

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นของครูประถมศึกษา

สุภาวดี ไชยเดชธร, วทม.¹

ธณัญญ์กรณีย์ กุลแสนเตา, พย.ม.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 21 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 14 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 19 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูประถมศึกษาในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น (ADHD) แบบแผนวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นครูประถมศึกษาจากโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น (CVI= 0.86) 2. แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล (IOC = 1) ดังนั้นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Cronbach's α = 0.89) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น (Cronbach's α = 0.90) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (Pair Sample T- test) และวิลคอกซอน (Wilcoxon Mathched Pairs Signed Rank test) ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมครูประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($M = 4.61, SD = 0.58$ เทียบกับ $M = 3.46, SD = 0.63$) , $t(39) = 11.18$, $p < .001$, $r = 0.8$ (ระดับดีมาก $M = 4.61, SD = 0.58$) คะแนนความรู้การคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากก่อนการใช้โปรแกรม $Mdn = 6$ เป็น $Mdn = 12$, $Z = 5.55$, $p < .001$ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้ของครูประถมศึกษาซึ่งสอดคล้องกับบทบาท ศักยภาพในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงแนะนำให้ นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ที่โรงเรียนและที่บ้าน

คำสำคัญ: เด็กสมาธิสั้น, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, โปรแกรมส่งเสริม, การคัดกรอง, ครูประถมศึกษา

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ธณัญญ์กรณีย์ กุลแสนเตา, อีเมล: thanathbhorn@knc.ac.th

The Effect of a Self-Efficacy Enhancement Program on Primary School Teachers' Screening and Care of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Supawadee Chaidechathorn, M.N.S.¹

Thanathbhorn Koolsantao, M.S.N.^{1*}

(Received: April 213st 2025; Revised: August 14th, 2025; Accepted: August 19th, 2025)

Abstract

This research aimed to study the effects of a self-efficacy enhancement program on primary school teachers' screening and care of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). A one-group pretest-posttest experimental design was employed. The sample consisted of 40 primary school teachers selected through purposive sampling from a school in Nakhon Ratchasima Province. The research instruments were validated by three experts for content validity and included the following: 1. The self-efficacy enhancement program for screening and caring for children with ADHD (Content Validity Index (CVI) = 0.86). All questionnaires had an Index of item objective congruence (IOC) of 1.0, and their reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficients. The Cronbach's alpha for the self-efficacy assessment scale for screening and caring for children with ADHD was 0.89 and for the knowledge test for screening and caring for children with ADHD it was 0.90. Data were analyzed using Paired Sample T- tests and Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank test analyses. The results showed that after participating in the program, the teachers had significantly higher scores in both self-efficacy perception ($M = 4.61$, $SD = 0.58$, $M = 3.46$, $SD = 0.63$ ($t(39) = 11.18$ $p < .001$, $r = 0.8$) and in knowledge regarding the screening and care of children with ADHD ($Mdn = 12$), compared to before the participating ($Mdn = 6$, $Z = 5.55$ $p < .001$). These findings indicate that the program effectively enhanced both self-efficacy and knowledge among primary school teachers, aligning with their roles and potential related to screening and caring for children with ADHD. Therefore, the program is recommended for application in both home and school settings to improve the early detection and management of ADHD.

Keywords: ADHD, self-efficacy, enhancement program, screening, primary school teachers

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

* Corresponding: Thanathbhorn Koolsantao, E-mail: thanathbhorn@knc.ac.th

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการอันเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง (สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์, 2560) เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียนทั่วโลก มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ และการเข้าสังคมกับผู้อื่น (American Psychiatric Association, 2013) กลุ่มอาการหลักของโรคนี้ประกอบด้วยอาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) โดยอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี (American Academy of Pediatrics, 2019) ซึ่งจากการศึกษาทั่วโลกพบว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 7.2 (Thomas et al., 2015) สำหรับประเทศไทย การสำรวจโดยกรมสุขภาพจิต (2565) พบเด็กไทยมีอาการโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 5 – 8 คน โดยในห้องเรียนที่มีจำนวนเด็ก 40 คน จะมีเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นอย่างน้อย 2-3 คน โดยพบในเด็กผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย [TPBS], 2565) ในนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1-5 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ร้อยละ 8.1 โดยมีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1 ซึ่งเด็กชายมักจะพบอาการซนอยู่ไม่อยู่ไม่นิ่ง และจะสังเกตเห็นอาการได้ชัดเจนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-2 (กรมสุขภาพจิต, 2564) และจากความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชาย ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชาย ในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนร้อยละ 4.6 ซึ่งต่ำกว่า ความชุกเฉลี่ยทั่วโลกในเด็กทั่วไปที่พบร้อยละ 5.21 ทั้งนี้ การศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือคัดกรอง เช่น Conners' rating scale และ SNAP-IV (ภัทรพร ปานดี และคณะ, 2567) การศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นมีช่วงตั้งแต่ร้อยละ 3.8 ถึง 12.5 ซึ่งความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับแบบสอบถามที่ใช้ในการวินิจฉัยและประชากรที่ศึกษา (Polanczyk et al., 2007)

จากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในกลุ่มเด็กไทยระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวนประมาณ 5 ล้านคน มีเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 6.5 หรือประมาณ 310,000 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2564) ส่วนระดับโลกพบว่าอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอยู่ที่ร้อยละ 5 (Sayal et al., 2018) ทั้งนี้ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโรคร่วม เช่น โรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder) โรคพฤติกรรมเกรี้ยว (conduct disorder) วิตกกังวล ซึมเศร้า ปัญหาการเรียนรู้อ่อนแอ และปัญหาการใช้สารเสพติด ซึ่งทำให้การวินิจฉัยและดูแลรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น (อัญชลี ศรีสมุทร, 2564) ข้อมูลการวิจัยล่าสุดพบว่าในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ภาวะดังกล่าวยังคงปรากฏต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ และสัมพันธ์กับ ความยากลำบากในหลายด้าน รวมถึงปัญหาทางสังคมและจิตสังคมที่รุนแรง (Moustaka et al., 2024) จากการศึกษาของ ชื่นจิตต์ วาณิชสุวรรณ (2553) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มาจาก 1) ปัจจัยภายในด้านสภาวะแห่งจิตหรือ

สภาวะทางอารมณ์ 2) ปัจจัยภายในด้านแรงจูงใจหรือความประพฤติ และ 3) ปัจจัยภายนอกจากอิทธิพลสื่อ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร ปานดี และคณะ (2567) พบว่า เด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่ก่อเหตุมีภาวะสมาธิสั้นหรือเคยรักษาภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วย ซึ่งในประเทศไทย มีการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) แบบบูรณาการ โดยมีความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ครู และผู้ปกครอง ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงระดับสูงขึ้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2565) เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองและติดตามผล (พิรณัฐ พันธุ์ภักดี, 2564) เด็กโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว โดยใช้คู่มือการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560) ในการปรับพฤติกรรม ซึ่งการที่พ่อแม่ หรือผู้ดูแลยอมรับจุดอ่อนของเด็กจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้ การให้การดูแลแบบองค์รวมนี้ สามารถช่วยให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยที่แม่นยำและรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชนิดา ทิปะปาล และคณะ, 2565)

ครูประถมศึกษาเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทอย่างยิ่งในการสังเกตพฤติกรรมของเด็กในห้องเรียน เนื่องจากครูมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน ทำให้ครูสามารถสังเกตและระบุเด็กที่มีแนวโน้มของภาวะสมาธิสั้นได้อย่างรวดเร็ว (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2563) ครูสามารถสังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงโรคสมาธิสั้นได้ เช่น ขาดสมาธิ วอกแวกง่าย อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ (บุญเลี้ยง ทุมทอง, 2565) โดยบทบาทครูในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ในโรงเรียน จะมีส่วนช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีสมาธิในการเรียนดีขึ้น มีความร่วมมือ ในการทำกิจกรรม และลดปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียน ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้เด็กโรคสมาธิสั้น ให้สามารถปรับตัว เข้ากับผู้อื่น และปรับตัวในสังคมได้ (จตุพร ดวงเพชรแสง, 2567)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าครูจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และขาดความมั่นใจในการใช้เครื่องมือคัดกรองเด็กที่มีภาวะนี้ (DuPaul & Stoner, 2020) การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องอ้างอิงหลักเกณฑ์มาตรฐานสากลที่เชื่อถือได้ งานวิจัยนี้จึงได้นำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2565) เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองและติดตามผล โดยอ้างอิงในการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษา เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีมาตรฐานและความน่าเชื่อถือสูง เหมาะสมกับการประยุกต์ใช้ในบริบทการศึกษาไทย ส่งผลให้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1977) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ครูที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือและแบบประเมินเพื่อคัดกรองสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นของครูประถมศึกษาจึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มศักยภาพของครูประถมศึกษาในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นและการดูแลส่งต่อที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูประถมศึกษาในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น

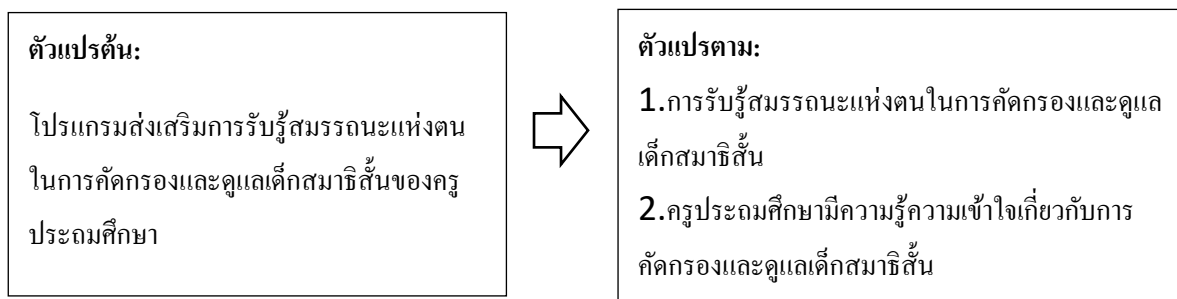
สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูประถมศึกษา ในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ครูประถมศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ตามหลักการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัย โดยเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถของครูประถมศึกษาในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) วิธีดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครูประถมศึกษาที่สอนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมาในปีการศึกษา 2567 จำนวน 88 คน

กลุ่มตัวอย่าง ครูประถมศึกษาที่สอนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกจากระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวนชั้นละ 7 คน จำนวน 40 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ การคัดเข้าและคัดออกของงานวิจัยโดยมีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นครูประจำการที่มีประสบการณ์สอนอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ โดยการใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G* power version 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ประเภทของการทดสอบทางสถิติ: Paired t-test (Dependent t-test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α): 0.05 พลังของแบบทดสอบ (Power, $1-\beta$): 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size, d): 0.50 (อ้างอิงจากแนวทางของ Cohen, 1988) ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากโปรแกรมได้จำนวนตัวอย่างที่จะต้องไม่น้อยกว่า 34 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% ได้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 37.4 คน จึงเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 40 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นครูประจำการของโรงเรียนที่สอนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในปีการศึกษา 2567
2. มีประสบการณ์การสอนอย่างน้อย 1 ปี
3. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ครูที่ไม่เต็มใจเข้าร่วมการศึกษา
2. ครูที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปีในการสอน (ไม่ถึงเกณฑ์ประสบการณ์ขั้นต่ำ)
3. ครูที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือทำแบบประเมินตามโปรแกรมวิจัยได้ครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ 39/2567 วันที่ 2 ตุลาคม 2567 ถึง 1 ตุลาคม 2568 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงเรียน จากนั้นจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลการทำวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง มีสิทธิที่จะถอนความยินยอมจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อทั้งนี้ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับโดยข้อมูลทั้งหมดจะใช้เป็นประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นและการนำเสนอข้อมูลวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บในไฟล์และถือเป็นความลับเก็บรักษาไว้ 1 ปีหลังจากนั้นนำเอกสารของกลุ่มตัวอย่างไปทำลายโดยการลบไฟล์และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น (ADHD4T) ประกอบด้วย Mobile Application line official account (LOA)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุดดังนี้

2.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหาภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำค่าคะแนนของเครื่องมือวิจัยมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Index of Item-objective Congruence : IOC) ซึ่งได้ค่าดังนี้ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น ค่า IOC เท่ากับ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้น ค่า IOC เท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 15 ราย โดยไม่เป็นบุคคลเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Cronbach's $\alpha = 0.89$) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น (Cronbach's $\alpha = 0.90$)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแก่อาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติ Pair Sample T- test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง และสถิติ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นครูประถมศึกษาจำนวน 40 คนที่คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น (CVI= 0.86) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ความเชื่อมั่น Cronbach's α = 0.89) และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น (ความเชื่อมั่น Cronbach's α = 0.90) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired Sample t-test สำหรับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ Wilcoxon Signed Rank Test สำหรับคะแนนความรู้

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูประถมศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 4.61$, $SD = 0.58$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วม ($M = 4.61$, $SD = 0.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(39) = 11.18$, $p < .001$ โดยมีขนาดอิทธิพลสูง (Cohen's d_n) ($d = 1.77$) แสดงถึงผลเชิงปฏิบัติที่มีความหมายต่อการพัฒนาความเชื่อมั่นของครูประถมศึกษาในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่วนคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามการทดสอบ Wilcoxon ($Z = 5.55$, $p < .001$; $r = 0.88$) ผลดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทั้งในด้านความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มทั้งความรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของครูประถมศึกษาในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครู

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครูระดับประถมศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 40 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และเพศชายจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ในด้านวุฒิการศึกษา พบว่าครูส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 24 คน (ร้อยละ 60.00) และระดับปริญญาโท จำนวน 16 คน (ร้อยละ 40.00)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษาก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบ Pair Sample T- test ($N = 40$) แสดงผลดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษาก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Pair Sample T- test

ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนทดลอง	3.46	.63	1.18	.000*
หลังทดลอง	4.61	.58		

หมายเหตุ * $P < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษารายด้าน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired Sample T- test

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		<i>t</i>	Asymp. Sig (2- tailed)
	<i>(n=40)</i>		<i>(n=40)</i>			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
1. ความสามารถในการสังเกตพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (ADHD Symptoms)	3.50	0.43	4.72	0.62		
2. ความมั่นใจในการใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ข้อมูล (SNAP-IV Scale)	3.47	0.64	4.41	0.63		
3. ความสามารถในการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองและ บุคลากรอื่น ๆ	3.43	0.50	4.70	0.54		
รวม	3.46	0.63	4.61	0.58	5.93	.000

หมายเหตุ $P < .05$,a Wilcoxon signed rank test , b based on positive ranks

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.61$, $SD=.59$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=3.46$, $SD=.80$) โดยเมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำแนกออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่

1. ความสามารถในการสังเกตพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น (ADHD Symptoms)
2. ความสามารถในการใช้แบบประเมินและแปลผล (SNAP-IV)
3. ความสามารถในการให้คำแนะนำและสื่อสารกับผู้ปกครอง

พบว่าหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดีมาก ($M= 4.61$, $SD = 0.59$) ขณะที่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 3.46$, $SD = 0.80$) และยังพบว่าครูมีการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในข้อที่เกี่ยวกับการแยกแยะพฤติกรรมสมาธิสั้นจากพฤติกรรมปกติ (คะแนนเพิ่มจาก 3.33 เป็น 4.58) การบันทึกพฤติกรรมเพื่อใช้ในการประเมินภายหลัง (คะแนนเพิ่มจาก 3.70 เป็น

4.83) การให้ข้อมูลที่ต้องการแก่ผู้ปกครองและบุคลากร (คะแนนเพิ่มจาก 3.28 เป็น 4.93) การแนะนำแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้น (คะแนนเพิ่มจาก 3.78 เป็น 4.70)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การดำเนินกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะของครูประถมศึกษาในการคัดกรองและดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นนั้น มีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ครูมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในสมรรถนะของตนเพิ่มขึ้นในทุกมิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษา ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test ($n = 40$)

กลุ่มทดลอง	Min	Max	Mdn	M	SD	Wilcoxon signed rank test ^a	Asymp. Sig (2-tailed)
ก่อนทดลอง	4	11	6	7.18	1.61	-5.553 ^b	.000
หลังทดลอง	11	15	12	13.10	0.95		

หมายเหตุ $p < .05$, a Wilcoxon signed rank test, b based on positive ranks

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสำหรับครูประถมศึกษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($M = 13.10$, $SD = 0.95$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 7.18$, $SD = 1.61$) ($z = -5.553$, $p = .000$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูประถมศึกษาในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

ผลการวิจัยพบว่า ครูประถมศึกษามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(39) = 11.18$, $p < .001$ โดยมีขนาดอิทธิพลสูง ($d = 1.77$) แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติที่มีความหมาย ส่วนคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ตามการทดสอบ Wilcoxon ($Z = 5.55$, $p < .001$; $r = 0.88$) สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างทั้งความรู้และความเชื่อมั่นของครูได้จริง

เมื่อวิเคราะห์ตามมิติย่อย พบว่าครูมีพัฒนาการเด่นชัดในการสังเกตอาการ การใช้และแปลผลแบบประเมิน SNAP-IV และการสื่อสารกับผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมฝึกปฏิบัติและการติดตามผ่านสื่อเทคโนโลยีของโปรแกรม กลไกเหล่านี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) ที่ระบุว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลสามารถพัฒนาได้จากประสบการณ์ตรง การเรียนรู้จากตัวแบบ การได้รับการชี้แนะ และการลดความกังวลในสถานการณ์จริง

ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปริญญพร ไหมแพง (2566) ที่พบว่าการอบรมครอบครัวช่วยลดอาการสมาธิสั้นได้ รวมถึง Saengduenchai et al. (2023) ที่ยืนยันประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรองตามเกณฑ์ DSM-5 อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษาแบบ one-group pretest–posttest ในโรงเรียนเดียว และใช้การประเมินตนเอง จึงควรมีการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม ตัวอย่างหลากหลาย และการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันความยั่งยืนและความทั่วไปของผลลัพธ์ต่อไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ครูประถมศึกษามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้น ($t(39) = 11.18, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (1997) เกี่ยวกับ *Self-efficacy* ที่ระบุว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจและพฤติกรรมเชิงรุกในการดำเนินกิจกรรมหรือบทบาทต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ ปริญญพร ไหมแพง (2566) ที่พบว่า กลุ่มที่ผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน พบว่าคะแนน SNAP – IV คะแนนอาการขาดสมาธิ คะแนนอาการอยู่ไม่นิ่ง คะแนนรวมอาการสมาธิสั้นมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนน SNAP – IV และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) หลังการใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (สำนักงานโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ [HITAP], 2554) พบว่ามีปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการคัดกรองในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จึงมีการพัฒนาเพื่อนำไปสู่การประเมินความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการคัดกรองและรักษาปัญหาสุขภาพต่อไปในอนาคต

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นของครูประถมศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้ของครูเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นหลังการทดลองใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Wilcoxon ($Z=5.55, p<.001; r=0.88$) โดยเฉพาะในด้านการแยกแยะอาการของเด็ก การเข้าใจลักษณะพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น การคัดกรองและแนวทางส่งต่อ ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นของครูประถมศึกษา ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถตอบสนองต่อจุดประสงค์ของการพัฒนาองค์ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (สำนักงานโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ [HITAP], 2554) ศึกษา การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน โดยเน้นการประเมินสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคของการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในประเทศไทย เพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและระบบการจัดการที่เหมาะสมสำหรับ

ประเทศไทย ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2558) โดยสถาบันราชานุกูล ได้จัดทำคู่มือสำหรับครูโดยรวบรวมความรู้เรื่อง เด็กสมาธิสั้น ทั้งจากตำราและจากข้อมูลที่ได้จากการสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครอง ครู และครูการศึกษาพิเศษที่มีประสบการณ์กับเด็กสมาธิสั้น โดยรวบรวมลักษณะอาการที่พบได้บ่อย ปัญหาพฤติกรรมรวมถึงแนวทางการดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ง่ายต่อการปฏิบัติจริง เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในโรงเรียนเพื่อการสังเกตพฤติกรรม การคัดกรองภาวะสมาธิสั้น ปัญหาที่พบ และการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน ซึ่งระบุว่า ความรู้ที่ได้จากโปรแกรมอบรมส่งผลโดยตรงต่อการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและสมาธิสั้น และกรมสุขภาพจิต (2558) โดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ได้จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับครูโรงเรียน แกนนำเรียนร่วมประถมศึกษาในการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น เพื่อให้ครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมใช้สำหรับเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้แก่ครูโรงเรียนประถมศึกษาให้ กลับไปคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกับผู้ปกครองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zwi et al. (2011) ผู้ปกครองควรได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองแบบกลุ่มในด้านการประเมินโดยใช้ SNAP-IV ในการประเมินเด็กสมาธิสั้น และการจัดการพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จะช่วยให้สามารถประเมินอาการสมาธิสั้น จัดการอาการและป้องกันความรุนแรงได้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูประถมศึกษา คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมศักยภาพของครูให้มีความมั่นใจและมีความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ จตุพร ดวงเพชรแสง (2567) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองและครูร่วมกัน เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นทั้งที่บ้านและโรงเรียน โดยพบว่าผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เหมาะสมขึ้น ครูมีความรู้เพิ่มขึ้น และเด็กมีพฤติกรรมขาดสมาธิและซนลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของครูและผู้ปกครองอย่างเป็นระบบ ช่วยส่งเสริมการจัดการพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัย สิริทองถาวร และคณะ (2560) รวมถึง Pfiffner et al. (2013) ที่ชี้ว่า การดำเนินโปรแกรมอบรมครูควบคู่กับการอบรมผู้ปกครอง สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอาจเนื่องมาจากครูส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านนี้มาก่อน ทำให้เมื่อได้รับการฝึกฝนและเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติ จึงสามารถนำความรู้และทักษะไปปรับใช้ได้ทันทีในบริบทจริง

เมื่อพิจารณาภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงในมิติของครูประถมศึกษาหลังการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นของครูประถมศึกษา โปรแกรมมีผลอย่างเป็นรูปธรรมต่อการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในบริบทโรงเรียนอย่างสอดคล้อง สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura (1977) เชื่อว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม

การกระทำ และความสำเร็จในเรื่องต่างๆ ในบริบทของการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่า ครูที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับเด็กที่มีสมาธิสั้นได้ดีกว่า ซึ่งจะส่งผลต่อการคัดกรอง การช่วยเหลือ และการดูแลเด็กกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการการประยุกต์ใช้ในบริบทการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น ในด้านการคัดกรอง หากครูที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความมั่นใจในการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก และสามารถคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงต่อสมาธิสั้นได้อย่างแม่นยำ ด้านการช่วยเหลือและการดูแล โดยครูที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความมั่นใจในการใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ เพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีสมาธิสั้นให้สามารถเรียนรู้และปรับตัวได้ดีขึ้น ด้านการสร้างความร่วมมือ โดยครูที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะสามารถสร้างความร่วมมือกับผู้ปกครองและผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครู จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและการดูแลเด็กที่มีสมาธิสั้นในอนาคตต่อไป

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มศักยภาพของครูในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นของครูประถมศึกษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ครูหรือผู้ดูแลเด็กจึงน่าจะนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ที่บ้านและโรงเรียนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมฯ สามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้ดังนี้

1. การพัฒนาระบบสนับสนุนแบบบูรณาการ

สถานศึกษาควรจัดให้มีความร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมอบรม หรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น รวมทั้งสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นต้นแบบในการออกแบบระบบ RTI (Response to Intervention) ที่เน้นการประเมินคัดกรอง และวางแผนช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับ โรงเรียนและครอบครัว

2. การนำโปรแกรมอบรมไปขยายผลในสถานศึกษาต่าง ๆ

ควรมีการขยายการใช้โปรแกรมอบรมไปยังโรงเรียนระดับประถมศึกษาอื่น ๆ โดยเฉพาะโรงเรียนที่มีนักเรียนกลุ่มเสี่ยง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพครูในวงกว้าง นอกจากนี้ หน่วยงานต้นสังกัด เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา หรือศูนย์สุขภาพจิต ควรจัดสรรงบประมาณและบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

3. การพัฒนาแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ระยะยาว

ควรมีการจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับครูและผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถทบทวน และนำไปใช้ได้ด้วยตนเองหลังการอบรม รวมทั้งควรประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน หรือสื่อ วิดีโอ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและเข้าถึงได้สะดวก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษา ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งในเชิงภูมิภาค และระดับชั้น เช่น คุรุระดับอนุบาล มัธยมศึกษา หรือครูในโรงเรียนชนบท เพื่อเปรียบเทียบลักษณะการ ตอบสนองต่อโปรแกรมในบริบทที่ต่างกัน

2. การติดตามผลระยะยาว หรือศึกษาผลกระทบระยะยาว (Follow-up Study) เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ ยังไม่มีการติดตามผล จึงควรศึกษาผลในระยะยาว (3–6 เดือน) เพื่อประเมินว่าความรู้และพฤติกรรมของครู และผู้ปกครองคงอยู่และถูกนำไปใช้จริงหรือไม่

3. พัฒนาโปรแกรมที่มีส่วนร่วมของเด็ก ควรศึกษารูปแบบการอบรมหรือกิจกรรมที่เด็กสมาธิสั้น สามารถมีส่วนร่วมร่วมกับครูและผู้ปกครอง เช่น เวิร์กช็อปสร้างความเข้าใจร่วมกัน หรือกิจกรรมสื่อสาร แบบครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจจากหลายมิติ

4. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมต่าง ๆ ควรศึกษาความแตกต่างของโปรแกรมที่ใช้สื่อ เทคโนโลยี (e-Learning, Mobile Application) เทียบกับโปรแกรมอบรมแบบเผชิญหน้า กับการอบรมแบบ เผชิญหน้า ว่ามีผลต่อพฤติกรรมและสมรรถนะของผู้เข้าร่วมแตกต่างกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2558). *เด็กสมาธิสั้น : คู่มือสำหรับครู*. กรมสุขภาพจิต. <https://th.rajanakul.go.th/preview-4816.html>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยประจำปี 2564*. กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยประจำปี 2565*. กรมสุขภาพจิต.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2563). โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือใน โรงเรียน. *วารสารสุขภาพจิตและประสาทวิทยาเด็ก*, 15(2), 1-14.
- จตุพร ดวงเพชรแสง. (2567). การพัฒนาการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครู อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 1-12.
- พินุช พันธุ์ภักดี. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(3), 187-198.
- พินุช พันธุ์ภักดี. (2564). *ปัจจัยทำนายนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตาม การรับรู้ของผู้ปกครอง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5208/3/62061405.pdf>
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2565). *ประเมินสมาธิสั้นด้วย SNAP-IV*. <https://www.chonlatit.com/bs/topic-Display.php?id=687#-IV>

- ชื่นจิตต์ วาณิชสุวรรณ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดสงขลา. (รายงานการวิจัย). <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/7850?mode=full>.
- ชนิดา ทิปะปาล, ปภาติณี แซ่เตี๋ย, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ธัญวดี นาคมิตร, และณัฏฐ์นรี คำอุไร. (2565). โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 28–41.
- บุญเลี้ยง ทุมทอง. (2565). โรคสมาธิสั้น: แนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน. *วารสารครูพิบูล*, 9(1), 12-24.
- ปริญญพร ไหมแพง. (2024). การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลหล่มสัก. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 63(4), 114–127. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/TJP/article/view/2137>
- ภัทรพร ปานดี, กฤษฎิกร วังตระกูล, โกศลจิต หลวงบำรุง, พรทิพย์ จรุงศักดิ์สกุล, ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ, เจริญศรี ขวัญรอด, อุดา แจ่มจันทร์, สำเภาพิทย์ ลิ้มสมุทรชัยกุล, ศรีวัชรดี หนูนาถ, สุภาวดี แก้วนรา, สันติพงศ์ แก้วนรา, สันติ เพชรน้อย, และมนโนชา รามเพชร . (2567). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชาย ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 32(1), 36-48. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/issue/view/17988/5183>
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2558). *หลักสูตรฝึกอบรมสำหรับครูโรงเรียน แกนนำเรียนร่วมประถมศึกษาในการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น*. <https://www.thaichilddevelopment.com>.
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2560). *คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง*. สยามพิมพ์นานาชาติ. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4787/hs2360.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- สมัย สิริทองถาวร, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, ภิญโญ อิศรพงศ์, สุริรัชย์ พิลา, พัทณี พัฒนกิจโกศล, วรรณกมล สอนสิงห์, สกนธ์ สุภากุล, กชพงศ์ สารการ และนุจรี คำด้วง (2560). *การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครูในเขตภาคเหนือ*. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. <https://wwwold.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/8601>
- สมัย สิริทองถาวร, ภิญโญ อิศรพงศ์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, วรรณกมล สอนสิงห์, นุจรี คำด้วง, สุริรัชย์ พิลา และพัชนี พัฒนกิจโกศล. (2560). *หลักสูตรอบรมสำหรับครูโรงเรียนแกนนำร่วมประถมศึกษาในการดูแลปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ปีที่ 1*. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4793?locale-attribute=th>

- องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย. (2565). โรคสมาธิสั้นในเด็ก : รู้สู้โรค.
<https://youtu.be/IDm8oqkwnhs>
- อัญชลี ศรีสมุทร. (2021). บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 140–147. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/250552>
- American Academy of Pediatrics. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2020). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (4th ed.). Guilford Press.
- Moustaka, E., Panagiotopoulou, A., & Micha, M. (2024). Cognitive based interventions for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in college students. *Psychology*, 15(11), Article 1098. <https://doi.org/10.4236/psych.2024.1511098>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention- deficit/ hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994- 1001.
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years: A Cochrane review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD003018. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>