


ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา  
เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส



นางยุพา โชติกะพัฒน์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0003-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

KNOWLEDGE OPINION AND PRACTICE OF TEACHERS IN PRIMARY SCHOOL TOWARD  
MENTAL HEALTH FOR DISABLE AND DISADVANTAGED CHILDREN

Mrs.Yupa Chotikapat

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Prevention and Socine Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-17-0003-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการ ประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
โดย	นางยุพา โชติกะพัฒน์
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์นายแพทย์อ่องอาจ วิพุธศิริ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทสสนี นุชประยูร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อ่องอาจ วิพุธศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์)

..... กรรมการ  
(อาจารย์กฤษณา จันทร์ตรี)

นางยุพา โชติกะพัฒน์ : ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงาน  
 การประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส (KNOWLEDGE, OPINION  
 AND PRACTICE OF TEACHERS IN PRIMARY SCHOOL TOWARD MENTAL  
 HEALTH FOR DISABLE AND DISADVANTAGED CHILDREN) อ.ที่ปรึกษา :  
 รศ.นพ.องอาจ วิพุดศิริ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ จำนวน 101 หน้า.  
 ISBN 974-17-0003-2

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของ ครูโรงเรียน  
 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในเขตสาธารณสุขที่ 2  
 กลุ่มตัวอย่างเป็นครู 516 คนใน 2 จังหวัดที่ได้รับการอบรมและ 1 จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม 258 คน  
 เป็นจำนวนรวม 774 คน โดยใช้แบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2544  
 ถึง มกราคม 2545 ได้รับคืน 689 คน คิดเป็นร้อยละ 89.02 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าเฉลี่ย,  
 ร้อยละ, Unpaired t-test และ One-way ANOVA

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(73.7%) จบปริญญาตรี(65.8%) เป็น  
 ครูผู้สอน (67.0%) มีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส  
 ร้อยละ 31.5 เมื่อประเมินความรู้พบว่าครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมมีความรู้มากกว่าครูในจังหวัดที่ไม่  
 อบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < 0.05$ ) แต่ทั้ง 2 กลุ่มยังขาดความรู้เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านนักเรียน  
 ลักษณะปัญหาที่ต้องส่งต่อสถานบริการและการร่วมกับผู้ปกครองในการดูแลนักเรียน เมื่อประเมิน  
 ความคิดเห็นและการปฏิบัติงาน พบว่า ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมมีการปฏิบัติงาน  
 ไม่แตกต่างกัน แต่รายละเอียด พบว่า ความคิดเห็นในด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ  
 และด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )  
 อาทิ โรงเรียนในจังหวัดที่ได้รับการอบรมมีการกำหนดนโยบายให้นักเรียนทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพจิต  
 อย่างไรก็ตาม ครูในทุกจังหวัดล้วนให้ความสำคัญและปฏิบัติโดยใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเรียนรู้ในลำดับแรก  
 เช่นเดียวกันแต่ยังมีความต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่ม

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ควรขยายการให้ความรู้แก่โรงเรียนที่ยังไม่เข้าร่วมดำเนินการ  
 ด้านสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส และสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติได้อย่างจริงจัง และควรจัด  
 ให้มีการฟื้นฟูความรู้ปีละครั้ง ข้อเสนอแนะ ควรดูแลนักเรียนทั้งหมดเป็นรายบุคคลและคำนึงถึง  
 ด้านการส่งเสริม การป้องกันควบคู่ไปกับการให้การช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาและควรร่วมกับผู้ปกครอง  
 ดำเนินการแก้ไขปัญหารวมทั้งให้เด็กเข้ามามีส่วนร่วม

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่ออนิสิต.....
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2544	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

# # 437 53665 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEYWORD : KNOWLEDGE / OPINION / PRACTICE / PRIMARY SCHOOL / DISABLE AND DISADVANTAGED CHILDREN

YUPA CHOTIKAPAT : KNOWLEDGE, OPINION AND PRACTICE OF TEACHERS  
IN PRIMARY SCHOOL TOWARD MENTAL HEALTH FOR DISABLE AND  
DISADVANTAGED CHILDREN. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. DR.ONG-ARJ  
VIPUTSIRI , THESIS CO-ADVISOR : ASST.PROF. SOMRAT LERTMAHARIT, 101 pp.  
ISBN 974-17-0003-2

The objective of this study was to determine knowledge, opinion and practice of teachers in Primary school toward mental health for Disable and Disadvantaged children in Health Region 2. Mailed questionnaires were sent to 516 trained teachers in two provinces and 258 untrained teachers in a provinces. The study was conducted during November 2001 to January 2002 and response rate was 89.0%. Results were analyzed by using mean, percentage, unpaired t-test and One-way ANOVA.

The results showed that majority of respondents were woman (73.7%), graduated the Bachelor's degree 65.8%, classroom teacher 67.0% with trained experience on mental health for disable and disadvantaged children 31.4% and average age of 45.6 years. There were statistically significant difference ( $p < 0.05$ ) in mean score of knowledge. There fore, both groups need more knowledge on student home visit, characteristic of referral children to health office and parent involvement. There were no significant difference in mean score of overall opinion and practices. However, there were significant difference ( $p < 0.05$ ) in mean score of two dimensions as to management and satisfaction for practices, such as more policy commitment for care the mental health in the children in the trained schools than non-participated schools. Further analyses found that either groups of teachers gave the first rank to the use child-centered approach and need more knowledge.

The study indicated that the training program swelled be deployed to cover the non-participated school. In addition, children should be taken care and given promotion, prevention and supportive with parent's collaboration when they have problems.

Department Preventive and Social Medicine Student's signature.....

Field of study Community Medicine Advisor's signature.....

Academic year 2001 Co-advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยคามกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุทธศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์(ร่วม) ที่ช่วยกรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์กฤษณา จันทร์ตรี(ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต เขต 2 กรมสุขภาพจิต) ที่ช่วยกรุณาสละเวลาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดชัยนาท จังหวัดสุพรรณบุรี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และครู/อาจารย์ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยกรุณาสับสนุนและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท จังหวัดสุพรรณบุรี และน้องๆเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดส่งแบบสอบถามและช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ขอขอบคุณ พี่และน้องๆของผู้วิจัย ที่คอยดูแลห่วงใย ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนอยู่เบื้องหลังด้วยดีตลอดมา คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีที่ได้จากการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิทยาการและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องมา ณ ที่นี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ยุพา ไชติกะพัฒน์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
คำสำคัญ.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	4
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาและมาตรการแก้ไข.....	6
2. ทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
ลักษณะสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	7
ระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ.....	13
เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครู.....	16
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้.....	18
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น.....	19
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติ.....	21
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23

## สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	24
รูปแบบการวิจัย.....	24
ระเบียบวิธีการวิจัย.....	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	27
การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม.....	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
4. ผลการวิจัย.....	31
ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของครูสังกัด สำนักงานการประถมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ผลความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครู ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส.....	33
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติงาน และความต้องการเรียนรู้กับข้อมูลทั่วไปของครูเกี่ยวกับสุขภาพจิต เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	59
ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ .....	71
ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในจังหวัดที่มีการอบรม.....	73
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	82
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	83
รายการอ้างอิง.....	84



สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก. แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติและความต้องการเรียนรู้ของ ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและ เด็กด้อยโอกาส.....	88
ข. รายชื่อผู้ที่ตรวจแบบสอบถาม.....	99
รายชื่อผู้ที่ตรวจแบบสอบถาม.....	100
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	101



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวนและอัตราการตอบกลับแบบสอบถามของครูจำแนกตามจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	31
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของครู จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	32
ตารางที่ 4.3	ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	34
ตารางที่ 4.4	เปรียบเทียบร้อยละที่ตอบถูกของครูที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นรายข้อ จำแนกตามจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม.....	35
ตารางที่ 4.5	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	37
ตารางที่ 4.6	ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม.....	40
ตารางที่ 4.7	ร้อยละและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม.....	46
ตารางที่ 4.8	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม.....	51
ตารางที่ 4.9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญและความต้องการเรียนรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม.....	53
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญรายด้านเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม.....	54
ตารางที่ 4.11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานรายด้านของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม.....	54
ตารางที่ 4.12	ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยและลำดับที่ของความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญและการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	55
ตารางที่ 4.13	ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยและลำดับที่ของความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญและการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิต.....	57
ตารางที่ 4.14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	59

## สารบัญตาราง(ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	60
ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือจำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	62
ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	63
ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	65
ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	66
ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	68
ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	69
ตารางที่ 4.22 จำนวนครูที่แสดงความคิดเห็นต่อสิ่งที่ทำให้การดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสประสบผลสำเร็จ .....	71
ตารางที่ 4.23 จำนวนครูที่แสดงความคิดเห็นสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	71
ตารางที่ 4.24 จำนวนครูแสดงความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง...	72
ตารางที่ 4.25 จำนวนครูที่แสดงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	72
ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองและผลการคัดกรองในจังหวัดที่มีการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส.....	73

## สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
แผนภูมิที่ 2.1	กระบวนการดำเนินงานตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน.....	15
แผนภูมิที่ 3.1	แสดงการสุ่มตัวอย่าง.....	26



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

เด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสูงสุดเหนือทรัพยากรใดๆ เด็กทุกคนมีคุณค่าในตัวเองทุกคนคาดหวังให้เด็กได้เจริญเติบโตในครอบครัวที่เพียบพร้อม ได้รับการพัฒนารอบด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา สามารถดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม ได้อย่างมีความสุข กล่าวอีกอย่างหนึ่งก็คือเป็นคนดีมีสุขภาพและจิตแข็งแรงแม่ั่นคง และเมื่อเข้าสู่ระบบโรงเรียนก็คาดหวังให้การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลพัฒนาการ ทั้ง 4 ด้านอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจะได้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การสร้างคนให้มีคุณภาพต้องดำเนินอย่างถูกต้องเป็นระบบเหมาะสมในแต่ละวัยมีพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และให้การช่วยเหลือเมื่อเด็กมีปัญหา

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 ได้กำหนดมุ่งหมายและหลักการจัดการศึกษาต้องเป็นไป เพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (มาตรา 6) การจัดการศึกษา ต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกัน ในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี ที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสารและการเรียนรู้ หรือมีร่างกายพิการ หรือทุพพลภาพหรือบุคคลซึ่งไม่สามารถพึ่งตนเองได้หรือไม่มีผู้ดูแลหรือด้อยโอกาส ต้องจัดให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิ และโอกาสได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ (หมวด 2 มาตรา 10) <sup>1</sup>

แผนพัฒนาการศึกษาระยะที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) พัฒนาเด็กให้มีศักยภาพครอบคลุมทุกด้านทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ สังคม และให้ได้รับความเสมอภาคทางโอกาสแก่เด็กทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่อยู่ในภาวะยากลำบาก กลุ่มปกติทั่วไป กลุ่มปัญญาเลิศ และกลุ่มที่มีความสามารถพิเศษเฉพาะด้าน เพื่อเตรียมเขาเหล่านี้ให้พร้อมที่จะเป็นบุคคลที่มีคุณค่า อยู่ในสังคมอนาคตได้อย่างมีความสุข <sup>2</sup>

สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่ดูแลและรับผิดชอบจัดการศึกษาภาคบังคับให้แก่เด็กทุกคนในวัยเรียน ได้จัดการศึกษาในรูปแบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการทางการศึกษาของเด็กแต่ละกลุ่ม ทั้งแบบปกติและการศึกษาพิเศษ ให้กับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งได้แก่เด็กพิการหรือเด็กที่มีความบกพร่อง เด็กที่มีความสามารถพิเศษเฉพาะทางและเด็กด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ สำหรับเด็กพิการหรือเด็กที่มีความบกพร่องระดับน้อยหรือปานกลางได้เรียนร่วมกับเด็กปกติ ให้เด็กได้เรียนรู้ร่วมกัน ปีการศึกษา 2542 มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกประเภทเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติ 69,644 คน <sup>3</sup>

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ครูที่ต้องจัดการเรียนการสอนโดยตรงอาจเป็นครูประจำชั้น หรือครูที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ครูแนะแนว ครูที่ปรึกษา ครูจะตั้งรู้จักเด็กเป็นรายบุคคลต้องรู้จักเด่นจุดด้อยรู้ว่าเด็กมีความสามารถด้านใดแล้วพัฒนาจากจุดนั้น พร้อมทั้งฟื้นฟูส่วนที่บกพร่อง

การรู้จักและเข้าใจพัฒนาการเด็กวัยเรียนอย่างถ่องแท้ จะช่วยให้คุณสามรถสังเสริม แก้ไขและพัฒนาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสจะทำให้ได้ข้อมูล เพื่อนำไปวางแผนการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

### คำถามในการวิจัย ( Research Question)

1. ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในจังหวัดที่ได้รับ และไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
3. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

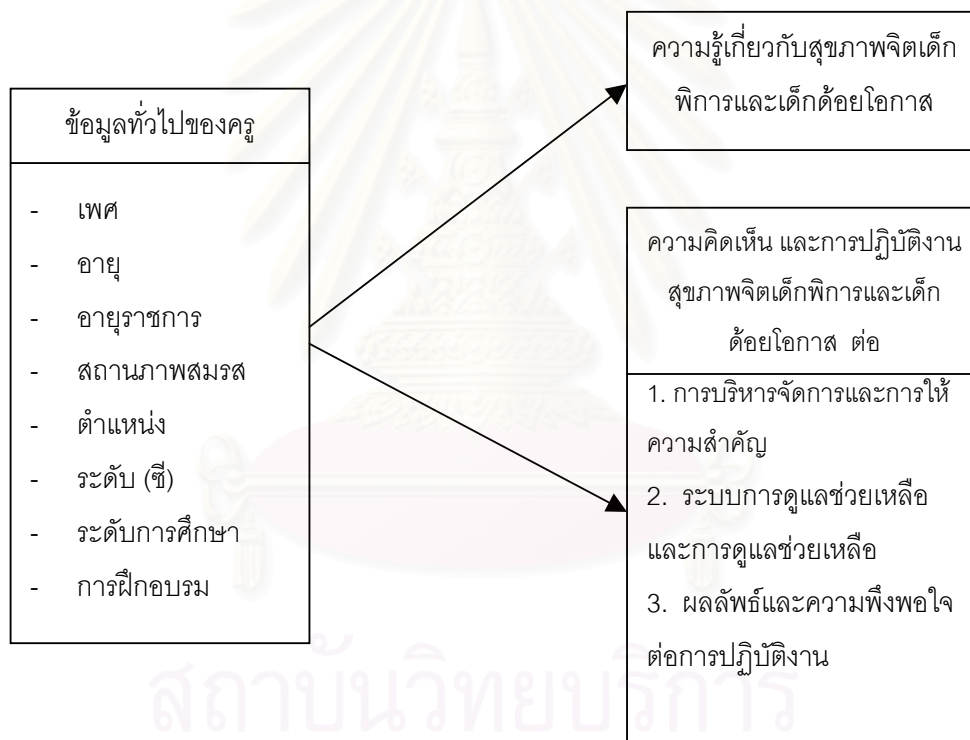
#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

### สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

เพศ อายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระดับ(ซี) การอบรม ของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาที่แตกต่างกัน มีความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ข้อตกลงเบื้องต้น ( Assumptions)

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามประชากรตัวอย่าง ถือว่าเป็นความจริงที่เชื่อถือได้
2. ระดับคะแนน ความคิดเห็น การปฏิบัติเป็น Ordinal Scale จะพิจารณาว่ามีอันดับภาคขึ้นเท่านั้น ( Equal interval ) และถือว่าค่าของคะแนนเดียวกันของแต่ละคนเท่ากัน เพื่อจัดข้อมูลเป็น Interval Scale ต่อไป

### คำสำคัญ (Key Words )

Knowledge, Opinion, Practice, Primary School, Disable and Disadvantaged Children

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคำรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในเขตสาธารณสุขที่ 2 โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ครูที่ทำหน้าที่บริหารและครูที่ทำหน้าที่สอนนักเรียนในโรงเรียนสังกัดประถมศึกษา

1. จังหวัดสิงห์บุรีและชัยนาททุกคนที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส จำนวน 258 คน
2. จังหวัดสิงห์บุรีและชัยนาท แห่งละ 1 คน ที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำนวน 258 คน
3. สุ่มจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม ได้จังหวัดสุพรรณบุรี สุ่มอำเภอ 1 อำเภอจาก 10 อำเภอ ได้อำเภอเมือง เลือกรร. 5 แห่ง ครูทุกคนใน รร. ที่สุ่มมาได้ จำนวน 258 คน

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

1. ความรู้ หมายถึง รู้ เข้าใจ นำไปวิเคราะห์ ประเมินค่าสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
2. ความคิดเห็น หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด ต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส รวมทั้งการให้ความสำคัญ และความรู้ที่ต้องการ ต่อ
  - การบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร จำนวน 8 ข้อ
  - ระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ จำนวน 12 ข้อ
  - ผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ
3. การปฏิบัติงาน หมายถึง พฤติกรรมที่ได้กระทำหรือคาดว่าจะกระทำเพื่อสนองตอบปรากฏการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น



4. สุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส หมายถึง กระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ประการ คือ

- การรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล
- การคัดกรองนักเรียน
- การส่งเสริมนักเรียน
- การป้องกันและแก้ไขปัญหา
- การส่งต่อ

5. ครู หมายถึง ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดที่ทำหน้าที่บริหาร และครูที่ทำหน้าที่สอนนักเรียนในโรงเรียน ดังนี้

- ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดชัยนาท ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
- ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดชัยนาท ที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
- ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

6. การได้รับการอบรม หมายถึง การได้รับความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในหัวข้อ กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมนักเรียน คุณค่าแห่งตน ความคิดที่เป็นทุกข์ ครูผู้ช่วยเหลือ เข้าใจธรรมชาตินักเรียน รู้เท่าทันป้องกันได้ แนวทางการวิเคราะห์ปัญหานักเรียน แนวทางการช่วยเหลือนักเรียน ทักษะพื้นฐานในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน แนวทางการจัดกิจกรรมโฮมรูม แนวทางการจัดกิจกรรมการสื่อสารกับผู้ปกครอง

7. กิจกรรมโฮมรูม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อนักเรียนเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ สถานที่ที่ใช้จัดกิจกรรมอาจเป็นที่ห้องเรียน หรือนอกห้องเรียนแต่ให้มีบรรยากาศเสมือนบ้านที่มีครูที่ปรึกษาและนักเรียนเป็นดังสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน และมีการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อนักเรียน เช่น การรู้จักตนเองของนักเรียน การรู้จักผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปรับตัวและการวางแผนชีวิต เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ครูอาจเขียนในรูปแบบแผนการสอนอย่างง่าย ๆ หรือนักเรียนอาจเป็นผู้คิดกิจกรรมหรือดำเนินการเอง โดยมีครูที่ปรึกษาร่วมพิจารณาให้เป็นอย่างดีเหมาะสม

8. เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส หมายถึง กลุ่มเด็กที่มีปัญหาที่ครูต้องเข้าไปคัดกรองดูแลช่วยเหลือ แบ่งได้ 3 กลุ่ม

- กลุ่มแรก ได้แก่กลุ่มเด็กที่มีปัญหาอันเนื่องมาจากสภาพร่างกายและพัฒนาการของสมอง
- กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มเด็กที่สภาพร่างกายและพัฒนาการทางสมองเหมือนเด็กทั่วไป แต่มีปัญหอันเนื่องมาจากครอบครัวและสภาพแวดล้อม เช่น ครอบครัวแตกแยก

- กลุ่มที่สาม คือ เด็กประเภทที่มีปัจจัยอื่นแอบแฝงหากไม่สามารถแก้ไขได้ทันเด็กอาจจะหาทางออกที่ผิดๆ เช่น การพึ่งสารเสพติด ก่ออาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อไปในอนาคต

#### **ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ( Expectation Benefit and Application )**

1. ทำให้ทราบความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติงาน และปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาความสามารถให้แก่ครูต่อไป

2. ผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารของกรมสุขภาพจิตและผู้บริหารสำนักงานการประถมศึกษา เพื่อประกอบการพิจารณาปรับปรุงแบบการดำเนินการสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในโรงเรียน

3. นำผลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมและจัดอบรมความรู้ แก่ครูสังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา

4. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของครู ต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส ในสถานศึกษาต่อไป

#### **อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาวิจัยและมาตรการแก้ไข ( Obstacle and Strategies to Solve the Problem )**

แบบสอบถามอาจจะมีการตอบกลับต่ำ ป้องกันโดยขอความร่วมมือกับสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี, ชัยนาท, สุพรรณบุรี ในการส่งแบบสอบถามอย่างเป็นทางการ และโทรศัพท์ประสานการขอรับแบบสอบถามคืนเป็นระยะๆ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### การทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งตามเนื้อหาได้ดังนี้

1. ลักษณะสุขภาพจิตของเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
2. ระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือนักเรียน
3. เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครู
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ลักษณะสุขภาพจิตของเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

เด็กพิการ (The Handicapped Children) คำว่า คนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง<sup>4</sup>

กฎกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2537)<sup>4</sup> ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 กำหนดประเภทของคนพิการ ดังนี้

1. คนพิการทางการมองเห็น ได้แก่ คนที่มีสายตาข้างที่ดีกว่าเมื่อใช้แว่นสายตารวมตาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือคนที่มีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา

2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ได้แก่ คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ หรือ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ดีกว่าที่มีความดังเฉลี่ย โดยสำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี เกิน 40 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง สำหรับคนทั่วไปเกิน 55 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง หรือ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

3. คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวันได้ หรือคนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาดอัมพาต หรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรคเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของการรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

5. คนพิการทางสติปัญญาทางจิตใจหรือการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องทางสติปัญญาหรือสมอง จนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

เด็กพิการ เป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญา โดยทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา หรือการเรียนรู้

เด็กด้อยโอกาส<sup>5</sup> (Under Privileged Children or Disadvantaged Children) หมายถึง กลุ่มเด็กที่ประสบกับปัญหาต่างๆ หรือตกอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมหรืออยู่ในสถานภาพที่ด้อยกว่าเด็กโดยทั่วไปและต้องการความช่วยเหลือจากสังคมเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีพัฒนาการที่ถูกต้องกับวัยและบรรลุถึงศักยภาพสูงสุด

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ<sup>6</sup> (ยูนิเซฟ) ได้ให้ความหมายเด็กด้อยโอกาสว่าเป็นเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก หรือ Children in Especially Difficult Circumstance

สุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก<sup>7</sup> (World Health Organization, 1976) อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต ว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นและดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งตอบสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว<sup>8</sup> ได้ให้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่าสุขภาพจิต คือ สภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมากๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

สมประสงค์ โอวาทกา และฉวีวรรณ สัตยธรรม<sup>9</sup> กล่าวว่าสุขภาพจิตที่ดี คือ ภาวะที่บุคคลมีความพึงพอใจกับสภาพที่ตนเองได้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการกระทำต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ที่อยู่รอบตัวมีความสุข อบอุ่น ยอมรับผู้อื่นและเป็นตัวของตัวเองพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยไม่ท้อแท้ ใช้สติปัญญาอย่างสุขุมเพื่อแก้ไขปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์ คิดถึงประโยชน์ระยะยาวมากกว่าเฉพาะหน้า

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ลักษณะสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต ต่อไปนี้สาเหตุของการเสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิต<sup>10</sup>

1. จากตัวเด็ก

1.1 กรรมพันธุ์เด็กบางรายที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์จิตใจ อาจมีสาเหตุจากความผิดปกติที่ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

1.2 เซาว์ปัญญา ระดับเซาว์ปัญญาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็ก เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งเด็กเซาว์ปัญญาต่ำ และเด็กฉลาด

1.3. สุขภาพร่างกาย เด็กที่เจ็บป่วยบ่อย เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการ เป็นสาเหตุของความเครียดและความขัดแย้งทางใจ รวมไปถึงปัญหาทางบุคลิกภาพและกลไกการปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสม

## 2. จากสิ่งแวดล้อม

2.1 ภาวะของครอบครัว ครอบครัวไม่สมบูรณ์ พ่อแม่หย่าร้าง การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว เด็กอาศัยอยู่กับคนอื่น เช่น พ่อเลี้ยง แม่เลี้ยง ญาติพี่น้อง รูปแบบของครอบครัวที่พ่อแม่ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม หรือในบรรยากาศของครอบครัวไม่มีความสุข

2.2 ฐานะทางสังคมเด็กที่เกิดในครอบครัวยากจนอาจได้รับความขัดแย้งทางใจ ในลักษณะของการขาดสิ่งสนับสนุน สิ่งช่วยทางสังคม เช่น ของเล่น เสื้อผ้าราคาแพง การถูกดูหมิ่นจากสังคม การขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่วนเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มั่งคั่งได้รับการตามใจมากเกินไปอาจกลายเป็นมีปัญหาทางสุขภาพจิตได้ รวมทั้งเด็กที่มีฐานะทางครอบครัวเปลี่ยนแปลงกะทันหัน เช่น การล้มละลายเพราะเศรษฐกิจตกต่ำ พ่อตกงาน

2.3 การเลี้ยงดู อิทธิพลของการเลี้ยงดูที่ทำให้เด็กเกิดปัญหา เช่น การปกป้องเด็กมากเกินไป การเลี้ยงดูที่ปฏิเสธไม่ได้รับเด็กเป็นลูก การเลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลย การตั้งความคาดหวังกับเด็กมากเกินไป พ่อแม่เป็นตัวอย่างที่ผิด หรือเลี้ยงดูโดยมีปฏิสัมพันธ์กันแบบคนโรคประสาทหรือโรคจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีหรือการสื่อสารไม่เหมาะสม เป็นต้น

2.4 สิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น ภาวะกดดันจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ เช่น ชุมชนแออัด แหล่งที่มีอบายมุขและผลกระทบจากสื่อต่างๆ

ลักษณะพฤติกรรมและการแสดงออกที่บ่งบอกว่าเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

### 1. การแสดงออกทางพฤติกรรม

#### 1.1. การแต่งกาย

- แต่งกายผิดระเบียบ
- สกปรก มอมแมมไม่เอาใจใส่ดูแลตนเอง

#### 1.2. ลักษณะท่าทาง

- กระด้างก้าวร้าว ไม่มีสัมมาคารวะ ไม่สุภาพ ไม่ทำตามคำสั่ง ดื้อดึง
- เหม่อลอย เก็บตัว เชื่องซึม

#### 1.3. การพูด

- พูดก้าวร้าวไม่สุภาพ ไม่เหมาะสม ได้เถียง เสียงดังเอะอะโวยวาย
- พูดน้อย ไม่อยากพูด เงียบซึม

#### 1.4. การเรียน

- การเรียนตกต่ำ ไม่สนใจการเรียน หนีเรียน มาโรงเรียนสายประจำ

#### 1.5. พฤติกรรมทางเพศ

- การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน มีว่สุม่ทางเพศกับเพื่อนชายหญิง

#### 1.6. ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนไม่ดี มีเพื่อนน้อย

#### 1.7 อื่นๆ เช่น พกอาวุธ หรือใช้สารเสพติด

### 2. การแสดงออกด้านอารมณ์ และความคิด

2.1 อารมณ์รุนแรงโกรธง่ายฉุนเฉียว ไม่รู้จักระงับอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้

2.2 วิตกกังวล เครียด ย้ำคิดย้ำทำ

2.3 ซึมเศร้าอ่อนไหวง่าย น้อยอกน้อยใจไม่มีเหตุผล

ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกในนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือแก้ไข

1. การแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์จิตใจ ไม่เหมาะสมกับอายุ บทบาททางเพศ และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2. ความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดปัญหาแตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานที่บุคคลส่วนใหญ่ประพฤติปฏิบัติ

3. การแสดงออกทางบุคลิกภาพ อารมณ์จิตใจ พฤติกรรม มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการมีบทบาทร่วมในหน้าที่กิจกรรมทางสังคม

4. การสร้างสัมพันธ์ การปรับตัวกับบุคคลอื่นในสังคมไม่เหมาะสม

5. การพัฒนาคุณภาพชีวิต การใช้ความสามารถ ศักยภาพในการดำเนินชีวิตครอบครัว การเรียน การงาน และกิจกรรมในสังคมลดลง

**การประเมินพฤติกรรม สามารถประเมินหรือสำรวจได้หลายวิธี<sup>11</sup> คือ**

1. การสังเกต เป็นการสังเกตพฤติกรรมต่างๆที่เด็กแสดงออกเพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทัศนคติ การมองโลกของนักเรียน เป็นต้น

2. การสัมภาษณ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับแรงบันดาลใจ ความปรารถนา ความวิตกกังวล การสัมภาษณ์มีข้อดี คือ ครูสามารถอธิบายให้เด็กเข้าใจคำถามได้ชัดเจน และทำให้ครูได้สังเกตปฏิกิริยาของเด็กที่มีต่อคำถามต่างๆ ซึ่งจะนำมาประกอบการพิจารณาในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของเด็กได้ดีขึ้น

3. การเก็บข้อมูล โดยศึกษาจากผลงานต่างๆ ของนักเรียน เช่น ชีวิตประวัติ เรียงความ บันทึกประจำวัน

4. การใช้แบบสอบถาม เช่นแบบสอบถามความสนใจ แบบเติมคำให้สมบูรณ์ แบบสอบถามความนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเอง แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

5. จากระเบียบสะสม เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ครูได้เห็นภาพพจน์ พัฒนาการของนักเรียน ทั้งพัฒนาการทางด้านร่างกาย สัมฤทธิผลทางการเรียน อารมณ์และสังคม ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการที่นักเรียนมารับบริการปรึกษาก็ควรรวบรวมไว้ในระเบียบสะสมด้วย

6. การศึกษาเป็นรายกรณี เป็นวิธีการศึกษาพฤติกรรมของนักเรียนแต่ละคนอย่างละเอียด โดยมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลนั้น เมื่อได้ข้อมูลมากพอสมควรแล้วจะมีการตีความหมาย พฤติกรรม และทำการวินิจฉัยหาสาเหตุของปัญหา

7. การประเมินโดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา

- แบบทดสอบเชาว์ปัญญา มีจุดมุ่งหมายในการใช้แบบประเมินระดับเชาว์ปัญญา และทำนายความสำเร็จของบุคคล โดยเฉพาะความสามารถในการเรียนรู้
- แบบทดสอบสัมฤทธิผล เป็นแบบวัดสัมฤทธิผลทางการเรียนของนักเรียน
- แบบทดสอบความถนัด เป็นเครื่องมือทำนายแนวโน้มที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเรียนหรือการทำงานเฉพาะอย่างในอนาคต
- แบบสำรวจความสนใจ ใช้ความสนใจในอาชีพต่างๆ ความสนใจในอาชีพเฉพาะและความสนใจในลักษณะงาน
- แบบประเมินพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมในด้านต่างๆที่ต้องการทราบเพื่อประโยชน์ในการสำรวจว่าพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น มีระดับหรือมีความถี่อย่างไรที่ควรระมัดระวัง หรือที่ควรต้องรีบแก้ไข ปรับปรุงและดูแลต่อไป
- แบบทดสอบบุคลิกภาพ เป็นแบบที่วัดลักษณะการปรับตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์ แรงจูงใจ และบุคลิกลักษณะต่างๆของบุคคล

บทบาทของสถาบันในการเสริมสร้างสุขภาพจิตของบุคคล<sup>12</sup>

1. บทบาทของครอบครัวในการเสริมสร้างสุขภาพจิต บิดามารดา ผู้ปกครองควรจะตระหนักถึงวิธีการอบรมเลี้ยงดูในวิถีทางที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรธิดาให้มีสุขภาพจิตสมบูรณ์ เช่น บิดามารดา ผู้ปกครอง ไม่ควรจะทำตามใจ ปกป้อง ควบคุมหรือปล่อยปละละเลยบุตรธิดาจนเกินไป ฝึกเด็กให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง โดยให้สอดคล้องกับวัยวุฒิ ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อจะช่วยให้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพจิตให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นไปในอนาคต

2. บทบาทของโรงเรียนในการเสริมสร้างสุขภาพจิต โรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และอบรมสั่งสอน ทั้งทางวิชาการ การพัฒนาทางเชาว์ปัญญาในการอบรมสั่งสอนเด็ก โดยสอดแทรกการสอนธรรมชาติ ศิลปกรรม เข้าไปในกิจกรรมการเรียนการสอน ทั้งนี้จะช่วยให้เด็กได้มีความรอบรู้ และมีสุขภาพจิตที่ดี และนอกจากนี้จากโรงเรียนจะหาวิถีทางในการเสริมสร้างสุขภาพจิตของเด็กแล้ว ทางโรงเรียนจะต้องให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ครู โดยการจัดโครงการสุขภาพจิตในโรงเรียน เพื่ออบรมครูทุกคนให้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต ตลอดจนให้มีความรู้ในการป้องกันส่งเสริม และรักษาเด็กหรือครูที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ทั้งเด็กและครูตลอดทั้งบุคลากรอื่นๆในโรงเรียนมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์

3. บทบาทของสถาบันทางสังคมในการเสริมสร้างสุขภาพจิต สถาบันทางสังคมเป็นหน่วยงานที่จะช่วยพัฒนาจิตใจของประชาชนในสังคม สถาบันทางสังคมที่สามารถจะรับผิดชอบและให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาจิตใจของประชาชนได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบทางงานทางสุขภาพจิต เช่น สมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยในพระบรมชูปถัมภ์ ศูนย์สุขวิทยาจิต โรงพยาบาลจิตเวชและหรือโรงพยาบาลต่างๆ ตลอดจนทั้งสถาบันทางศาสนา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดความสุขใจในการขจัดปัญหาหรือความยุ่งยากใจต่างๆ โดยยึดหลักทางศาสนาฯ หน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ พยายามจะให้ความช่วยเหลือและให้บริการแก่ประชาชน ทั้งให้บริการ ณ หน่วยงาน หรือออกไปให้บริการแก่ประชาชนในชุมชน โดยการให้ความรู้ แนวทางที่ควรจะทำปฏิบัติ ทั้งที่เกี่ยวกับการป้องกัน รักษาและการฟื้นฟูสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี

แนวคิดในการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงเรียน <sup>13</sup>

การบริการสุขภาพจิตในโรงเรียน เป็นการบริการเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ทางโรงเรียนจัดให้กับนักเรียน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างทั้งทางด้านการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่นการแนะแนวให้คำปรึกษา คัดกรองนักเรียนที่เริ่มมีปัญหา

The Congressional Office of Technology Assessment ได้เสนอโปรแกรมสุขภาพจิตโรงเรียนไว้ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักสำหรับ School mental health training ดังนี้

- Positive Aspects การทำงานสุขภาพจิตโรงเรียน จะต้องเรียนรู้ในแง่บวกต่อสิ่งที่เป็นอยู่ในโรงเรียน รู้จักแง่มุมต่างๆในชีวิตเด็กและมีโอกาส มีเวลาให้การปรึกษาระยะยาว มีการประสานความร่วมมือ การปรึกษาระหว่างนักวิชาชีพสุขภาพจิตในโรงเรียน ครู และผู้ปรึกษา
- Resource ความใส่ใจในแหล่งทรัพยากรในชุมชนและโรงเรียน ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ และเป็นการสร้างเครือข่ายการส่งต่อ
- Environment การเรียนรู้ที่จะเป็นสมาชิกที่ได้รับการยอมรับในสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนก็สามารถริเริ่มรูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ
- Planning บุคลากรที่ทำงานสุขภาพจิตโรงเรียน นักเรียนที่มีปัญหามาก ซึ่งสะท้อนถึงระดับความรุนแรง และความตึงเครียดของนักเรียน จึงจำเป็นต้องมีแผนที่จะรองรับภาวะวิกฤติเหล่านี้
- Accountability บุคลากรสุขภาพจิตโรงเรียน จะต้องมียุทธศาสตร์และหลักฐานในการทำงาน เป็นการยืนยันคุณภาพและประสิทธิภาพของโปรแกรม
- Research การศึกษาวิจัยในโรงเรียน ต้องรู้จักนโยบายของโรงเรียนที่มีต่อโปรแกรมสุขภาพจิตโรงเรียน การศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างโรงเรียนและโปรแกรมการฝึกอบรม จะช่วยก่อให้เกิดประโยชน์และความสัมพันธ์ในการประสานความร่วมมือได้ดียิ่งขึ้น
- Education and Professional Development ในการฝึกอบรมจะมีการนิเทศ โดย



กลุ่มรวมอยู่ในระบบนิเวศน์ทั่วไป และมีการศึกษาคุณภาพจิตโรงเรียนที่อื่นๆด้วย เพื่อเพิ่ม  
ความชำนาญ รวมทั้งการทำวิจัยเป็นการฝึกความชำนาญด้วย

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ ได้กำหนดแผนงานส่งเสริม  
พัฒนาสุขภาพจิตให้แก่เด็กและเยาวชน ดังนี้

เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้เข้มแข็งสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เพื่อขยายบริการแนะแนวและส่งเสริมสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

เพื่อผลิตบุคลากรให้บริการแนะแนวและส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ขอบเขตงานสุขภาพจิตโรงเรียน มี 3 ประการ คือ <sup>13</sup>

1. การป้องกัน เป็นงานที่เน้นการป้องกันมิให้สุขภาพจิตของครูและนักเรียนในโรงเรียนสลับไป  
โดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อประสบปัญหาต่างๆ

2. การส่งเสริม เป็นงานที่เน้นถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตของครูและนักเรียนให้ดีอยู่เสมอ  
โดยใช้กิจกรรมนันทนาการต่างๆ

3. การรักษาหรือการช่วยเหลือโดยโรงเรียนเน้นที่การช่วยเหลือมากกว่าการรักษา และเป็น  
การช่วยเหลือเบื้องต้นตามความสามารถ หรือถ้าเกินความสามารถก็จะส่งไปยังแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ  
ต่อไป

#### ระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือนักเรียน

ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน <sup>14</sup> หมายถึง กระบวนการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือนักเรียน  
อย่างมีขั้นตอนพร้อมด้วยวิธีการและเครื่องมือการทำงานที่ชัดเจน มีครูที่ปรึกษาเป็นบุคลากรหลักใน  
การดำเนินการและมีการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับครูที่เกี่ยวข้อง หรือบุคคลภายนอกและ  
การสนับสนุนจากโรงเรียน

องค์ประกอบของการดูแลช่วยเหลือนักเรียน ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน เป็นกระบวนการดำเนินงาน  
ที่มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล ด้วยความแตกต่างของนักเรียนแต่ละคนที่มีพื้นฐาน  
ความเป็นมาของชีวิตที่ไม่เหมือนกัน หล่อหลอมให้เกิดพฤติกรรมหลากหลายรูปแบบ ทั้งด้านบวก  
และด้านลบ ดังนั้น การรู้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับตัวนักเรียนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ครูที่ปรึกษามี  
ความเข้าใจนักเรียนมากขึ้น สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อการคัดกรองนักเรียนเป็นประโยชน์ใน  
การส่งเสริม การป้องกันและแก้ไขปัญหานักเรียนได้อย่างถูกต้อง ข้อมูลดังกล่าว ได้แก่

1.1. ข้อมูลด้านความสามารถ แยกเป็น ด้านการเรียน ด้านความสามารถอื่นๆ

1.2. ข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ - พฤติกรรม

1.3. ข้อมูลด้านครอบครัว แยกเป็น ด้านเศรษฐกิจ ด้านการคุ้มครองนักเรียน

1. การคัดกรองนักเรียนเป็นการพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวนักเรียน เพื่อการจัดกลุ่ม  
นักเรียนเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1. กลุ่มปกติ

## 2.2. กลุ่มเสี่ยง/มีปัญหา

การจัดกลุ่มนักเรียน มีประโยชน์ต่อครูที่ปรึกษาในการหาวิธีการเพื่อดูแลช่วยเหลือนักเรียนได้อย่างถูกต้อง ตรงกับปัญหาของนักเรียน

3. การส่งเสริมนักเรียน เป็นการสนับสนุนให้นักเรียนทุกคนที่อยู่ในความดูแลของครูที่ปรึกษามีคุณภาพ เป็นการป้องกันมิให้นักเรียนกลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมนักเรียนมีหลายวิธีที่โรงเรียนสามารถดำเนินการได้ แต่มีกิจกรรมหลักสำคัญที่ควรดำเนินการ คือ การจัดกิจกรรมโฮมรูม ( Homeroom ) การจัดประชุมผู้ปกครองชั้นเรียน ( Classroom meeting )

4. การป้องกันและแก้ไขปัญหา เป็นการพัฒนาให้นักเรียนเติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป การป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ให้นักเรียนมีหลายเทคนิค วิธีการ แต่สิ่งที่จำเป็นมี 2 ประการ

4.1. การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

4.2. การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหา

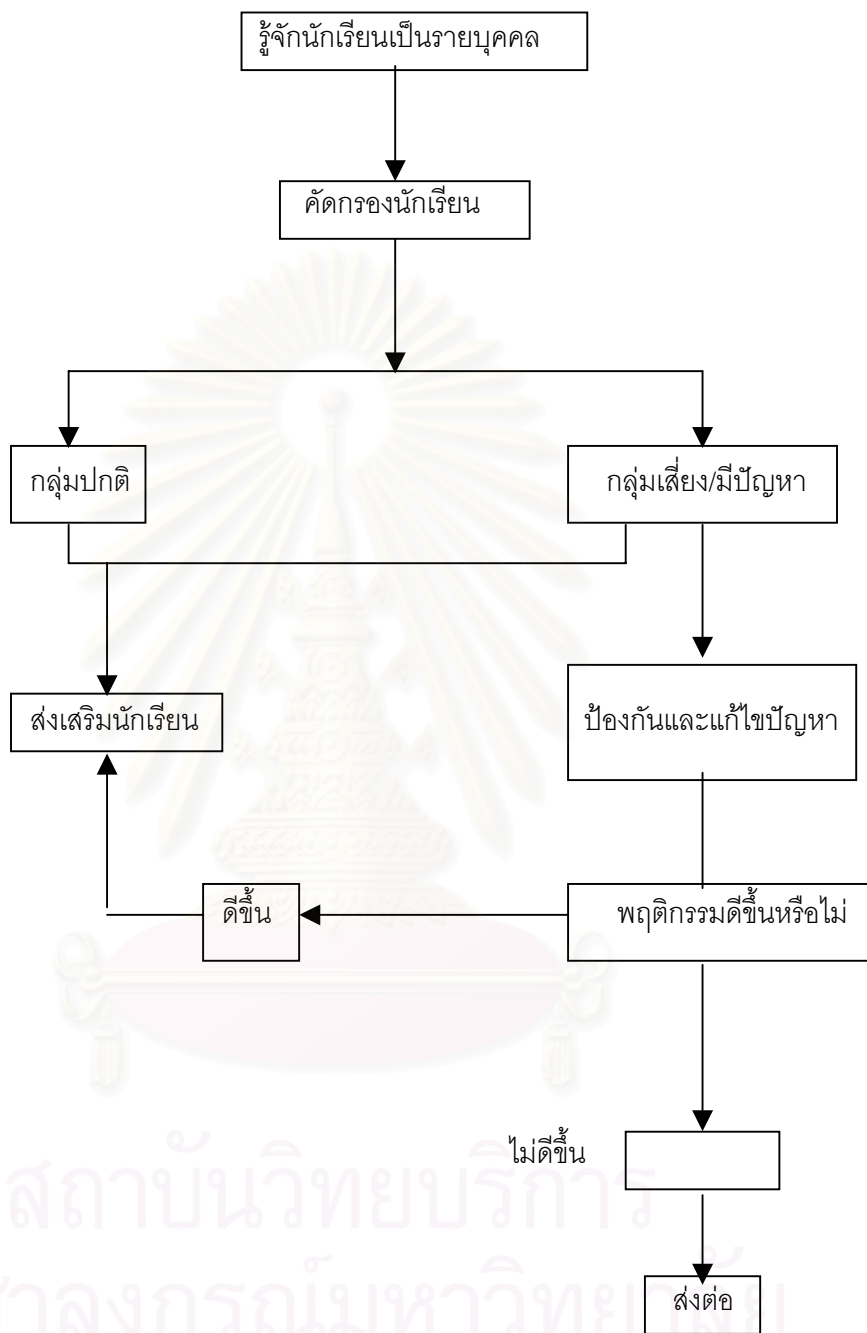
5. การส่งต่อ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหานักเรียนโดยครูที่ปรึกษาตามกระบวนการในข้อ 4 นั้น อาจมีบางกรณีที่มีปัญหาที่มีความยากต่อการช่วยเหลือ หรือช่วยเหลือแล้วนักเรียนมีพฤติกรรมไม่ดีขึ้น ก็ควรต้องดำเนินการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่อไป การส่งต่อ แบ่งเป็น

5.1. การส่งต่อภายใน ครูที่ปรึกษาส่งต่อไปยังครูที่สามารถให้การช่วยเหลือนักเรียนได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหา ครูแนะแนว ครูพยาบาล

5.2. การส่งต่อภายนอก ครูแนะแนวหรือฝ่ายปกครองเป็นผู้ดำเนินการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญภายนอกแต่ละองค์ประกอบของระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน มีความสำคัญ มีวิธีการและเครื่องมือที่แตกต่างกันออกไป แต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันซึ่งเอื้อให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนของโรงเรียนเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ

การดูแลช่วยเหลือ<sup>14</sup> หมายถึง การส่งเสริม การป้องกัน และการแก้ไขปัญหา โดยมีวิธีการและเครื่องมือสำหรับครูที่ปรึกษา และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการดำเนินงานพัฒนานักเรียนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และปลอดภัยจากสารเสพติด

กระบวนการดำเนินงานตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน



แผนภูมิที่ 2.1 กระบวนการดำเนินงานตามระบบการดูแลช่วยเหลือ

## เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครู

ครู<sup>1</sup> หมายความว่า บุคลากรวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่หลักทางด้านการเรียน การสอน และการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยวิธีการต่างๆ ในสถานศึกษา

เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครู<sup>15</sup> กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศเกณฑ์มาตรฐานครูของคุรุสภา พ.ศ. 2537 เป็นเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครู เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2539 และได้ปรับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครู เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพครูอยู่เสมอ

การปฏิบัติกิจกรรมทางวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาชีพครู หมายถึง การศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาตนเอง การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการ ที่องค์การหรือหน่วยงานหรือสมาคมจัดขึ้น เช่น การประชุม การอบรม การสัมมนา และการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องมีผลงานหรือรายงานที่ปรากฏชัด

มาตรฐานที่ 2 ตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้เรียน

การตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้เรียน หมายถึง การเลือกอย่างชาญฉลาด ด้วยความรัก และหวังดีต่อผู้เรียน ดังนั้น ในการเลือกกิจกรรมการเรียนการสอนและกิจกรรมอื่นๆ ครูต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

มาตรฐานที่ 3 มุ่งมั่นพัฒนาผู้เรียนให้เต็มตามศักยภาพ

การมุ่งมั่นพัฒนาผู้เรียน หมายถึง การใช้ความพยายามอย่างเต็มความสามารถของครู ที่จะให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ให้มากที่สุด ตามความถนัด ความสนใจ ความต้องการ โดยวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของผู้เรียน ปรับเปลี่ยนวิธีการสอนที่จะให้ได้ผลดีกว่าเดิมรวมทั้งส่งเสริมพัฒนาการ ด้านต่างๆ ตามศักยภาพของผู้เรียนแต่ละคนอย่างเป็นระบบ

มาตรฐานที่ 4 พัฒนาแผนการสอนให้สามารถปฏิบัติได้เกิดผลจริง

การพัฒนาแผนการสอนให้สามารถปฏิบัติได้เกิดผลจริง หมายถึง การเลือกใช้ ปรับปรุงหรือสร้างแผนการสอนในลักษณะอื่นๆ ที่สามารถนำไปใช้จัดกิจกรรมการเรียนการสอน ให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้

มาตรฐานที่ 5 พัฒนาสื่อการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ

การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ หมายถึง การประดิษฐ์คิดค้นผลิต เลือกใช้ ปรับปรุงเครื่องมืออุปกรณ์ เอกสารสิ่งพิมพ์ เทคนิควิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุจุดประสงค์ของการเรียนรู้

มาตรฐานที่ 6 จัดกิจกรรมทางการเรียนการสอน โดยเน้นผลถาวรที่เกิดแก่ผู้เรียน

การจัดกิจกรรมทางการเรียนการสอน โดยเน้นผลถาวร หมายถึง การจัดการเรียนการสอน ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนประสบผลสำเร็จในการแสวงหาความรู้ ตามสภาพความแตกต่างของบุคคล ด้วยการปฏิบัติจริงและสรุปความรู้ทั้งหลายได้ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดค่านิยมและนิสัยในการปฏิบัติจนเป็นบุคลิกภาพถาวรติดตัวตลอดไป

มาตรฐานที่ 7 รายงานผลพัฒนาคุณภาพของผู้เรียนได้อย่างมีระบบ

การรายงานผลพัฒนาคุณภาพของผู้เรียนได้อย่างมีระบบ หมายถึง การรายงานผลการพัฒนาผู้เรียนที่เกิดจากการปฏิบัติการเรียนการสอนให้ครอบคลุมสาเหตุปัจจัยและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง โดยครูนำเสนอรายงานการปฏิบัติ ในรายละเอียด ดังนี้

1. ปัญหาความต้องการของผู้เรียนที่ต้องได้รับการพัฒนาและเป้าหมายของการพัฒนาผู้เรียน
2. เทคนิค วิธีการ หรือวัตกรรมการเรียนการสอนที่นำมาใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของผู้เรียน และขั้นตอนวิธีการใช้เทคนิควิธีการหรือวัตกรมนั้นๆ
3. ผลการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามวิธีการที่กำหนด ที่เกิดกับผู้เรียน
4. ข้อเสนอแนะแนวทางใหม่ๆ ในการปรับปรุงและพัฒนาผู้เรียนให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

มาตรฐานที่ 8 ปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้เรียน

การปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี หมายถึง การแสดงออก การประพฤติและปฏิบัติในด้านบุคลิกภาพทั่วไป การแต่งกาย กิริยา วาจา และจริยธรรมที่เหมาะสมกับความเป็นครูอย่างสม่ำเสมอ ที่ทำให้ผู้เรียนเลื่อมใส ศรัทธา และถือเป็นแบบอย่าง

มาตรฐานที่ 9 ร่วมมือกับผู้อื่นในสถานศึกษาอย่างสร้างสรรค์

การร่วมมือกับผู้อื่นในสถานศึกษาอย่างสร้างสรรค์ หมายถึง การตระหนักถึงความสำคัญ รับฟังความคิดเห็น ยอมรับในความรู้ ความสามารถ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของเพื่อนร่วมงานด้วยความเต็มใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสถานศึกษาและร่วมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ

มาตรฐานที่ 10 ร่วมมือกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ในชุมชน

การร่วมมือกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ในชุมชน หมายถึง การตระหนักในความสำคัญ รับฟังความคิดเห็น ยอมรับในความรู้ความสามารถของบุคคลอื่นในชุมชน และร่วมมือปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนางานของสถานศึกษา ให้ชุมชนและสถานศึกษามีการยอมรับซึ่งกันและกัน และปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความเต็มใจ

มาตรฐานที่ 11 แสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารในการพัฒนา

การแสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารในการพัฒนา หมายถึง การค้นหา สังเกต จดจำ และรวบรวมข้อมูลข่าวสารตามสถานการณ์ของสังคมทุกด้านโดยเฉพาะ สารสนเทศเกี่ยวกับวิชาชีพครู

สามารถวิเคราะห์ วิจัยอย่างมีเหตุผล และใช้ข้อมูลประกอบการแก้ปัญหาพัฒนาตนเอง พัฒนางาน และพัฒนาสังคมได้อย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 12 สร้างโอกาสในการพัฒนาผู้เรียนได้ทุกสถานการณ์

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

ความรู้

ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมเอาไว้<sup>16</sup> และความรู้ยังเป็นเรื่องเกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะระลึกถึงวิธีการและขบวนการต่างๆ หรือระลึกถึงแบบกระบวนโครงสร้างและวัตถุประสงค์ ในด้านความรู้ที่เน้นย้ำในเรื่องขบวนการทางจิตวิทยาของความทรงจำ ซึ่งเป็นขบวนการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่ เมื่อมีความรู้แล้วก็ต้องมีความสามารถทางปัญญา ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล<sup>17</sup>

1 ความรู้เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.1 ความรู้เฉพาะเรื่อง เฉพาะอย่าง เป็นการระลึกส่วนย่อยๆ เฉพาะอย่างที่แยกได้โดย

1.1.1. ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ

1.1.2. ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น รั้ววัน เดือน ปี เหตุการณ์สถานที่

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทาง และวิธีการดำเนินเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

1.2.1 ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี

1.2.2. ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้ม และลำดับก่อน หลัง

1.2.3. ความรู้ในการแยกประเภท และจัดหมวดหมู่

1.2.4. ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์

1.2.5. ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และกระบวนการ

1.3. ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิด และโครงสร้าง

1.3.1. ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป

1.3.2. ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี และโครงสร้าง

2 ความเข้าใจเป็นความสามารถในการแปลความตีความและขยายในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ

3 การนำไปใช้ เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริงหรือกล่าวสั้นๆหนึ่งว่าเป็นการใช้ความเป็นนามธรรม ในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี ฯลฯ

4 การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมาย ไปสู่หน่วยย่อยเป็นองค์ประกอบสำคัญ หรือเป็นส่วนๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์

5 การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่างๆ หรือส่วนต่างๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียง และรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผน หรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน

6 การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ซึ่งอาจจะกำหนดขึ้นมาเอง หรือผู้อื่นกำหนด<sup>18</sup>

จากความหมายของความรู้ สรุปได้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมออกมาปรากฏให้เห็นและวัดได้

### การวัดความรู้

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดก็เหมาะสมกับความรู้ตามลักษณะ ซึ่งแตกต่างกันออกไป ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้กันมาก คือ แบบทดสอบ

ความหมายและลักษณะของแบบสอบถาม ครอนบาช<sup>19</sup> ได้ให้ความหมายแบบทดสอบว่า หมายถึง วิธีการเชิงระบบที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ณ เวลาหนึ่ง หรือของบุคคลคนเดียวหรือหลายคนในช่วงเวลาต่างกัน ส่วนบราวน์ (Brown) ได้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันว่า แบบสอบถาม เป็นวิธีการเชิงระบบที่ใช้สำหรับวัดตัวอย่างพฤติกรรม

ประเภทของแบบสอบถาม แบบทดสอบมีลักษณะแตกต่างกันมากทั้งในรูปแบบการนำไปใช้ และจุดมุ่งหมายในการสร้าง ประเภทของแบบทดสอบจึงแบ่งได้แตกต่างกันตามเกณฑ์ที่ใช้ ซึ่งจะกล่าวถึงประเภทของแบบทดสอบที่แบ่งตามลักษณะการตอบ แบ่งได้เป็น 3 ประเภท<sup>19</sup>

ประเภทที่ 1 แบบทดสอบปฏิบัติ (Performance Test) เป็นการทดสอบด้วยการปฏิบัติลงมือกระทำจริงๆ เช่น การแสดงละคร การช่างฝีมือ การพิมพ์ดีด เป็นต้น

ประเภทที่ 2 แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper-Pencil Test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งใช้กระดาษและดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ ผู้ตอบต้องเขียนตอบทั้งหมด

ประเภทที่ 3 แบบทดสอบปากเปล่า (Oral Test) เป็นการทดสอบที่ให้ผู้ตอบพูดแทนการเขียน มักจะเป็นการพูดคุยระหว่างผู้ถูกถามกับผู้ตอบ เช่น การสอบสัมภาษณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้านความรู้ด้วยแบบสอบถามเป็นคำถามที่ให้เลือกตอบว่าคำถามนั้น ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง เป็นการวัดความรู้ในขั้นการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น

#### ความคิดเห็น

บุญธรรม คำพอ<sup>20</sup> ให้ความหมายว่าความคิดเห็นของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคล เช่น พื้นความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานติดต่อกันระหว่างบุคคล ซึ่งมีส่วนทำให้บุคคลแต่ละกลุ่มมีความคิดเห็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

เรื่องเวทย์ แสงรัตนา<sup>21</sup> ให้ความหมายว่าความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติแต่ไม่ลึกซึ้งเหมือนทัศนคติ เพราะความคิดเห็นเป็นเพียงการแสดงออกทางด้านความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยการพูดหรือการเขียนโดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์และสภาพแวดล้อม การแสดงความคิดเห็นเช่นนี้อาจจะได้รับการยอมรับ หรือปฏิเสธจากคนอื่นได้

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน<sup>22</sup> ให้ความหมายของความคิดเห็นว่า “ เป็นข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญา ความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยันได้เสมอก็ตาม ” และอีกความหมายหนึ่งคือ “ ทัศนะ หรือประมาณการเกี่ยวกับปัญหาหรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ”

ดันแคน<sup>23</sup> ( Mitchell Geoffrey Duncan ) ให้ความหมายไว้ว่า “ ความคิดเห็นเป็นความเชื่อหรือการพิจารณาตัดสิน ( judgment ) โดยบุคคล ซึ่งอาจจะไม่เป็นที่ยอมรับในแต่ละช่วงเวลา ความคิดเห็นนี้ไม่สามารถที่จะทดสอบความรู้ และความจริงของความเชื่อมั่นของบุคคลได้ และต้องยอมรับว่าประชาชนโดยทั่วไปนั้นอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไป ”

จากความหมายต่างๆของความคิดเห็นสรุปได้ว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกด้านความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจและความเชื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยการพูดหรือเขียน โดยมีอารมณ์ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมเป็นพื้นฐานของการแสดงออก

#### การวัดความคิดเห็น

John Zadrozny Thomas<sup>24</sup> กล่าวไว้ว่าการวัดความคิดเห็นโดยทั่วไปต้องมีส่วนประกอบ 3 อย่าง คือ บุคคลที่จะถูกวัด สิ่งเร้าและการตอบสนอง ซึ่งจะออกมาเป็น ระดับสูง - ต่ำ มาก-น้อย วิธีวัดความคิดเห็น โดยมากจะใช้การตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ที่ถูกตอบคำถามเลือกตอบแบบสอบถาม

เบสท์<sup>25</sup> ( John W. Best ) ได้เสนอแนะว่าวิธีที่ง่ายที่สุดที่จะบอกถึงความคิดเห็น คือ การแสดงให้เห็นถึงร้อยละของคำตอบของแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้เห็นว่าความคิดเห็นจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นได้

พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ<sup>26</sup> ได้เขียนบรรยายในเอกสารของคณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง การวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็น มีหลายวิธี แต่ที่แพร่หลาย มี 4 วิธี คือ

1 วิธีของเทอร์สตัน ( Thurston's Method ) เป็นวิธีสร้างมาตราวัดออกมาเป็นปริมาณแล้วเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็นหรือทัศนคติไปในทางเดียวกันและเป็นเสมือนว่าเป็น Scale ที่มีช่วงห่างเท่ากัน ( Equal Appearing Interval )

2 วิธีของกัตต์แมน ( Guttman's Scale ) เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็นในแนวเดียวกันและสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูง - ต่ำ แบบเปรียบเทียบกันและกันได้จากอันดับต่ำสุดถึงสูงสุดได้ และแสดงถึงการสะสมของความคิดเห็น



3 วิธีจำแนกแบบ S – D Scale ( Semantic Scale เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็น โดยอาศัยคู่คุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้าม ( Bipolar Adjective ) เช่น ดี-เลว ชัยน-ชี้เกี้ยว เป็นต้น

4 วิธีวัดแบบลิเคอร์ท ( Likert's Method ) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดทัศนคติที่นิยมแพร่หลาย เพราะเป็นวิธีการสร้างมาตรวัดที่ง่ายและประหยัดเวลา ผู้ตอบสามารถแสดงทัศนคติในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งอาจมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่าจะเป็นเชิงบวก ( positive ) หรือเชิงลบ ( negative )

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้วิธีวัดความคิดเห็นตามแนวคิดของ ลิเคอร์ท ( Likert ) โดยให้ผู้ตอบแสดงทัศนคติ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ

### แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

#### การปฏิบัติ

การปฏิบัติ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน<sup>27</sup> ได้ให้ความหมายของ การปฏิบัติ ( Practice ) ไว้ว่า การปฏิบัติ คือ การกระทำ การดำเนินการไปตามระเบียบแบบแผน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ<sup>28</sup> กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ ไม่ว่าจะการกระทำนั้นผู้กระทำจะทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การพูด การเดิน การคิด ความรู้สึก การเข้าใจ ความสนใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ติน ปรัชญพฤทธิ์<sup>29</sup> ให้ความหมายของการปฏิบัติงาน ( Job performance ) ว่าการกระทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งอาจเกิดจากความสามารถความพยายามและโอกาสเพื่อให้เกิดผลงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

สรุปได้ว่า การปฏิบัติ หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นจากความสามารถของคน ซึ่งอาจจะสังเกตได้หรือไม่สามารถสังเกตได้

#### การวัดการปฏิบัติ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์<sup>30</sup> ได้กล่าวถึงวิธีการศึกษาพฤติกรรม มี 2 วิธี คือ

#### 1. การศึกษาพฤติกรรมโดยตรง ทำได้โดย

1.1. การสังเกตแบบผู้ถูกสังเกตรู้ตัว ( Direct Observation ) เช่น ครูสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนในห้องเรียน โดยบอกนักเรียนในชั้นได้ทราบว่าครูจะสังเกตว่าใครทำกิจกรรมอะไรบ้างในห้อง การสังเกตแบบนี้บางคนอาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริงออกมาก็ได้

1.2. การสังเกตแบบธรรมชาติ ( Naturalisti Observation ) คือ การที่บุคคลต้องผู้ต้องการสังเกตพฤติกรรม ไม่ได้กระทำตนเป็นที่รบกวนพฤติกรรมของบุคคลผู้ถูกสังเกต และเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกตพฤติกรรม การสังเกตแบบนี้จะได้พฤติกรรมที่แท้จริงมาก และจะทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปอภิปรายในสถานที่ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน ข้อจำกัดของวิธีสังเกตแบบธรรมชาติก็คือ

การใช้เวลามากจึงสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการได้ และการสังเกตต้องทำเป็นเวลาติดต่อกันเป็นจำนวนหลายครั้ง พฤติกรรมบางอย่างอาจต้องใช้เวลา 5 ปี หรือ 10 ปี

## 2. การศึกษาพฤติกรรมโดยทางอ้อม แบ่งได้หลายวิธี คือ

2.1. การสัมภาษณ์ เป็นวิธีที่ผู้ศึกษาต้องการซักถามข้อมูลจากบุคคล หรือกลุ่มของบุคคล ซึ่งทำได้โดยการถามเผชิญหน้ากันโดยตรงหรือมีคนกลางทำหน้าที่ซักถามให้ก็ได้ เช่น ใช้ล่ามสัมภาษณ์ คนที่พูดกันคนละภาษา การสัมภาษณ์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมของบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การสัมภาษณ์โดยตรงทำได้โดยผู้สัมภาษณ์ซักถามผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นเรื่อยๆตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายเอาไว้ อีกประการหนึ่ง การสัมภาษณ์โดยอ้อมหรือไม่เป็นทางการ ผู้ถูกสัมภาษณ์ จะไม่ทราบว่าผู้สัมภาษณ์ต้องการอะไร ผู้สัมภาษณ์จะพูดคุยไปเรื่อย โดยสอดแทรกเรื่องที่สัมภาษณ์ เมื่อมีโอกาส แต่ก็มิใช่ข้อจำกัดคือบางเรื่องผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ต้องการเปิดเผย

2.2. การใช้แบบสอบถาม เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรมของบุคคล เป็นจำนวนมากและเป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ หรือสอบถามกับบุคคลที่อยู่ห่างไกล อยู่กระจัดกระจายมาก นอกจากนี้ยังสามารถถามพฤติกรรมในอดีต หรือต้องการทราบแนวโน้มในอนาคตได้ ข้อดีอีกประการหนึ่งคือผู้ถูกศึกษาสามารถที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปกปิด หรือพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่ยอมแสดงออกให้บุคคลอื่นทราบโดยวิธีอื่น ซึ่งผู้ถูกศึกษาแน่ใจว่าเป็นความลับ และการใช้แบบสอบถามจะใช้ศึกษาเวลาได้ก็ได้

2.3. การทดลอง เป็นการศึกษาพฤติกรรม โดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุม ตามที่ผู้ศึกษาต้องการ โดยสภาพแท้จริงแล้วการควบคุมจะทำได้ในห้องทดลอง แต่ในชุมชน การศึกษาพฤติกรรมชุมชนโดยการควบคุมตัวแปรต่างๆคงเป็นไปได้เล็กน้อย การทดลองในห้องปฏิบัติการจะให้ข้อมูลมีขีดจำกัด ซึ่งบางครั้งอาจนำไปใช้ในสภาพความเป็นจริงไม่ได้เสมอไป แต่วิธีนี้มีประโยชน์มากในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลทางการแพทย์

2.4. การทำบันทึก วิธีนี้ทำให้ทราบพฤติกรรมของบุคคล โดยให้บุคคลแต่ละคนทำบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งอาจเป็นบันทึกประจำวันหรือศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภท เช่น พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้านการปฏิบัติด้วยแบบสอบถาม เป็นคำถามที่ถามว่า ได้มีการปฏิบัติหรือไม่ และปฏิบัติมากน้อยเพียงใด

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อินทิรา พัวสกุล และคณะ<sup>31</sup> ศึกษาผลการทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตโรงเรียน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่า ครูที่ได้รับการอบรมมีเจตคติต่อการมองปัญหาสุขภาพจิตโรงเรียนดีกว่าครูที่ไม่ได้รับการอบรม แต่ขณะเดียวกันพบว่าครูที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมมีพฤติกรรมการให้การช่วยเหลือนักเรียนที่ไม่แตกต่างกัน

ปทุมทิพย์ สุภานันท์และคณะ ได้ประเมินเจตคติของครู นักเรียน และผู้ปกครองต่อปัญหาและการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตนักเรียน และวิธีการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหลังการดำเนินการโครงการโรงเรียนตัวอย่างทางสุขภาพจิต พบว่า บริการสุขภาพจิตสามารถครอบคลุมครูและนักเรียนทั้งโรงเรียน แต่กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีเจตคติต่อปัญหาและการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง

สมศักดิ์ เจริญรัมย์<sup>32</sup> ศึกษาเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของครูอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับการจัดการบริการสุขภาพจิตในโรงเรียน พบว่า ปัญหาด้านจัดส่งเสริมสุขภาพจิต ครูอนามัยโรงเรียนมีปัญหาในระดับปานกลางในเรื่อง ไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดส่งเสริมสุขภาพจิต ขาดการจัดโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากครูประจำชั้นในการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพจิต ขาดความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษา ไม่มีงบประมาณเพื่อเชิญวิทยากรมาบรรยายเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต

Chang E.A.<sup>33</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่องบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิตในโรงเรียนโดยประเมินผลมโนทัศน์ต่อตนเอง ความไวต่อความรู้สึกที่มีต่อกลุ่มการปรับตัวและความก้าวหน้าทางวิชาการของเด็กที่มีอารมณ์ผิดปกติอย่างแรงในการศึกษาพิเศษ พบว่า การบริการสุขภาพจิตพื้นฐานในโรงเรียนแก่นักเรียน โดยการให้ประโยชน์จากความสัมพันธ์ของผู้รับที่เป็นเป้าหมาย ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ทุกสัปดาห์และการปรึกษาร่วมกันระหว่างครูและผู้ปกครองทำให้นักเรียนมีความสำเร็จทางการศึกษาร้อยละ 91.70 ซึ่งนักเรียนเหล่านี้จะทำงานมากขึ้น เรียนมากขึ้น และมีความสุขกับการกระทำกิจกรรมของโรงเรียน และร้อยละ 75 ของนักเรียนกลุ่มนี้มีอัตราขาดเรียนต่ำ

สถาบันวิจัยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิด Cross - sectional Descriptive Study เพื่อศึกษาความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสต่อการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ ระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ ผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ ในสาทรณสุขเขต 2 โดยเก็บแบบสอบถามทางไปรษณีย์

##### ระเบียบวิธีการวิจัย ( Research Methodology )

1. ประชากรเป้าหมาย (Target Population) หมายถึง ครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในสาทรณสุขเขต 2

2 ประชากรที่ศึกษา (Study Population ) หมายถึง ครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากระทรวงศึกษาธิการ ในสาทรณสุขเขต 2

3. ตัวอย่าง ( Sample ) หมายถึง ครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

3.1 จังหวัดที่ได้รับการอบรม ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดชัยนาท

- ครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาทุกคน ที่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จากจังหวัดสิงห์บุรี 42 แห่งและจังหวัดชัยนาท 216 แห่งละ 1 คน รวม 258 คน

- ครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา ที่ไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จากจังหวัดสิงห์บุรี 42 แห่ง และจังหวัดชัยนาท 216 แห่งละ 1 คน รวม 258 คน

3.2. จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี

- ครูในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จากโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มเลือกมา จำนวน 258 คน

#### 4. เทคนิคการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

หน่วยการสุ่มตัวอย่าง (Sampling unit) คือ โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน การประถมศึกษา มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

4.1 เขตสาธารณสุขที่ 2 มี 6 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดชัยนาท จังหวัดลพบุรี จังหวัด สิงห์บุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดนครนายก

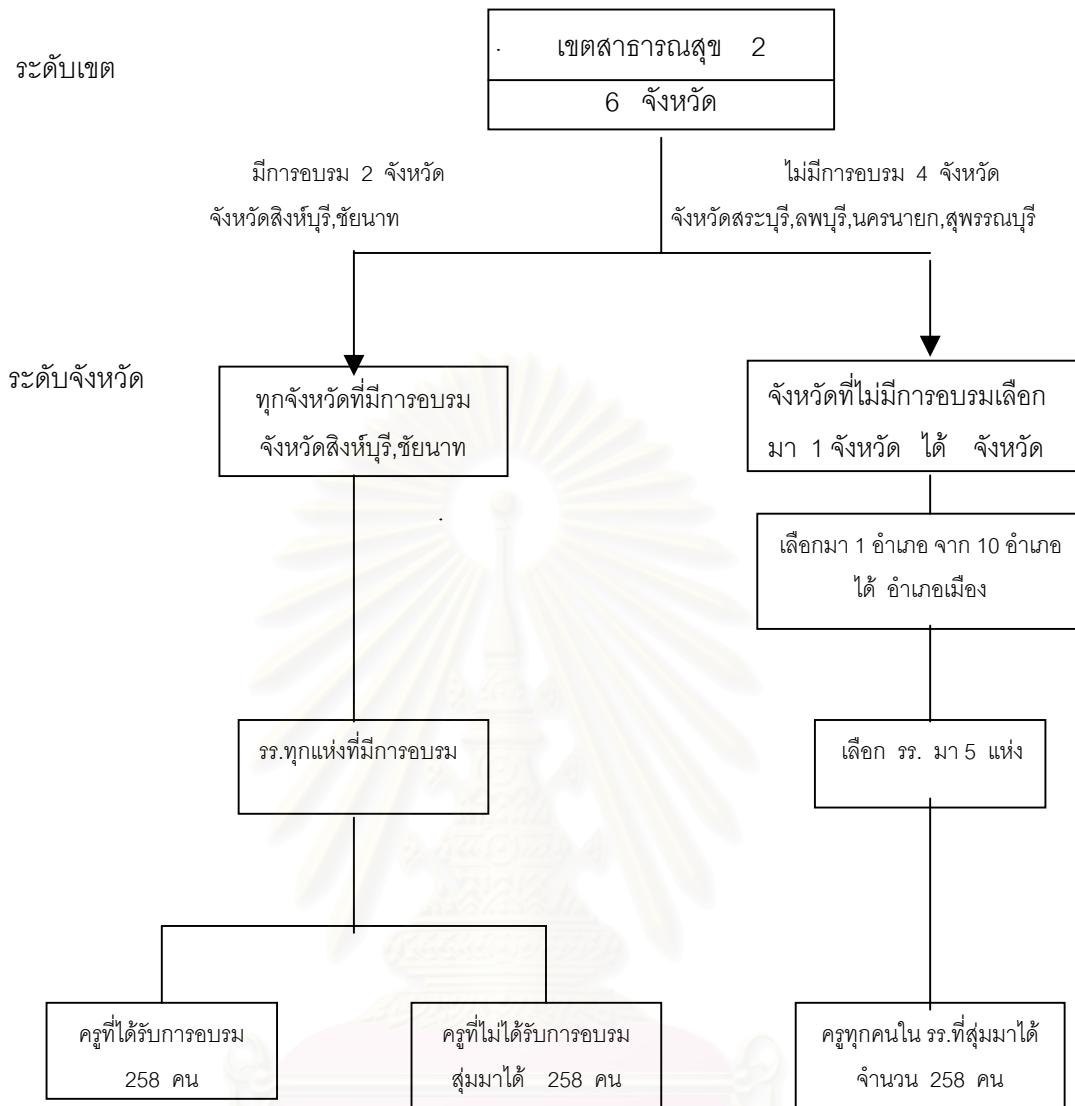
4.2. เลือกจังหวัดที่มีการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส คือ จังหวัด สิงห์บุรีและชัยนาท ใช้โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาทุกแห่งที่มีการอบรมสุขภาพจิต เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จากจังหวัดสิงห์บุรี 42 แห่ง จังหวัดชัยนาท 216 แห่ง รวม 258 แห่ง ใช้ ครู 1 คน/รร. จะได้

- ครูที่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำนวน 258 คน
- ครูที่ไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำนวน 258 คน

โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

4.3. จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ใช้เทคนิคการสุ่ม แบบ Multi-stage cluster sampling มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้ จังหวัดที่ไม่มีการอบรมสุขภาพจิต เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มี 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี,ลพบุรี,นครนายก,สุพรรณบุรี สุ่มเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ( Simple random sampling ) มา 1 จังหวัด ได้จังหวัดสุพรรณบุรี สุ่มเลือกอำเภอโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย 1 อำเภอ แล้วสุ่มเลือก รร. ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายดงแผนภูมิ ข้างล่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่าง

5. หน่วยการศึกษา (Study unit) หมายถึง ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ของ รร. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

6. ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจครั้งแรกและจำนวนตัวอย่างสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด จึงใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่ได้รับการอบรมทั้งหมด จำนวน 258 คน ส่วนครูที่ไม่ได้รับการอบรมในจังหวัดเดียวกัน จะใช้ตัวอย่างเท่ากับครูที่ได้รับการอบรม คือ 258 คน และครูในจังหวัดที่ไม่มีการอบรม จะใช้ตัวอย่าง จำนวน 258 คนเช่นเดียวกัน จึงไม่มีการคำนวณตัวอย่าง

## 7. การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

7.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด (เพศ อายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับ (ซี) ตำแหน่ง การอบรม)

7.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงาน สุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา ต่อการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร ระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ ผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ และความต้องการเรียนรู้

### เครื่องมือในการวิจัย (Instrument)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การศึกษาทฤษฎี แนวคิด เอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องที่จะศึกษาและตรงตามวัตถุประสงค์ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุราชการ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระดับ(ซี) การฝึกอบรม เรื่องที่อบรม เหตุผลที่เข้ารับการอบรม มีข้อความ 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือก (Check list) และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ สำหรับครูเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือก (Check list) ถูกต้อง, ไม่ถูกต้อง ถ้าตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ข้อละ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็น การปฏิบัติงานและความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือก (Check list) มี 5 ระดับ ดังนี้

#### การปฏิบัติ

- ระดับ 1 ไม่มีการปฏิบัติ หมายถึงไม่มีการปฏิบัติหรือมีการปฏิบัติน้อยที่สุด
- ระดับ 2 ปฏิบัติน้อย
- ระดับ 3 ปฏิบัติปานกลาง
- ระดับ 4 ปฏิบัติมาก
- ระดับ 5 ปฏิบัติมากที่สุด

### ด้านการให้ความสำคัญ

- ระดับ 1 ไม่สำคัญ หมายถึง ไม่มีความสำคัญหรือมีความสำคัญน้อยที่สุด
- ระดับ 2 สำคัญน้อย
- ระดับ 3 สำคัญปานกลาง
- ระดับ 4 สำคัญมาก
- ระดับ 5 สำคัญมากที่สุด

### เรื่องที่ต้องการเรียนรู้

- ระดับ 1 ไม่ต้องการ หมายถึง ไม่ต้องการหรือต้องการน้อยที่สุด
- ระดับ 2 ต้องการน้อย
- ระดับ 3 ต้องการปานกลาง
- ระดับ 4 ต้องการมาก
- ระดับ 5 ต้องการมากที่สุด

โดยการปฏิบัติและการให้ความสำคัญ ได้แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ คือ

- การบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร จำนวน 8 ข้อ
- ระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ จำนวน 12 ข้อ
- ผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ข้อที่ 1 การแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ทำให้การดูแลเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ประสบผลสำเร็จ

ข้อที่ 2 การแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่เป็อุปสรรคสำคัญ ต่อการดูแลเด็กพิการและ

เด็กด้อยโอกาส

ข้อที่ 3 การเสนอสิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยการศึกษา สาธารณสุข

หรือหน่วยงานอื่น

ข้อที่ 4 การเสนอแนวทางการดูแลเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในฐานะผู้บริหาร

ข้อที่ 5 การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ลงผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ตามที่ได้ปฏิบัติ ผลการปฏิบัติงานประกอบด้วย จำนวนเด็กนักเรียนทั้งหมด จำนวนเด็กนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง ผลการคัดกรอง(แบ่งเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มพิการทางด้านร่างกาย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีปัญหา) การให้คำปรึกษา การส่งต่อสถานพยาบาล และวิธีการให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ



### การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำและรายละเอียดด้านเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ประเมินที่เกิน 50 %

2. ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข ทดสอบกับครูที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถาม และจำแนกตามด้านต่างๆ ดังนี้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส เท่ากับ 0.97

ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหารเท่ากับ 0.89 แสดงว่ามีความน่าเชื่อถือสูง

ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือเท่ากับ 0.95 แสดงว่ามีความน่าเชื่อถือสูง

ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติเท่ากับ 0.92 แสดงว่ามีความน่าเชื่อถือสูง

ความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส เท่ากับ 0.97

ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหารเท่ากับ 0.91 แสดงว่ามีความน่าเชื่อถือสูง

ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือเท่ากับ 0.95 แสดงว่ามีความน่าเชื่อถือสูง

ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติเท่ากับ 0.92 แสดงว่ามีความน่าเชื่อถือสูง

ความต้องการการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสเท่ากับ 0.96

### การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. เตรียมเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม
2. การตอบแบบสอบถามเป็นแบบ Self-administered questionnaire
3. ขอความร่วมมือจากสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรีที่ไม่ได้เป็นตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ทดสอบแบบสอบถาม
4. ขอความร่วมมือจากสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี, ชัยนาท, สุพรรณบุรี เพื่อประสานการเก็บข้อมูล โดยทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. หลังจากส่งแบบสอบถามประมาณ 1 เดือน ได้ประสานอย่างไม่เป็นทางการเป็นระยะๆ กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดสิงห์บุรี, ชัยนาท, สุพรรณบุรี เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ติดตามและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม
6. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน
7. สร้างคู่มือการลงรหัส
8. แปลงข้อมูลเป็นรหัสตามคู่มือการลงรหัส สร้างแฟ้มและบันทึกข้อมูลลงแฟ้ม
9. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มข้อมูล
10. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

## การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ชนิดของสถิติ	หัวข้อที่จะวิเคราะห์	ชนิดของตัวแปร	วิธีการ
1. สถิติเชิงพรรณนา	ข้อมูลลักษณะทั่วไปของครู  ปัญหาและอุปสรรค	เชิงปริมาณ  เชิงคุณภาพ  เชิงคุณภาพ	- ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน - ร้อยละ ตาราง - บรรยายและนำมาประกอบการอภิปรายผล
2. สถิติเชิงอนุมาน	ทดสอบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของครู กับ - ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นแต่ละด้าน - ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติแต่ละด้าน	ข้อมูลเชิงปริมาณ  - เปรียบเทียบ 2 กลุ่มอิสระ  - เปรียบเทียบมากกว่า 2 กลุ่มอิสระ	Unpaired t-test  One-way ANOVA

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามตอบกลับทางไปรษณีย์ จากกลุ่มตัวอย่าง ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา ในจังหวัดที่ได้รับ และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในเขตสาธารณสุข 2 โดยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ผลความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติงานและความต้องการเรียนรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
- ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติและความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส กับข้อมูลทั่วไปของครู
- ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
- ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถาม และข้อมูลทั่วไปของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 774 คน ครูที่ตอบแบบสอบถามกลับมา จำนวน 689 คน(80.02 %) โดยครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสตอบแบบสอบถามกลับ(100 %) มากกว่าครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรม (83.53 %) ดังแสดงในตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและอัตราการตอบกลับแบบสอบถามของครูจำแนกตามจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ข้อความ	จำนวนครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนครูที่ส่งแบบสอบถามกลับ	อัตราการตอบกลับ (ร้อยละ)
จังหวัดที่ได้รับการอบรม	516	431	83.53
จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	258	258	100
รวม	774	689	89.02

ข้อมูลทั่วไปของครูกุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.7 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 64.4 (อายุเฉลี่ย 45.58 ปี) อายุราชการ 21-30 ปีร้อยละ 58.3 (อายุราชการเฉลี่ย 23.01 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 85.8 สถานภาพสมรสร้อยละ 76.5 ตำแหน่งครูผู้สอนร้อยละ 47.0 ระดับ(ซี) 7 ขึ้นไปร้อยละ 83.45 เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตร้อยละ 37.6 อบรมเรื่อง สุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสร้อยละ 31.35 เฉพาะผู้ที่อบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและ เด็กด้อยโอกาสให้เหตุผลว่าเข้ารับการอบรมเพราะเป็นหน้าที่รับผิดชอบ ร้อยละ 65.74 ดังแสดง ในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของครู จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	181	26.3
หญิง	508	73.7
อายุ (ปี)		
<=40	111	16.1
41-50	444	64.4
>50	134	19.4
Mean = 45.58    SD = 6.16    min = 25    max = 60		
อายุราชการ (ปี)		
<=20	207	30.0
21-30	402	58.3
>31	80	11.6
Mean = 23.01    SD = 6.95    min = 2    max = 40		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่า ป.ตรี	70	10.2
ป.ตรี	591	85.8
ป.ตรี ขึ้นไป	28	4.1
สถานภาพสมรส		
โสด	95	13.8
สมรส	527	76.5
ม่าย/หย่า/แยก	67	9.7

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของครู จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
ครูผู้บริหาร	33	4.8
ครูปกครอง	58	8.4
ครูแนะแนว	52	7.5
ครูอนามัย	107	15.5
ครูผู้สอน	324	47.0
ครูประจำชั้น	61	8.9
อื่นๆ	54	7.8
ระดับ(ซี)		
< = ซี 6	114	16.55
> = ซี 7	575	83.45
การฝึกอบรม		
ไม่ได้รับการอบรม	431	50.6
ได้รับการอบรม	258	37.45
เรื่องฝึกอบรม		
สุขภาพจิตเด็กพิการฯ	216	31.35
ไม่ใช่	473	68.65
เหตุผลที่เข้ารับการอบรม		
สมัครใจ/สนใจ	74	34.26
หน้าที่/ถูกบังคับ	142	65.74

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ผลความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้  
รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

2.1. ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงาน  
การประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

การประเมินความรู้ของครูที่มีความรู้ถูกเกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือเด็ก ผู้วิจัยจัดคะแนน  
เป็น 2 กลุ่ม คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ภาพรวมความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส พบว่า มีความรู้เฉลี่ย 15.16 ความคิดเห็นและการปฏิบัติงาน 3.48 และ 3.05 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ข้อความ	.n	.mean	SD
ความรู้	689	15.16	2.16
ความคิดเห็น	687	3.48	0.76
การปฏิบัติงาน	688	3.05	0.76

## 2.2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของครู ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

การประเมินความรู้ของครูที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นรายข้อ แยกตามจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ดังนี้

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความรู้ถูกร้อยละ 80 ขึ้นไปจำนวน 12 ข้อ และ 11 ข้อ ตามลำดับ และไม่มีความรู้หรือต่ำกว่าร้อยละ 50 จำนวน 3 ข้อ เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมมีความรู้ถูกต้องน้อยกว่าครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม 8 ข้อ ในเรื่อง การดูแลช่วยเหลือเด็กหมายถึงการส่งเสริม การป้องกัน การแก้ไขปัญหาและการส่งต่อ การคัดกรองนักเรียนเป็นการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวนักเรียนเท่านั้น เมื่อคัดกรองพฤติกรรมเด็กครูจำเป็นต้องบอกให้นักเรียนทราบว่ายู่กลุ่มใด การให้การปรึกษาเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหานักเรียน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียนแก่นักเรียนทำได้เฉพาะเป็นรายบุคคลเท่านั้น เมื่อให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนควรประชาสัมพันธ์ให้กับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหาควรรีบส่งต่อไปยังสถานบริการทันที การเยี่ยมบ้านเด็กนักเรียนจำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหา และพบว่าครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมไม่มีความรู้หรือมีความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 50 จำนวน 3 ข้อ เช่นเดียวกัน ในเรื่อง ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหาควรรีบส่งต่อไปยังสถานบริการทันที การเยี่ยมบ้านเด็กนักเรียนจำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบร้อยละที่ตอบถูกของครูที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นรายข้อ แยกตามจังหวัดที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม

ข้อความ	จังหวัดที่ได้อบรม	จังหวัดที่ไม่ได้อบรม
	n = 216	n = 258
	ถูก	ถูก
1 การดูแลช่วยเหลือเด็ก หมายถึง การส่งเสริม การป้องกัน การแก้ไขปัญหาและการส่งต่อ	92.6	93.4
2 การคัดกรองนักเรียนเป็นการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวนักเรียนเท่านั้น	73.6	70.9
3 การคัดกรองสามารถแบ่งนักเรียนเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/มีปัญหา	84.3	84.9
4 เมื่อคัดกรองพฤติกรรมเด็ก ครูจำเป็นต้องบอกให้นักเรียนทราบว่าอยู่ในกลุ่มใด	83.8	69.0
5 นักเรียนทุกคนต้องได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพมากขึ้น	98.1	96.9
6 การจัดกิจกรรมโฮมรูม ต้องยึดตามความต้องการและการมีส่วนร่วมของนักเรียน	88.9	84.5
7 ครูที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของนักเรียนได้	94.9	86.4
8 การให้การปรึกษา เป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้นักเรียน	84.7	88.4
9 การคัดกรองนักเรียน ใช้วิธีการสังเกตก็เพียงพอ	95.8	89.5
10 การจัดกิจกรรมกลุ่ม ถ้าเด็กไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มก็ให้เด็กเป็นผู้ดูได้	65.7	55.4
11 การพูดน้อย ไม่อยากพูด เจ็บซึม เป็นลักษณะพฤติกรรมที่บอกว่าเสี่ยงต่อการมีปัญหา	73.1	62.4

สุภาพจิต

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบร้อยละที่ตอบถูกของครูที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นรายข้อ แยกตามจังหวัดที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม (ต่อ)

ข้อความ	จังหวัดที่ได้อบรม	จังหวัดที่ไม่ได้อบรม
	n = 216	n = 258
	ถูก	ถูก
12 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียน ทำได้เฉพาะเป็นรายบุคคลเท่านั้น	62.4	88.8
13 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ประกอบด้วย 3 ชุด คือ ชุดสำหรับนักเรียน ครู ผู้ปกครอง	90.7	78.7
14 เมื่อให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไปแล้ว ควรประชาสัมพันธ์ให้กับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทราบ	75.9	81.8
15 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) เป็นเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต	83.3	78.7
16 ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง	14.4	26.4
17 ในกลุ่มเด็กปกติ ไม่จำเป็นต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมนักเรียน	95.4	88.4
18 เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มที่มีปัญหา ควรรีบส่งต่อไปยังสถานบริการทันที	31.5	43.4
19 การเยี่ยมบ้านเด็กนักเรียน จำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มที่มีปัญหา	31.5	34.1
20 เด็กทุกคนมีคุณค่าและจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต	97.7	97.3



### 2.3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ของครู ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น จากข้อมูลพบว่า ครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย(15.41) สูงกว่า ครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม(14.99) และสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยรวม(15.18) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

การฝึกอบรม	n	คะแนนรวม	.mean	SD	p- value
จังหวัดที่ได้รับการอบรม	216	20	15.41	2.08	0.04*
จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	258	20	14.99	2.29	
คะแนนเฉลี่ยรวม			15.18		

Unpaired t-test \* $p < 0.05$

### 2.4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม

การประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น ในภาพรวม พบว่า จังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญ เท่ากับ 3.53 และ 3.42 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน เมื่อจำแนกการปฏิบัติงานเป็นรายด้าน 3 ด้าน คือ 1. ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร 2. ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ 3. ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน เป็นดังนี้

#### 2.4.1. ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร

ในภาพรวม พบว่า จังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีความคิดเห็นเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และ 3.36 ตามลำดับ โรงเรียนในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงาน ระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงทุกข้อ และในจังหวัดที่ได้รับการอบรม โรงเรียนมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิตสูงสุด(3.71) รองลงมา คือ ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กนักเรียน (3.70) โดยมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตเด็กนักเรียนเป็นระยะๆ ต่ำที่สุด(3.36) สำหรับในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กนักเรียนและโรงเรียนผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือชุมชนมีส่วนร่วมกันดำเนินการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา สูงที่สุดเท่ากัน (3.46) โดยมีประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ ต่ำที่สุด (3.22) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

#### 2.4.2. ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ

ในภาพรวม พบว่า จังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีความคิดเห็นเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 และ 3.46 ตามลำดับ ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงาน ระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงทุกข้อ และในจังหวัดที่ได้รับการอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในการใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงที่สุด (3.78) รองลงมา คือ มีการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี-ข้อเสียของการรับรู้ข่าวสารต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (3.63) โดยมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ ต่ำที่สุด(3.34) สำหรับในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในการใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงที่สุด (3.77) รองลงมา คือ มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียน(3.65) โดยมีการคัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยการวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียนแบบสอบถาม ต่ำที่สุด (3.22) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

#### 2.4.3. ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจ

ในภาพรวม พบว่าจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีความคิดเห็นเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และ 3.40 ตามลำดับ โรงเรียนในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงาน ระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อ และในจังหวัดที่ได้รับการอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสสูงสุด (3.71) รองลงมา คือ

การให้ความสำคัญในการมีฐานข้อมูลนักเรียนเป็นรายบุคคลและรายห้องเรียน (3.70) โดยให้ความสำคัญต่อการมีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก ต่ำที่สุด(3.27) สำหรับในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมการมีฐานข้อมูลนักเรียนเป็นรายบุคคลและรายห้องเรียน สูงที่สุด (3.51) รองลงมา คือ ความมั่นใจต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกด้าน (3.46) โดยให้ความสำคัญด้านข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก ต่ำที่สุดเช่นเดียวกัน (3.17) ดังแสดงในตารางที่ 4.6



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญต่อการปฏิบัติงานดูแลสภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม

ข้อความ	จังหวัดที่ได้อบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean
<b>ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ</b>							<b>3.50</b>							<b>3.36</b>
1 ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสภาพจิตนักเรียน	216	0.9	4.6	34.3	43.5	16.7	3.70	258	4.7	10.5	35.7	32.6	16.7	3.46
2 โรงเรียนของท่านมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสภาพจิต	216	1.9	4.2	29.6	49.5	14.8	3.71	257	4.3	10.1	35.8	36.6	13.2	3.44
3 ผู้บริหารสูงสุดเป็นผู้นำในการกำหนดแผนการดูแลสภาพจิตนักเรียนโดยครูมีส่วนร่วม	216	1.9	9.3	36.1	39.4	13.4	3.53	257	5.8	10.5	36.6	31.5	15.6	3.40
4 แผนการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี	216	1.9	12.0	40.3	34.7	11.1	3.41	257	5.8	12.8	42.8	26.1	12.5	3.26
5 จัดตั้งคณะกรรมการงานดูแลสภาพจิตนักเรียนเหมาะสม	216	4.2	12.5	37.5	32.4	13.4	3.38	256	5.1	14.8	42.2	25.4	12.5	3.25
6 มีการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจและมอบหมายงาน	216	3.2	12.0	36.1	36.1	12.5	3.43	257	5.4	12.8	40.1	28.4	13.2	3.31
7 โรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือชุมชนมีส่วนร่วมกันดำเนินการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา	216	1.9	14.4	31.5	36.1	16.2	3.50	258	4.7	12.4	32.6	33.3	17.1	3.46
8 มีการประเมินผลการดูแลสภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ	216	2.3	15.7	38.9	29.6	13.4	3.36	255	6.3	16.9	37.6	27.5	11.8	3.22

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับ  
การอบรม (ต่อ)

ข้อความ	จังหวัดที่ได้อบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	.n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean
<b>ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ</b>							<b>3.54</b>							<b>3.45</b>
9 ให้แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็นส่วนประกอบในการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล	216	0.9	10.6	30.1	42.1	16.2	3.62	257	3.9	12.1	33.1	34.6	16.3	3.47
10 คัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน/แบบสอบถาม	216	0.9	13.0	43.1	31.0	12.0	3.40	255	7.1	16.5	35.7	28.6	12.2	3.22
11 มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม / กิจกรรมในห้องเรียนโดยให้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	216	1.4	7.4	32.9	45.4	13.0	3.61	258	3.9	7.8	27.9	40.7	19.8	3.65
12 มีการจัดประชุมผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหา	216	3.2	15.3	28.2	40.7	12.5	3.44	258	7.0	8.9	31.0	37.2	15.9	3.46
13 มีการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ	216	5.6	14.4	29.6	41.2	9.3	3.34	258	7.8	10.9	36.4	30.6	14.3	3.33
14 สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาได้	216	3.7	10.2	28.2	43.5	14.4	3.55	256	7.8	9.4	37.9	30.5	14.5	3.34
15 วิเคราะห์ปัญหาที่สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือนักเรียนได้ทั้งด้านตัวเด็ก / สิ่งแวดล้อม	216	0.9	8.8	36.1	40.7	13.4	3.57	257	6.2	7.0	42.8	31.9	12.1	3.37

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม (ต่อ)

ข้อความ	จังหวัดที่ได้อบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	.n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean
16 การจัดกิจกรรมให้เด็กได้เรียนรู้ เพื่อการปรับตัว ตามลักษณะของปัญหาส่วนบุคคล	216	1.4	10.2	35.2	42.1	11.1	3.51	258	5.8	5.8	40.7	33.3	14.3	3.45
17 ให้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	216	0.9	6.0	27.3	45.4	20.4	3.78	257	2.3	1.9	35.0	38.1	22.6	3.77
18 มีการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี – ข้อเสียของการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	216	1.4	6.5	33.3	45.4	13.4	3.63	257	4.7	5.1	40.1	34.2	16.0	3.52
19 ดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสครอบคลุมถึงครอบครัว	216	2.8	11.6	31.5	40.3	13.9	3.51	257	7.8	10.9	38.1	30.4	12.8	3.30
<b>ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ</b>							<b>3.55</b>							<b>3.40</b>
20 มีการจัดสภาพแวดล้อมและการช่วยเหลือทางสังคมที่โรงเรียนเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพจิต	216	2.3	12.0	29.6	43.1	13.0	3.52	257	5.8	8.2	39.7	33.9	12.5	3.39
21 มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้องเรียน	216	0.5	5.1	33.3	45.8	15.3	3.70	258	5.8	6.2	35.7	36.0	16.3	3.51
22 มีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก	216	5.6	13.9	37.5	34.3	8.8	3.27	257	9.7	12.1	40.9	26.5	10.9	3.17

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับ  
การอบรม (ต่อ)

ข้อความ	จังหวัดที่ได้อบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	.n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean
23 มีการประเมินเพื่อทบทวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล นร.	216	3.7	11.1	38.4	37.0	9.7	3.38	256	8.6	12.9	37.9	30.1	10.5	3.21
24 ท่านมั่นใจต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกด้าน	216	1.4	7.4	40.3	38.4	12.5	3.53	257	5.1	8.2	37.0	35.4	14.4	3.46
25 ผู้ปกครองและชุมชนให้ความร่วมมือต่อการดูแลช่วยเหลือ เด็กเป็นอย่างดี	216	1.9	10.6	34.3	36.1	17.1	3.56	257	5.4	8.2	35.4	38.1	12.8	3.45
26 ท่านมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและ เด็กด้อยโอกาส	216	5.0	5.6	33.3	44.0	16.7	3.71	255	5.1	9.0	41.6	31.4	12.9	3.38
27 ท่านคิดว่าการดูแลช่วยเหลือเด็กจะประสบผลสำเร็จ	216	1.9	5.1	33.8	42.6	16.7	3.67	254	5.5	7.5	38.2	33.9	15.0	3.45
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม</b>							<b>3.53</b>							<b>3.42</b>

## 2.5.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

การประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานของครู ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในภาพรวม พบว่า จังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 และ 3.05 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน เมื่อจำแนกการปฏิบัติงานเป็นรายด้าน 3 ด้าน คือ 1. ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร 2. ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ 3. ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน เป็นดังนี้

### 2.5.1. ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร

ในภาพรวม พบว่าจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และ 2.95 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรม โรงเรียนมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (3.44) รองลงมา คือ ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิต (3.24) โดยมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ ต่ำที่สุด(2.78) สำหรับในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิตค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (3.09) รองลงมาคือ โรงเรียน ผู้ปกครองหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือชุมชน มีส่วนร่วมกันดำเนินการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา (3.07) โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการงานดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเหมาะสม ต่ำที่สุด (2.68) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

### 2.5.2. ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ

ในภาพรวม พบว่าจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 เช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรม มีการใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงที่สุด (3.45) รองลงมา คือ มีการใช้แบบพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็นส่วนประกอบในการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล (3.33) โดยมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ ต่ำที่สุด (2.91) สำหรับในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมมีการใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงที่สุด (3.57) รองลงมา คือ มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (3.55) โดยมีการคัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยการวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน/แบบสอบถามต่ำที่สุด(2.73) ดังแสดงในตารางที่ 4.7



### 2.5.3.ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจ

ในภาพรวม พบว่าจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีการปฏิบัติเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 และ 3.07 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรม มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายห้องเรียนและรายบุคคลบุคคลสูงที่สุด (3.42) รองลงมา คือ มีความพึงพอใจกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส(3.33) โดยมีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก ต่ำที่สุด (2.66) สำหรับในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม การดูแลช่วยเหลือเด็กจะประสบผลสำเร็จ มีการปฏิบัติ สูงที่สุด (3.29) รองลงมา คือ มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายห้องเรียนและรายบุคคล (3.25) โดยมีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก ต่ำที่สุด (2.71) ดังแสดงในตารางที่ 4.7



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม

ข้อความ	จังหวัดที่ได้รับอบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	n	1	2	3	4	5	mean	n	1	2	3	4	5	mean
<b>ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ</b>							<b>3.06</b>							<b>2.95</b>
1 ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน	216	1.9	13.9	52.3	22.2	9.7	3.24	258	6.6	17.8	44.2	22.5	8.9	3.09
2 โรงเรียนของท่านมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต	216	3.2	10.6	35.6	40.3	10.2	3.44	257	12.5	13.2	40.1	24.5	9.7	3.06
3 ผู้บริหารสูงสุดเป็นผู้นำในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโดยครูมีส่วนร่วม	216	3.7	23.1	31.9	31.5	9.7	3.20	257	10.9	14.8	41.2	25.3	7.8	3.04
4 แผนการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี	216	9.7	17.6	42.1	23.1	7.4	3.01	257	12.8	18.7	40.1	21.8	6.6	2.91
5 จัดตั้งคณะกรรมการงานดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเหมาะสม	216	13.0	22.7	38.4	19.9	6.0	2.83	257	14.8	20.6	43.2	16.3	5.1	2.76
6 มีการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจและมอบหมายงาน	216	10.2	25.5	30.6	25.9	7.9	2.96	257	16.0	17.9	38.9	19.1	8.2	2.86
7 โรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือชุมชนมีส่วนร่วมกันดำเนินการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา	216	5.6	27.8	31.9	26.4	8.3	3.04	258	9.7	17.4	37.2	27.5	8.1	3.07
8 มีการประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ	216	13.9	24.5	37.5	17.6	6.5	2.78	254	16.1	26.4	36.2	15.7	5.5	2.68

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม (ต่อ)

ข้อความ	จังหวัดที่ได้รับอบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean
<b>ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ</b>							<b>3.08</b>							<b>3.08</b>
9 ให้แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็นส่วนประกอบในการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล	216	5.1	13.9	32.4	39.8	8.8	3.33	258	10.9	15.1	36.0	28.7	9.3	3.1
10 คัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน/แบบสอบถาม	216	7.9	23.1	37.5	25.5	6.0	2.99	256	17.2	21.5	37.9	17.6	5.9	2.73
11 มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม / กิจกรรมในห้องเรียนโดยให้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	216	6.9	17.1	37.5	31.0	7.4	3.15	258	4.7	5.4	34.5	41.1	14.3	3.55
12 มีการจัดประชุมผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหา	216	11.6	30.1	32.9	22.7	2.8	2.75	258	9.3	21.3	35.7	24.4	9.3	3.03
13 มีการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ	216	12.5	24.1	31.0	25.0	7.4	2.91	257	13.6	18.7	38.1	21.8	7.8	2.91
14 สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาได้	216	7.9	15.3	36.1	32.4	8.3	3.18	257	12.5	18.7	44.7	18.3	5.8	2.86
15 วิเคราะห์ปัญหาที่สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือนักเรียนได้ทั้งด้านตัวเด็ก / สิ่งแวดล้อม	216	5.6	18.5	44.9	25.9	5.1	3.06	258	10.9	15.1	44.6	22.9	6.6	2.99

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม (ต่อ)

ข้อความ	จังหวัดที่ได้รับอบรม								จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม							
	n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean		
16 การจัดกิจกรรมให้เด็กได้เรียนรู้ เพื่อการปรับตัว ตามลักษณะของปัญหาส่วนบุคคล	216	6.5	17.1	44.0	28.2	4.2	3.06	258	10.1	12.0	45.0	26.7	6.2	3.07		
17 ใช้เด็กเป็นศูนย์กลาง เพื่อรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	216	2.8	9.7	36.1	42.6	8.8	3.45	258	3.1	4.7	39.1	38.8	14.3	3.57		
18 มีการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี – ข้อเสียของการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	216	4.6	17.1	41.2	30.1	6.9	3.18	258	5.4	9.7	48.1	27.1	9.7	3.26		
19 ดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสครอบคลุมถึงครอบครัว	216	10.2	25.0	32.9	26.4	5.6	2.92	257	13.2	18.7	43.6	18.7	5.8	2.85		
<b>ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ</b>							<b>3.09</b>							<b>3.07</b>		
20 มีการจัดสภาพแวดล้อมและการช่วยเหลือทางสังคมที่โรงเรียนเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพจิต	216	6.9	21.8	35.2	31.9	4.2	3.05	258	10.1	18.6	45.3	19.4	6.6	2.94		
21 มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้องเรียน	216	2.8	12.0	36.1	38.9	10.2	3.42	257	7.0	10.5	43.6	28.4	10.5	3.25		
22 มีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก	216	15.7	21.8	45.8	14.4	2.3	2.66	256	15.6	20.7	46.5	11.3	5.9	2.71		

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม (ต่อ)

ข้อความ	จังหวัดที่ได้รับอบรม									จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม					
	N	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean	
23 มีการประเมินเพื่อทบทวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล นร	216	11.1	21.8	47.2	16.7	3.2	2.79	256	14.8	16.4	48.0	16.0	4.7	2.79	
24 ท่านมั่นใจต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกด้าน	216	5.6	16.7	49.5	21.8	6.5	3.07	256	8.6	9.0	47.7	27.0	7.8	3.16	
25 ผู้ปกครองและชุมชนให้ความร่วมมือต่อการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นอย่างดี	216	4.2	19.4	46.3	21.3	8.8	3.11	257	6.6	13.2	48.2	26.5	5.4	3.11	
26 ท่านมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส	216	2.3	12.5	42.6	35.2	7.4	3.33	258	8.9	8.5	55.8	20.9	5.8	3.06	
27 ท่านคิดว่าการดูแลช่วยเหลือเด็กจะประสบผลสำเร็จ	216	3.7	14.8	41.7	33.3	6.5	3.24	256	4.7	10.5	45.3	30.5	9.0	3.29	
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม</b>							<b>3.08</b>							<b>3.05</b>	

## 2.6.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการเรียนรู้ของครู ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

การประเมินเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น ในภาพรวม พบว่าจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีความต้องการเรียนรู้เฉลี่ยเท่ากับ 3.57 และ 3.48 ตามลำดับ โรงเรียนในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ส่วนใหญ่มีความต้องการเรียนรู้ ระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความต้องการเรียนรู้อยู่ในระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อ และต้องการเรียนรู้ ในเรื่องการให้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงที่สุด เช่นเดียวกัน (3.78, 3.72) รองลงมา คือ สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาได้(3.63) และการจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียน โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(3.60) โดยจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมมีความต้องการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส(3.49) และการคัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน/แบบสอบถาม(3.28) ต่ำที่สุด ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความถี่ของการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม

ข้อความ	จังหวัดที่ได้อบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	.n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean
1 ใช้แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็นส่วนประกอบในการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล	216	0.9	6.9	33.8	44.4	13.9	3.63	240	3.3	6.3	45.4	29.2	15.8	3.48
2 คัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน/แบบสอบถาม	216	0.9	9.7	40.7	33.6	13.0	3.50	240	4.6	10.0	49.6	24.2	11.7	3.28
3 มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม / กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	216	1.4	6.0	32.9	48.1	11.6	3.62	248	4.8	4.8	33.1	39.5	17.7	3.60
4 มีการจัดประชุมผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหา	216	2.3	13.4	36.6	38.4	9.3	3.39	248	5.2	8.9	36.7	35.1	14.1	3.44
5 มีการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ	216	4.2	12.0	33.3	41.2	9.3	3.39	247	6.9	8.5	37.7	34.8	12.1	3.37
6 สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาได้	216	2.8	8.8	27.8	44.0	16.7	3.63	247	6.5	9.7	38.9	31.2	13.8	3.36
7 วิเคราะห์ปัญหาที่สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือนักเรียนได้ทั้งด้านตัวเด็ก / สิ่งแวดล้อม	216	0.9	7.4	35.2	40.3	16.2	3.63	247	5.3	9.3	40.1	31.6	13.8	3.39
8 การจัดกิจกรรมให้เด็กได้เรียนรู้ เพื่อการปรับตัว ตามลักษณะของปัญหาส่วนบุคคล	216	0.9	7.4	36.1	39.8	15.7	3.62	247	4.9	7.3	37.7	34.8	15.4	3.49

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความถี่ของการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม

ข้อความ	จังหวัดที่ได้รับอบรม							จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม						
	.n	1	2	3	4	5	.mean	n	1	2	3	4	5	.mean
9 ใช้เด็กเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	216	0.5	4.2	30.1	47.7	17.6	3.78	248	4.4	1.6	33.9	37.9	22.2	3.72
10 มีการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี – ข้อเสียของการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	216	0.9	5.1	40.3	40.7	13.0	3.60	247	4.5	5.7	42.9	34.4	12.6	3.45
11 ดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสครอบคลุมถึงครอบครัว	216	2.3	9.3	37.0	40.3	11.1	3.49	247	8.5	6.1	39.7	33.2	12.6	3.35
12 มีการจัดสภาพแวดล้อมและการช่วยเหลือทางสังคมที่โรงเรียนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต	216	1.9	9.3	35.6	43.1	10.2	3.50	247	7.7	8.9	38.5	30.8	14.2	3.35
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม</b>							<b>3.57</b>							<b>3.48</b>



**2.7. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญ และความต้องการเรียนรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส**

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรม จากข้อมูลภาพรวม ค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญ และความต้องการเรียนรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส พบว่า ความต้องการเรียนรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนการปฏิบัติและความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญและความต้องการเรียนรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ข้อความ	จังหวัดที่ได้รับ	จังหวัดที่ไม่ได้รับ	p-value
	การอบรม (n=216)	การอบรม (n = 258)	
การปฏิบัติงาน	3.08	3.05	0.229
ความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญ	3.53	3.42	0.051
ความต้องการเรียนรู้	3.57	3.48	0.008**

Unpaired t- test      \*\* $p < 0.01$

**2.8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายด้านของความคิดเห็นต่อความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม**

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม แต่ละด้าน พบว่า ภาพรวม ด้านบริหารจัดการและการให้ความสำคัญด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความสำคัญรายด้านเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาสของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม

การประเมินความคิดเห็นรายด้าน	จังหวัดที่ได้รับ	จังหวัดที่ไม่ได้รับ	p-value
	การอบรม (n=216)	การอบรม (n = 258)	
ด้านบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ	3.50	3.36	0.010**
ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ	3.54	3.45	0.076
ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน	3.55	3.40	0.021*

Unpaired t- test    \*p<0.05    \*\*p<0.01

## 2.9. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายด้านของการปฏิบัติงานของครู ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น เมื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมแต่ละด้าน คือ ด้านบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน พบว่า ค่าเฉลี่ยแต่ละด้านไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานรายด้านของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม

การประเมินการปฏิบัติรายด้าน	จังหวัดที่ได้รับ	จังหวัดที่ไม่ได้รับ	p-value
	การอบรม (n=216)	การอบรม (n = 258)	
ด้านบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ	3.06	2.95	0.211
ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ	3.08	3.08	0.455
ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน	3.09	3.07	0.684

Unpaired t- test

2.10. ค่าเฉลี่ยและลำดับที่ของการปฏิบัติงาน ความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญ และความต้องการเรียนรู้ ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

2.10.1. ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยและลำดับที่ของการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส

ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมจะศึกษาเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมเท่านั้น จังหวัดที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีความสำคัญในลำดับที่ 1 เป็นเรื่อง ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ(3.78)และมีการปฏิบัติเป็นอันดับ 2(3.42) และให้ความสำคัญกับเรื่องของโรงเรียนของท่านมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต (3.71) เป็นอันดับ 2 แต่มีการปฏิบัติเป็นอันดับ 1 (3.43) และให้ความสำคัญและการปฏิบัติ เรื่อง การมีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก(3.27,2.65) เป็นลำดับสุดท้ายเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยและลำดับที่ของความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส

ข้อ	ข้อความ	ความสำคัญ		การปฏิบัติ	
		.mean	ลำดับที่	.mean	ลำดับที่
17	ใช้เด็กเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้	3.78	1	3.42	2
2	โรงเรียนของท่านมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต	3.71	2	3.43	1
26	ท่านมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส	3.71	3	3.21	8
1	ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน	3.70	4	3.21	6
21	มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้องเรียน	3.70	5	3.35	3
27	ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพช่วยเหลือเด็กจะประสบผลสำเร็จ	3.67	6	3.32	4
18	มีการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี – ข้อเสียของการรับรู้	3.63	7	3.19	9
9	ใช้แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็น	3.62	8	3.27	5
11	มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม / กิจกรรมในห้องเรียนโดยการให้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	3.61	9	3.12	13
15	วิเคราะห์ปัญหาที่สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือนักเรียนได้	3.57	10	3.06	14

ตารางที่ 4.12 ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยและลำดับที่ของความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญ และการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส(ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ความสำคัญ		การปฏิบัติ	
		.mean	ลำดับที่	.mean	ลำดับที่
25	ผู้ปกครองและชุมชนให้ความร่วมมือต่อการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นอย่างดี	3.56	11	3.13	12
14	สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาได้	3.54	12	3.14	11
3	ผู้บริหารสูงสุดเป็นผู้นำในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพจิต	3.53	13	3.21	7
24	ท่านมั่นใจต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกด้าน	3.53	14	3.15	10
20	มีการจัดสภาพแวดล้อมและการช่วยเหลือทางสังคมที่	3.52	15	3.02	17
16	การจัดกิจกรรมให้เด็กได้เรียนรู้ เพื่อการปรับตัว ตามลักษณะ	3.51	16	3.04	15
19	ดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสครอบคลุมถึงครอบครัว	3.51	17	2.87	22
7	โรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือชุมชน	3.50	18	3.02	16
12	มีการจัดประชุมผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหา	3.44	19	2.66	26
6	มีการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจและมอบหมายงาน	3.43	20	2.93	19
4	แผนการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติอย่าง	3.41	21	3.01	18
10	คัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน./ แบบสอบถาม	3.40	22	2.91	20
5	จัดตั้งคณะกรรมการงานดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเหมาะสม	3.38	23	2.84	23
23	มีการประเมินเพื่อทบทวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล นร.	3.33	24	2.75	25
8	มีการประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ	3.37	25	2.79	24
13	มีการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ	3.34	26	2.87	21
22	มีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก	3.27	27	2.65	27

### 2.10.2. ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยและลำดับที่ของการให้ความสำคัญและการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ให้ความสำคัญและปฏิบัติลำดับที่ 1 และ 2 ในเรื่อง ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3.77, 3.57) และการจัดกิจกรรมโฮมรูม / กิจกรรมในห้องเรียนโดยการให้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(3.65,3.55) เช่นเดียวกัน โดยให้ความสำคัญและการปฏิบัติงาน เรื่อง การมีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก(3.17) และการปฏิบัติ เรื่อง การประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ(2.68) เป็นลำดับสุดท้าย ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยและลำดับที่ของความสำคัญและการปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็น		การปฏิบัติ	
		mean	ลำดับที่	.mean	ลำดับที่
17	ใช้เด็กเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้	3.77	1	3.57	1
11	มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม / กิจกรรมในห้องเรียนโดยโดยการให้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	3.65	2	3.55	2
18	มีการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี – ข้อเสียของการรับรู้	3.52	3	3.26	4
21	มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้องเรียน	3.51	4	3.25	5
9	ใช้แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็น	3.47	5	3.10	8
1	ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน	3.46	6	3.09	9
7	โรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือชุมชน	3.46	7	3.07	10
12	มีการจัดประชุมผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหา	3.46	8	3.03	15
24	ท่านมั่นใจต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกด้าน	3.46	9	3.16	6
16	การจัดกิจกรรมให้เด็กได้เรียนรู้ เพื่อการปรับตัว ตามลักษณะ	3.45	10	3.07	11
25	ผู้ปกครองและชุมชนให้ความร่วมมือต่อการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นอย่างดี	3.45	11	3.11	7
27	ท่านคิดว่าการดูแลช่วยเหลือเด็กจะประสบผลสำเร็จ	3.45	12	3.29	3
12	โรงเรียนของท่านมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต	3.44	13	3.06	12

ตารางที่ 4.13 ลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยและลำดับที่ของความสำคัญและการปฏิบัติงานของครูในจังหวัด  
ที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ความคิดเห็น		การปฏิบัติ	
		mean	ลำดับ	.mean	ลำดับ
3	ผู้บริหารสูงสุดเป็นผู้นำในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพจิต	3.40	14	3.04	14
20	มีการจัดสภาพแวดล้อมและการช่วยเหลือทางสังคมที่	3.39	15	2.94	17
26	ท่านมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและ เด็กด้อยโอกาส	3.38	16	3.06	13
15	วิเคราะห์ปัญหาที่สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือนักเรียนได้	3.37	17	2.99	16
14	สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาได้	3.34	18	2.86	21
13	มีการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ	3.33	19	2.91	19
6	มีการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจและมอบหมายงาน	3.31	20	2.86	20
19	ดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสครอบคลุมถึงครอบครัว	3.30	21	2.85	22
4	แผนการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติอย่าง	3.26	22	2.91	18
5	จัดตั้งคณะกรรมการงานดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเหมาะสม	3.25	23	2.76	24
8	มีการประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ	3.22	24	2.68	27
10	คัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน./ แบบสอบถาม	3.22	25	2.73	25
23	มีการประเมินเพื่อทบทวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลนักเรียน.	3.21	26	2.79	23
22	มีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก	3.17	27	2.71	26

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติงาน และความต้องการเรียนรู้กับข้อมูลทั่วไปของครูเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

### 3.1. ความรู้ของครูเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสกับข้อมูลทั่วไป

การศึกษาความแตกต่างระหว่างความรู้ของครูเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาสกับข้อมูลทั่วไป พบว่า ความรู้ของเพศชายและเพศหญิง การได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนอายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับ(ซี) มีความรู้ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	181	14.87	2.23	0.029 <sup>a</sup>
หญิง	508	15.27	2.11	
อายุ				
<= 40	111	15.17	1.99	0.979 <sup>b</sup>
41 – 50	444	15.15	2.19	
> 50	134	15.19	2.22	
อายุราชการ				
<= 20	207	15.31	1.82	0.336 <sup>b</sup>
21 – 30	402	15.06	2.27	
> 30	80	15.30	2.40	
สถานภาพสมรส				
โสด	95	15.47	1.71	0.131 <sup>a</sup>
แต่งงาน	594	15.11	2.22	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	143	15.13	1.81	0.820 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	546	15.17	2.26	

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
ระดับ(ซี)				
<=6	114	15.37	1.85	0.266 <sup>a</sup>
>=7	575	15.12	2.22	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	70	15.07	1.78	0.710 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	619	15.17	2.20	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	15.20	2.25	0.027 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	15.40	2.00	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

### 3.2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างความคิดเห็นด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสกับข้อมูลทั่วไปของคุณ

ความแตกต่างระหว่างความคิดเห็น ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสกับข้อมูลทั่วไปของคุณ พบว่า อายุ อายุราชการ ตำแหน่ง ระดับ(ซี) มีความคิดเห็นแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < 0.05$ ) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การฝึกอบรม มีความคิดเห็นด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	181	3.56	0.78	0.057 <sup>a</sup>
หญิง	506	3.42	0.86	



ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ  
เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
อายุ				
< 40	111	3.61	0.79	0.016 <sup>b</sup>
41 - 50	444	3.47	0.82	
> 50	134	3.31	0.94	
อายุราชการ				
< 20	207	3.62	0.87	0.005 <sup>b</sup>
21 - 30	402	3.42	0.77	
> 30	80	3.30	1.07	
สถานภาพสมรส				
โสด	94	3.40	0.91	0.443 <sup>a</sup>
สมรส	593	3.47	0.83	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	143	3.59	0.81	0.030 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	544	3.42	0.84	
ระดับ(ซี)				
<=6	114	3.62	0.82	0.025 <sup>a</sup>
>=7	575	3.43	0.84	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	69	3.38	0.79	0.399 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	618	3.47	0.84	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	3.46	0.87	0.872 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	3.47	0.79	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

### 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง ความคิดเห็นด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือกับข้อมูลทั่วไปของครู

ความคิดเห็นด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือกับข้อมูลทั่วไปของครูพบว่า อายุราชการ มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระดับ(ซี) ระดับการศึกษา การฝึกอบรม มีความคิดเห็นด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	180	3.50	0.76	0.954 <sup>a</sup>
หญิง	507	3.50	0.81	
อายุ				
< =40	111	3.62	0.69	0.073 <sup>b</sup>
41 - 50	444	3.50	0.76	
> 50	134	3.41	0.99	
อายุราชการ				
< =20	207	3.61	0.81	0.035 <sup>b</sup>
21 - 30	402	3.47	0.73	
> 30	80	3.39	1.06	
สถานภาพสมรส				
โสด	95	3.50	0.80	0.956 <sup>a</sup>
สมรส	952	3.50	0.80	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	143	3.58	0.79	0.183 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	544	3.48	0.80	
ระดับ(ซี)				
< =6	114	3.63	0.77	0.388 <sup>a</sup>
> =7	575	3.47	0.79	

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	70	3.42	0.84	0.388 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	617	3.51	0.79	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	3.49	0.82	0.463 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	3.52	0.77	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

### 3.4. ความคิดเห็นด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็ก พิการและเด็กด้อยโอกาสกับข้อมูลทั่วไปของคุณ

ความคิดเห็น ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและ  
เด็กด้อยโอกาสกับข้อมูลทั่วไปของคุณ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )  
ดังแสดงในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ จำแนก  
ตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	180	3.50	0.82	0.691 <sup>a</sup>
หญิง	508	3.47	0.83	
อายุ				
< =40	111	3.59	0.73	0.149 <sup>b</sup>
41 – 50	444	3.47	0.79	
> 50	134	3.41	1.05	

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
อายุราชการ				
< =20	207	3.56	0.82	0.087 <sup>b</sup>
21 – 30	402	3.47	0.78	
> 30	80	3.33	1.08	
สถานภาพสมรส				
โสด	94	3.49	0.83	0.895 <sup>a</sup>
สมรส	594	3.47	0.83	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	143	3.53	0.83	0.354 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	545	3.46	0.82	
ระดับ(ซี)				
< =6	114	3.58	0.79	0.132 <sup>a</sup>
> =7	575	3.47	0.73	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	70	3.45	0.80	0.762 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	618	3.48	0.83	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	3.45	0.87	0.273 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	3.53	0.77	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

### 3.5. การปฏิบัติงานด้านการบริหารระบบและการให้ความสำคัญกับข้อมูลทั่วไปของครู

การปฏิบัติงานด้านการบริหารระบบและการให้ความสำคัญ พบว่า อายุ อายุราชการ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา มีการปฏิบัติงานด้านการบริหารระบบและการให้ความสำคัญแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับ(ซี) การฝึกอบรม มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารระบบและการให้ความสำคัญ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการบริหารระบบและการให้ความสำคัญ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	181	3.12	0.83	0.083 <sup>a</sup>
หญิง	507	2.98	0.90	
อายุ				
<= 40	111	2.90	0.84	0.018 <sup>b</sup>
41 - 50	444	3.09	0.88	
> 50	134	2.90	0.94	
อายุราชการ				
<= 20	207	2.95	0.87	0.001 <sup>b</sup>
21 - 30	402	3.12	0.86	
> 30	80	3.72	0.99	
สถานภาพสมรส				
โสด	94	2.92	0.91	0.278 <sup>a</sup>
แต่งงาน	594	3.03	0.87	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	143	3.15	0.79	0.047 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	545	3.98	0.90	
ระดับ(ซี)				
<=6	114	3.00	0.86	0.851 <sup>a</sup>
>=7	575	3.02	0.88	

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านการบริหารระบบและการให้ความสำคัญ  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป(ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	69	3.42	0.87	0.024 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	619	2.99	0.88	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	3.01	0.92	0.669 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	3.03	0.81	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

### 3.6. การปฏิบัติงานด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือกับข้อมูล ทั่วไปของครู

การปฏิบัติงานด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือกับข้อมูลทั่วไป พบว่า  
อายุราชการ มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ  
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง  
ระดับ(ซี) ระดับการศึกษา การฝึกอบรม มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานด้านระบบการดูแล  
ช่วยเหลือ และการดูแลช่วยเหลือ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	181	3.08	0.82	0.753 <sup>a</sup>
หญิง	508	3.05	0.80	

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
อายุ				
< =40	111	2.94	0.69	0.139 <sup>b</sup>
41 - 50	444	3.12	0.78	
> 50	134	2.96	0.94	
อายุราชการ				
< =20	207	2.97	0.79	0.045 <sup>b</sup>
21 - 30	402	3.14	0.78	
> 30	80	2.88	0.94	
สถานภาพสมรส				
โสด	95	2.98	0.75	0.303 <sup>a</sup>
แต่งงาน	594	3.07	0.82	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	143	3.16	0.81	0.088 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	545	3.03	0.81	
ระดับ(ซี)				
< =6	114	3.02	0.78	0.551 <sup>a</sup>
> =7	575	3.07	0.81	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	70	3.20	0.89	0.130 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	619	3.05	0.80	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	3.06	0.83	0.943 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	3.06	0.78	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

### 3.7. การปฏิบัติงานด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจกับข้อมูลทั่วไปของครู

ความคิดเห็น ต่อการปฏิบัติงานด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจกับข้อมูลทั่วไปของครู พบว่า อายุ มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจ แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญ ทางทางสถิติ( $p < 0.05$ ) ส่วนเพศ ตำแหน่ง อายุราชการ สถานภาพสมรส ระดับ(ซี) ระดับการศึกษา การฝึกอบรม มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ดังแสดง ในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	180	3.14	0.81	0.179 <sup>a</sup>
หญิง	508	3.04	0.77	
อายุ				
<= 40	111	2.98	0.74	0.004 <sup>b</sup>
41 - 50	444	3.12	0.76	
> 50	134	3.01	0.93	
อายุราชการ				
<= 20	207	2.97	0.75	0.081 <sup>b</sup>
21 - 30	402	3.16	0.79	
> 30	80	2.90	0.83	
สถานภาพสมรส				
โสด	94	2.98	0.73	0.233 <sup>a</sup>
แต่งงาน	594	3.08	0.79	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	143	3.16	0.75	0.119 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	545	3.05	0.79	
ระดับ(ซี)				
<=6	114	2.99	0.78	0.290 <sup>a</sup>
>=7	575	3.08	0.79	



ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	70	3.15	0.85	0.332 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	618	3.06	0.77	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	3.07	0.81	0.923 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	3.07	0.72	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

### 3.8. ความต้องการเรียนรู้กับข้อมูลทั่วไปของครู

ความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส พบว่า เพศ อายุ อยุราชากร สถานภาพสมรส ตำแหน่ง การฝึกอบรม ระดับ(ซี) ระดับการศึกษา มีความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และ  
เด็กด้อยโอกาสจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
เพศ				
ชาย	180	3.50	0.78	0.433 <sup>a</sup>
หญิง	498	3.55	0.79	
อายุ				
$\leq 40$	111	3.64	0.72	0.130 <sup>b</sup>
41 - 50	444	3.66	1.07	
$> 50$	134	3.66	1.01	

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาสจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะตัวแปร	.n	$\bar{X}$	SD	p-value
อายุราชการ				
<= 20	207	3.65	0.88	0.099 <sup>b</sup>
21 - 30	402	3.65	1.09	
> 30	80	3.39	0.99	
สถานภาพสมรส				
โสด	93	3.52	0.77	0.782 <sup>a</sup>
สมรส	585	3.54	0.79	
ตำแหน่ง				
ครูผู้บริหาร	141	3.63	0.81	0.131 <sup>a</sup>
ครูผู้สอน	537	3.51	0.77	
ระดับ(ซี)				
<=6	114	3.61	0.76	0.297 <sup>a</sup>
>=7	575	3.52	0.79	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่า ป.ตรี	68	3.39	0.80	0.093 <sup>a</sup>
ป.ตรี ขึ้นไป	610	3.55	0.78	
การฝึกอบรม				
ไม่ได้รับการอบรม	431	3.65	1.16	0.318 <sup>a</sup>
ได้รับการอบรม	258	3.57	0.71	

.a Using unpair t-test

.b Using one-way anova

#### ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ได้แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนี้

4.1. การแสดงความคิดเห็นของครูเกี่ยวกับความสำเร็จ พบว่า สิ่งที่ครูแสดงความคิดเห็นว่าจะทำให้การดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสประสบผลสำเร็จ คือ ความร่วมมือของผู้ปกครองและครูทุกคน ตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 จำนวนครูที่แสดงความคิดเห็นต่อสิ่งที่ทำให้การดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาสประสบผลสำเร็จ

สิ่งที่ทำให้การดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสประสบผลสำเร็จ	จำนวน
1. ความร่วมมือของผู้ปกครองและครูทุกคน	100
2. ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญและสนับสนุน	62
3. ความเอาใจใส่ ปฏิบัติจริงของครูผู้รับผิดชอบ	47

4.2 การแสดงความคิดเห็นของครูเกี่ยวกับสำหรับสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญ พบว่า สิ่งที่ครูแสดงความคิดเห็นว่าจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส คือผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ ดังแสดงในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 จำนวนครูที่แสดงความคิดเห็นสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส	จำนวน
1. ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ	91
2. ความไม่เข้าใจในกระบวนการแก้ปัญหา	88
3. เวลาในการเรียนการสอน	44

4.3 สิ่งที่ต้องดำเนินการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยจากหน่วยการศึกษา เป็นความรู้หรือเทคนิคในการดูแลสุขภาพจิต จากหน่วยสาธารณสุข เป็นความรู้ สื่อ การอบรม ดังแสดงในตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 จำนวนครูแสดงความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		จำนวน
1	จากหน่วยการศึกษา	
1.1	ความรู้ หรือเทคนิคในการดูแลสุขภาพจิต	33
1.2	งบประมาณ	29
1.3	แบบเรียนสำหรับเด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้อยู่	19
2	จากสาธารณสุข	
2.1	ความรู้ เรื่องสุขภาพจิต สื่อความรู้ อบรม	44
2.2	การดูแลสุขภาพ	25
2.3	เจ้าหน้าที่ด้านการให้คำปรึกษาแก้ไข	23
3	จากหน่วยงานอื่น	
3.1	อบต. งบประมาณ	2
3.2	กรมประชาสัมพันธ์ การสงเคราะห์ อุปการณ	3

4.4 สำหรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส คือ กำหนดนโยบาย การวางแผน การประชุมชี้แจงอย่างเป็นรูปธรรม ดังแสดงในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 จำนวนครูที่แสดงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส		จำนวน
1	กำหนดนโยบาย วางแผน จัดโครงการ ประชุมชี้แจงอย่างเป็นรูปธรรม	53
2	ให้การสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส	46
3	มอบหมายครูรับผิดชอบโดยตรง	33

## ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

- 1 การจะทำให้เด็กสุขภาพจิตดีต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายทั้งผู้ปกครอง
- 2 หน่วยงานทุกหน่วยต้องร่วมมือกันรับผิดชอบ
- 3 การปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่องครูและผู้ที่เกี่ยวข้องกับทุกคน
- 4 จัดกิจกรรมให้เด็กมีส่วนร่วม

### ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในจังหวัดที่มีการอบรม

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานโดยการคัดกรองเด็กนักเรียน ในจังหวัดที่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส พบว่า มี รร.ที่มีครูได้รับการอบรม 216 แห่ง นักเรียนทั้งหมด 29,123 คน ได้รับการคัดกรอง 25,407 คน คิดเป็นร้อยละ 90.64 ในกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองเป็นเด็กปกติ ร้อยละ 87.01 พิการ ร้อยละ 0.85 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 6.11 และมีปัญหาร้อยละ 2.28 ดังแสดงในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองและผลการคัดกรองในจังหวัดที่มีการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

การปฏิบัติงาน	จำนวน รร.ที่เข้าร่วม	
	จำนวนนักเรียน	ร้อยละ
จำนวนเด็กทั้งหมด	29,123	
เด็กที่ได้คัดกรอง	25,407	87.24
ปกติ	22,968	90.40
พิการ	224	0.88
เสี่ยง	1,612	6.34
มีปัญหา	603	2.37
ให้คำแนะนำ	1,444	5.68
ส่งต่อสถานพยาบาล	71	0.28
อื่นๆ	655	2.57

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงาน การประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูสังกัดสำนักงาน การประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการและการให้ ความสำคัญ ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อ การปฏิบัติงาน ของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส โดยพิจารณาตามตัวแปร เพศ อายุ อายุราชการ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับ(ซี) ตำแหน่ง การได้รับการอบรมในโครงการสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาในจังหวัดที่ได้รับ การอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ที่ตั้งอยู่ในเขต สาธารณสุขที่ 2 จำนวน 689 คน แยกเป็นครูที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมในจังหวัดที่มีการอบรม สุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำนวน 431 คน ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรีและจังหวัดชัยนาท ครูที่ไม่ได้รับการอบรมในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จำนวน 258 คน ได้แก่จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและ เด็กด้อยโอกาส ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครู ได้แก่ เพศ อายุ อายุราชการ ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งสถาน ภาพสมรส ระดับ(ซี)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติ ความสำคัญ และความต้องการเรียนรู้ ต่อสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีทั้งหมด 27 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการ และ เด็กด้อยโอกาสมีทั้งหมด 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีทั้งหมด 6 ข้อ

ผู้วิจัยจัดคะแนน การประเมินความรู้ของครู เป็น 2 กลุ่ม คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน กำหนดการประเมินการปฏิบัติงาน ในรูปของคะแนน 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ไม่มี การปฏิบัติหรือมีการปฏิบัติน้อยที่สุด ระดับ 2 ปฏิบัติน้อย ระดับ 3 ปฏิบัติปานกลาง ระดับ 4 ปฏิบัติมาก ระดับ 5 ปฏิบัติมากที่สุด กำหนดการประเมินความคิดเห็นสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาสในรูปของคะแนน 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ไม่สำคัญหรือสำคัญน้อยที่สุด ระดับ 2 สำคัญน้อย ระดับ 3 สำคัญปานกลาง ระดับ 4 สำคัญมาก ระดับ 5 สำคัญมากที่สุด และ กำหนดการประเมินการปฏิบัติงานและความคิดเห็น เป็น 3 ด้าน คือ 1.ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ 2. ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ 3. ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล โดยการนำแบบสอบถาม ไปให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 774 ชุด และให้ส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2544— มกราคม 2545 ครูตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 689 คน คิดเป็นร้อยละ 89.02 นำข้อมูลมา วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window, Microsoft Excel เพื่อหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไป ของครูกับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ กับค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นแต่ละด้าน กับค่าเฉลี่ยของ คะแนนการปฏิบัติแต่ละด้าน ด้วยสถิติ Unpaired t-test เมื่อเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม และสถิติ One-way ANOVA เมื่อเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม

### สรุปผลการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1.ข้อมูลทั่วไปของครู 2.ผลการวิเคราะห์ความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติงานและความต้องการเรียนรู้ ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับ สุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส 3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 4. ผลลัพธ์ของ การปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

1. ข้อมูลทั่วไปของครู พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง(73.7%)มากกว่าเพศชาย (26.3%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี(64.4%) รองลงมา คือ มากกว่า 50 ปี(19.4%) และ อายุต่ำกว่า 40 ปีน้อยที่สุด(16.1%) อายุเฉลี่ย 45.58 ปี มีอายุราชการระหว่าง 21-30 ปีมากที่สุด (58.3%) รองลงมา คือ ต่ำกว่า 20 ปี(30.0%) และมากกว่า 30 ปีน้อยที่สุด (11.6%) มีอายุราชการเฉลี่ย 23.01 ปี สำเร็จการศึกษาระดับระดับปริญญาตรีมากที่สุด (85.8%) รองลงมา คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี (10.2%) และสูงกว่าปริญญาตรี (4.1%) อยู่ในสถานภาพสมรสมากที่สุด(76.5%) รองลงมา คือ โสด(13.8%) ม่าย/หย่า/แยกน้อยที่สุด(9.7%) เป็นครูผู้สอนมากที่สุด(47.0%) รองลงมาคือ ครู อนามัย(15.5%)ครูประจำชั้น(8.9%) ครูปกครอง(8.4%) อื่นๆ(7.8%) และครูผู้บริหารน้อยที่สุด(4.8%)

ระดับ(ซี)7ขึ้นไป(83.45%) และระดับ(ซี) 6 ลงมา(16.55%) เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตทั่วไป(37.6%) เป็นการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส(31.35%) ผู้รับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสให้เหตุผลว่าเป็นหน้าที่/ถูกบังคับมากที่สุด(65.74%) และสมัครใจ/สนใจ(34.26%)

2. ผลการวิเคราะห์ ความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติงานและความต้องการเรียนรู้ ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ภาพรวม พบว่า ครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีความรู้เฉลี่ย 15.16 มีความคิดเห็นและการปฏิบัติงาน 3.48 และ3.05 ตามลำดับ

ครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรม(เฉพาะครูที่ได้รับการอบรม)และครูที่ไม่ได้รับการอบรม มีความรู้ถูกร้อยละ 80 ขึ้นไป 12 ข้อ และ 11 ข้อ ตามลำดับ และไม่มีความรู้หรือมีความรู้น้อย(ต่ำกว่าร้อยละ 50) จำนวน 3 ข้อเช่นเดียวกัน และพบว่าครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสมีความรู้ต่ำกว่าครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม 8 ข้อ แต่มีค่าเฉลี่ยความรู้(15.41) สูงกว่าครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม (14.99) และสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยรวม (15.18) และค่าเฉลี่ยความรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ข้อความที่ ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมไม่มีความรู้หรือเฉลี่ยต่ำกว่า ร้อยละ 50 จำนวน 3 ข้อ

ข้อ 16 ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง

ข้อ 18 เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหาควรรีบส่งต่อไปยังสถานบริการทันที

ข้อ 19 การเยี่ยมบ้านเด็กนักเรียนจำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหา

ข้อความที่ครูในจังหวัดที่ได้รับการอบรมมีความรู้ต่ำกว่าครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม

ข้อ 1 การดูแลช่วยเหลือเด็กหมายถึงการส่งเสริม การป้องกัน การแก้ไขปัญหาและการส่งต่อ

ข้อ 2 การคัดกรองนักเรียนเป็นการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวนักเรียนเท่านั้น

ข้อ 3 การคัดกรองสามารถแบ่งนักเรียนเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหา

ข้อ 8 การให้การปรึกษาเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้นักเรียน

ข้อ 12 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียนแก่นักเรียนทำได้เฉพาะเป็นรายบุคคลเท่านั้น

ข้อ 14 เมื่อให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนควรประชาสัมพันธ์ให้กับบุคคลและหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องทราบ

ข้อ 16 ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง

ข้อ 18 เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหาควรรีบส่งต่อไปยังสถานบริการทันที



### ข้อ 19 การเยี่ยมบ้านเด็กนักเรียนจำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มมีปัญหา

เมื่อเปรียบเทียบความรู้กับข้อมูลทั่วไป พบว่า ในภาพรวม ครูมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามเพศ การได้รับและไม่ได้รับการอบรม

2.1. ความคิดเห็นต่อการให้ความสำคัญของครูในจังหวัดที่ได้รับ และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในจังหวัดที่มีการอบรมเฉพาะครูที่ได้รับการอบรมและครูในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ในภาพรวมค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 3.53 และ 3.42 และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความคิดเห็นด้านบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ ด้านผลลัพธ์ และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ ไม่มีความแตกต่างกัน และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน

การเปรียบเทียบความคิดเห็นรายด้าน 3 ด้าน คือ 1. ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร 2. ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ 3. ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน กับข้อมูลทั่วไป เป็นดังนี้

**ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ** ในจังหวัดที่มีการอบรมเฉพาะครูที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และ 3.36 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลทั่วไป พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามอายุ อายุราชการ ตำแหน่ง ระดับ(ซี)

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
โรงเรียนมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต	3.71
ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิต	3.70
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิต	3.46
โรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือชุมชนมีส่วนร่วมกันดำเนินการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา	3.46

**ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ** ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 และ 3.46 และไม่มี ความแตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามอายุราชการ

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.78
ให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี-ข้อเสียของการรับรู้ข่าวสารต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	3.63
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย

ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.77
การจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	3.65

**ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ** ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และ 3.40 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามข้อมูลทั่วไป

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ความพึงพอใจกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตและเด็กด้อยโอกาส	3.71
มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้อง	3.70
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้อง	3.51
ทำนุบำรุงใจต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกด้าน	3.46

2.2. การปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

ในภาพรวม การปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 และ 3.05 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับ 3-4 เช่นเดียวกัน และไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทั้งในภาพรวมและรายด้าน

จำแนกการปฏิบัติงานเป็นรายด้าน 3 ด้าน คือ 1. ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญของผู้บริหาร 2. ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ 3. ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานกับข้อมูลทั่วไป เป็นดังนี้

**ด้านการบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ** ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 และ 2.95 และไม่มีมีความแตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามอายุ อายุราชการ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
โรงเรียนมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต	3.44
ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิต	3.24
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิต	3.09
โรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือชุมชนมีส่วนร่วมกันดำเนินการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา	3.07

**ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือ** ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับ  
 รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 และ 3.07 และไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกัน  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามอายุราชการ

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.45
การใช้แบบพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็นส่วนประกอบในการรู้จักนักเรียน	3.33
เป็นรายบุคคล	

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.57
การจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	3.55

**ด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ** ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับ  
 การอบรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 และ 3.07 และไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกัน  
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตามอายุ

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้องเรียน	3.42
ท่านมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส	3.33

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
คิดว่าการดูแลช่วยเหลือเด็กจะประสบผลสำเร็จ	3.29
มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้องเรียน	3.25

2.4. ความต้องการเรียนรู้ของคุณในจังหวัดที่ได้รับ และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับ  
 สุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ภาพรวม ความต้องการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 และ  
 3.48 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และไม่มีความแตกต่างกันตาม  
 ข้อมูลทั่วไป

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.78
การจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	3.63
สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มมีปัญหาได้	3.63

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม	คะแนนเฉลี่ย
ใช้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.72
มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	3.60

ในภาพรวม ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส ให้ความสำคัญ เรื่อง ให้เด็กเป็นศูนย์กลางเพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นลำดับที่ 1 และมีการปฏิบัติเป็นลำดับที่ 1 ในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม สำหรับความสำคัญลำดับที่ 2 ของจังหวัดที่ได้รับการอบรมเป็นเรื่อง โรงเรียนมีนโยบายให้นักเรียน ทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต แต่มีการปฏิบัติงานเป็นลำดับที่ 1 ส่วนความสำคัญลำดับที่ 2 ของ จังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรม เป็นเรื่อง การจัดกิจกรรมโฮมรูม/กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม ซึ่งในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมมีการปฏิบัติงานเป็นลำดับที่ 2 เช่นกัน

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย เรื่องความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครู โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ผู้วิจัยแบ่ง การอภิปรายเป็น 2 ส่วน คือ การอภิปรายระเบียบวิธีการวิจัย และผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีการวิจัย

1.1. รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณานิติการสำรวจ แหล่งข้อมูลเก็บจากโรงเรียน สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาในเขตสาทรนครสุข 2 เก็บข้อมูลโดยการนำส่งให้กับหน่วยงานต้นสังกัด ระดับจังหวัดของครูแต่ละจังหวัด ให้ตอบกลับทางไปรษณีย์และรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง หลังจากนำส่งแบบสอบถามประมาณ 1 เดือน ได้ประสานงานอย่างไม่เป็นทางการเป็นระยะๆกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดชัยนาท สิงห์บุรี และสุพรรณบุรี เพื่อติดตามและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยส่งแบบสอบถามให้ครูทั้งหมด 774 ชุด ได้รับแบบ สอบถามคืน 689 ชุด คิดเป็นร้อยละ 89.02

1.2. ประชากรที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ครูที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็ก พิการและเด็กด้อยโอกาส และครูในโรงเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส ซึ่งจะได้ครูที่มีความรู้จากการเข้ารับการอบรมโดยตรงและครูที่ได้ความรู้ผ่านจาก ครูที่รับการอบรม และกลุ่มครูที่ไม่ได้รับความรู้จากการอบรมเฉพาะ

1.3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของ ครูเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยกำหนดเนื้อหาของ แบบสอบถาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ศึกษาทฤษฎี แนวคิด เอกสารที่ เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมเรื่องที่จะศึกษาและตรงตามวัตถุประสงค์ และได้ตรวจสอบความตรงของ เนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน(ภาคผนวก ข)และนำไปทดสอบในโรงเรียนที่ไม่ได้ เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสิงห์บุรี 8 แห่ง 30 คน ผลการทดสอบ Reliability เท่ากับ 0.89 - 0.97 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นสูง ข้อดีของการประเมินด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามนี้ คือ ผู้ตอบ

แบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นของพฤติกรรมในอดีตและอนาคต ผลการประเมินทำให้ทราบถึงภาพรวมความรู้ ระดับความคิดเห็นและการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน ความรู้ที่ต้องการเพิ่ม ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านต่างๆ การประเมินวิธีนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามอาจจะให้ข้อมูลโดยไม่ใส่ใจในข้อคำถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามด้วยตนเองให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของแต่ละจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และทำความเข้าใจกับผู้ประสานงานให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และการตอบแบบสอบถามจะเป็นประโยชน์กับครู ผู้ปกครอง และนักเรียน

## ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

2.1. ข้อมูลทั่วไปของครู จากการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นครูผู้สอนมากกว่าร้อยละ 47 ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มศึกษาในจังหวัดที่ไม่ได้รับการอบรมใช้ครูทั้งโรงเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ พบว่าเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตร้อยละ 37.6 เป็นการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสร้อยละ 31.35 ซึ่งในการศึกษาใช้ครูที่ไม่ได้รับการอบรมในจังหวัดและโรงเรียนเดียวกับที่ได้รับการอบรม และใช้ครูที่ไม่ได้รับการอบรมในจังหวัดที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเป็นกลุ่มในการศึกษา

2.2. ความรู้ของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส จากการศึกษา พบว่า ครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสมีความรู้ต่างกัน ความรู้รายข้อพบว่ามีความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 12 ข้อและ 11 ข้อ และไม่มีความรู้หรือต่ำกว่าร้อยละ 50 จำนวน 3 ข้อ เท่ากัน โดยส่วนใหญ่เป็นข้อความรู้ในเรื่องเดียวกันทั้งที่มีความรู้มากและไม่มีความรู้ และความรู้ของครูมีความแตกต่างกันตามเพศ และการได้รับการอบรม ในการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสจะมีหลักสูตรการอบรมโดยเฉพาะ ซึ่งในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในส่วนของระบบการดูแลช่วยเหลือและการดูแลช่วยเหลือผู้ที่ดำเนินการด้านนี้จำเป็นต้องความรู้ตามหลักสูตรที่กรมสุขภาพจิตกำหนด รวมทั้งหลังการอบรมจะต้องได้รับคู่มือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กและคู่มือการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาและให้ความสำคัญในการฝึกอบรมให้นำความรู้ไปสู่การปฏิบัติในการประเมินเด็กนักเรียน โดยมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ ปีละครั้ง

2.3. ความคิดเห็นของครู ในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส พบว่า มีความคิดเห็นภาพรวมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอินทริภา พัวสกุลและคณะ<sup>31</sup> ที่พบว่าครูที่ได้รับการอบรมมีเจตคติต่อการมองปัญหาสุขภาพจิตโรงเรียนดีกว่าครูที่ไม่ได้รับการอบรม และจากการศึกษานี้ พบว่าความคิดเห็นต่อความสำคัญด้านบริหารจัดการและการให้ความสำคัญ และด้านผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน แตกต่างกัน ซึ่งตามบทบาทหน้าที่ผู้บริหารจะมีอำนาจในการตัดสินใจในการนำการปฏิบัติงาน แสดงความคิดเห็นว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส คือ ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ ความไม่เข้าใจในกระบวนการแก้ปัญหาและเวลาในการเรียนการสอน

และความสำเร็จขึ้นกับความร่วมมือของผู้ปกครองและครูทุกคน และผู้บริหารของโรงเรียนให้ความสำคัญ สนับสนุน มีการจัดการด้านระบบที่ดี มีการวางแผน กำหนดนโยบาย และประชุมชี้แจง อย่างเป็นรูปธรรม และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากหน่วยการศึกษาและหน่วยสาธารณสุข จะต้องให้การสนับสนุนความรู้ หรือเทคนิคในการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งสื่อและการจัดการอบรมให้ความรู้ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ เจริญรัมย์<sup>32</sup> ที่พบว่า ปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพจิต ครูอนามัยโรงเรียนมีปัญหาในระดับปานกลาง ในเรื่องไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดการส่งเสริมสุขภาพจิต ขาดการจัดโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ไม่ได้รับความร่วมมือจากครูประจำชั้น ในการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพจิต ขาดความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษา ไม่มีงบประมาณเพื่อเชิญวิทยากรมาบรรยายเกี่ยวกับสุขภาพจิต

2.4. การปฏิบัติงานของครูในจังหวัดที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส พบว่า ภาพรวมและรายด้านการปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอินทรีา พัวสกุลและคณะ<sup>31</sup> ที่พบว่า ครูที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม มีพฤติกรรมการช่วยเหลือนักเรียนไม่แตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาศักยภาพทั้งทางด้านทักษะและวิชาการให้กับครู ควรสนับสนุนฟื้นฟูความรู้ ด้านวิชาการและด้านทักษะแก่ครู ปีละ 1 ครั้งโดยเน้นการฝึกทักษะในการปฏิบัติจริงมากกว่าการอบรม ด้านเนื้อหาทฤษฎี โดยให้มีการประเมินความต้องการ การเรียนรู้ก่อนดำเนินการและเน้นความรู้เฉพาะ ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง
2. ควรมีการพิจารณาและคำนึงถึงความสามารถ ความใส่ใจ และตั้งใจของผู้เป็นแกนหลัก ในการทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลและช่วยเหลือนักเรียน
3. ควรมีการพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่ของผู้บริหาร ในการสนับสนุนการปฏิบัติงานสุขภาพจิต เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสและการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็ก
4. ควรพิจารณาด้านการป้องกัน ส่งเสริมและแก้ไขปัญหาควบคู่กันไป พร้อมทั้งให้ดูแลเด็กนักเรียนทั้งหมดไม่เฉพาะเด็กนักเรียนที่มีปัญหาเท่านั้น และคำนึงถึงการดำเนินงานร่วมกับผู้ปกครองเด็กหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย

#### ด้านนโยบายผู้บริหารการศึกษา

1. ควรมีการกำหนดนโยบายที่แน่นอน ชัดเจน ในทุกระดับ
2. ควรมีการจัดงบประมาณสำหรับการปฏิบัติงานเพื่อความคล่องตัว
3. ควรพิจารณาและให้ความสำคัญแก่ผู้ปฏิบัติงาน

#### ด้านบุคลากรการศึกษา

1. ควรมีการจัดบุคลากรแกนหลัก/ผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบให้ทำหน้าที่โดยตรง
2. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือเด็ก
3. ควรมีการร่วมมือกับผู้ปกครองและร่วมกันพิจารณาแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือ เด็กโดยพิจารณาเป็นรายบุคคล และเน้นหนักในกรณีกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีปัญหาให้เด็กนักเรียนเข้ามามีความร่วมมือกันในแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

#### ด้านนโยบายผู้บริหารสาธารณสุข

1. ควรมีการประสานงานกันจริงจังระหว่างผู้บริหารระดับสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสเพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานและเป็นการเชื่อมต่อกันสู่ระดับล่าง
2. ควรร่วมมือกับครูในสถานศึกษาในการแก้ไขปัญหา โดยการรับการดูแลและให้คำปรึกษา ในรายที่มีสภาพปัญหาค่อนข้างมาก

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสในเขตสาธารณสุขอื่น
2. ควรมีการขยายผลการศึกษาความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนสังกัดสามัญศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
3. ควรมีการศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในโรงเรียน
4. ควรมีการศึกษาถึงสภาพความเป็นจริงของข้อมูล ด้านสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาส
5. ควรมีการศึกษาความคิดเห็นและผลกระทบต่อกรปฏิบัติงานสุขภาพจิตเด็กพิการ และเด็กด้อยโอกาสในกลุ่มผู้ปกครองและเด็กนักเรียน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

- 1 คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. **พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542.**  
กรุงเทพมหานคร : พริกหวานกราฟฟิค, 2542.
- 2 คณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. **สำนักนิเทศและพัฒนามาตรฐานการศึกษา.**  
**การจัดการเรียนร่วมในโรงเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา.** เล่ม 3. ชุดฝึกอบรมด้วยตนเอง  
เรื่อง การจัดการศึกษาพิเศษ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2541.
- 3 คณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. **สำนักนิเทศและพัฒนามาตรฐานการศึกษา.**  
**แนวทางการจัดการเรียนร่วมในโรงเรียนประถมศึกษา.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภา  
ลาดพร้าว, 2543.
- 4 พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การ  
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2534.
- 5 คณะกรรมการและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, สำนักงาน . **และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่ง**  
**สหประชาชาติ. เด็กในภาวะยากลำบาก. รายงานการประชุมปฏิบัติการ. 20-21 ธันวาคม**  
**2533 ณ โรงแรมอิมพีเรียล กรุงเทพมหานคร : 2533.**
- 6 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะครุศาสตร์. **การจัดการศึกษาเพื่อเด็กในสภาวะยากลำบาก.**  
**รายงานการสัมมนาทางวิชาการ. 25-26 พฤศจิกายน 2536. คณะครุศาสตร์**  
**จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .**
- 7 อัมพร โอตระกูล. **สุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 2528.
- 8 ฝน แสงสิงแก้ว. **เรื่องของสุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522.
- 9 สมประสงค์ โอวาทกาและฉวีวรรณ สัตยธรรม. **แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต.** ใน : **ฉวีวรรณ สัตยธรรม,**  
**บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์,**  
**2541 : 47-64**
- 10 สุขภาพจิต, กรม. **คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนสำหรับครู.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :  
วงศ์กมล โปรดักชั่น, 2544.
- 11 กมล หล้าสูงวงศ์. **สุขภาพจิตโรงเรียน.** กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาแนะแนวจิตวิทยาการศึกษา  
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ประสานมิตร, 2524.
- 12 ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. **หลักและการจัดการโครงการสุขภาพจิตในโรงเรียน .** กรุงเทพมหานคร :  
อักษรชาติ. 2531.
- 13 ผ่องพันธ์ เกิดพิทักษ์. **สุขภาพจิตเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์, 2530.



- 14 สุขภาพจิต, กรม. **คู่มือครูที่ปรึกษาาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน**. ยูเนี่ยนสโคมเมจกรูป, 2544.
- 15 เลขาธิการคุรุสภา, สำนักงาน. **เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครูคุรุสภา พ.ศ. 2537**. 5,000 เล่ม.  
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว, 2540.
- 16 Good, C.V. "Dictionary of Education" 2<sup>nd</sup> ed. New York : McGraw- Hill Book, 1973.
- 17 Bloom, B.S., Madaus, GFI. And Hasting. J.T. Evaluation to Improve Learning. New York; Mcgraw - Hill, 1972.
- 18 ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. **พฤติกรรมศาสตร์**. พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- 19 บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : B&B Publishing, 2534.
- 20 บุญธรรม คำพอ. **การศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ยอมรับและไม่ยอมรับวิทยาการแผนใหม่ ศึกษาเฉพาะมูลนิธิบูรณะชนบท หมู่ที่ 10 ตำบลโพธิ์งาม อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2520.
- 21 เรืองเวช และรัตนา. **ความคิดเห็นและความสนใจของนักเรียนเตรียมทหารเกี่ยวกับอัตราเพิ่มของประชากรไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- 22 ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาไทย – อังกฤษ**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป, 2532.
- 23 Duncan , Geoffrey Mitchell. A New Dictionary of Sociology. London : Roulledge & Kegan Paul, 1971.
- 24 Thomas, John Zadrozny. Dictionary. New Delhi : Oxford & BM. Polishing ., 1974.
- 25 Best John W. Research in Education. New Jersey : Prentice Hall ., 1977.
- 26 พรเพ็ญ เพชรศิริ. **การวัดทัศนคติ**. เอกสารเย็บเล่มคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- 27 ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์, 2530.
- 28 ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.

- 29 ติน ปรัชญพฤทธิ. **ศัพท์รัฐศาสนศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- 30 สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. **ความหมายของพฤติกรรม** เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อรรถการพิมพ์, 2526.
- 31 อินทิรา พัวสกุลและคณะ. ผลการทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตโรงเรียน. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2542- มกราคม 2543, หน้า 26-36.
- 32 สมศักดิ์ เจริญรัมย์และคณะ. **ปัญหาและความต้องการของครูอนามัยโรงเรียนเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- 33 Chang E.A. School-base mental health services : And evaluation of self-concept interpersonal Sensitivity, adaptive function and academic for seriously emotional children in special education. California School of Professional Psychology. Fresno. 1989.

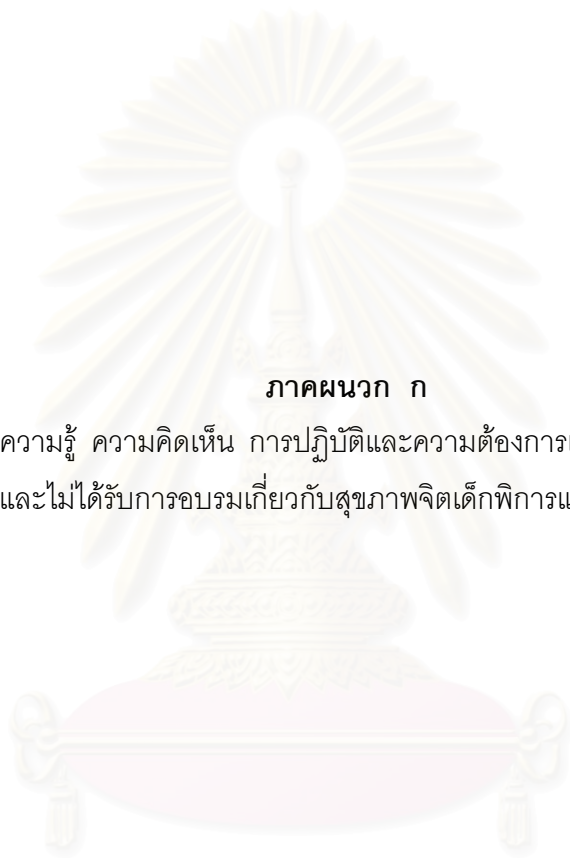


สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ภาคผนวก ก**

แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติและความต้องการเรียนรู้ของครูในจังหวัด  
ที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงและเติมค่าลงในช่องว่าง สำหรับผู้วิจัย
- 1 จังหวัด..... \_ PROV.
- 2 เพศ  1 ชาย  2 หญิง \_ SEX
- 3 อายุ.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี) \_ \_ AGE
- 4 อายุราชการ.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี) \_ \_ Year
- 5 ระดับการศึกษาสูงสุด  1 ต่ำกว่าปริญญาตรี  2 ปริญญาตรี  3 สูงกว่าปริญญาตรี \_ EDU.
- 6 สถานภาพสมรส  1 โสด  2 สมรส  3 หม้าย หย่า แยก \_ STATUS
- 7 ตำแหน่ง  1 ครูผู้บริหาร  2 ครูปกครอง  3 ครูแนะแนว \_ POSIT.
- 4 ครูอนามัย  5 อื่นๆโปรดระบุ.....
- 8 ระดับ (ที่)..... \_ Class

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

9. เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต  1 ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 12)  2 เคย โปรดระบุเรื่อง..... \_ TRAIN

.....

.....

10 เหตุผลที่ได้เข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพจิตเด็ก

1 ไม่ได้รับการอบรม (ข้ามไปข้อ 12)  2 ความสนใจ / สนใจ  3 เป็นหน้าที่รับผิดชอบ / ถูกบังคับ \_ RETION.

11 โดยภาพรวมความรู้ (เฉพาะผู้เคยเข้ารับการอบรมสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส)

ก่อนการอบรม  1 น้อยที่สุด  2 น้อย  3 ปานกลาง  4 มาก  5 มากที่สุด \_ PRE.

หลังการอบรม  1 น้อยที่สุด  2 น้อย  3 ปานกลาง  4 มาก  5 มากที่สุด \_ POST.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

	ข้อความ	ถูก	ไม่ถูก	สำหรับผู้วิจัย
12	การดูแลช่วยเหลือเด็ก หมายถึง การส่งเสริม การป้องกัน การแก้ไขปัญหาและการส่งต่อ			_ k1
13	การคัดกรองนักเรียนเป็นการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวนักเรียนเท่านั้น			_ k2
14	การคัดกรองสามารถแบ่งนักเรียนเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง / มีปัญหา			_ k3
15	เมื่อคัดกรองพฤติกรรมเด็ก ครูจำเป็นต้องบอกให้นักเรียนทราบว่าอยู่ในกลุ่มใด			_ k4
16	นักเรียนทุกคนต้องได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพมากขึ้น			_ k5
17	การจัดกิจกรรมโฮมรูม ต้องยึดตามความต้องการและการมีส่วนร่วมของนักเรียน			_ k6
18	ครูที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของนักเรียนได้			_ k7
19	การให้การปรึกษา เป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้นักเรียน			_ k8
20	การคัดกรองนักเรียน ใช้วิธีการสังเกตก็เพียงพอ			_ k9
21	การจัดกิจกรรมกลุ่ม ถ้าเด็กไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มก็ให้เด็กเป็นผู้ดูได้			_ k10
22	การพูดน้อย ไม่อยากพูด เจ็บซึม เป็นลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต			_ k11
23	การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียน ทำได้เฉพาะเป็นรายบุคคลเท่านั้น			_ k12
24	แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ประกอบด้วย 3 ชุด คือ ชุดสำหรับนักเรียน ครู ผู้ปกครอง			_ k13
25	เมื่อให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไปแล้ว ควรประชาสัมพันธ์ให้กับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ			_ k14

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส (ต่อ)

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

	ข้อความ	ถูก	ไม่ถูก	สำหรับผู้วิจัย
26	แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) เป็นเครื่องมือที่ช่วยคัดกรองพฤติกรรมเกี่ยวกับสภาพจิต			_ k15
27	ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง			_ k16
28	ในกลุ่มเด็กปกติ ไม่จำเป็นต้องจัดกิจกรรมส่งเสริมนักเรียน			_ k17
29	เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มที่มีปัญหา ควรรีบส่งต่อไปยังสถานบริการทันที			_ k18
30	การเยี่ยมบ้านเด็กนักเรียน จำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยง / กลุ่มที่มีปัญหา			_ k19
31	เด็กทุกคนมีคุณค่าและจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต			_ k20

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส**

**การปฏิบัติ** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของการปฏิบัติ

1 = ไม่มีปฏิบัติ    2 = ปฏิบัติน้อย    3 = ปฏิบัติปานกลาง    4 = ปฏิบัติมาก    5 = ปฏิบัติมากที่สุด

**ความสำคัญ** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าการปฏิบัติในแต่ละหัวข้อมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด

1 = ไม่สำคัญ    2 = สำคัญน้อย    3 = สำคัญปานกลาง    4 = สำคัญมาก    5 = สำคัญมากที่สุด

**ความต้องการ การเรียนรู้** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าเป็นเรื่องที่ต้องการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อมากน้อยเพียงใด

1 = ไม่ต้องการ    2 = ต้องการน้อย    3 = ต้องการปานกลาง    4 = ต้องการมาก    5 = ต้องการมากที่สุด

**โปรดกรณาระบุปัญหา / อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อประโยชน์ต่อเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส**

ข้อความ	การปฏิบัติ					ความสำคัญ					ต้องการเรียนรู้					ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
32 ผู้บริหารสูงสุดมีความมุ่งมั่นต่อการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน																	สำหรับผู้วิจัย -p1- -p2- -p3- -p4-
33 โรงเรียนของท่านมีนโยบายให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิต																	
34 ผู้บริหารสูงสุดเป็นผู้นำในการกำหนดแผนการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนโดยครูมีส่วนร่วม																	
35 แผนการดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี																	

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					ความสำคัญ					ต้องการเรียนรู้					ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
36 จัดตั้งคณะกรรมการงานดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเหมาะสม																		-p5-
37 มีการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจและมอบหมายงาน																		-p6-
38 โรงเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือชุมชน มีส่วนร่วมกันดำเนินการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหา																		-p7-
39 มีการประเมินผลการดูแลสุขภาพจิตนักเรียนเป็นระยะๆ																		-p8-
40 ใช้แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนและผลการเรียนเป็นส่วนประกอบในการรู้จักนักเรียนเป็นรายบุคคล																		-p9- N
41 คัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนโดยวิเคราะห์ข้อมูลนักเรียน./ แบบสอบถาม																		-p10- N

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					ความสำคัญ					ต้องการเรียนรู้					ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
42 มีการจัดกิจกรรมโฮมรูม / กิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม																	p11 N
43 มีการจัดประชุมผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหา																	p12 N
44 มีการประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการส่งต่อ																	p13 N
45 สามารถคัดแยกเด็กกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาได้																	p14 N
46 วิเคราะห์ปัญหาที่สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือนักเรียนได้ทั้งด้านตัวเด็ก / สิ่งแวดล้อม																	p15 N
47 การจัดกิจกรรมให้เด็กได้เรียนรู้ เพื่อการปรับตัว ตามลักษณะของปัญหาส่วนบุคคล																	p16 N
48 ใช้เด็กเป็นศูนย์กลาง เพื่อปรับพฤติกรรมให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ																	p17 N

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติ					ความสำคัญ					ต้องการเรียนรู้					ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
49 มีการให้นักเรียนร่วมกันอภิปรายถึงข้อดี - ข้อเสียของการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน																	P18 I N
50 ดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสครอบคลุมถึงครอบครัว																	P19 I N
51 มีการจัดสภาพแวดล้อมและการช่วยเหลือทางสังคมที่โรงเรียนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต																	P20 I N
52 มีฐานข้อมูลนักเรียนทั้งรายบุคคลและรายห้องเรียน																	p21 I
53 มีข้อมูลที่แสดงผลการดูแลสุขภาพจิตเด็ก																	p22 I
54 มีการประเมินเพื่อทบทวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล นร.																	p23 I
55 ท่านมั่นใจต่อการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในทุกด้าน																	p24 I

ข้อความ	การปฏิบัติ					ความสำคัญ					ต้องการเรียนรู้					ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
56 ผู้ปกครองและชุมชนให้ความร่วมมือต่อการดูแลช่วยเหลือเด็กเป็นอย่างดี																
57 ท่านมีความพึงพอใจกับการปฏิบัติสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส																
58 ท่านคิดว่าการดูแลช่วยเหลือเด็กจะประสบความสำเร็จ																

สำหรับผู้วิจัย

p25

p26

p27

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

คำชี้แจง กรุณาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

1. ท่านคิดว่าสิ่งใดที่ทำให้การดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสประสบผลสำเร็จ
  - 1.1.....
  - 1.2.....
  - 1.3.....
  
2. ท่านคิดว่าสิ่งใดที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส
  - 2.1.....
  - 2.2.....
  - 2.3.....
  
3. สิ่งที่ท่านต้องการ การสนับสนุนจากหน่วยงาน
  - 3.1. หน่วยงานการศึกษา คือ.....
  - 3.2. สาธารณสุข คือ.....
  - 3.3. หน่วยงานอื่น(ระบุหน่วยงานและสิ่งสนับสนุน).....
  
4. ถ้าท่านเป็นผู้บริหาร ท่านมีแนวทางการดูแลเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสอย่างไร
  - 4.1.....
  - 4.2.....
  - 4.3.....
  
5. ข้อเสนอแนะ
 

.....

.....

.....

.....

## ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส

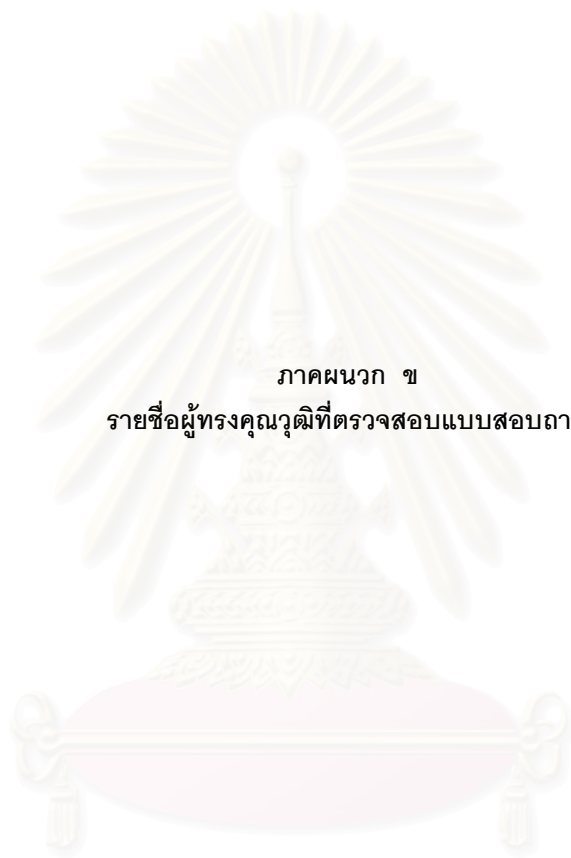
### คำชี้แจง โปรดเติมค่าลงในช่องว่างตามที่ได้ปฏิบัติจริง

1. จำนวนเด็กนักเรียนในโรงเรียนทั้งหมด .....คน
2. จำนวนเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่ได้รับการคัดกรอง.....คน
3. ผลการคัดกรองนักเรียนในโรงเรียน แบ่งเป็นกลุ่มๆ ดังนี้
  - 3.1. กลุ่มปกติ.....คน
  - 3.2. กลุ่มพิการ.....คน
  - 3.3. กลุ่มเสี่ยง.....คน
  - 3.4. กลุ่มที่มีปัญหา.....คน
4. ให้คำปรึกษา / แนะนำ.....คน
5. ส่งต่อสถานพยาบาล.....คน
6. อื่นๆ (โปรดระบุ วิธีการและการให้ความช่วยเหลือ)
 

	.....จำนวน.....คน
	.....จำนวน.....คน
	.....จำนวน.....คน

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุธศิริ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ
3. อาจารย์กฤษณา จันทร์ตรี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้วิจัย

นางยุพา โชติกะพัฒน์ เกิดวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2502 ที่จังหวัดสิงห์บุรี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลสวรรคภ์ระชาธิราช ในปี พ.ศ. 2525 รับราชการครั้งแรกที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 ถึงปัจจุบัน และศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน และสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2543



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย