



โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ในโรงเรียนสำหรับครู

พรทิพย์ วชิรดิลก, พย.ม.

โซษิตา ภาวสุทธิไพจิตร, วท.ม.

วรวิวรรณ ศรีสุชาติ, วท.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู

วัสดุและวิธีการ การวิจัยเชิงทดลอง รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 100 คน คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัยด้วยวิธีสุ่มแยกประเภท แบ่งออก 2 กลุ่มๆ ละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน และกลุ่มควบคุมได้รับการแนะนำตามปกติ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ รวมทั้งจำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือ ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือน ด้วยสถิติ independent t-test

ผล กลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน มีคะแนนเฉลี่ย ทักษะ ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการแนะนำตามปกติและคู่มือไปศึกษาเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองได้รับการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือจากครู รวมทั้งส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษา ร้อยละ 85 รวมทั้งครูมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ร้อยละ 95

สรุป โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู สร้างความตระหนัก การยอมรับ ปัญหาพฤติกรรม เสริมทักษะครูในการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : โปรแกรมสำหรับครู โรคสมาธิสั้น



The school-based intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder

Porntip Wachiradilok, M.Ns.

Chosita Pavasuthipaisit, M.Sc.

Raviwon Srisuchart, M.Sc.

Abstract

Objective To evaluate the effectiveness of school-based intervention for teacher in handle children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in school.

Materials and methods This is a controlled experimental study compared the school-based program for teacher in handle children with ADHD with the control group. There were 50 primary school teachers in each group. The study group was given a training program while the controlled group was given self-studied pamphlets. The independent t-test was used to compare the knowledge, attitude and skills, before and after the training program one month. In the study group, the number of high-risk students who were screened with ADHD and received support from their school was also observed.

Results Scores in attitude and skill of the experimental group were higher than those of the control group significantly. About 85 percent of risk group of children with ADHD in the experimental group were screened and received some intervention from teachers. Then some were referred for proper psychiatric treatment. Furthermore 95 percent of all teachers have reported satisfy with the intervention.

Conclusion Training teachers the school-based intervention can improve awareness, understanding and handling skill of teachers to manage ADHD children in primary school significantly.

Key words : Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), school-based intervention

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มเด็กที่พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของเด็กอายุ 8-11 ปี และร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยรุ่น โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า¹ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดปัญหาและภาระในการเลี้ยงดูอย่างมากสำหรับพ่อแม่และครู² โดยปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ การเรียน การปรับตัว อารมณ์ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และบุคลิกภาพ³ จากสถิติการให้บริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ พบว่า ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 85 ของกลุ่มเด็กสมาธิสั้นสร้างปัญหายุ่งยากในโรงเรียนและห้องเรียน เช่น ทะเลาะกับเพื่อน ทำร้ายเพื่อน ขโมยของ เข้ากับเพื่อนไม่ได้ ระบายเพื่อนในห้องเรียนและหนีเรียน เช่นเดียวกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติของประเทศไทย พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ออกจากระบบการศึกษา เนื่องจากมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ด้านใดด้านหนึ่ง ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ การรบกวนสมาธิเพื่อนในชั้นเรียน ทำงานเสร็จไม่สมบูรณ์⁴

การรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยความร่วมมือจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ พ่อแม่ เด็ก และครู ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาเพียงวิธีเดียว⁵ จากการทบทวนเทคโนโลยีการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมสำหรับฝึกสอนพ่อแม่ในด้านการปรับพฤติกรรมเด็ก สำหรับครูมีเพียงการเน้นองค์ความรู้ที่ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตและแผ่นพับเท่านั้น ไม่ได้สร้างความตระหนักในการใช้เครื่องมือคัดกรอง

ปรับทัศนคติในเชิงบวก และพัฒนาทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียน ซึ่งจากการเยี่ยมโรงเรียนพบว่า ครูส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น คิดว่าพ่อแม่ไม่อบรมสั่งสอน เด็กขาดระเบียบวินัย ไม่รับผิดชอบ ไม่ตั้งใจเรียน รวมทั้งครูไม่สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กในชั้นเรียน ใช้การลงโทษเด็กอย่างรุนแรงเพื่อหยุดปัญหาพฤติกรรม ซึ่งการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว อาจนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในสังคมต่อไป⁶

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ได้ตระหนักความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาโปรแกรมดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ครูมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถคัดกรอง และมีแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียน โดยให้เด็กสมาธิสั้นสามารถควบคุมตนเอง ระบายชั้นเรียนน้อยลง และปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ซึ่งนำไปสู่โอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน และการได้เรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) กลุ่มตัวอย่างคือครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 2 โรงเรียน ที่มีเด็กสมาธิสั้นเรียนร่วม โดยเป็นโรงเรียนขนาดกลาง (มีนักเรียนตั้งแต่ 121 คน ถึง 280 คน) คัดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เข้าสู่การศึกษาด้วยวิธีสุ่ม

อย่างง่ายโรงเรียนละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน 1 วัน

การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ ใช้ภายใต้เงื่อนไขของปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดขนาดตัวอย่าง (power of analysis)⁷ ได้แก่ 1) ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่น้อยสำคัญทางสถิติระดับอัลฟา เท่ากับ .05 2) ค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .90 และ 3) ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือขนาดของอิทธิพล เท่ากับ .45⁸ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 40 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดคือครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีเด็กสมาธิสั้นเรียนร่วมเมื่อพิจารณาโอกาสออกจากการทดลองของอาสาสมัครในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 50 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คณะผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความรู้โรคสมาธิสั้น ทักษะคิด และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยทบทวนเอกสารทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของครู ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ลักษณะบทบาทหน้าที่ ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติงาน การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การได้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในชั้นเรียน และวิธีการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านมา รวมทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหารในโรงเรียน

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นพัฒนาโดยทีมผู้วิจัย มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .78 แบบทดสอบมีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง

ในสองอย่าง (dichotomous scale) กำหนดเป็น “ถูก” หรือ “ผิด” โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินเจตคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น พัฒนาโดย ทีมผู้วิจัย มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .83 แบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน ≥ 24 =เชิงบวก, < 24 =เชิงลบ)

ตอนที่ 4 แบบประเมินทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .81 ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ ไม่เคย บางครั้ง และเป็นประจำ (คะแนน ≥ 23 =ทักษะดี, < 23 =ทักษะไม่ดี)

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ตอนที่ 2-4 ทีมวิจัยได้ทดลองใช้ในกลุ่มครูที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และความตรงเชิงเนื้อหาตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และครูการศึกษาพิเศษ โดยครูตอบแบบประเมินด้วยวิธีการ self-report

ตอนที่ 5 แบบประเมินอาการโรคสมาธิสั้น ใช้แบบสอบถาม SNAP-IV ที่พัฒนาโดย Swanson และคณะ⁹ แปลฉบับภาษาไทย โดยฉัตรพิทย รัตน์เสถียร จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ชุด ที่ใช้สำหรับครูประเมินเด็กที่โรงเรียน และผู้ปกครองประเมินเด็กที่บ้าน โดยเป็นข้อคำถามที่เหมือนกันแต่จัดแตกต่างกัน ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถามเพื่อ

วัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92 เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น และโรคติดต่อต้าน ประกอบด้วย ด้าน inattention 9 ข้อ, hyperactivity/impulsivity 9 ข้อ และ oppositional defiant 8 ข้อ โดยมีจุดตัดของอาการอยู่ที่ 23, 16 และ 11 คะแนนตามลำดับในฉบับครู สำหรับฉบับผู้ปกครอง มีจุดตัดของอาการอยู่ที่ 14, 10 และ 9 คะแนนตามลำดับ ส่วนความตรงศึกษาโดย ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ¹⁰ พบว่า มีค่าความไวของแบบสอบถามเท่ากับ 0.72, 0.75 และ 0.72 ตามลำดับและมีค่าความจำเพาะของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75, 0.66 และ 0.6

การศึกษาค้างนี้ใช้ SNAP-IV ฉบับครูที่มีความเชื่อมั่นและความตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ดีดังกล่าว โดยให้ครูเป็นผู้สังเกตเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นนักเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น บกพร่องชั้นเรียน ทำงานที่มอบหมายไม่เสร็จ ไม่ส่งงาน ไม่สนใจเรียน ชอบพูดแทรกไม่รู้กาลเทศะ ฯลฯ แล้วให้คะแนนตามความถี่และปัญหาพฤติกรรมที่พบในแบบประเมิน แปลผลการประเมินโดยทีมวิจัยและแจ้งกลับให้ครูทราบ เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือต่อไป

โปรแกรมดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู ทีมวิจัยได้พัฒนาตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต¹¹ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา 2) การกำหนดกรอบแนวคิด 3) การออกแบบและจัดทำต้นแบบ 4) การพัฒนาคุณภาพทางวิชาการของต้นแบบ 5) การทดลองใช้ 6) การขยายผล และ 7) การประเมินและติดตามพัฒนาต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้อยู่ในขั้นตอนที่ 5 โดยการทดลองใช้ในระบบ ทบพวน

องค์ความรู้โดยการถอดประสบการณ์ตรงจากครูที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งใน และต่างประเทศ^{3,6,12,13}

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณน่านำเสนอในรูปจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกันของตัวแปรความรู้ ทักษะ และทักษะระหว่างก่อนหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิง ร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ย 47.6 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.7 ปฏิบัติงานในหน้าที่ครูที่ปรึกษาและครูสอนรายวิชา ร้อยละ 85.4 มีประสบการณ์ด้านการสอนเฉลี่ย 21.5 ปี เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นผ่านสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และแผ่นพับ ใบความรู้จากสถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 79.5 ครูบางคนเคยดูแลเด็กนักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น โดยใช้วิธีกระตุ้นเด็ก ประสานพ่อแม่ให้พาเด็กไปรักษา ส่งต่อครูการศึกษาพิเศษและครูพยาบาลในโรงเรียน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกันของความรู้ ทักษะ และทักษะ ระหว่างก่อนหลังของสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่พบความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกันของความรู้ ทักษะ และทักษะ ระหว่างก่อนหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
ความรู้ (คะแนนเต็ม = 10)	7.9 (0.6)	9.5 (0.2)	7.1 (0.5)	8.3 (0.7)	0.17
ทัศนคติ (คะแนนเต็ม = 40)	27.5 (7.3)	37.1 (2.3)	29.7 (5.1)	31.5 (3.4)	.01
ทักษะ (คะแนนเต็ม = 45)	29.7 (3.1)	42.7 (1.7)	30.7 (2.5)	33.8 (3.3)	.01

independent t-test

จากการติดตามผลในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 43 คน เป็นชาย ร้อยละ 76.7 อายุระหว่าง 7-12 ปี ผลการคัดกรองพบว่า มีอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ร้อยละ 48.8 มีอาการขาดสมาธิ ร้อยละ 7 และภาวะติดต่อต้าน พบร้อยละ 44.2

ผลการประเมินความพึงพอใจ/ความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครูในระดับมากที่สุด ร้อยละ 95 โดยเป็นในด้านเนื้อหาตรงกับความต้องการ อ่านเข้าใจง่าย สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง สำหรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ คือ การพัฒนาระบบดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน ควรเชื่อมกับระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีอยู่ แจ้งผลคัดกรองโรคสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง มีปัญหาค่อนข้างมาก

โดยเฉพาะการไม่ยอมรับมองว่าครูลำเอียง การพัฒนาครูด้านวิชาการและทักษะเฉพาะที่ใช้ในเด็กสมาธิสั้นอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี เช่น การปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน การให้คำปรึกษาผู้ปกครอง และการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (individualized education program) รวมทั้งต้องการให้ทีมสหวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุขติดตามและจัดกิจกรรมให้กับเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนเป็นระยะๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่มีคุณภาพ

วิจารณ์

โปรแกรมดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนมีการจัดเรียงความสำคัญโดยเน้นกระบวนการปรับทัศนคติเป็นลำดับแรก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และฝึกสอนเทคนิควิธีการดูแลเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียนเป็นลำดับสุดท้าย โดยจัดอบรม 1 วัน ด้วยเทคนิคการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

(participatory learning) การสนทนากลุ่ม (focus group) และการสอนงาน (coaching) เทคนิคดูแลเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียนจากนักการศึกษาพิเศษภายใต้หลักการปรับพฤติกรรม โดยการเสริมแรงทางบวกอย่างเป็นระบบซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DuPaul และ Eckert¹² ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systemic review) จำนวน 63 เรื่อง เกี่ยวกับการให้โรงเรียนมีส่วนร่วมหรือมีโปรแกรมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า โปรแกรมที่ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมจะมีประสิทธิผลต่อการควบคุมพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ดีกว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดหรือการฝึกควบคุมตนเอง โดยเฉพาะเทคนิคการเสริมแรงทางบวก การจัดเพื่อนคู่หูดูแล และฝึกแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

สำหรับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบันการสื่อสารเรื่องโรคสมาธิสั้นมีหลายช่องทาง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต ซึ่งก็สามารถเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ของครูด้วยตนเอง แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้ครูที่ขาดความตระหนัก เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ ไม่เห็นประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือ และมีพฤติกรรมดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่เหมาะสมให้เกิดการปรับเปลี่ยนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Perold และคณะ¹³ ได้สำรวจความรู้และทัศนคติของครูต่อโรคสมาธิสั้นในระดับประถมศึกษา พบว่า ครูส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการหลักของโรคสมาธิสั้น แต่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในด้านสาเหตุของโรค ส่วนใหญ่คิดว่าสาเหตุเกิดจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ตามใจลูก ไม่มีระเบียบวินัย และสารอาหารบางชนิด เช่น น้ำตาล แป้ง

สารผสมอาหาร ฯลฯ ซึ่งความเชื่อที่ไม่ถูกต้องจะนำไปสู่การให้ข้อมูล คำแนะนำและพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสม

จากการติดตามประเมินผลหลังอบรม 1 เดือน พบว่า ร้อยละ 85 ของเด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองจากครูประจำชั้นในกลุ่มทดลอง และได้รับการช่วยเหลือจากครู รวมทั้งส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษากับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งการคัดกรองมีความสำคัญมากในแง่ของการนำเด็กเข้าสู่ระบบของการดูแลรักษาที่เหมาะสมได้เร็วขึ้น ลดผลกระทบต่เด็ก ผู้ดูแล และปัญหาสังคมในระยะยาวได้

การศึกษาคั้งนี้มีข้อจำกัดด้านโรงเรียนพื้นที่เป้าหมาย 2 แห่ง เป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษาขนาดกลาง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งอาจไม่สามารถอธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในโรงเรียนลักษณะและสังกัดอื่นๆ อีกทั้งไม่ได้ประเมิน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม/อาการแสดงของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และระยะเวลาการติดตามค่อนข้างสั้นเพียง 1 เดือน และระยะเวลากลับมาอบรมอาจจะมีผลต่อการพัฒนาด้านทักษะซึ่งผู้วิจัยจะนำไปพัฒนางานวิจัยในระยะต่อไป

สรุป

โปรแกรมดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู โดยปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อให้ถูกต้องโดยการกระตุ้นทางอารมณ์และความรู้สึก การฝึกปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์จริง การใช้ตัวแบบและการใช้เทคนิคสื่อสารร่วมกับกระบวนการกลุ่มสามารถช่วยให้ครูปรับทัศนคติ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นช่วงวัยเรียนได้ดีขึ้น มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ อย่างไรก็ตามควรมีการกระตุ้น

และติดตามเป็นระยะๆ เพื่อช่วยให้มีการสนับสนุนด้านจิตใจ เกิดกำลังใจสำหรับครูในการดูแลและส่งเสริมการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Piyasil V. Attention deficit hyperactivity disorder. Child and adolescent psychiatric textbook vol. 2, Bangkok: Tanaplace; 2550. p.118-29.
2. Silver LB. Attention-deficit hyperactivity disorder. 3rd ed. Arlington VA: Wilson Boulevard; 2004. p.215-50.
3. Pornnoppadol C. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Vinadda Piyasil, Panom Ketman, editors. Child and adolescent psychiatric text book, Bangkok: Beyond enterprise; 2545. p.209-19.
4. Hechtman L. Attention-deficit hyperactivity disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry. Philadelphia: Lippincott; 2005. p.3183-203.
5. DuPaul, GJ, Stoner, G. ADHD in the schools: assessment and intervention strategies. 2nd ed. NewYork: Guilford; 2003.
6. Trangkasombat U. Raise attention span for your child. Bangkok: Santa; 2541.
7. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Erlbaum Associates; 1988. p. 284-87.
8. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. Am J PrevMed 2007;33:130-43.
9. Swanson JM. School-based assessments and interventions for ADHD students. Irvine, CA: KC Publishing; 1992.
10. Chungsirakulvit D, Reungdej S. Validity of the Thai version of SNAP-IV for diagnosis of ADHD and ODD in children in 14th public region. J Nakhonratchasima Psychiatr Hosp 2552;9:11-19.
11. Department of Mental Health. Technology development and research for mental health. Bureau of mental health technical development. Bangkok: Best Step; 2011.
12. DuPaul GJ, Eckert TL. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. School Psychol Rev 1997;26:5-27.
13. Perold M, Louw C, Kleynhans S. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). S Afr J Educ 2010;30:457-73.