



ความรู้และเจตคติของครูที่สอนระดับประถมศึกษา กับ มัธยมศึกษาตอนต้น ในสังกัดกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับ โรคชนสมาธิสั้น

ปรารภนา ชิตพงศ์, พบ., ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, พบ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคชนสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวเป็นอย่างมากครูเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการรักษาและช่วยเหลือเด็กที่โรงเรียน

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างเครื่องมือวัดความรู้และเจตคติของครูต่อนักเรียนที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น และเพื่อหาปัจจัยของครูสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีอิทธิพลต่อความรู้และเจตคติต่อนักเรียนที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น

วิธีการวิจัย: ศึกษาภาคตัดขวางในครูสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน ซึ่งคัดเลือกมาโดยวิธีการสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ฉบับ ได้แก่ แบบวัดความรู้ ด้าน biological และด้าน psychosocial 25 ข้อ และแบบวัดเจตคติ 20 ข้อ

ผลการศึกษา: แบบวัดความรู้และเจตคติหลังผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงถ้อยคำ และตัดข้อที่ไม่เหมาะสมแล้วมีความเที่ยงทั้งฉบับแบบวัดความรู้และแบบวัดเจตคติเท่ากับ 0.39 และ 0.75 ตามลำดับ

ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นพบว่าเพศหญิงมีความรู้มากกว่าเพศชายระดับชั้นที่สอนมีความรู้ไม่ต่างกัน ครูอายุน้อยมีความรู้มากกว่าครูอายุมาก จำนวนชั่วโมงที่สอนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่ามีความรู้มากกว่า ครูสอนเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้นหลายคนมีความรู้มากกว่าครูที่ไม่เคยสอน ครูที่ผ่านการอบรมมีความรู้มากกว่าครูที่ไม่ผ่านการอบรม ครูส่วนใหญ่มีความรู้ด้าน psychosocial มากกว่า biological ยกเว้นครูที่ผ่านการอบรมแล้วมีความรู้ดีทั้งสองด้าน ในด้านเจตคติพบว่า ระดับชั้นที่สอน เพศ และจำนวนชั่วโมงที่สอนต่อสัปดาห์โดยรวมไม่มีความแตกต่างกันในด้านระดับเจตคติ โดยกลุ่มครูมีอายุน้อย และกลุ่มครูที่ยังไม่เคยสอนนักเรียนที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น มีระดับเจตคติที่สูงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยและมีประสบการณ์สอนนักเรียนที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น ตามลำดับ โดยความรู้มีความสัมพันธ์ในทางลบกับเจตคติ

สรุป: เครื่องมือสามารถนำไปใช้ได้ดีและการมีความรู้ดีไม่สัมพันธ์กับการมีเจตคติดี

คำสำคัญ: โรคชนสมาธิสั้น ความรู้ของครู เจตคติของครู

Corresponding Author: ปรารภนา ชิตพงศ์, พบ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

Email: drpratana@hotmail.com

บทนำ

โรคสมาธิสั้นพบได้ร้อยละ 5-12 ของเด็กทั่วโลก มีอาการหลัก 3 ด้านคือ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความสำคัญเพราะรบกวนพัฒนาการตามปกติและความสามารถทางการเรียนและการเข้าสังคม รวมทั้งมีโอกาสพบภาวะที่เกิดร่วมในวัยเรียน เช่น

โรคบกพร่องด้านการเรียนรู้ พฤติกรรมดื้อต่อต้าน และโรคซึมเศร้า ทำให้เด็กมีความมั่นใจในตนเองต่ำ ในวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด มีพฤติกรรมเกเร การตั้งครรภไม่พึงประสงค์ ส่วนในวัยผู้ใหญ่มักมีปัญหาความสัมพันธ์กับคู่สมรส หย่าร้าง เปลี่ยนงานบ่อย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา มีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวมากขึ้น⁽¹⁾

ครูเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการสังเกตเด็กแล้วส่งเข้ามารับการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย และมีส่วนในการช่วยดูแลเด็กเมื่ออยู่ที่โรงเรียน ความรู้และเจตคติของครูจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Brook และคณะ พบว่าความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นของครูที่สอนในโรงเรียนทั่วไปและโรงเรียนการศึกษาพิเศษอยู่ในระดับต่ำ เจตคติและความเข้าใจในเด็กกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำทั้งสองกลุ่ม แต่ครูที่สอนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษมีความเข้าใจปัญหาของเด็กกลุ่มนี้มากกว่าความรู้เรื่องโรคไม่สัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อเด็กกลุ่มนี้ หมายถึงว่าครูมีความรู้เรื่องโรคแต่อาจไม่ได้มองเด็กด้วยความเข้าใจหรืออยากช่วยเหลือ และจำนวนปีที่สอนไม่มีผลต่อความรู้เรื่องโรค⁽²⁾

Ghanizadeh พบว่าครูที่สอนในระดับประถมศึกษา ยังมีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ เจตคติของครูต่อเด็กกลุ่มนี้ก็ต่ำเช่นกัน ครูส่วนใหญ่เห็นว่าควรใช้หลักในการดูแลหรือลงโทษเด็กกลุ่มนี้เหมือนเด็กปกติ และเห็นว่าเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ความรู้ของครูเพศชายและเพศหญิงไม่ต่างกัน เจตคติของครูเพศชายดีกว่าเพศหญิง ความรู้ของครูที่อายุ 40 ปีขึ้นไปมีระดับต่ำ และความรู้สัมพันธ์เชิงบวกกับเจตคติ⁽³⁾ Kawagoe พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษา เช่นปฏิบัติตามคำแนะนำที่แพทย์บอกไป แต่เจตคติไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา⁽⁴⁾ Jerome และคณะ ศึกษาพบว่าครูที่เพิ่งจบการศึกษามีความรู้เรื่องโรคนี้เท่ากับครูที่ทำงานแล้ว⁽⁵⁾ ขณะที่ Bekle ทำการศึกษาในแบบเดียวกันกับกลุ่มนักศึกษาครุศาสตร์เทียบกับครูที่ทำงานแล้วพบว่าครูมีความรู้ดีกว่าและมีความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเจตคติ⁽⁶⁾ และ Kos พบว่าครูที่เพิ่งจบการ

ศึกษามีความรู้น้อยกว่าครูที่ทำงานแล้ว แต่มีเจตคติใกล้เคียงกัน และมีเจตคติต่อเด็กกลุ่มนี้ในด้าน การควบคุมตัวเองได้น้อย มีผลเสียต่อชั้นเรียน ความถูกต้องของการวินิจฉัย และการปรับสิ่งแวดล้อม⁽⁷⁾ Ausilio พบว่าครูขาดความรู้ในการจัดการพฤติกรรมและการสอนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ครูที่สอนอนุบาลถึงเกรด 2 มีความรู้มากกว่าครูที่สอนเกรด 3-5 เจตคติครูที่สอนเกรดสูงกว่าดีกว่าครูที่สอนเกรดต่ำกว่า และความรู้ไม่สัมพันธ์กับเจตคติ⁽⁸⁾

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติ และการศึกษารื่องนี้ในประเทศไทยยังไม่เคยมีมาก่อน ผู้ทำวิจัยเห็นความสำคัญของความรู้และเจตคติของครูที่มีผลต่อการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น จึงได้ขออนุญาตนำแบบสอบถามที่มีผู้ทำไว้แล้ว มีการแปลและพัฒนาให้เหมาะกับบริบทของไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้และเจตคติของครูสังกัดกรุงเทพมหานครต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และเพื่อทราบปัจจัยของครูสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีอิทธิพลต่อความรู้และเจตคติต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วิธีการวิจัย

ผู้ศึกษาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรบุคคลที่ประกอบอาชีพครูระดับชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 14,000 คน⁽⁹⁾ โดยใช้สูตรของ Yamane⁽¹⁰⁾ กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 389 คน

ตัวแปรอิสระในการศึกษานี้ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม จำนวนครั้งในการฝึกอบรม ประสบการณ์ในการสอน ระดับชั้นที่สอน ช่วงอายุ และเพศ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ และเจตคติต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นของครูสังกัดกรุงเทพมหานคร

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือวัดความรู้ของครูต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยพัฒนามาจาก (โดยได้รับอนุญาต)
 - 20 true/ false questions regarding knowledge about ADHD self report⁽⁵⁾
 - 27 Knowledge Items of Self-Report ADHD Questionnaire⁽⁷⁾
 - Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Knowledge Assessment part four: Knowledge about Symptoms, Diagnosis, and Treatment of ADHD⁽⁸⁾



โดยแปลแล้วนำมาแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้าน biological และด้าน psychological

2. เครื่องมือวัดเจตคติของครูต่อเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น โดยพัฒนามาจาก (โดยได้รับอนุญาต)

- 31 Attitude Items of Self-Report ADHD Questionnaire (Julie M K, 2004)⁽⁷⁾

ผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือวัดไปยังโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานครตามวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยนำส่งเอกสารผ่านสำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร และเก็บกลับคืนโดยการส่งกลับคืนทางไปรษณีย์ ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC Version 13.0 for Windows โดยหาค่าความตรง (content validity) โดยใช้ IOC หรือค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดยให้ผู้เชี่ยวชาญคือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและอาจารย์ คณะจิตวิทยา บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เป็นผู้ให้คะแนน และตัดข้อคำถามบางข้อที่มีค่าไม่เหมาะสมออก หาค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบทดสอบโดยดูความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถามจากค่า cronbach alpha สถิติที่ใช้วิเคราะห์ได้แก่ สหสัมพันธ์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อหาความแตกต่างระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร

ผลการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ส่งเครื่องมือวัดไปยังโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 500 ชุด โดยนำส่งเอกสารผ่านสำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร และได้รับกลับคืนมาทางไปรษณีย์ จำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 80 ของทั้งหมด

จากตารางที่ 1 พบว่า ครูสังกัดกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 34-49 โดยเป็นครูที่สอนในระดับประถมศึกษา และมีชั่วโมงสอนรวมต่ำกว่า 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งครูส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์สอนเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคชนสมาธิสั้น

ตารางที่ 2 แสดงถึงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างระหว่างตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญของความรู้ด้าน biological, psychosocial และความรู้รวม พบว่า เพศหญิง

มีความรู้รวม และความรู้ด้าน psychosocial สูงกว่าเพศชาย ขณะที่ความรู้ด้าน biological มีค่าแตกต่างกันเล็กน้อย โดยครูกลุ่มที่มีช่วงอายุต่ำกว่า 33 ปี มีความรู้ในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่อายุมากขึ้น และครูที่สอนระดับมัธยมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าครูที่สอนชั้นประถมศึกษาเล็กน้อย ในกรณีของชั่วโมงที่สอนมากขึ้นทั้งที่มีเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้นร่วมเรียนและไม่ได้ร่วมเรียนด้วยจำนวนเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้นที่เคยสอนที่มากขึ้น ทำให้ความรู้ด้าน psychosocial และความรู้รวมมากขึ้น ส่วนการผ่านและจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมที่มากขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยด้านความรู้รวม ด้าน biological และด้าน psychosocial มีคะแนนสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ด้านความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ พบว่า ความรู้ด้าน psychosocial มีความแตกต่างกันภายในกลุ่มของแต่ละตัวแปรในเกือบทุกตัวแปร ในขณะที่ความรู้ด้าน biological มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในตัวแปรของประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นสำคัญ

ตารางที่ 3 พบว่าครูในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีเจตคติต่อโรคชนสมาธิสั้น อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีบางข้อคำถามที่มีความเห็นด้วยมากและน้อย

ตารางที่ 4 แสดงเจตคติที่มีต่อโรคชนสมาธิสั้นของเพศชายมีสูงกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มอายุที่สูงขึ้นมีเจตคติที่ดีมากยิ่งขึ้น ในกรณีของประสบการณ์ครูที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้นยิ่งมากขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติมีค่าลดลง รวมทั้งครูที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคชนสมาธิสั้นในจำนวนครั้งที่มากขึ้น ค่าเฉลี่ยของเจตคติก็ยิ่งลดลงด้วยเช่นกัน

กลุ่มตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์สอนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคชนสมาธิสั้น จำนวนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคชนสมาธิสั้นที่เคยสอน จำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์ที่มีเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้นเรียนร่วมด้วย จำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์ที่มีเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้นเรียนร่วมด้วย และจำนวนครั้งที่เคยอบรม

อภิปรายผล

พบว่าค่าความเที่ยงของความรู้เกี่ยวกับโรคชนสมาธิสั้นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.389 และค่าความเที่ยงของเจตคติเกี่ยวกับโรคชนสมาธิสั้นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.750 ซึ่งการที่ความเที่ยงของแบบวัดความรู้มีต่ำเพราะตัวเลือกของแบบวัดมีจำนวนเพียง 2 ตัวเลือก ร้อยละของการตอบถูกและผิด

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	73	18.20
หญิง	327	81.80
อายุ		
ต่ำกว่า 33 ปี	121	30.25
34-49 ปี	169	42.25
50 ปีขึ้นไป	110	27.50
ระดับชั้นที่สอน		
ประถมศึกษา	350	87.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	12.50
จำนวนชั่วโมงที่สอนต่อสัปดาห์		
ต่ำกว่า 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	155	38.75
19-21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	143	35.75
22 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป	102	25.50
ประสบการณ์สอนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น		
เคย	216	54.00
ไม่เคย	184	46.00
จำนวนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่เคยสอน		
0 คน	184	46.00
1-2 คน	92	23.00
3 คนขึ้นไป	124	31.00
จำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์ที่มีเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเรียนร่วมด้วย		
0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	186	46.50
1-11 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	107	26.75
12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป	107	26.75
ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสอนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น		
เคย	192	48.00
ไม่เคย	208	52.00
จำนวนครั้งที่เคยอบรม		
0 ครั้ง	208	52.00
1 ครั้ง	56	14.00
2 ครั้งขึ้นไป	136	34.00



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างระหว่างตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญของความรู้

ข้อมูลทั่วไป	ค่า Mean (SD) ของความรู้แต่ละด้าน		
	biological	psychosocial	รวม
เพศ			
ชาย	7.27 (1.644)	7.92 (1.876)**	15.19 (2.837)*
หญิง	7.24 (1.591)	8.73 (1.947)**	15.97 (2.777)*
อายุ			
ต่ำกว่า 33 ปี	7.49 (1.639)	8.89 (2.093)*	15.88 (2.407)*
34-49 ปี	7.10 (1.526)	8.30 (2.082)*	15.40 (2.786)
50 ปีขึ้นไป	7.19 (1.645)	8.69 (1.618)	15.88 (3.061)
ระดับชั้นที่สอน			
ประถมศึกษา	7.24 (1.629)	8.56 (2.012)	15.81 (2.896)
มัธยมศึกษาตอนต้น	7.24 (1.379)	8.74 (1.536)	15.98 (2.025)
จำนวนชั่วโมงที่สอนต่อสัปดาห์			
ต่ำกว่า 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	7.29 (1.529)	8.34 (1.741)*	15.63 (2.641)
19-21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	7.15 (1.565)	8.52 (1.917)	15.66 (2.611)
22 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป	7.30 (1.751)	9.06 (2.242)*	16.36 (3.221)
ประสบการณ์สอนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนสมาธิสั้น			
เคย	7.28 (1.646)	8.90 (2.086)**	16.18 (3.084)*
ไม่เคย	7.21 (1.548)	8.23 (1.738)**	15.45 (2.376)*
จำนวนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนสมาธิสั้นที่เคยสอน			
0 คน	7.21 (1.548)	8.23 (1.738)*	15.45 (2.376)*
1-2 คน	7.10 (1.604)	8.79 (1.964)	15.89 (2.853)
3 คนขึ้นไป	7.40 (1.667)	8.95 (2.175)*	16.35 (3.244)*
จำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์ที่มีเด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้นเรียนร่วมด้วย			
0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	7.21 (1.551)	8.23 (1.751)*	15.44 (2.409)*
1-11 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	7.09 (1.508)	8.56 (1.839)*	15.65 (2.650)*
12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป	7.45 (1.755)	9.22 (2.250)*, *	16.67 (3.350)*, *
ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสอนเด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้น			
เคย	7.89 (1.533)**	9.53 (1.878)**	17.42 (2.653)**
ไม่เคย	6.64 (1.417)**	7.72 (1.597)**	14.36 (2.029)**
จำนวนครั้งที่เคยอบรม			
0 ครั้ง	6.64 (1.417)*, *	7.72 (1.597)*, *	14.36 (2.029)*, *
1 ครั้ง	7.68 (1.377)*	9.20 (1.394)*	16.88 (2.098)*
2 ครั้งขึ้นไป	7.98 (1.589)*	9.66 (2.034)*	17.64 (2.828)*

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ระดับเจตคติของครูสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีต่อโรคนสมาธิสั้น

เจตคติของครูสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีต่อโรคนสมาธิสั้น	Mean	SD	ระดับเจตคติ
1. โรคนสมาธิสั้นเป็นโรคที่ทำให้มีปัญหาด้านการเรียน	4.27	0.835	มาก
2. โรคนสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยบ่อยเกินไป	3.15	0.958	ปานกลาง
3. เวลาที่ครูใช้ไปในการดูแลนักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้นถือเป็นการสิ้นเปลืองเวลาของนักเรียนที่ไม่ได้เป็นโรคนี้	2.78	1.266	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้ามีความสามารถในการจัดการกับเด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้นในชั้นเรียน	3.12	0.978	ปานกลาง
5. การที่มีเด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้นอยู่ในชั้นเรียนรบกวนการสอนของข้าพเจ้า	3.02	1.071	ปานกลาง
6. เด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้นสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้น้อย	3.96	0.928	มาก
7. ข้าพเจ้าลำบากใจเมื่อต้องสอนนักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้น	2.77	1.143	ปานกลาง
8. ข้าพเจ้ามีขีดจำกัดในการจัดการนักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้น	2.78	1.073	ปานกลาง
9. นักเรียนคนอื่นไม่สามารถเรียนได้เต็มที่เมื่อมีนักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้นร่วมอยู่ในชั้นเรียนด้วย	3.09	1.174	ปานกลาง
10. เด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้นไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้	2.40	1.115	น้อย
11. โรคนสมาธิสั้นเป็นโรคทางพฤติกรรมซึ่งไม่ควรรักษาด้วยยา	2.58	1.187	ปานกลาง
12. ครูไม่สามารถคาดหวังจากนักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้นได้เท่าเด็กอื่น	3.23	1.184	ปานกลาง
13. นักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้นควรมีครูด้านการศึกษาศึกษาพิเศษมาสอน	4.22	0.972	มาก
14. โรคนสมาธิสั้นเป็นข้อแก้ตัวสำหรับนักเรียนที่พฤติกรรมไม่เหมาะสม	2.76	1.213	ปานกลาง
15. เด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้นสามารถควบคุมพฤติกรรมตัวเองได้ถ้าต้องการจะทำจริงๆ	2.79	1.101	ปานกลาง
16. การจัดการกับพฤติกรรมของนักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้นเป็นเรื่องที่กระทำได้โดยง่าย	3.29	1.072	ปานกลาง
17. เด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้นประพฤติไม่เหมาะสมเป็นผลมาจากที่เขาเคยอยู่ก่อนแล้ว	2.43	1.131	น้อย
18. นักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้นไม่ควรได้รับการเรียนการสอนในระบบโรงเรียนตามปกติ	2.48	1.256	น้อย
19. โรคนสมาธิสั้นเป็นการวินิจฉัยที่ถูกต้อง	2.82	0.983	ปานกลาง
20. ยาเพิ่มสมาธิควรใช้เป็นวิธีสุดท้ายในการดูแลเด็กที่เป็นโรคนสมาธิสั้น	2.73	1.209	ปานกลาง
รวม	3.00	0.523	ปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 50 ขณะที่แบบวัดเจตคติมี 5 สเกลจึงมีระดับการกระจายของคำตอบที่สูง ระดับความเที่ยงจึงสูงตาม ดังนั้นหากต้องการเพิ่มระดับความเที่ยงของแบบวัดความรู้ควรเพิ่มตัวเลือกของคำตอบให้มากขึ้น

กลุ่มที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสอนนักเรียนที่เป็นโรคนสมาธิสั้นและกลุ่มที่มีประสบการณ์สอนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนสมาธิสั้นมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 200 คน จึงน่าจะสามารถเปรียบเทียบได้ดีที่สุด แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนครูในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในสังกัดกรุงเทพมหานครมีน้อยกว่าระดับชั้นประถมศึกษาและเพศชายมีจำนวนน้อยกว่าเพศหญิงมาก จึงทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ปริมาณน้อย ผลการวิเคราะห์จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนในการเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่มจากเชิงปริมาณได้

แบบวัดความรู้ด้าน biological มีความสัมพันธ์กับแบบวัดเจตคติในทิศทางบวกในระดับต่ำ อาจกล่าวได้ว่าแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ คือ แบบวัดความรู้และวัดเจตคติ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ถือว่าแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ มีอิสระต่อกัน แสดงถึงการมีความรู้มากในเรื่องโรคนสมาธิสั้นไม่สัมพันธ์กับการมีเจตคติที่ดีต่อเด็กกลุ่มนี้เหมือนกับการศึกษาของ Brook⁽²⁾, Kawagoe⁽⁴⁾ และ Ausilio⁽⁸⁾ ซึ่งขัดแย้งกับหลักการเรียนรู้ตาม Bloom's taxonomy ที่ความรู้ (cognitive) ทำให้เกิดเจตคติ (affective) และทักษะ (psychomotor) ตามมา⁽¹¹⁾ แต่สอดคล้องกับข้อเขียนของ Hannah and Pliner ที่ว่า "ความรู้ดีแต่ไม่มีทักษะในการจัดการจึงมีเจตคติในแง่ลบ"⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Ghanizadeh และ Bekle พบว่าความ



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างระหว่างตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญของเจตคติ

ข้อมูลทั่วไป	ค่า Mean (SD) ของเจตคติ
เพศ	
ชาย	3.11 (0.515)
หญิง	2.98 (0.522)
อายุ	
ต่ำกว่า 33 ปี	2.89 (0.535)*
34-49 ปี	3.05 (0.545)
50 ปีขึ้นไป	3.06 (0.455)*
ระดับชั้นที่สอน	
ประถมศึกษา	3.00 (0.534)
มัธยมศึกษาตอนต้น	3.04 (0.437)
จำนวนชั่วโมงที่สอนต่อสัปดาห์	
ต่ำกว่า 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	3.05 (0.523)
19-21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	3.03 (0.529)
22 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป	2.90 (0.504)
ประสบการณ์สอนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น	
เคย	2.92 (0.502)**
ไม่เคย	3.09 (0.533)**
จำนวนเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่เคยสอน	
0 คน	3.10 (0.533)*
1-2 คน	3.00 (0.485)
3 คนขึ้นไป	2.86 (0.505)*
จำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์ที่มีเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเรียนร่วมด้วย	
0 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	3.09 (0.534)*
1-11 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	3.03 (0.527)*
12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป	2.82 (0.454)*,
ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสอนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น	
เคย	2.92 (0.481)**
ไม่เคย	3.08 (0.547)**
จำนวนครั้งที่เคยอบรม	
0 ครั้ง	3.08 (0.547)*
1 ครั้ง	2.96 (0.480)
2 ครั้งขึ้นไป	2.89 (0.481)*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รู้และเจตคติของครูเกี่ยวกับโรคชนสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ^(3,6) ซึ่งความแตกต่างออกไปนั้นอาจเป็นเพราะบริบท วัฒนธรรมและระบบการศึกษา ทำให้ความสนใจเรื่องการศึกษาพิเศษต่างกัน ส่งผลให้ผลที่ได้มีค่าต่างกันด้วย ซึ่งควรมีการเข้าไปศึกษารายละเอียดของการอบรมการศึกษาพิเศษในประเทศไทยว่ามีส่วนเพิ่มพูนความรู้และเจตคติอย่างไร

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของครูสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีต่อโรคชนสมาธิสั้น ในแต่ละด้านพบว่า ด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ พบว่า มีความแตกต่างกันในความรู้รวม และความรู้ด้าน psychosocial โดยครูหญิงคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าครูชาย ครูที่อายุน้อยกว่า 33 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าครูที่มีอายุ 50 ขึ้นไป และกลุ่มอายุ 34-49 ปี ตามลำดับ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการศึกษาในช่วงหลังการประกาศในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่ได้กำหนดสิทธิในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้ไม่น้อยกว่า 12 ปีอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายฯ สำหรับผู้ที่มีความสามารถพิเศษนั้น ต้องจัดการศึกษาให้ด้วยรูปแบบที่เหมาะสม โดยจะต้องคำนึงถึงความสามารถของบุคคลนั้น ซึ่งผู้มีความสามารถพิเศษ หมายถึง เด็กและเยาวชนที่แสดงออกซึ่งความสามารถอย่างโดดเด่นด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน⁽¹³⁾ ทำให้เด็กพิเศษได้มีโอกาสในการเข้าไปเรียนร่วมกับเด็กปกติมากขึ้น เมื่อพิจารณาตามจำนวนชั่วโมงที่สอนโดยรวม พบว่าผู้ที่สอนจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์มากกว่ามีความรู้ด้าน psychosocial สูงกว่า โดยเฉพาะกลุ่มที่จำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์มากกว่า 22 ชั่วโมง จะแตกต่างกับกลุ่มที่จำนวนชั่วโมงสอนต่อสัปดาห์น้อยกว่า 18 ชั่วโมงอย่างสูง กลุ่มของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคชนสมาธิสั้นนั้น หากครูที่เคยสอนมากกว่า 3 คน ขึ้นไป มีค่าความแตกต่างจากครูที่ไม่เคยสอนอย่างมาก โดยเฉพาะความรู้ในด้าน psychosocial และความรู้รวม เช่นเดียวกับครูที่มีประสบการณ์และการสอนเกี่ยวข้องกับเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น มีระดับความรู้กับเรื่องดังกล่าวสูงมากกว่าครูที่ไม่มีประสบการณ์ด้านการอบรมพบว่า ผู้อบรมมากกว่า 1 ครั้ง ขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงกว่าผู้ที่อบรมน้อยครั้งกว่าอย่างชัดเจนในความรู้ทุกด้าน จึงเป็นสิ่งที่ยืนยันว่า การอบรมมีผลทำให้ครูมีความรู้มากกว่าไม่อบรม

จากแบบวัดความรู้ พบว่าความรู้ด้าน psychosocial สามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างได้ดีกว่าความรู้ด้าน biological แต่กรณีของระดับชั้นการสอนที่แตกต่าง

กันของครู ไม่มีความแตกต่างกันด้านความรู้โดยรวมและความรู้ในด้านย่อย ซึ่งส่วนนี้อาจคลาดเคลื่อนจากการที่จำนวนของกลุ่มตัวอย่างของครูมีระยะตอนต้นมีน้อยกว่าครูระดับประถมอย่างมากทำให้ความแตกต่างของข้อมูลไม่ชัดเจน และการอบรมเรื่องโรคชนสมาธิสั้นในโรงเรียนเดียวกันเป็นการอบรมพร้อมๆ กันโดยไม่แบ่งแยกระดับ ทำให้ผลที่ได้จึงเสมือนเป็นกลุ่มเดียวกัน ไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน

ระดับเจตคติของครูสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีต่อโรคชนสมาธิสั้นโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง สรุปเป็นข้อความจากกลุ่มที่มีเจตคติโดยเฉลี่ยมากและน้อยได้ว่า โรคชนสมาธิสั้นเป็นโรคที่ทำให้มีปัญหาด้านการเรียน ทำให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้น้อย อาจไม่เป็นผลจากที่เด็กเกรงอยู่ก่อนแล้ว และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนการเรียนการสอนในระบบโรงเรียนปกติ และมีความรู้ด้านการศึกษาพิเศษมาสอนโดยเฉพาะ

ส่วนระดับชั้นที่สอน เพศ และจำนวนชั่วโมงที่สอนต่อสัปดาห์โดยรวม ไม่มีความแตกต่างของระดับเจตคติของแต่ละกลุ่ม ต่างจาก Ghanizadeh ที่พบว่าครูชายมีเจตคติดีกว่าครูหญิง⁽³⁾ แต่ประสบการณ์และจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการสอนนักเรียนที่เป็นโรคชนสมาธิสั้น มีความแตกต่างทางเจตคติอย่างเห็นได้ชัด ระหว่างครูที่ผ่านการอบรมมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป กับผู้ที่ไม่ผ่านการอบรม และกลุ่มครูที่มีอายุมากขึ้นมีเจตคติที่ดีมากกว่ากลุ่มครูที่มีอายุน้อยกว่าซึ่งอาจเป็นเพราะมีความเข้าใจและเห็นใจเด็กมากขึ้นและเนื่องจากวุฒิภาวะที่สูงขึ้นทำให้สามารถเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับลักษณะที่นักเรียนแสดงออกได้มากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับโรคชนสมาธิสั้นของครูที่ผ่านการอบรมแล้วหรืออยู่ในโรงเรียนการศึกษาพิเศษต่อเด็กกลุ่มนี้ดีกว่าครูทั่วไป⁽²⁾ ในขณะที่ครูที่เคยสอนเด็กที่เป็นโรคชนสมาธิสั้นมีระดับเจตคติที่ดีกว่าครูที่ไม่เคยสอนเลย เห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มครูที่มีชั่วโมงสอนมากขึ้นในชั้นที่มีนักเรียนเป็นโรคชนสมาธิสั้นเรียนร่วมด้วย ค่าเฉลี่ยเจตคติน้อยลงเป็นลำดับ เนื่องจากความยากลำบากในการเรียนการสอนของเด็กกลุ่มนี้ ทำให้เกิดความรู้สึกในด้านลบจนบางส่วนเกิดเจตคติในด้านลบไปด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ cross sectional study ซึ่งความรู้และเจตคติของครูไม่ได้คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยที่มากกระทบได้ตลอดเวลา



2. แบบวัดความรู้มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับแบบวัดเจตคติ เพราะมีสเกลการวัดที่หายากกว่า คือ ถูกหรือผิด ทำให้มีโอกาสที่จะเดาถูกสูง อาจทำให้ไม่ทราบความรู้ที่แท้จริงของครู

3. จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตัวแปรต้นแตกต่างกันมาก เช่นเพศ ครูหญิงมีมากกว่าครูชายมาก ระดับชั้นที่สอน ประถมศึกษามากกว่ามัธยมศึกษา ทำผลที่ได้อาจไม่ถูกต้องทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามเรื่องเพศผลที่ได้น่าจะใกล้เคียงความเป็นจริงเพราะครูหญิงมีมากกว่าครูชายจริงตามสถิติครูของ กทม. ปี 2553 คือ ชายต่อหญิงร้อยละ 25 : 75⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาแบบ longitudinal study ต่อไป เพื่อให้ทราบความเปลี่ยนแปลงของความรู้และเจตคติของครูเมื่อปัจจัยต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป เพื่อพัฒนาศักยภาพของครูให้เหมาะสมกับความต้องการของตัวเขา นักเรียน และพัฒนาหลักสูตรการอบรมได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งลงลึกในรายละเอียดของเนื้อหาการอบรมของครู ว่ามีรายละเอียดที่ครอบคลุมความรู้

และเจตคติในการตอบแบบวัดหรือไม่เพื่อเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการเรียนรู้จากการอบรม หรือจากประสบการณ์

ควรเพิ่มการอบรมความรู้แก่ครูที่จบการศึกษาหลังจบ การศึกษาอย่างต่อเนื่องเพราะเป็นการสร้างเสริมความรู้และวิธีการนำไปปฏิบัติใช้จริง รวมทั้งสร้างระบบในการกระตุ้น (booster) อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการทำการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ได้แก่ คณาจารย์หน่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น หัวหน้าภาควิชา และเจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์คณะจิตวิทยา บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ผู้อำนวยการสำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความกรุณากรอกแบบสอบถาม และผู้อนุญาตให้แปลแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. Lacramioara SL, Eugene A. Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. In: Andres M, Fred RV, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: A Comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2007:430-49.
2. Uzi B, Nathan W. Attitude and knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and learning disability among high school teachers. Patient Educ Couns 2000;40:247-52.
3. Ahmad G, Mohammad JB, Seyed RM. Knowledge and attitudes towards Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. Patient Educ Couns 2006;63:84-8
4. Karin K. Teachers' knowledge and attitudes concerning children with attention deficit- hyperactivity disorder (thesis). California State Univ.;2006.
5. Laurence J., Paulene W., Colin JL., Al S. Is teacher's knowledge regarding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) improving?. Child and Adolescent Psychiatry On-Line 1999. (Cited 2010 Oct 10) Available from: <http://priority.com/psych/adhdteach.htm>.
6. Bruna B. Knowledge and attitudes about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. J Atten Disord 2004;7:151-61.
7. Julie MK. Primary school teachers' knowledge, attitudes, and behaviours toward children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (thesis). RMIT Univ.;2004.
8. Carole DA. Sourced of information and selected variables and their relationship to teachers' knowledge and attitudes regarding Attention-Deficit/Hyperactivity disorder(ADHD) (dissertation). Florida Atlantic Univ.;2005.

9. กลุ่มงานนโยบายและแผนการศึกษา กรุงเทพมหานคร. จำนวนนักเรียน ครู ห้องเรียน และโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จำแนกตามเขต ปีการศึกษา 2552 เรียงตามจำนวนนักเรียน. (อ้างถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2554) สืบค้นจาก http://203.155.220.118/info/stat_search/stat_53/edu53_01.htm.
10. Yamane T. Statistics : An introductory analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row;1973:110-25.
11. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain. New York: David McKay Co Inc;1956.
12. Hannah E, Pliner S. Teacher attitudes toward handicapped children: A review and syntheses. SPR 1983;12: 12-25.
13. สำนักงานปฏิรูปการศึกษา. ภาวะปฏิรูปการศึกษา แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด;2545.
14. กลุ่มงานนโยบายและแผนการศึกษา กรุงเทพมหานคร. สถิติการศึกษา 2553 จำนวนครู. (อ้างถึงเมื่อ 31 ต.ค. 2554) สืบค้นจาก <http://www.bmaeducation.in.th/download/teacher53.xls>.



The Knowledge and Attitude about Attention Deficit Hyperactivity Disorder of Elementary and Secondary School Teachers under Bangkok Metropolitan Administration.

Chitapong P, MD., Sukanich P, MD.

Department of psychiatry, Faculty of medicine Ramathibodi hospital, Mahidol university, Bangkok 10400, Thailand

Abstract

Background: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common child psychiatric disorder that has a negative impact not only to the children per se but also to their families and schools. Teachers play an important role in detecting, referring the children to the medical services and also taking care of the success of the students in schools.

Objectives: To develop an instrument to measure teacher's knowledge and attitude in ADHD and To identify factors that influence those two mentioned teacher's aspects.

Method: This cross sectional study included 400 Bangkok teachers which were randomly sampling. The instrument used consists of the 25-items knowledge part (both biological and psychosocial) and the 20-items attitude part.

Results: The instrument was validated and then reedited by the specialists. It's reliability on knowledge and attitude were 0.389 and 0.750 respectively. For the knowledge part, the female teachers had a higher score than the male ones, not depending on the grades they were teaching. The younger the teachers are, the higher score they had. The correlation was found between the number of hours they teach the ADHD and the better knowledge about the disorder. The prior training course on ADHD also relates to the teacher's higher score on both parts. However, most of the teachers did better on the psychosocial knowledge. For the attitude part, sex, grade they were teaching, number of teaching hours were not different in their scores among groups. The older and the never teach groups yield higher attitude scores. The knowledge inversely correlated with the attitude.

Conclusion: Measurement was quite good to use and knowledge inversely correlated with attitude.

Keywords: attention deficit-hyperactivity disorder, ADHD, teacher's knowledge, teacher's attitude

Corresponding author: Chitapong P, MD.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol university, Bangkok 10400, Thailand. Email: drpratana@hotmail.com