโดยนางสาวดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์
รหัส 9979

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 99
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.
ประจำปี 2567
ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



ผลงานรายบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การป้องกันความรุนแรงในโรงเรียนด้วยโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล

จัดทำโดยนางสาวดุขฎิ จิ่งศิริกุลวิทย์
รหัส 9979

หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 99
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.
ประจำปี 2567

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



สำนักงาน ก.พ.

เอกสารผลงานรายบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตร
นักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรมของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ

อาจารย์สุชาดา ไทยบรรเทา
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

อาจารย์จุฬา สุขมานพ
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

อาจารย์บรรจงจิตต์ อังศุสิงห์
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความรุนแรงในโรงเรียน เป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อถึง 1/3 ของเด็กและเยาวชนทั้งหมด ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในเด็กและเยาวชนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคจิตเวชและการใช้ความรุนแรงในวัยผู้ใหญ่หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ “การป้องกันความรุนแรงในโรงเรียนจึงเป็นต้นทางของการป้องกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคม” ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงเรียนสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ทั้งของผู้ก่อความรุนแรงและเหยื่อ การพัฒนาระบบสุขภาพจิตโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงในโรงเรียนลงได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความรุนแรงในโรงเรียน พัฒนาการรอบแนวคิดและข้อเสนอมาตรการในการขยายผลระบบสุขภาพจิตโรงเรียนในการป้องกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียน

ผลการศึกษา พบว่า งานสุขภาพจิตโรงเรียนพัฒนาและขยายผลอย่างเป็นระบบโดยความร่วมมือของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) ตั้งแต่ปี 2551 โดย “ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน” ทำให้ครูรู้จักนักเรียนรายบุคคล คัดกรอง ส่งเสริมพัฒนา ป้องกันแก้ไข และส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม เข้ารับการดูแลรักษา การประเมินผลการดำเนินงานในปี 2562 พบโรงเรียนเข้าร่วมดำเนินการเพียงครึ่งหนึ่ง และไม่ครอบคลุมนักเรียนทั้งหมด เนื่องจากปัญหาภาระงานของครูมีมาก แบบคัดกรองมีหลายประเภทและซ้ำซ้อน รวมถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณในการพัฒนาสมรรถนะครูเพื่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กทำให้เด็กนักเรียนที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทันที่ สละสมเป็นปัญหาความรุนแรงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียน ด้วยโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล 5S โดยมีนักเรียนเป็นศูนย์กลาง (student-center) และมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ 1) ภาวะผู้นำ กฎหมายและนโยบาย (strong leadership) 2) ความมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders collaboratoin) 3) ทักษะสุขภาพจิตของครูและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (skills & competency) และ 4) ระบบสนับสนุนและส่งต่อ (supporting system) ซึ่งในปัจจุบันมีดิจิทัลแพลตฟอร์มที่เป็นระบบสนับสนุนและส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงระหว่างครูและบุคลากรสาธารณสุขที่เรียกว่า School Health HERO แล้ว ครอบคลุมเด็กนักเรียนประมาณ 1 ล้านคน จากกลุ่มเป้าหมายกว่า 7 ล้านคน แต่ยังพบปัญหาในการใช้งานบางประการ เช่น ความครอบคลุมของการเข้าใช้งาน สมรรถนะครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน การส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหารวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น เช่น ผู้ปกครอง ชุมชน

แนวทางในการแก้ไขปัญหา กรมสุขภาพจิตควรดำเนินการ

- 1) ขยายผลการใช้มาตรฐานการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล (School Health HERO) ร่วมกับ สพฐ โดยเฉพาะการผลักดันชุดสิทธิประโยชน์การดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียน
- 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของคณะทำงานสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อให้คณะทำงานฯ ร่วมกับองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพจิตเป็นแกนนำในการขยายผลโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อป้องกันความรุนแรง
- 3) พัฒนาระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงในห้องปกครองของโรงเรียนโดยครอบครัวมีส่วนร่วมร่วมกับ สพฐ และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เพื่อการดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยงสูงที่เริ่มมีปัญหาพฤติกรรมบางอย่างแล้วด้วยบริการคุณภาพสูง เช่น ครอบครัวบำบัด, case conference
- 4) พัฒนาทีมเคลื่อนที่เร็วเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียนในระดับพื้นที่ ที่ประกอบด้วย ทีมด้านสุขภาพและทีมด้านการศึกษาเพื่อจัดทำแผนป้องกันและเผชิญเหตุความรุนแรงในโรงเรียนร่วมกัน
- 5) พัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรด้านการศึกษาและจิตอาสา สมรรถนะที่จำเป็นครอบคลุมทั้งด้านการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมพัฒนาทักษะสังคมอารมณ์ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับคนไทย โดยใช้ E-learning Platform ร่วมกับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ
- 6) ร่วมมือกับ สพฐ และองค์กรวิชาชีพด้านจิตวิทยาในการเพิ่มปริมาณและคุณภาพของนักจิตวิทยาโรงเรียน/ครูจิตวิทยา เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพจิตในระบบการศึกษา ให้สามารถแนะนำการดูแลสุขภาพจิตกับครู นักเรียน ในโรงเรียนทั่วประเทศได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม เป็นธรรม
- 7) เสริมสร้างเครือข่ายนอกภาครัฐเพื่อร่วมดูแลสุขภาพจิตนักเรียน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของเด็กเยาวชน ผู้ปกครอง และสื่อมวลชน รวมถึงการรณรงค์ “วันต่อต้านความรุนแรงในโรงเรียน 5 พฤศจิกายน ของทุกปี”
- 8) สื่อสารข้อเสนอเชิงนโยบายกับผู้บริหารของ สพฐ และผู้บริหารเขตพื้นที่การศึกษา เพื่อสร้างทัศนคติและระบบกำกับติดตามที่ดีในพื้นที่

สรุป การพัฒนาระบบสุขภาพจิตโรงเรียนที่ครอบคลุมภาวะผู้นำ กฎหมาย และนโยบาย ความมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทักษะสุขภาพจิตของครูและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และระบบสนับสนุนและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพโดยมีนักเรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวทางที่ช่วยแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียนได้ หากถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กิตติกรรมประกาศ

ด้วยความเคารพและขอบพระคุณอย่างสูงแด่ นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติพิลากรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต นายแพทย์จุมภฏ พรหมเสีตา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และนายแพทย์ธิตี แสงธรรม รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่กรุณาให้โอกาสเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับสูงของสำนักงาน ก.พ. ในครั้งนี้ รวมทั้งกรุณาให้ข้อคิด มุมมองที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดทำผลงานรายบุคคลในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์สุชาติ ไทยบรรเทา อาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม 7 ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น เปิดมุมมองต่อการจัดทำนโยบายภาครัฐ ให้คำแนะนำในการจัดทำโครงการอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและนำไปใช้ได้จริงในอนาคต ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการพัฒนาผลงานรายบุคคลฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ และผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต และคุณธัญลักษณ์ แก้วเมือง นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ที่ร่วมประเมิน 360 องศา ทำให้เห็นภาพสะท้อนตนเองที่ชัดเจนและเป็นกลางมากขึ้น เป็นโอกาสนำไปสู่การวางแผนพัฒนาตนเองที่ชัดเจนและตรงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด

ขอขอบคุณบุคลากรกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ที่สนับสนุนข้อมูลนำเข้าที่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ และการจัดทำผลงานรายบุคคลฉบับนี้

ขอขอบคุณเพื่อน นบส ก.พ. รุ่น 99 กลุ่ม 7 ที่เคารพรักทุกท่าน ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการจัดทำรายงานส่วนบุคคลจนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อน นบส ก.พ. รุ่น 99 กลุ่ม 8 และ 9 ที่ร่วมรับฟังการนำเสนอ และแลกเปลี่ยนมุมมองแนวคิดร่วมกัน

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักรบริหาร สำนักงาน ก.พ. ที่พัฒนาหลักสูตรนักรบริหารระดับสูงที่มีคุณภาพ สนับสนุนคณาจารย์ที่เปี่ยมด้วยองค์ความรู้และประสบการณ์ รวมถึงเจ้าหน้าที่จากวิทยาลัยนักรบริหารสำนักงาน ก.พ. ทุกท่านที่ประสานงานและดูแลตลอดการฝึกอบรมในหลักสูตรนี้

แพทย์หญิงศุภฎี จึงศิริกุลวิทย์

17 พฤษภาคม 2567

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	1
1.1 การวิเคราะห์บริบทและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ	1
1.2 ตำแหน่งรองอธิบดีที่เป็นเป้าหมาย	9
1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	12
2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ	14
2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา	15
2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย	19
2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ	29
3. แผนพัฒนาตนเอง	31
3.1 กาววิเคราะห์ตนเอง	32
3.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง	33
3.3 ผลการพัฒนาตนเอง	52
บรรณานุกรม	53
ภาคผนวก	56
ประวัติผู้เขียนผลงานรายบุคคล	60

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	6
โอกาส ภัยคุกคาม และผลกระทบต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต 2567-2570	
ตารางที่ 2	20
แนวทางและชนิดของบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนขององค์การอนามัยโลก	

สารบัญภาพ

แผนภาพที่ 1	3
แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2566-2570)	
แผนภาพที่ 2	4
แผนที่ยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิตระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570)	
แผนภาพที่ 3	5
ความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ชาติ และแผนระดับต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต	
แผนภาพที่ 4	22
โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อการป้องกันความรุนแรงในโรงเรียน	

1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา – การป้องกันความรุนแรงในโรงเรียนด้วยโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล

2.1.1 ปัญหาและความท้าทาย

ความรุนแรงในสังคมไทยเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศและความเชื่อมั่นในระดับนานาชาติ ในปี 2019 และ 2020 ประเทศไทยมีค่าดัชนี Global Peace Index ในลำดับที่ 113 และ 114 ของโลกตามลำดับ¹⁰ หนึ่งในมิติความรุนแรงที่พบบ่อยคือ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในเด็กและเยาวชน ซึ่งส่งผลกระทบด้านลบต่อเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนกระทั่งเข้าสู่ผู้ใหญ่¹¹ เด็กและเยาวชนที่ถูกกระทำรุนแรงสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เช่น พฤติกรรมทางเพศ การใช้บุหรี่สุรา ยาเสพติด¹² ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต¹³

ความรุนแรงในโรงเรียน หมายถึง ความรุนแรงทุกรูปแบบที่เกิดขึ้นในและรอบโรงเรียนต่อตัวเด็กและเยาวชน ที่ผู้ก่อความรุนแรงเป็นเด็กและเยาวชนเอง ครู หรือบุคลากรอื่นในโรงเรียน ความรุนแรงนี้ รวมถึงการกลั่นแกล้งรังแก (bullying) และการกลั่นแกล้งรังแกทางไซเบอร์ (cyberbullying) ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบมากที่สุดและส่งผลกระทบถึง 1 ใน 3 ของเด็กและเยาวชน¹⁴ รูปแบบความรุนแรงในโรงเรียนที่พบบ่อย ได้แก่

- ความรุนแรงทางกายภาพ เป็น ความรุนแรงทางกายทุกรูปแบบที่เกิดขึ้นเพื่อทำร้ายหรือทำให้เพื่อนครู หรือบุคลากรอื่นในโรงเรียนบาดเจ็บ
- ความรุนแรงทางจิตใจ เช่น การทำร้ายทางวาจาหรือการทำร้ายทางอารมณ์ (verbal and emotional abuse) เช่น การทำให้โดดเดี่ยว การปฏิเสธ การเพิกเฉย การดูถูกเหยียดหยาม การสร้างและปล่อยข่าวลือ การล้อเลียนชื่อ การกดขี่หรือด้อยค่า การสร้างความอับอาย การข่มขู่หรือคุกคาม
- ความรุนแรงทางเพศ รวมถึง การดูถูกเหยียดหยามเพศสภาพ การทำให้อับอายทางเพศ การสัมผัส ลวนลาม การบังคับหรือล่วงละเมิดทางเพศ โดยครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน หรือเพื่อนนักเรียน
- การกลั่นแกล้งรังแก เป็นพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายหรือจิตใจ เช่น ทบตี ตะคอก ทำลายข้าวของ ล้อเลียน ดูถูก คุกคาม ปล่อยข่าวลือ กีดกันออกจากกลุ่ม ล้อเลียนเหยียดด้วยเรื่องทางเพศ เป็นต้น
- การกลั่นแกล้งรังแกทางไซเบอร์ เป็นการกลั่นแกล้งรังแกทางจิตใจหรือทางเพศที่เกิดขึ้นออนไลน์ เช่น การส่งข้อความหรือภาพหรือวิดีโอเพื่อทำให้อับอาย ข่มขู่ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อาจรวมถึงการส่งต่อข่าวลือ โพสต์ข้อมูลเท็จ ภาพหรือข้อความที่สร้างความเจ็บปวดหรืออับอาย โพสต์คอมเมนต์ที่ทำให้ให้อับอาย หรือกีดกันเหยื่อออกจากกลุ่มสังคมออนไลน์

ความรุนแรงในโรงเรียนอาจเกิดจากตัวนักเรียนเอง ครู หรือบุคลากรอื่นในโรงเรียน โดยพบเกิดจากเพื่อนนักเรียนด้วยกันมากที่สุด เด็กนักเรียนที่เสี่ยงต่อการเป็นเหยื่อ คือ เด็กที่มีความแตกต่างด้านใดด้านหนึ่งจากเพื่อนนักเรียนด้วยกัน เช่น สภาพร่างกาย ชาติพันธุ์ ภาษา วัฒนธรรม เพศ สถานะทางสังคม หรือความพิการ

ความรุนแรงในโรงเรียนส่งผลกระทบต่อทั้งด้านการศึกษาและสุขภาพ ในด้านการศึกษา ความรุนแรงและการกลั่นแกล้งรังแก ลดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน และทำให้เด็กไม่ยอมเข้าสู่กระบวนการศึกษา ส่วนใหญ่จะอยากหยุดเรียนหลังสิ้นสุดชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เด็กที่เป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งรังแกมีผลการเรียนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ถูกกลั่นแกล้งรังแก ส่วนด้านสุขภาพ การกลั่นแกล้งรังแกส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ทำให้ความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว คิดฆ่าตัวตายสูงกว่า อัตราการสูบบุหรี่ ใช้แอลกอฮอล์ ใช้กัญชาสูงกว่า ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพต่ำกว่า รวมถึงผลกระทบต่ออาการบาดเจ็บทางร่างกายจากความรุนแรงและการกลั่นแกล้งรังแกด้วย

เด็กและเยาวชนใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ในครอบครัว และ ในโรงเรียนหรือสถานศึกษา ความรุนแรงในเด็กและเยาวชนจึงพบได้บ่อยใน 2 สถานที่นี้ แม้ความรุนแรงในครอบครัวจะเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อเด็กอย่างรุนแรง แต่การจัดการปัญหาความรุนแรงในครอบครัวกระทำได้อย่างยากเนื่องจากเป็นโครงสร้างย่อยทางสังคมที่ไม่มีจุดศูนย์รวมในการบริหารจัดการ ต้องอาศัยความตระหนักและความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมในการป้องกันแก้ไขปัญหานี้ ในขณะที่โรงเรียนเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่แข็งแรง และเป็นจุดศูนย์กลางทั้งในแง่ของการ “เฝ้าระวังและค้นหา” และ ในแง่ของการ “ดูแลช่วยเหลือส่งต่อ” เด็กที่เสี่ยงหรือถูกกระทำ ความรุนแรง เนื่องจาก เมื่อเด็กถูกกระทำ ความรุนแรง เด็กมักจะแสดงปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ทักษะสังคม ซึ่งครูประจำชั้นที่ดูแลเด็กใกล้ชิดจะสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของเด็กเทียบกับก่อนได้รับความรุนแรงหรือเทียบกับเด็กวัยเดียวกันได้ง่ายกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น โรงเรียนจึงเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามหาความรุนแรงในเด็ก “การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงเรียน” จึงเป็นมาตรการสำคัญที่ควรเร่งดำเนินการให้เกิดผลสัมฤทธิ์เพื่อป้องกันผลกระทบด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตที่จะเกิดขึ้นกับพลเมืองไทยในอนาคตต่อไป

2.1.2 สภาพของปัญหาที่ผ่านมาและแนวโน้มของปัญหาในอนาคต

ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2565 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับ UNICEF ประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey; MICS) จากผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี 20,952 คน พบว่า ร้อยละ 38.7 ของแม่หรือผู้ดูแลเด็กเชื่อว่า การเลี้ยงดู สั่งสอนหรือให้การศึกษาเด็กจำเป็นต้องมีการลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment) อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจนี้ มิได้ครอบคลุมทัศนคติและสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงเรียนหรือสถานศึกษา ซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันนั้น ในขณะที่รายงานของ UNICEF สรุปผลการสำรวจนักเรียนอายุ 13-15 ปีทั่วโลก พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเคยถูกกระทำรุนแรงโดยเพื่อนภายในโรงเรียนหรือรอบโรงเรียน ประมาณ 1/3 เคยถูกข่มเหงรังแก และ 1/3 เคยมีส่วนในการทะเลาะวิวาท¹⁵ สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพเด็กนักเรียนอายุ 13-15 ปีในประเทศไทยโดยกรมอนามัยในปี 2558 ที่พบว่า 29% เคยถูกข่มเหงรังแกในเดือนที่ผ่านมา และ 26% มีส่วนในการทะเลาะต่อสู้อันในปีก่อนปีที่ผ่านมา¹⁶ ส่วนผลการศึกษาของโครงการ Child Watch โดยสำนักงานกองทุน

สนับสนุนการวิจัย (สกว) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ให้การสนับสนุนสถาบันรามจิตติสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด 76 จังหวัด ใน 7 ภาค มากกว่า 150,000 คน ในช่วงปี 2548-2550 พบว่า เด็กนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ปวช และ ปวช ทุก 1 ใน 10 คน ตกอยู่ในวังวนของการใช้ความรุนแรง การใช้กำลังกันระหว่างเพื่อนนักเรียนและการกลั่นแกล้งรังแกทางไซเบอร์ ซึ่งหลายครั้งนำไปสู่การทำร้ายตัวเอง¹⁷

2.1.3 ความจำเป็นในการดำเนินการแก้ไขหรือพัฒนา

ความรุนแรงทุกรูปแบบ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความมั่นคง เมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นในโรงเรียน จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของนักเรียน ครู และบุคลากรในโรงเรียน รวมถึงประชาชนในชุมชนและสังคม หากเกิดการเผยแพร่เหตุการณ์ความรุนแรงออกไป ตัวอย่างเช่น เหตุการณ์ความรุนแรงที่จังหวัดหนองบัวลำภูในปี 2565 จะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อครอบครัวของเด็กปฐมวัยและวัยเรียน รวมถึงครูและบุคลากรด้านการศึกษาในพื้นที่เกิดเหตุอย่างรุนแรง จำเป็นต้องอาศัยการฟื้นฟูความเข้มแข็งทางใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้อีกครั้ง¹⁸ นอกเหนือจากประชาชนในพื้นที่ผู้ปกครองและครูของเด็กปฐมวัยในพื้นที่อื่นทั่วประเทศที่ได้รับฟังเหตุการณ์ ก็เกิดความตื่นตระหนก หวาดกลัว และรู้สึกไม่ปลอดภัย กรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานหลักที่ดูแลรับผิดชอบการดูแลสุขภาพจิตของคนไทย ต้องเร่งสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ให้กับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสังคม ในการงดส่งต่อภาพรายละเอียดเหตุการณ์ความรุนแรง ลดหรือจำกัดการเสพสื่อที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรง การดูแลจิตใจตนเองหากเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ความรุนแรง ตลอดจนแนวทางการดูแลบุตรหลานเพื่อความปลอดภัยในสถานศึกษา เพื่อสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยกลับคืนมาอีกครั้ง เหตุการณ์ในปี 2565 เป็นความรุนแรงขนาดใหญ่เพียงเหตุการณ์เดียว แต่ในโรงเรียน ยังคงมีความรุนแรงที่เกิดขึ้นอีกจำนวนมาก ทั้งการลงโทษโดยใช้ความรุนแรงของบุคลากรด้านการศึกษา การกลั่นแกล้งรังแกระหว่างเด็กนักเรียนด้วยกัน ไปจนถึงการทารุณกรรมในเด็ก ความรุนแรงทุกรูปแบบทุกขนาด สร้างความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยด้านจิตใจ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตหากไม่ได้รับการแก้ไขดูแล

ตั้งแต่ปี 2551 กรมสุขภาพจิตพัฒนางานสุขภาพจิตโรงเรียนร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) โดยศูนย์เฉพาะกิจเพื่อการช่วยเหลือนักเรียน (ฉก.ชน.) ในการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เพื่อมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต (ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ทักษะสังคม) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ “รู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล - คัดกรองนักเรียน - ป้องกันและแก้ไขปัญหา - พัฒนาและส่งเสริมนักเรียน - ส่งต่อ” การคัดกรองนักเรียนในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนใช้เครื่องมือประเมินจุดแข็งจุดอ่อน 25 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามด้านสมาธิสั้น ซึมเศร้า พฤติกรรมเกราะปัญหา กับเพื่อน จำนวน 20 ข้อ และจุดแข็งด้านทักษะสังคม 5 ข้อ การคัดกรอง 25 ข้อนี้ สามารถช่วยค้นหาเด็กที่เป็นผู้ก่อความรุนแรง (กลุ่มที่มีพฤติกรรมเกราะ กลุ่มที่มีปัญหา กับเพื่อน) และเด็กที่เป็นเหยื่อของความรุนแรง (กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า) ออกมาได้ โดยผลการทดลองใช้ระบบคัดกรอง พบเด็กกลุ่มเสี่ยงประมาณ 5-10% ของเด็กนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง

ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนได้รับการขยายผลด้วย “โมเดล 1 โรงเรียน 1 โรงพยาบาล (One Hospital One School; OHOS) แต่พบปัญหาสำคัญ คือ 1) ความครอบคลุมของระบบดูแลช่วยเหลือเนื่องจากโรงเรียนในสังกัด สพฐ. ทั่วประเทศ รวม 29,583 โรงเรียน ในขณะที่โรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วประเทศมีเพียง 898 โรงเรียนเท่านั้น การขยายผลทำเพียง 1 ห้องเรียน/1 ชั้นเรียน/ 1 โรงเรียน เพราะครูมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถขยายผลต่อได้ ทำให้มีนักเรียนที่เข้าถึงและได้รับการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเพียง 100,000 กว่าคน จากเด็กในโรงเรียนสังกัด สพฐ. กว่า 7 ล้านคน 2) ในทางปฏิบัติการใช้งานระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เน้นที่การรู้จักนักเรียนรายบุคคล คัดกรองนักเรียน และส่งต่อ มากกว่าที่จะมุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหา หรือ พัฒนาและส่งเสริมนักเรียน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียน เนื่องจากครูยังขาดสมรรถนะพื้นฐานด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ คือ “ทักษะการปรับพฤติกรรม” (behavioural modification) และ “ทักษะการให้การปรึกษา” (mental health counselling) ทำให้เด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่โรงเรียนอย่างเต็มที่

ในปี 2563 เป็นต้นมา สพฐ. ให้ความสำคัญกับประเด็นความปลอดภัยในโรงเรียนและปรับเปลี่ยนโครงสร้างจาก ศูนย์เฉพาะกิจเพื่อช่วยเหลือนักเรียน (ฉก.ชน.) เป็น “ศูนย์ความปลอดภัย สพฐ.” (OBEC Safety Center) ทำหน้าที่บริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยในโรงเรียน มีการจัดสรรตำแหน่ง นักจิตวิทยาโรงเรียน สำหรับเขตพื้นที่การศึกษาทั้ง 225 เขต เขตละ 1 คน และจัดทำ “คู่มือการคุ้มครองและช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน” ขึ้น แม้คู่มือดังกล่าวครอบคลุมปัญหาความรุนแรงและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของนักเรียนในหลายมิติ ได้แก่ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ความรุนแรงทางร่างกาย การไม่ได้รับความเป็นธรรมจากระบบการศึกษา การตั้งครมภ์ในวัยเรียน การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช เด็กติดเกม/อินเทอร์เน็ต/เล่นพนัน การปล่อยปละละเลยทอดทิ้ง ภาวะติดยาเสพติด อุบัติเหตุในสถานศึกษา ภัยพิบัติ และการกลั่นแกล้งรังแก แต่คู่มือมีลักษณะเป็นแนวปฏิบัติเชิงเทคนิคเพื่อนำไปใช้รายกรณี/รายโรงเรียน (technical support) ในขณะที่การบริหารจัดการ “ระบบสุขภาพจิตโรงเรียน” เพื่อให้เกิดการนำคู่มือหรือแนวปฏิบัติเชิงเทคนิคต่างๆไปใช้ ยังไม่ชัดเจนนัก (system management) หากต้องขยายผลใช้กับโรงเรียนในสังกัด สพฐ. ทั้ง 29,583 โรงเรียน อาจเกิดความสับสนและไม่เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ นอกจากนี้ยังไม่พบฐานข้อมูลด้านความปลอดภัยและความรุนแรงในโรงเรียนที่มีคุณภาพซึ่งจะช่วยประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานในภาพรวม อาจทำให้การตัดสินใจเชิงนโยบายคลาดเคลื่อนหรือไม่มีประสิทธิภาพได้

2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

2.2.1 หลักการ แนวคิด

UNESCO ให้คำแนะนำว่าวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียนที่ได้ผลต้องเป็นวิธีการที่ครอบคลุมรอบด้าน (comprehensive) ที่ประกอบด้วยการผลิตนโยบาย (policies) ควบคู่กับมาตรการดูแล (interventions) ซึ่งเรียกโดยรวมว่า Whole-school Approach หรือ Whole-education Approach ซึ่งประกอบด้วย 9 องค์ประกอบสำคัญ¹⁰ ได้แก่

- ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง และกลไกทางกฎหมายและนโยบายที่ชัดเจนในการมุ่งเป้าแก้ไขปัญหาความรุนแรงและการกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียน
- การฝึกอบรมและสนับสนุนครูในการใช้เทคนิคการจัดการห้องเรียนเชิงบวกเพื่อป้องกันความรุนแรงและการกลั่นแกล้งรังแก
- หลักสูตร การเรียนรู้ และการจัดการเรียนการสอนเพื่อสนับสนุนบรรยากาศของความห่วงใยใส่ใจกันในโรงเรียน (caring) และทักษะทางสังคมอารมณ์ในเด็กนักเรียน (social-emotional skills)
- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในโรงเรียนและห้องเรียน
- กลไกการรายงานผลนักเรียนที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงและการกลั่นแกล้งรังแก พร้อมระบบสนับสนุนและระบบส่งต่อ
- การสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนรวมถึงพ่อแม่ผู้ปกครอง
- การเสริมพลังเยาวชนและสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันความรุนแรงในโรงเรียน
- การสร้างความร่วมมือและหุ้นส่วนระหว่างภาคการศึกษากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น เช่น หน่วยงานในภาครัฐ หน่วยงานนอกภาครัฐ องค์กรวิชาการ
- ฝักระวังและประเมินผลการดำเนินงานของระบบป้องกันความรุนแรงและการกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เผยแพร่ WHO Guideline on School Health Services ในปี 2021¹⁹ โดยมีคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตกับยาเสพติด ดังนี้

Section D ความรุนแรง ประกอบด้วย I-49 ให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันความรุนแรง I-50 ให้การปรึกษาเพื่อป้องกันความรุนแรง และ I-73 ส่งต่อและให้การดูแลเหยื่อของความรุนแรง

Section H สุขภาพจิต สารเสพติด และการทำร้ายตนเอง ประกอบด้วย I-37 คัดกรองหรือสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิต I-29 ประเมิน HEADSS I-47 ให้การปรึกษาปัญหาการใช้สารเสพติด I-76 ให้การปรึกษาในภาวะวิกฤต และ I78-I87 ส่งต่อและให้การดูแลโรคด้านพฤติกรรม อารมณ์ วิตกกังวล ซึมเศร้า ความเครียด ปัญหาการกิน การฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตที่แสดงออกด้วยอาการทางกาย โรคจิต การใช้/การติด/การถอนยาเสพติด รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางและชนิดของบริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนขององค์การอนามัยโลก

Table. SHS guideline menu of interventions by health area, type of health service activity and GDG categorization

GDG categorization of interventions as essential or suitable within SHS, by location							
Category formatting	Definition						
Essential everywhere	Should be included in SHS everywhere						
Suitable everywhere	Appropriate, but not essential, in SHS everywhere						
Essential/suitable in certain areas	Essential and/or appropriate in SHS in certain geographic areas only						
Type of school health service activity							
Health area	1. Health promotion	2. Health education	3. Screening leading to care and/or referral and support as appropriate	4. Preventive interventions (such as immunizations and mass drug administration)	5. Clinical assessment leading to care and/or referral and support as appropriate	6. Health services management	7. Support for other pillars of a health-promoting school
a. General/cross-cutting	I-01. Promotion of care-seeking I-02. Promotion of health literacy	I-16. Support for health-promoting curriculum	I-27. Ensure assessment of compliance with school entry requirements I-28. Routine preventive health check-ups	-	I-56. Provision of first aid I-57. Administration of medications I-58. Referral and support for pain management I-59. Referral and support for non-specific symptoms	I-25. Use of population-level data to plan school health services I-26. Use data on school health services for monitoring and improvement I-60. Implementation of risk-management plan	I-17. Support for policies on health promotion I-18. Support for other aspects of health-promoting schools I-19. Support for policies on disease/injury prevention I-23. Training of school staff I-24. Inspection of school environment I-77. Referral and support for child carers
b. Positive health and development	I-07. Promotion of appropriate use of electronic devices I-08. Promotion of adequate sleep I-10. Promotion of parenting skills	-	-	-	I-30. Identification of developmental disabilities I-44. Counselling related to development I-43. Psychosocial intervention for well-being I-45. Support for caregiver related to a child's development	-	-
c. Unintentional injury	-	I-48. Provision of education to prevent unintentional injury	-	-	I-70. Referral and support for injury I-71. Referral and support for burns I-72. Referral and support for drowning	-	-
d. Violence	-	I-49. Provision of education to prevent violence	-	-	I-50. Counselling to prevent violence I-73. Referral and support for victims of violence	-	-

Table contd

Type of school health service activity							
Health area	1. Health promotion	2. Health education	3. Screening leading to care and/or referral and support as appropriate	4. Preventive interventions (such as immunizations and mass drug administration)	5. Clinical assessment leading to care and/or referral and support as appropriate	6. Health services management	7. Support for other pillars of a health-promoting school
h. Mental health, substance use and self harm	-	-	I-37. Screening – mental health concerns	-	I-29. Conduct HEADSSS assessments I-47. Counselling on substance use I-76. Provide short-term or crisis counselling I-78. Referral and support for behavioural disorders I-79. Referral and support for emotional, anxiety, depressive disorders I-80. Referral and support for eating disorders I-81. Referral and support for stress I-82. Referral and support for suicide risk/self-harm I-83. Referral and support for somatoform disorders I-84. Referral and support for psychotic disorders I-85. Referral and support for harmful substance use I-86. Referral and support for substance dependence I-87. Referral and support for substance withdrawal	-	I-18. Support for policies on mental health promotion I-22. Support for policies on bullying

Note: each of the 87 interventions is categorized in the menu by health area, type of health activity, and final GDG ranking as essential or suitable within school health services, by location. Importantly, many interventions could be placed in multiple menu cells, but for clarity, one cell is selected for each intervention. Also, for the sake of brevity, summary names of interventions have been used in this matrix; full, precise names are given in Chapter 5. Web Annex H (Menu of interventions with WHO sources) and Web Annex A (Compendium of interventions with WHO evidence) provide more detailed information about each intervention.

HEADSSS: home, education, employment, eating, activity, drugs, sexuality, safety, suicidal thinking and depression status (assessment).

ส่วนในประเทศไทย ผลการศึกษาในโครงการสังคมไทยไร้ความรุนแรง ที่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ได้เสนอ 8 แนวทางในการสร้างสังคมไทยไร้ความรุนแรง ที่สามารถนำไปปรับใช้กับโรงเรียนได้²⁰ ดังนี้

- 1) ส่งเสริมและเปลี่ยนแปลงค่านิยมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรง รวมทั้งส่งเสริมความเท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง
- 2) พัฒนา สร้างความมั่นคง หรือเสถียรภาพระหว่างเด็กและพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก
- 3) พัฒนาทักษะการใช้ชีวิตของเด็กและเยาวชน ป้องกันหรือลดปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัวต่อเด็กและสตรี
- 4) ลดการใช้สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 5) ลดการใช้อาวุธ ปืน มีด หรือยาฆ่าแมลง
- 6) ควบคุมการนำเสนอของสื่อที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรง
- 7) จัดโปรแกรมในการดูแลและช่วยเหลือต่อเหยื่อของความรุนแรง
- 8) นำหลักทางศาสนาเข้ามาใช้ในการดำเนินชีวิต หลอมความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติ ศาสนาและชาติพันธุ์

2.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

จากหลักการและแนวคิดของทั้ง 3 องค์กร ผู้ทำการศึกษาสรุปเป็นโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อการป้องกันความรุนแรงในโรงเรียน 5S โดยมีนักเรียนเป็นศูนย์กลาง (Student Center) และประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1) **ภาวะผู้นำ กฎหมาย และนโยบาย (Strong Leadership & Policy)** ภาวะผู้นำที่เข้มแข็งเข้าใจความสำคัญจำเป็นของงานสุขภาพจิตในโรงเรียน รวมถึงเข้าใจเทคโนโลยีดิจิทัลที่จะสนับสนุนการทำงานสุขภาพจิตโรงเรียนจะช่วยให้การผลักดันนโยบายสุขภาพจิตโรงเรียน รวมถึงการใช้กลไกทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดความครอบคลุมและประสิทธิภาพของการใช้ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนแก้ไขปัญหาความรุนแรงได้

2) **ความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders Collaboration)** ความรุนแรงในโรงเรียนไม่สามารถแก้ไขได้โดยระบบการศึกษาเพียงลำพัง นอกจากระบบสุขภาพแล้วยังมีภาคส่วนอื่น เช่น ระเบียบุดิธรรม ชุมชน รวมถึงตัวเยาวชนและผู้ปกครองเอง ที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นพลังสำคัญในการป้องกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียนได้

3) **ทักษะสุขภาพจิตของครูและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Skills & Competency)** ในทางปฏิบัติบุคลากรด้านการศึกษาและบุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโดยตรงร่วมกับผู้ปกครอง ในลักษณะ ครู-หมอ-พ่อแม่ สมรรถนะด้านสุขภาพจิตที่สำคัญสำหรับครูคือการปรับพฤติกรรม (behavioral modification) และการรับฟังเชิงลึกหรือการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต (deep listening/ mental health counselling) สมรรถนะที่สำคัญสำหรับครอบครัว คือ ทักษะหรือจิตวิทยาในการเลี้ยงดูเด็ก (parenting) เพื่อให้เด็กมีทักษะสังคมอารมณ์ (social-emotional skills) ที่ดี เป็นเยาวชนที่มีคุณภาพ ไม่ก่อ

ความรุนแรง สมรรถนะที่สำคัญสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ คือ การเสริมพลังหรือโค้ชครูและผู้ปกครองให้มีสมรรถนะด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพจิตเด็กได้

4) ระบบสนับสนุนและส่งเสริม (Supporting System) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในโรงเรียน การลดการเข้าถึงอาวุธร้ายแรง การพัฒนาระบบค้นหา-ดูแล-ส่งต่อเด็กที่กระทำและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง รวมถึงฐานข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมความรุนแรงในโรงเรียนเป็นระบบพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นที่ควรได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง

โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อป้องกันความรุนแรงในโรงเรียน 5S (Student-center, Strong Leadership & Policy, Stakeholders Collaboration, Skills & Competency, Supporting System) แสดงรายละเอียด ดังแผนภาพที่ 4

แผนภาพที่ 4 โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อป้องกันความรุนแรงในโรงเรียน



ในปี 2563 เป็นต้นมา กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จึงร่วมกับกลุ่มแนวร่วม สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สพฐ ได้ทำการพัฒนา “โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล (School Health and Educational Reintegrating Operation; School Health HERO)” ขึ้นเป็นดิจิทัลแพลตฟอร์มที่เป็น web application www.schoolhealthhero.obec.go.th²¹ เพื่อให้ครูเฝ้าระวังและบันทึกผลปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และทักษะสังคมของเด็ก และสามารถส่งต่อข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ครูดูแลช่วยเหลือแล้วยังไม่ดีขึ้นไปยังบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือนักเรียนร่วมกัน

ระหว่าง ครู กับ หมอ โดยใช้งบประมาณจาก UNICEF และ สสส และอยู่ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ของกรมสุขภาพจิตกับ สพฐ SchoolHealthHERO จึงเป็นโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัลที่เพิ่มโอกาสการขยายผลระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนเดิม ให้ครอบคลุมจำนวนเด็กนักเรียนได้เพิ่มขึ้น และเป็นกลไกความร่วมมือระหว่างภาคการศึกษากับภาคสาธารณสุขเพื่อการค้นหา-ดูแล-ส่งต่อเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆได้ SchoolHealthHERO มุ่งเน้นการ “เฝ้าระวัง-เรียนรู้-ดูแล-ส่งต่อรับคำปรึกษา” แทน 5 องค์ประกอบในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนเดิม ดังนี้

1) “เฝ้าระวัง” โดยครูเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ในเด็กวัยเรียนวัยรุ่น ด้วยคำถาม 9 ข้อ (9S+ ได้แก่ สนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้ เศร้าเครียดหงุดหงิดง่าย ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน) ซึ่งเป็นข้อคำถามเพื่อเฝ้าระวังอาการของเด็กนักเรียน แทนการใช้แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่เคยมีตั้งแต่ 25-40 ข้อ ทำให้ครูใช้งานได้ง่ายขึ้น ภาระงานลดลง ผลการประเมินความพึงพอใจของครูผู้ใช้งานระบบสูงกว่า 80% มีครูเข้าใช้งานจำนวน 203,129 คน ปัจจุบันมีนักเรียนได้รับการเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม จำนวน 1,657,500 คน (20.91%) จาก 10,796 โรงเรียน (36.49%) ในปีการศึกษา 2566 พบนักเรียนกลุ่มเสี่ยง 72,246 คน (8.73%) จำแนกเป็นปัญหาพฤติกรรม 23,340 คน ปัญหาอารมณ์ 14,402 คน และปัญหาทักษะสังคมรวมถึงการกลั่นแกล้งรังแก 5,175 คน²²

2) “เรียนรู้” เมื่อครูเฝ้าระวังจนพบปัญหาแล้ว จะสามารถเรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรมหรือให้การปรึกษานักเรียน ซึ่งเป็นเทคนิคสำคัญที่ช่วยลดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และนำไปสู่การลดความรุนแรงในเด็กนักเรียน การฝึกอบรมใช้ระบบ E-learning เพื่อช่วยลดข้อจำกัดของงบประมาณในการฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะครู ปัจจุบันมีผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตวัยรุ่นที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาวัยรุ่นแล้ว 68,198 ราย²³

3) “ดูแล” ครูที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะแล้ว ให้การปรึกษาหรือปรับพฤติกรรมนักเรียนที่โรงเรียน ช่วยให้เด็กนักเรียนทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ได้รับการดูแลที่โรงเรียน และลดการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงกว่าครึ่งหนึ่ง โดยไม่จำเป็นต้องส่งตัวไปโรงพยาบาล²⁴ ในปีการศึกษา 2566 มีนักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลและประเมินผลซ้ำว่าดีขึ้นร้อยละ 52.82

4) “ส่งต่อรับคำปรึกษา” หากครูดูแลนักเรียนแล้วยังไม่ดีขึ้น สามารถขอรับคำแนะนำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขในฐานะ HERO Consultant เพื่อการดูแลนักเรียนที่โรงเรียนหรือส่งต่อผ่านทางแอปพลิเคชันได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยปัจจุบัน HERO Consultant เป็นนักจิตวิทยาหรือพยาบาลจิตเวชที่มีอยู่ในทุกโรงพยาบาลชุมชน 1,568 คน 98.35% ของอำเภอทั่วประเทศ ปัจจุบันมีการส่งขอคำปรึกษา 4,599 คน บุคลากรสาธารณสุขให้คำปรึกษาแล้ว 1,834 คน (39.88%)²²

School Health HERO เป็นโมเดลที่สอดคล้องกับ โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อป้องกันความรุนแรงในโรงเรียน เป็นระบบที่เริ่มต้นจากการสร้างความร่วมมือระหว่างระบบการศึกษาและระบบสุขภาพ (partnership) ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านการศึกษาและด้าน

สุขภาพด้วยระบบ E-Learning (Competency) ทั้งสมรรถนะด้านการปรับพฤติกรรม การรับฟังเชิงลึก และการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิต และเป็นระบบสนับสนุนให้เกิดการค้นหา เฝ้าระวัง ดูแล และส่งต่อนักเรียนที่มีความเสี่ยง (Support System) ภายใต้ MOU ของกรมสุขภาพจิตและ สพฐ (Leadership) อย่างไรก็ตาม โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล ยังคงมี**ปัญหาและความท้าทายทั้งในด้านเทคนิค (technical) ด้านการจัดการระบบ (system) และด้านนโยบาย (policy) ที่ควรปรับปรุง** ดังนี้

1) การพัฒนาสมรรถนะครูเพื่อการดูแลปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคมในเด็ก การพัฒนาสมรรถนะครูกว่า 400,000 คน (technical support) ให้มีทักษะพื้นฐานในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเป็นโจทย์ที่ทำทนายและต้องการการขับเคลื่อนร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพจิตและทีมด้านการศึกษา

2) การบริหารจัดการระบบสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัลให้ครอบคลุมเด็กทั้งระบบ ระบบ SchoolHealthHERO เป็นฐานข้อมูลดิจิทัลที่ใช้งานเชื่อม 2 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ เป็นการบริหารจัดการข้อมูลร่วมกันเพื่อการทำงานทั้ง High-Tech และ High-Touch Service จึงต้องอาศัยการพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลของครู บุคลากรสาธารณสุข และผู้จัดการระบบทั้งสองฝ่ายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ปัจจุบัน SchoolHealthHERO เชื่อมต่อโดยตรงกับฐานข้อมูล DMC ซึ่งเป็นฐานข้อมูลนักเรียนทั้ง 7 ล้านคนของกระทรวงศึกษาธิการ แต่ยังไม่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูล HDC (Health Data Center) ของระบบสุขภาพ

3) การเพิ่มมิติการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันความรุนแรง การดำเนินงานปัจจุบันมุ่งเน้นตั้งแต่การป้องกันไปจนถึงการดูแลรักษา แต่การเสริมสร้างสมรรถนะด้านจิตใจให้กับนักเรียนและครู จะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ ทักษะด้านอารมณ์สังคมที่ดีและป้องกันการเกิดความรุนแรงในโรงเรียนได้

4) จำนวนนักจิตวิทยาโรงเรียนและครูแนะแนวที่มีสัดส่วนต่อจำนวนนักเรียนประมาณ 1:50,000 ซึ่งค่อนข้างต่ำและไม่เพียงพอต่อการดูแลด้านจิตใจอย่างทั่วถึง ทำให้เกิดการระงับงานทั้งของนักจิตวิทยาโรงเรียนและครูแนะแนวตลอดจนครูประจำชั้น

5) การเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการร่วมดูแลเด็กและเยาวชน การดูแลสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนให้รอบด้านต้องอาศัยความร่วมมือของ ครู-หมอ-พ่อแม่ SchoolHealthHERO เป็นจุดประสานความร่วมมือระหว่างครู-หมอ เมื่อร่วมมือกันได้ดีแล้ว ควรเพิ่ม พ่อแม่ผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก จะนำไปสู่การเลี้ยงดูที่มีคุณภาพและลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัวได้ด้วย

2.2.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหา

1) การขยายผลการใช้มาตรฐานการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล (School Health HERO) โดยกรมสุขภาพจิตควรดำเนินการ ดังนี้

1.1) เสนอให้ OBEC บูรณาการ “คู่มือการคุ้มครองและช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน” (OBEC Safety Center) เข้ากับ “คู่มือการดำเนินงาน SchoolHealthHERO” (สวก สพฐ) โดยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ (basic) และขั้นสูง (advance) ในการดำเนินงาน เพื่อให้เหมาะสมในการขยายผลใช้กับโรงเรียนที่มีบริบททรัพยากรแตกต่างกัน

1.2) เสนอให้ OBEC จัดทำและผนวก “แผนเผชิญเหตุกรณีความรุนแรงในโรงเรียน” ในมาตรฐานการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล เพื่อสร้างความตระหนักและความร่วมมือจากผู้บริหารโรงเรียนในการนำมาตรฐานฯ ไปใช้

1.3) ร่วมกับ สพฐ จัดทำข้อเสนอมาตรฐานการดำเนินงานสุขภาพจิตโรงเรียนผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อให้การรับรองตามกฎหมาย

1.4) ผลักดันสิทธิประโยชน์การดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียนผ่านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ร่วมกับ OBEC เพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายใน “การเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโดยครู” เป็นการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.5) เชื่อมโยงข้อมูลจาก SchoolHealthHERO เข้ากับฐานข้อมูลในระบบสุขภาพ (Health Data Center; HDC) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง

2) เสริมสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการสุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ โดย

2.1) กรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณเพื่อให้คณะกรรมการฯ เป็นแกนนำในการขยายผลโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อป้องกันความรุนแรง

2.2) กรมสุขภาพจิตสนับสนุนให้คณะกรรมการฯ สร้างความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพและการศึกษาเพื่อขับเคลื่อนโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนเพื่อป้องกันความรุนแรง

3) การพัฒนาระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงในท้องปกรองของโรงเรียนโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มการดูแลนักเรียนกลุ่มเสี่ยงสูงที่เริ่มมีพฤติกรรมบางอย่างแล้วด้วยบริการคุณภาพสูง ซึ่งอาจทำไม่ได้กับนักเรียนทุกคน แต่ทำให้กลุ่มที่จำเป็นและต้องการมากกว่า ได้รับบริการที่เข้มข้น เพียงพอ ทำได้โดย

3.1) กรมสุขภาพจิตสร้างความร่วมมือกับ สพฐ และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบการดูแลนักเรียนกลุ่มท้องปกรอง

3.2) กรมสุขภาพจิตพัฒนาสมรรถนะนักจิตวิทยาโรงเรียนเพื่อร่วมดูแลเคสยุ่งยากซับซ้อนจากท้องปกรอง โดยเฉพาะสมรรถนะด้านครอบครัวบำบัด ด้วยระบบ case conference

3.3) กรมสุขภาพจิตร่วมกับ OBEC และกรมพินิจฯ เพิ่มความครอบคลุมของระบบดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงในท้องปกรองและรายงานผลการดำเนินงานกับผู้บริหารสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเพื่อการกำกับติดตาม

4) การพัฒนาทีมเคลื่อนที่เร็วเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียน

4.1) กรมสุขภาพจิตสร้างร่วมมือระหว่างผู้นำและทีมด้านสุขภาพและทีมด้านการศึกษาในระดับพื้นที่เพื่อจัดทำแผนป้องกันและเผชิญเหตุความรุนแรงในโรงเรียนร่วมกัน (ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและทีม ร่วมกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและทีม)

4.2) กรมสุขภาพจิตสนับสนุนให้ทีมบูรณาการด้านสุขภาพและด้านการศึกษาในระดับพื้นที่ซ่อมแผนเผชิญเหตุเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในโรงเรียนร่วมกัน โดยเริ่มจากโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ที่มีโอกาสพบเหตุการณ์สูงกว่า

4.3) กรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ OBEC เพิ่มข้อมูลผลการดำเนินงานของทีมเคลื่อนที่เร็วใน SchoolHealthHERO Dashboard เพื่อสะท้อนผลลัพธ์การจัดการปัญหาเชิงพื้นที่

5) การพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรด้านการศึกษาและจิตอาสา

5.1) กรมสุขภาพจิตสนับสนุน OBEC ในการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพจิตสำหรับครูประจำชั้น โดยมุ่งเน้นทักษะการดูแลสุขภาพจิตของครู (self-care) ทักษะการปรับพฤติกรรมเด็ก (behavioural modification) และทักษะการรับฟังเชิงลึก (deep listening) จะช่วยลดความเครียดในตัวครูและเพิ่มความตระหนักในสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน (awareness) เพิ่มโอกาสในการนำสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนาไปใช้กับนักเรียนที่ให้การดูแล

5.2) กรมสุขภาพจิตพัฒนาสมรรถนะครูแนะแนวด้านการฝึกทักษะสังคมอารมณ์ในเด็กและเยาวชน เพื่อส่งเสริมทักษะพื้นฐานในศตวรรษที่ 21 ที่จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงในโรงเรียน

5.3) กรมสุขภาพจิตร่วมกับองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพและการศึกษา และหน่วยงานภาคประชาสังคมพัฒนา E-learning Platform สำหรับครูและจิตอาสาที่เข้าร่วมดูแลนักเรียนในโรงเรียน

6) การเพิ่มปริมาณและคุณภาพของนักจิตวิทยาโรงเรียน/ครูจิตวิทยา เพื่อเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพจิตนอกระบบสุขภาพ ให้สามารถแนะนำการดูแลสุขภาพจิตกับครู นักเรียน ในโรงเรียนทั่วประเทศได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม เป็นธรรม

6.1) กรมสุขภาพจิตสร้างร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพด้านจิตวิทยา และสถาบันอุดมศึกษาที่เป็นแหล่งผลิตนักจิตวิทยาในการจัดทำหลักสูตรและเพิ่มจำนวนผู้ฝึกอบรมหลักสูตรจิตวิทยาโรงเรียน

6.2) กรมสุขภาพจิตร่วมกับองค์กรวิชาชีพด้านจิตวิทยาพัฒนาสมรรถนะครูจิตวิทยา/นักจิตวิทยาโรงเรียนด้วยหลักสูตรจิตวิทยาโรงเรียนตามหลักวิทยาศาสตร์ของการขยายผลเพื่อควบคุมคุณภาพการฝึกอบรม

6.3) OBEC ประเมินผลความครอบคลุมของนักจิตวิทยาโรงเรียน/ครูจิตวิทยา เพื่อเพิ่มสัดส่วนนักจิตวิทยาโรงเรียน/ครูจิตวิทยาจาก 1:50,000 เป็น ไม่นต่ำกว่า 1:1000 ภายใน 10 ปี

7) กรมสุขภาพจิตร่วมกับ OBEC เสริมสร้างเครือข่ายนอกภาครัฐเพื่อร่วมดูแลสุขภาพจิตนักเรียน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของเด็ก เยาวชน และผู้ปกครอง รวมถึงการรณรงค์ “วันต่อต้านความรุนแรงในโรงเรียน 5 พฤศจิกายน ของทุกปี”

7.1) เครือข่ายสมาคมผู้ปกครองหรือผู้ปกครองจิตอาสา ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลนักเรียน

7.2) เครือข่ายสภาเยาวชนทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

7.3) ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7.4) สื่อมวลชนทั้งระดับท้องถิ่นและส่วนกลาง เพื่อช่วยลดการนำเสนอข่าวความรุนแรงในโรงเรียนที่ลงรายละเอียดเหตุการณ์ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการลอกเลียนแบบกระทำซ้ำ (copycat syndrome) โดยกรมสุขภาพจิตเสนอเนื้อหาข่าวเชิงสร้างสรรค์เพื่อให้สื่อมวลชนสามารถขยายผลสู่ประชาชนได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิต

8) OBEC สื่อสารข้อเสนอเชิงนโยบายกับผู้บริหารของ สพฐ และผู้บริหารเขตพื้นที่การศึกษา เพื่อสร้างทัศนคติและระบบกำกับติดตามที่ดีในพื้นที่

2.2.4 ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ

ข้อ	ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ	แนวทางการบริหารจัดการ
1	ขาดงบประมาณในการจัดสรร อัตรากำลังนักจิตวิทยา/ครู จิตวิทยา	กรมสุขภาพจิตสนับสนุนกลไกคณะอนุกรรมการ สุขภาพจิตระดับจังหวัดในการสร้างและพัฒนาทักษะ สุขภาพจิตให้เครือข่าย “จิตวิทยาชาวบ้าน” เพื่อพัฒนา ภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิต ของนักเรียนในชุมชนตนเอง โดยมีครูเป็นผู้ประสานงาน ในฐานะหน่วยเฝ้าระวังและดูแลช่วยเหลือ
2	โรงเรียนขนาดเล็กไม่สามารถ ดำเนินการตามมาตรฐาน สุขภาพจิตโรงเรียนได้	กรมสุขภาพจิตร่วมกับ OBEC กำหนดมาตรฐานการ ดำเนินงานแบบขั้นบันได ให้มีความเข้มข้นในการ ดำเนินงานที่ยืดหยุ่นไปตามทรัพยากรที่มีโดยยังคง คุณภาพพื้นฐานไว้ได้
3	คุณภาพการพัฒนาสมรรถนะครู กว่า 4 แสนคนทั่วประเทศ	กรมสุขภาพจิตร่วมกับ OBEC พัฒนาระบบ Coaching & Supervision เพื่อควบคุมคุณภาพการฝึกอบรม ให้ครู สามารถนำทักษะที่เรียนรู้ไปใช้ได้ตรงตามเจตนารมณ์
4	ครูมีภาระงานมาก ไม่สามารถดูแล สุขภาพจิตนักเรียนได้ทั่วถึง	OBEC จำแนก “ประเภทโรงเรียน” เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มห่วงใย – โรงเรียนกลุ่มที่เกิดเหตุความรุนแรงใน โรงเรียนแล้ว เน้นการฟื้นฟูและเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับ นักเรียนและครูก่อน

		<p>กลุ่มใสใจ – โรงเรียนกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดเหตุความรุนแรง เช่น โรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ โรงเรียนที่ไม่เคยพัฒนาระบบสุขภาพจิตโรงเรียนมาก่อน</p> <p>เริ่มต้นที่การดูแลสุขภาพจิตครู เพื่อสร้างทัศนคติและความร่วมมือก่อนการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน</p> <p>กลุ่มวางใจ – โรงเรียนที่ดำเนินงานสุขภาพจิตโรงเรียนอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด</p> <p>สนับสนุนและช่วยแก้ไขปัญหาคุอุปสรรคในการทำงานสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล</p>
--	--	--

สรุป การพัฒนาระบบสุขภาพจิตโรงเรียนที่ครอบคลุมด้านการนำและขับเคลื่อนนโยบาย การสร้างการมีส่วนร่วม การพัฒนาสมรรถนะสุขภาพจิตและการพัฒนาระบบสนับสนุนส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางที่ช่วยแก้ไขปัญหาคความรุนแรงในโรงเรียนได้ หากถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ

คุณลักษณะที่สำคัญของผู้นำที่สำคัญที่จะสนับสนุนการขับเคลื่อนข้อเสนอสู่การปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรม

1. ผู้นำนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Innovation and Adaptive Leadership)

การพัฒนาและขยายผลโมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัลให้ครอบคลุมนักเรียนและโรงเรียนให้ได้มากที่สุดต้องอาศัยนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยผู้นำต้องสามารถนำทีมใน 4 มิติ ได้แก่

1.1 การนำสู่การเรียนรู้ (Leading to Learn) สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนาความคิดเชิงนวัตกรรม เพื่อสร้าง mindset ที่เปิดกว้าง ยอมรับแนวคิดหรือวิธีทำงานแบบใหม่ด้วยมุมมองที่หลากหลาย

1.2 การนำสู่การคิด (Leading to Think) เมื่อมุมมองเปิดกว้าง ผู้นำต้องใช้กระบวนการคิดที่หลากหลาย เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ให้เห็นโอกาสและอุปสรรคของการพัฒนางาน และใช้การคิดอย่างมีวิสัยทัศน์และคิดเชิงกลยุทธ์เพื่อนำไปกำหนดยุทธศาสตร์และแผนการพัฒนา

1.3 การนำสู่การเปลี่ยนแปลง (Leading to Change) ผู้นำต้องสามารถสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ให้ทีมงานเห็นและเข้าใจตรงกันว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้รับผลงานองค์กรและบุคลากรอย่างไร เพื่อจูงใจให้ทีมพร้อมและเข้าร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา

1.4 การนำสู่การสร้างสรรคนวัตกรรม (Leading to Innovate) เมื่อทีมงานตระหนักถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงแล้ว ผู้นำต้องสนับสนุนปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาวัตกรรม เช่น พี่เลี้ยงนวัตกรรม เทคโนโลยีที่สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรม เป็นต้น

2. ผู้นำที่มีทักษะดิจิทัล (Digital Leadership) ²⁵

โมเดลสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัลเป็นแพลตฟอร์มดิจิทัลข้ามส่วนราชการต้องอาศัยการบูรณาการตั้งแต่ต้นทางในโรงเรียนจนถึงปลายทางที่โรงพยาบาล (end-to-end technology) การพัฒนาและขยายผลโมเดลนี้ จึงต้องอาศัยผู้นำที่มีทักษะดิจิทัล ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

2.1 พัฒนาความคล่องทางดิจิทัล (Become digitally fluent) ยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งสำคัญต่อการเข้าสู่โลกดิจิทัล ตระหนักถึงความจำเป็นความคล่องทางดิจิทัล และการบูรณาการความคิดเชิงดิจิทัลเข้าสู่การจัดการในชีวิตประจำวัน

2.2 พัฒนาขีดความสามารถใหม่ (Develop new capabilities) กระตุ้นให้ทีมทุกคนพัฒนาสมรรถนะดิจิทัล เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการสร้างสรรค์สิ่งที่มีคุณค่า

2.3 เต็มใจที่จะทดลอง (Willingness to experiment) พร้อมที่จะรับและทดลองแนวคิดใหม่

2.4 ทำความเข้าใจว่าเทคโนโลยีกำลังเปลี่ยนแปลงสังคมและมีผลกระทบต่อองค์กร (Understand how technology is transforming society, and translate into business impact) ผู้นำต้องเฝ้าระวัง ทำความเข้าใจ และตระหนักถึงผลกระทบของเทคโนโลยีต่อองค์กร เพื่อปรับกลยุทธ์ในการรับมือรวมถึงสื่อสารกับทีมงานได้อย่างทันที่

2.5 ส่งเสริมสภาพแวดล้อมแบบรวมพลัง (Promote collaborative environment) ดิจิทัลเทคโนโลยีจะแทรกซึมทั้งองค์กรและส่งผลกระทบต่อทุกชั้นตอนในห่วงโซ่ของคุณค่า ทักษะดิจิทัลไม่สามารถจำกัดอยู่ที่แผนกเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว ผู้นำจึงต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะดิจิทัลทั่วทั้งองค์กรและทำให้เกิดการประสานงานร่วมกันทั้งองค์กร

3. ผู้นำที่สร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาและเติบโต (Inspirational and Growth Leadership)

ผู้นำที่สร้างแรงบันดาลใจจะกระตุ้นการมีส่วนร่วมของทีมและขวัญกำลังใจจนกลายเป็นแรงผลักดันให้งานที่รับผิดชอบบรรลุเป้าหมาย ทีมได้รับการพัฒนาและเติบโตไปพร้อมกัน ผู้นำที่สร้างแรงบันดาลใจเป็นผู้นำที่ใช้ทักษะในการจูงใจให้ทีมปฏิบัติตามพร้อมกับรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เสริมพลังทีมโดยไม่ใช้การสั่งการหรือควบคุมเพื่อให้ทีมแสดงความสามารถออกมาได้สูงที่สุด คุณลักษณะที่ช่วยให้เกิดการสร้างแรงบันดาลใจประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

3.1 พัฒนาชุมพลังภายใน (Developing inner resource) ได้แก่ การฝึกจัดการความเครียด การตระหนักรู้และเข้าใจตัวเอง การมองโลกในแง่บวก

3.2 เชื่อมโยงกับผู้อื่น (Connecting with others) ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความกระตือรือร้น

3.3 สร้างบรรยากาศเชิงบวก (Setting the tone) ได้แก่ การเปิดเผยจริงใจ ความไม่เห็นแก่ตัว และความรับผิดชอบ

3.4 นำทีมงาน (Leading the team) ได้แก่ การวางวิสัยทัศน์ การกำหนดจุดเน้น และการสนับสนุนช่วยเหลือ

3. แผนพัฒนาตนเอง

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข (2560). กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2560 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม 134 ตอนที่ 130 ก หน้า 10 25 ธันวาคม 2560
2. กรมสุขภาพจิต (2566). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570)
3. Solmi, M., Radua, J., Olivola, M. *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* **27**, 281–295 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
4. ¹ กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (2567) ทิศทางการพัฒนาทักษะทุนชีวิตเพื่ออนาคตที่เข้มแข็งและยั่งยืนของประเทศไทย https://www.eef.or.th/wp-content/uploads/2024/02/ASAT-report_TH.pdf
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2566) รายงานผลการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 พ.ศ.2566 https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/%E0%B8%A1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%B1%E0%B8%8A%E0%B8%8A%E0%B8%B2_%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%8816
6. World Health Organization (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary
7. Jeindl, R., Hofer, V., Bachmann, C. *et al.* Optimising child and adolescent mental health care – a scoping review of international best-practice strategies and service models. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **17**, 135 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00683-y>
8. Thangkratok, Pramote. (2020). Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *59*. 163-172.
9. World Health Organization (2010). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

10. อาชญาวិทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - ปีที่ 1 "สังคมไทยไร้ความรุนแรง" (google.com) <https://sites.google.com/g.chula.edu/criminology/no-violence-in-thai-society/1st-no-violence-in-thai-society>
11. Erickson, M. and B. Egeland. "A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment." *School Psychology Review* 16, no. 2 (1987): 156-68. <http://psycnet.apa.org/record/1987-29817-001>; Schneider, M. et al. "Do Allegations of Emotional Maltreatment Predict Developmental Outcomes beyond That of Other Forms of Maltreatment?" *Child Abuse & Neglect* 29, no. 5 (2005): 513-32. doi:10.1016/j.chiabu.2004.08.010.
12. Thepthien, B. on, Htike, M., & Cerniglia, L. (2020). Associations between adverse childhood experiences and adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. *Cogent Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1832403>
13. Vongsuphakphan P, Piyavhatkul N, Paholpak S, Chaiudomsom K, Piyawattanametha S, Jarassaeng N. Adverse Childhood Experiences among Thai Patients with Depressive Disorders: A University/Tertiary Care Hospital Experiences. *J Med Assoc Thai* 2021;104:807-13.
14. UNESCO (2023). What You Need to Know About Violence and Bullying. <https://www.unesco.org/en/articles/what-you-need-know-about-school-violence-and-bullying>
15. UNICEF (2018). ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นทั่วโลกเคยประสบความรุนแรงภายในรั้วโรงเรียนและรอบๆ. <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นทั่วโลกเคยประสบความรุนแรงภายในรั้วโรงเรียนและรอบๆ>
16. กรมอนามัย (2558). รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียน ในประเทศไทย พ.ศ. 2558. https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-F/IDC1_14/opdc_2565_idc1-14_05.pdf
17. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2554). ตามติด Child Watch กลไกแก้ปัญหาเด็ก. <https://www.thaihealth.or.th/ตามติด-child-watch-กลไกแก้ปัญหาเด็ก/>
18. กรมสุขภาพจิต (2566) ถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวังจิตใจเหตุการณ์ความรุนแรง 6 ตุลาคม 2565
19. World Health Organization (2021) WHO Guideline on School Health Service.

20. คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2566). สังคมไทยไร้ความรุนแรง. <https://sites.google.com/g.chula.edu/criminology/no-violence-in-thai-society/1st-no-violence-in-thai-society>
21. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2566) สุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล (SchoolHealthHERO)
22. ฐานข้อมูลระบบสุขภาพจิตโรงเรียน HERO Dashboard 5 มีนาคม 2567
23. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2566) หลักสูตรการให้การปรึกษาวัยรุ่น (www.thaiteentraining.com)
24. Juengsiragulwit D, Chaiudomsom C, Poowichai C, Reung P. A pilot study of the efficacy of group teacher training for behavioral modification in school-aged children at-risk for emotional and behavioral problems. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018;63(2):115-126.
25. Sieber, S., Kagner. E., & Leader. (2013). How to be a digital. Retrieved August 1, 2019, from <http://www.forbes.com/sites/iese/2013/>.

ภาคผนวก



คำสั่งกรมสุขภาพจิต
ที่ ๕๗๔ /๒๕๖๕

เรื่อง มอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๖๗๐/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ ได้แต่งตั้ง
ให้นายธิตี แสงธรรม รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มาดำรงตำแหน่งรองอธิบดี
กรมสุขภาพจิต ตำแหน่งเลขที่ ๔ ตั้งแต่วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ นั้น

เพื่อให้การบริหารราชการแผ่นดินของส่วนราชการกรมสุขภาพจิตเกิดความต่อเนื่อง
มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและเกิดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติราชการ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒
และมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕)
พ.ศ. ๒๕๔๕ และ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมาตรา ๖ มาตรา ๗ และมาตรา ๘ แห่งพระราชกฤษฎีกา
ว่าด้วยการมอบอำนาจ พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๓ และข้อ ๕ ของกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ และหนังสือสำนักงาน ก.พ.ร. ที่ นร ๑๒๐๐/ว ๔๐
ลงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ อธิบดีกรมสุขภาพจิตจึงมอบอำนาจและหน้าที่ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ มอบอำนาจในการสั่งการ การอนุญาต การอนุมัติ และการปฏิบัติราชการ หรือดำเนินการ
อื่นใดที่อธิบดีกรมสุขภาพจิตจะพึงปฏิบัติ หรือดำเนินการตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือคำสั่งใดๆ
หรือมติคณะรัฐมนตรีให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิตตามบัญชีรายละเอียด
การมอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิตในข้อ ๑. หน่วยงาน
ที่รับผิดชอบ และในข้อ ๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามบัญชีที่แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๒ การมอบอำนาจตามข้อ ๑ ให้อยู่ภายใต้เงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

๒.๑ ถ้าเป็นกรณีให้เห็นสมควรเสนออธิบดีกรมสุขภาพจิตพิจารณาหรือสั่งการ ให้รองอธิบดี
กรมสุขภาพจิตพิจารณาเสนอความเห็นต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิตเพื่อพิจารณาสั่งการ

๒.๒ เรื่องที่เป็นราชการประจำและพัฒนา

๒.๓ เรื่องที่มีปัญหาในทางนโยบาย

๒.๔ เรื่องที่ไม่มีคำสั่งกำหนดไว้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการคณะใดคณะหนึ่ง

โดยเฉพาะ

ข้อ ๓ ...

- ๒ -

ข้อ ๓ เรื่องดังต่อไปนี้เมื่อพิจารณาแล้วให้เสนอความเห็นต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิต คือ
 ๓.๑ การแต่งตั้งโยกย้ายและยืมตัวของข้าราชการตำแหน่งทางวิชาการตั้งแต่ระดับ
 ชำนาญการพิเศษขึ้นไป

๓.๒ เรื่องงานต่างประเทศที่ใช้งบเจรจาธุรกิจและประชุมระหว่างประเทศ

ข้อ ๔ ในกรณีรองอธิบดีกรมสุขภาพจิตผู้มีอำนาจหน้าที่ตามที่อธิบดีกรมสุขภาพจิตกำหนดหรือ
 มอบหมายไม่อยู่หรืออยู่แต่ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตคนที่อยู่ลำดับต่อไปปฏิบัติ
 ราชการแทน และแจ้งให้รองอธิบดีผู้รับผิดชอบงานนั้นทราบ

ข้อ ๕ ในการปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิตตามคำสั่งนี้ ให้รวมถึงการสั่งการ การร่วมมือ
 หรือประสานงานกับส่วนราชการอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือการร่วมมือ หรือประสานงานกับกระทรวง
 ทบวง กรม ต่าง ๆ นอกสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามอำนาจและหน้าที่ที่กำหนดไว้ในข้อ ๑ แล้วรายงานให้อธิบดี
 กรมสุขภาพจิตทราบ

ข้อ ๖ มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิตและมอบหมายหน้าที่การบริหารงานตาม
 บทบาทภารกิจเฉพาะด้านกรมสุขภาพจิต ตามบัญชีรายละเอียดการมอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดี
 กรมสุขภาพจิตปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต ในข้อ ๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต
 และในข้อ ๔. มอบหมายบทบาทภารกิจเฉพาะด้านตามบัญชีที่แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๗ ให้ยกเลิกคำสั่งกรมสุขภาพจิต ที่ ๙๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางอัมพร เบญจพลทิพย์)
 อธิบดีกรมสุขภาพจิต

- ๓ -

บัญชีรายละเอียดการมอบอำนาจและหน้าที่ให้รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ตามคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ ๕๙/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

นายจุมภฏ พรหมเสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายศิริศักดิ์ ธิติติลกรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายอิติ แสงธรรม รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ๑) สำนักงานเลขาธิการกรม ๒) กองบริหารการคลัง ๓) กองบริหารทรัพยากรบุคคล ๔) สำนักวิชาการสุขภาพจิต ๕) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ๖) โรงพยาบาลสวนปรุง ๗) สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ๘) โรงพยาบาลอุษาคเนย์ประสาทไวยโอบถัมภ์ ๙) โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ๑๐) โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ๑๑) โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ๑๒) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ ๑๓) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒ ๑๔) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ ๑๕) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๖ ๑๖) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓	๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ๑) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ๒) สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ ๓) สำนักงานโครงการ To Be Number One ๔) โรงพยาบาลศรีธัญญา ๕) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. ๖) สถาบันราชานุกูล ๗) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ๘) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ๙) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ๑๐) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ๑๑) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔ ๑๒) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๕ ๑๓) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๑ ๑๔) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๒	๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ๑) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ๒) กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ๓) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ๔) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ๕) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ๖) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ๗) โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ๘) โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ๙) สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๐) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ ๑๑) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘ ๑๒) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ ๑๓) ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐

- ๔ -

นายจุมภฏ พรหมเสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายศิริศักดิ์ ธิติติลกรัตน์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	นายอิติ แสงธรรม รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ โครงการ และตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งด้าน แผนงาน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนสร้างและ พัฒนามาตรการระดับนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ โครงการ และตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งด้าน แผนงาน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนสร้างและ พัฒนามาตรการระดับนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๒. การดูแลควบคุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ โครงการ และตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งด้าน แผนงาน งบประมาณ บุคลากร ตลอดจนสร้างและ พัฒนามาตรการระดับนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต - พัฒนาบุคลากรให้เป็นคนดี มีศักยภาพสูงเป็น Multitasking สู้อุบัติการณ์ ๔.๐ - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในกรมสุขภาพจิต - พัฒนาเด็กและเยาวชน ๔.๐ - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายต่างประเทศ - พัฒนาระบบการดูแลและป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตายและก่อความรุนแรงเพื่อรองรับหลัง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19	๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต - พัฒนากฎหมายสุขภาพจิต ๔.๐ - พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อตอบสนองต่อ Smart Hospital - พัฒนาระบบดูแลผู้พิการ - พัฒนาระบบเศรษฐศาสตร์จิตเวชศาสตร์	๓. มอบหมายงานตามนโยบายกรมสุขภาพจิต - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายนอกกรมสุขภาพจิต - พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้มีมาตรฐานและ มาตรฐานสูงตามแนวทาง Service Plan (Basic/Standard/Advanced)และนำ Smart Hospital มาใช้งาน - ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต - ติดตามผลกระทบการใช้กัญชาทางการแพทย์
๔. มอบหมายบทบาทภารกิจเฉพาะด้าน เป็นผู้บริหาร - ด้านทรัพยากรบุคคล (Chief Human Resource Officer : CHRO) - ด้านการเสริมสร้างบทบาทหญิงชาย (Chief Gender Equity Officer : CGEO) - หัวหน้ากลุ่มคุ้มครองจริยธรรม (ITA) - ด้านการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO) - ด้านการจัดการความรู้ (Chief Knowledge Officer : CKO)	๔. มอบหมายบทบาทภารกิจเฉพาะด้าน เป็นผู้บริหาร - ด้านการเปลี่ยนแปลง (Chief Change Officer : CCO) - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศระดับกรม (Department Chief Information Officer : DCIO)	

ผลการประเมินทักษะโดยรวม

ทักษะของนักบริหารระดับสูง	ผลการประเมิน		
	ตนเอง	จากผู้อื่น	เชิงสถานการณ์
๑. การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์ (Analytical and Critical Thinking)	ดี	โดดเด่น	โดดเด่น
๒. การคิดอย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์ (Systematic and Creative Thinking)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๓. การเรียนรู้ที่จะรักเรียน (Learning to Learn)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๔. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๕. การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Empathy)	ปานกลาง	โดดเด่น	โดดเด่น
๖. การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ (Collaboration and Responsibility)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๗. ทักษะดิจิทัล (Digital Skills)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๘. การยึดมั่นในมาตรฐานจรรยาบรรณและความเป็นมืออาชีพ (Demonstrating Integrity)	ดี	โดดเด่น	โดดเด่น
๙. การกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ (Developing Vision and Strategy)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๑๐. การพัฒนาตนเองและผู้อื่น และสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร (Developing Self and Others, and Engaging Others)	โดดเด่น	โดดเด่น	ดี
๑๑. การสร้างและส่งเสริมให้เกิดการทำงานบูรณาการและความร่วมมืออย่างเต็มที่ (Facilitating Hyper-Collaboration)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๑๒. การผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง (Driving Innovation and Change)	โดดเด่น	โดดเด่น	โดดเด่น
๑๓. การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์ (Driving Execution and Results)	โดดเด่น	โดดเด่น	ดี
๑๔. ทักษะการสื่อสารโน้มน้าว (Communication and Influencing)	ปานกลาง	โดดเด่น	โดดเด่น

ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

ชื่อ : นางสาวดุชนันท์ จิ่งศิริกุลวิทย์
ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการ
สถานที่ทำงาน : กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2547
- วุฒิบัตรสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551
- MSc Child and Adolescent Mental Health (Merit), Institute of Psychiatry, King's College London, United Kingdom 2012
- อนุมัติวุฒิบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

ประสบการณ์การรับราชการ

- ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กุมภาพันธ์ 2565 - ปัจจุบัน
- ผู้จัดการแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2564 - ปัจจุบัน
- ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ธันวาคม 2561 – มกราคม 2565
- ผู้อำนวยการสำนักกระบวนวิชาสุขภาพจิต มิถุนายน - พฤศจิกายน 2561
- ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ตุลาคม 2559 – พฤษภาคม 2561
- ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตุลาคม 2557 – กันยายน 2559
- ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 มิถุนายน – กันยายน 2557
- จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พ.ศ. 2551 – 2557
- อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ปีการศึกษา 2562 - ปัจจุบัน
- อาจารย์พิเศษ หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 – ปัจจุบัน
- อาจารย์พิเศษ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2565 - ปัจจุบัน

ผลงานทางวิชาการในวารสารต่างประเทศ

Auapisitwong S, Juengsiragulwit D, Mekwilai W, et al. Effectiveness of a life skills enhancement program (LSEP-V) for vocational students in Thailand: A quasi-experimental study from a middle-income country. *J Clin Psychiatry Neurosci*. 2022; 5(5):51-7.

Wannasewok K, Suraaroonsamrit B, Jeungsiragulwit D, Udomratn P. Development of community mental health infrastructure in Thailand: from the past to the COVID-19 pandemic. *Consortium Psychiatricum* 2022;3(3):98–109. doi: 10.17816/CP194

Juengsiragulwit D, Nikapota A. (2020) ‘Mental Health Strategy and Policy: Rural vs Urbanized Communities and First World vs Developing World.’ In *Mental Health and Illness of Children and Adolescents in ‘Mental Health and Illness Worldwide’*. Meteor.Springer.com

Juengsiragulwit D. Opportunities and obstacles in child and adolescent mental health services in low- and middle- income countries: a review of the literature. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2015;4(2):1-13.

รางวัลและผลงานเด่น

- โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ทุรกันดาร ในพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พ.ศ.2564-ปัจจุบัน

- โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เฉลิมพระเกียรติ ในโอกาสเฉลิมพระชนมายุ 70 พรรษา พ.ศ.2564-ปัจจุบัน

- โครงการสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล (SchoolHealthHERO) ร่วมกับ สำนักวิชาการและมาตรฐาน การศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2562-ปัจจุบัน

- รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2565 ประเภทพัฒนาการบริการ ระดับดีเด่น “การช่วยเหลือ บุคคลที่ส่งสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโซเชียลออนไลน์ (HOPE Task Force)”: ทีมปฏิบัติการ HOPE Task Force

- ผลงานวิจัยดีเด่น “กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ตอนต้น: การศึกษานำร่อง (The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study)” การประชุมวิชาการราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559.

- รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2559 ประเภทบูรณาการการบริการที่เป็นเลิศ ระดับดี “การพัฒนากระบวนการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนโดย ครู-หมอ-พ่อแม่ ของโรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครขอนแก่น”: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2557 ประเภทการพัฒนาบริการที่เป็นเลิศ ระดับดี “จิตแพทย์ที่เลี้ยง”: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
- The Best Oral Presentation Award “Efficacy of brief group CBT in children with ADHD”
The 13th Johor Mental Health Convention “Toward Excellence in Care: Preserving traditions, embracing innovation” Johor Bahru, Malaysia, 20-21

¹ กระทรวงสาธารณสุข (2560). กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2560 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม 134 ตอนที่ 130 ก หน้า 10 25 ธันวาคม 2560

² กรมสุขภาพจิต (2566). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2566-2570)

³ Solmi, M., Radua, J., Olivola, M. *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* **27**, 281–295 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

⁴ กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (2567) ทิศทางการพัฒนาทักษะทุนชีวิตเพื่ออนาคตที่เข้มแข็งและยั่งยืนของประเทศ https://www.eef.or.th/wp-content/uploads/2024/02/ASAT-report_TH.pdf

⁵ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2566) รายงานผลการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 พ.ศ.2566

https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/%E0%B8%A1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%B1%E0%B8%8A%E0%B8%8A%E0%B8%B2_%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%8816

⁶ World Health Organization (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary

⁷ Jeindl, R., Hofer, V., Bachmann, C. *et al.* Optimising child and adolescent mental health care – a scoping review of international best-practice strategies and service models. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **17**, 135 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00683-y>

⁸ Thangkratok, Pramote. (2020). Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. 59. 163-172.

⁹ World Health Organization (2010). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

¹⁰ อาชญวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - ปีที่ 1 "สังคมไทยไร้ความรุนแรง" (google.com)

<https://sites.google.com/g.chula.edu/criminology/no-violence-in-thai-society/1st-no-violence-in-thai-society>

-
- ¹¹ Erickson, M. and B. Egeland. "A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment." *School Psychology Review* 16, no. 2 (1987): 156-68. <http://psycnet.apa.org/record/1987-29817-001>; Schneider, M. et al. "Do Allegations of Emotional Maltreatment Predict Developmental Outcomes beyond That of Other Forms of Maltreatment?" *Child Abuse & Neglect* 29, no. 5 (2005): 513-32. doi:10.1016/j.chiabu.2004.08.010.
- ¹² Thepthien, B. on, Htike, M., & Cerniglia, L. (2020). Associations between adverse childhood experiences and adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. *Cogent Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1832403>
- ¹³ Vongsuphakphan P, Piyavhatkul N, Paholpak S, Chaiudomsom K, Piyawattanametha S, Jarassaeng N. Adverse Childhood Experiences among Thai Patients with Depressive Disorders: A University/Tertiary Care Hospital Experiences. *J Med Assoc Thai* 2021;104:807-13.
- ¹⁴ UNESCO (2023). What You Need to Know About Violence and Bullying. <https://www.unesco.org/en/articles/what-you-need-know-about-school-violence-and-bullying>
- ¹⁵ UNICEF (2018). ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นทั่วโลกเคยประสบความรุนแรงภายในรั้วโรงเรียนและรอบๆ. <https://www.unicef.org/thailand/th/press-releases/ครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นทั่วโลกเคยประสบความรุนแรงภายในรั้วโรงเรียนและรอบๆ>
- ¹⁶ กรมอนามัย (2558). รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียน ในประเทศไทย พ.ศ. 2558. https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-F/IDC1_14/opdc_2565_idc1-14_05.pdf
- ¹⁷ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2554). ตามติด Child Watch กลไกแก้ปัญหาเด็ก. <https://www.thaihealth.or.th/ตามติด-child-watch-กลไกแก้ปัญหาเด็ก/>
- ¹⁸ กรมสุขภาพจิต (2566) ถอดบทเรียนการดำเนินงานเยียวยาจิตใจเหตุการณ์ความรุนแรง 6 ตุลาคม 2565
- ¹⁹ World Health Organization (2021) WHO Guideline on School Health Service.
- ²⁰ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2566). สังคมไทยไร้ความรุนแรง. <https://sites.google.com/g.chula.edu/criminology/no-violence-in-thai-society/1st-no-violence-in-thai-society>
- ²¹ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2566) สุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล (SchoolHealthHERO)
- ²² ฐานข้อมูลระบบสุขภาพจิตโรงเรียน HERO Dashboard 5 มีนาคม 2567

²³ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2566) หลักสูตรการให้การปรึกษาวัยรุ่น
(www.thaiteentraining.com)

²⁴ Juengsiragulwit D, Chaiudomsom C, Poowichai C, Reung P. A pilot study of the efficacy of group teacher training for behavioral modification in school-aged children at-risk for emotional and behavioral problems. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018;63(2):115-126.

²⁵ Sieber, S., Kagner. E., & Leader. (2013). How to be a digital. Retrieved August 1, 2019, from <http://www.forbes.com/sites/iese/2013/>.