ปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสงขลา

Learning and Behavioral Problems of Grade 1 Students in Songkhla

ธัญลักษณ์ วั่นเลี่ยง*

Thanyalak Wanliang*

* กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

* Department of psychiatry, Hatyai hospital, Songkhla province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) รวบรวมข้อมูลจากโครงการคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจาก 4 โรคหลัก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559 ถึง 2561 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการได้รับการคัดกรองโดยครูประจำชั้น เพื่อค้นหานักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ นักเรียนกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา นักเรียนที่ได้รับการคัดกรองรวมทั้ง 3 ปีการศึกษา จำนวน 17,791 ราย พบนักเรียนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 3,335 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจวินิจฉัย จำนวน 2,137 ราย เป็นเพศชาย 1,541 ราย และเพศหญิง 596 ราย อายุเฉลี่ย 7.7 ปี ในปีการศึกษา 2559 นักเรียนได้รับการคัดกรอง จำนวน 4,437 ราย พบนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 20.33 หลังจากดำเนินการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก พบความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 9.15 ของนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสงสัยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 5.91 รองลงมาคือ โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 2.59 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 0.47 และโรคออทิสติก ร้อยละ 0.02 ในปีการศึกษา 2560 นักเรียนได้รับการคัดกรองจำนวน 7,027 ราย พบนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 17.12 ความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมเท่ากับร้อยละ 8.34 โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสงสัยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 5.14 รองลงมาคือ โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 2.78 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 0.28 และโรคออทิสติก ร้อยละ 0.06 และในปีการศึกษา 2561 นักเรียนได้รับการคัดกรองจำนวน 6,327 ราย พบนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 19.44 พบความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 10.29 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสงสัยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 6.20 รองลงมาคือ โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 3.33 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 0.47 และโรคออทิสติก ร้อยละ 0.11

สรุป ความชุกของนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรมใกล้เคียงกับผลการสำรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ แต่ความชุกของโรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

คำสำคัญ ปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม นักเรียน

Corresponding author: ธัญลักษณ์ วั่นเลี่ยง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(3): 261-276

ABSTRACT

Objective : To study the prevalence of learning and behavioral problems of Grade 1 students in primary schools from 9 districts of Songkhla.

Method : This was a retrospective descriptive study. Data was collected from the project using a screening program for learning and behavioral problems of Grade 1 students from primary schools in 9 districts of Songkhla province during the academic year of 2016, 2017, and 2018. Participants were assessed by their teachers with the screening tools to identify those potentially at-risk of attention deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, intellectual disability and learning disorders. At-risk students were evaluated by a child psychiatrist to perform diagnosis. The collected data was analyzed using descriptive statistics.

Results : From a total of 17,791 Grade 1 students in the academic year of 2016, 2017, and 2018, who were assessed by their teachers with the screening tools, 3,335 participants (18.75%) were identified as at-risk for learning and behavioral problems. Further, 2,137 at-risk students visited a child psychiatrist for diagnosis, including 1,541 males and 596 females with an average age of 7.7 years old. In the 2016 academic year, 20.33% of the 4,437 participants were identified as at-risk students. After diagnosis, the prevalence of learning and behavioral problems was determined to be 9.15%. Most of them were found to be suspected learning disorder (LD) (5.91%), followed by attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (2.59%), intellectual disability (ID) (0.47%) and autism spectrum disorder (ASD) (0.02%). In the 2017 academic year, 17.12% of the 7,027 participants were identified as at-risk students. The prevalence of learning and behavioral problems was 8.34%. Most of them were found to be suspected LD (5.14%), followed by ADHD (2.78%), ID (0.28%) and ASD (0.06%). Finally, in the 2018 academic year, 19.44% of the 6,327 participants were identified as at-risk students. The prevalence of learning and behavioral problems was 10.29%. Most of them were found to be suspected LD (6.20%), followed by ADHD (3.33%), ID (0.47%) and ASD (0.11%).

Conclusion : The prevalence of at-risk students is consistent with the nationwide study, while the prevalence of ADHD, ASD, ID and LD is lower than the previous study.

Keywords : learning disorders, behavioral problems, students

Corresponding author: Thanyalak Wanliang

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(3): 261-276

บทนำ

ปัญหาการเรียนและปัญหาพฤติกรรม เป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียน โดยเด็กแต่ละคนอาจมีลักษณะปัญหาหรืออาการที่แตกต่างกัน เช่น อ่านหรือเขียนหนังสือไม่คล่อง มีปัญหาในการคิดเลข ทำงานไม่เสร็จ ผลการเรียนต่ำ ซน อยู่ไม่นิ่ง เหม่อลอย ขี้ลืม เป็นต้น เด็กที่มีปัญหาการเรียนมักถูกตำหนิจากพ่อแม่หรือครูเป็นประจำ ส่งผลให้เด็กขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และอาจเกิดปัญหาอารมณ์หรือปัญหาพฤติกรรมอื่นตามมา เช่น เครียด วิตกกังวล ก้าวร้าว เกเร หนีเรียน มีปัญหาทางเพศ หรือปัญหาการใช้สารเสพติด จนทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาหรือต้องออกจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควร แต่หากได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยให้เด็กมีความสามารถทางการเรียนที่ดีขึ้น[1] สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ และช่วยป้องกันปัญหาอารมณ์หรือปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ที่อาจเกิดตามมา[2] ดังนั้นการคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมเพื่อค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยง จึงมีความสำคัญสำหรับการวางแผนดูแลช่วยเหลือให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กแต่ละคน

สำหรับสาเหตุที่ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม อาจเกิดจากปัจจัยภายในตัวเด็กเอง เช่น ความบกพร่องทางร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท และปัญหาทางสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล การขาดแรงจูงใจในการเรียน เป็นต้น หรืออาจเกิดจากปัจจัยด้านครอบครัวหรือโรงเรียน เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การขาดการฝึกฝนจากผู้ปกครอง ความยากจนและด้อยโอกาสทางการศึกษา รวมทั้งปัญหาความสัมพันธ์กับครูหรือเพื่อนที่โรงเรียน[3] อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะเด็กที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจากโรคในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorders) ซึ่งประกอบด้วย 4 โรคหลักที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability) ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (specific learning disorders) โรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactivity disorder) และโรคออทิสติก (autism spectrum disorder)

ผลการสำรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ จำนวน 23,146 รายในปี พ.ศ.2559 โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า 6-12 ปี ของกรมสุขภาพจิต พบเด็กมีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรมร้อยละ 19.7 โดยเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้มากที่สุด ร้อยละ 14.7 รองลงมาคือเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 10.0 เสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 7.7 และเสี่ยงต่อโรคออทิสซึม ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ[4] จากการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมและการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้เครื่องมือเดียวกัน พบว่ามีเด็กอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 16.39 กลุ่มเสี่ยงภาวะแอลดี ร้อยละ 16.17 กลุ่มเสี่ยงภาวะเรียนรู้ช้า ร้อยละ 9.64 และกลุ่มเสี่ยงโรคออทิสซึม ร้อยละ 6.53[5] และจากการศึกษาความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ในจังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SDQ พบว่าให้ผลคัดกรองเป็นบวก ร้อยละ 16.6 เมื่อผ่านขั้นตอนการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก พบความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 7.4 โรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 4.8 และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 2.5[6] ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจล่าสุดในประเทศไทยที่พบความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 8.1[7] ภาวะ

บกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 6-9.9[8] ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 6.5 ในเด็กอายุ 6-15 ปี[9] และร้อยละ 5.8 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1[10] ส่วนความชุกของโรคออทิสติก จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบร้อยละ 0.099 ในเด็ก 1-5 ปี[11] ปัจจุบันพบประมาณร้อยละ 1-2 ในเด็กวัยเรียน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสงขลา แต่จากสถิติล่าสุดจะเห็นว่าเด็กวัยเรียนในประเทศไทยมีภาวะหรือโรคที่เป็นสาเหตุของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมเป็นจำนวนมาก ในขณะที่กรมสุขภาพจิตรายงานว่าเด็กกลุ่มนี้มีอัตราการเข้าถึงบริการต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้[12]

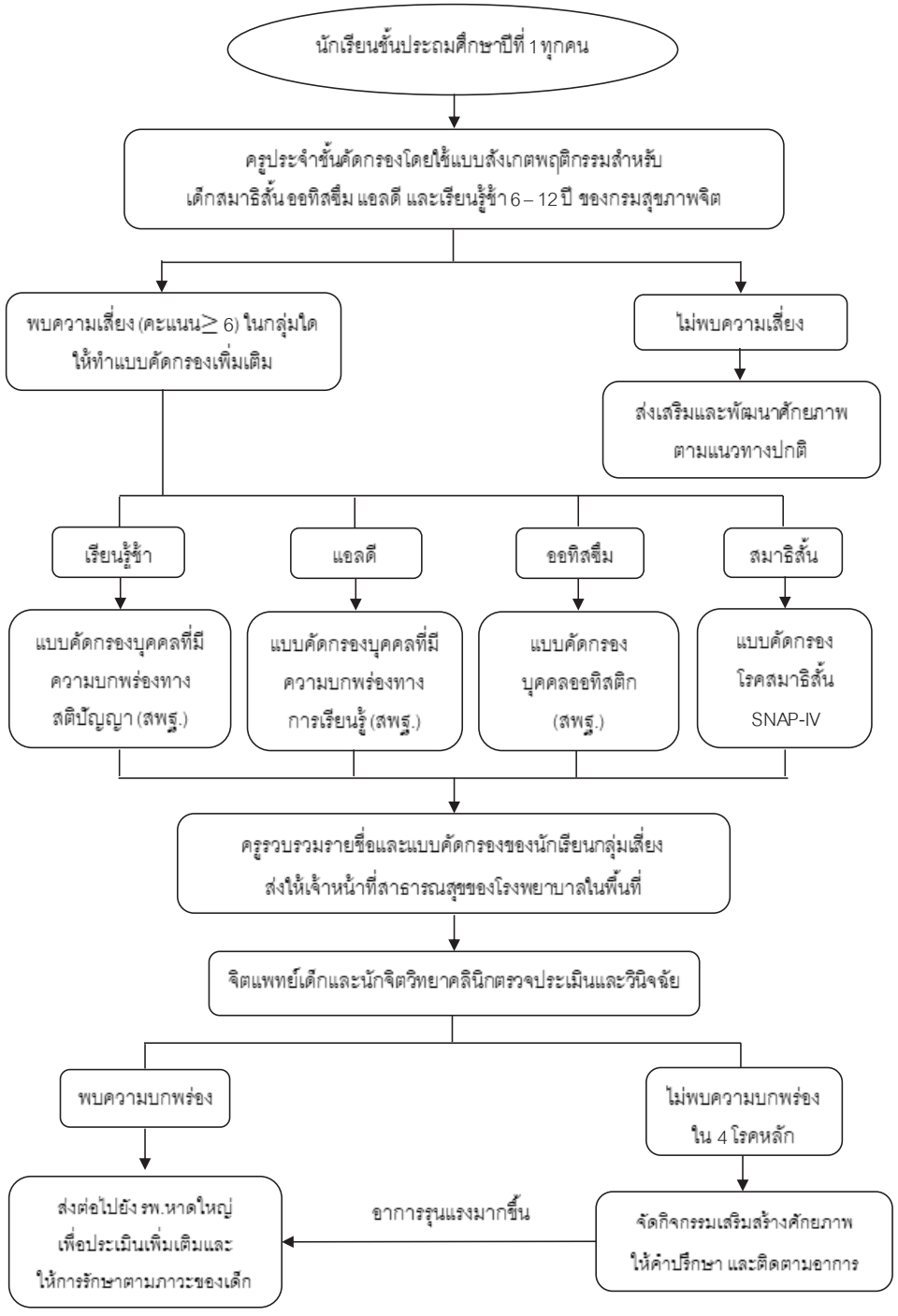
ทางคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตระหนักถึงปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตของเด็กที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม จึงได้พัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อเด็กที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอหาดใหญ่ นาหม่อม บางกล่ำ ควนเนียง รัตภูมิ คลองหอยโข่ง สะเดา สะบ้าย้อย และนาทวี เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งต่อในกรณีที่เกินความสามารถในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องภายหลังการรักษา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียนและผู้ปกครอง และได้เริ่มจัดทำโครงการคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจาก 4 โรคหลัก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอที่ได้กล่าวไปข้างต้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 จนถึงปัจจุบัน นักเรียนที่ได้รับการคัดกรองจากครูประจำชั้นว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจะได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก และให้การรักษาตามโรคหรือภาวะของเด็กแต่ละคน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งได้รับการพัฒนาความสามารถตามศักยภาพ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากโครงการดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการคัดกรองและดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ Protocol Number 77/2563

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559, 2560 และ 2561 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพจิตของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้แก่ อำเภอหาดใหญ่ นาหม่อม บางกล่ำ ควนเนียง รัตภูมิ คลองหอยโข่ง สะเดา สะบ้าย้อย และนาทวี ที่ได้รับการคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมโดยครูประจำชั้น ตามแนวทางการคัดกรองดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการคัดกรองและดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม

ในปีการศึกษา 2559 มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 151 โรงเรียน จากทั้งหมด 317 โรงเรียน มีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 4,437 ราย จากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด 10,970 ราย ในปีการศึกษา 2560 มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 222 โรงเรียน จากทั้งหมด 316 โรงเรียน มีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 7,027 ราย จากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด 11,342 ราย และในปีการศึกษา 2561 มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 212 โรงเรียน จากทั้งหมด 316 โรงเรียน มีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 6,327 ราย จากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด 11,341 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการที่นำมาศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลของนักเรียน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ผลการคัดกรอง ผลการตรวจวินิจฉัย และวิธีการรักษา

2. แบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า 6-12 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Phoasavasdi และคณะ[13] เพื่อใช้คัดกรองเบื้องต้นสำหรับเด็กที่สงสัยว่ามีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ โรคสมาธิสั้น และโรคออทิสติก กลุ่มละ 10 ข้อ โดยให้ครูประจำชั้นที่อยู่ใกล้ชิดเด็กไม่น้อยกว่า 2 เดือน เป็นผู้สังเกตพฤติกรรมและเลือกตอบว่า “ใช่” หากเด็กมีลักษณะ/พฤติกรรมดังกล่าว หรือ “ไม่ใช่” หากเด็กไม่มีลักษณะ/พฤติกรรมเช่นนั้น และต้องตอบให้ครบทุกข้อ เนื่องจากในเด็กแต่ละคน อาจมีหลายภาวะร่วมกัน หากพบว่ามีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปในกลุ่มใด แสดงถึงแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงต่อโรคในกลุ่มดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้แนะนำให้ทำแบบประเมินเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มโรคนั้นๆ แบบประเมินฉบับนี้มีค่าความเที่ยง (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

3. แบบคัดกรองคนพิการทางการศึกษา 9 ประเภท ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในการศึกษานี้เลือกใช้เฉพาะ

3.1 แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สำหรับประเมินเพิ่มเติมในนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในแบบสังเกตพฤติกรรมฯ ข้อ 1-10)

3.2 แบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (ประถมศึกษา) สำหรับประเมินเพิ่มเติมในนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในแบบสังเกตพฤติกรรมฯ ข้อ 11-20)

3.3 แบบคัดกรองบุคคลออทิสติก สำหรับประเมินเพิ่มเติมในนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อโรคออทิสติก (คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในแบบสังเกตพฤติกรรมฯ ข้อ 31-40)

4. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV (short form) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ[14] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แยกเป็น 3 กลุ่มคำถาม โดยข้อ 1-9 เป็นการประเมินอาการขาดสมาธิ ข้อ 10-18 ประเมินอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และข้อ 19-26 ประเมินอาการดื้อต่อต้าน แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ (0 = ไม่เลย, 1 = เล็กน้อย, 2 = ค่อนข้างมาก, 3 = มาก) แล้วรวมคะแนนของแต่ละกลุ่มคำถาม ค่าจุดตัดคะแนนเมื่อผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามในด้านขาดสมาธิที่ 16 คะแนน ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นที่ 14 คะแนน และภาวะดื้อต่อต้านที่ 12 คะแนน ส่วนค่าจุดตัดคะแนนเมื่อครูเป็นผู้ตอบแบบสอบถามในด้านขาดสมาธิอยู่ที่ 18 คะแนน ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นที่ 11 คะแนน และภาวะดื้อต่อต้านที่ 8 คะแนน แบบทดสอบนี้มีค่าความเที่ยง (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.93 สำหรับ

แบบสอบถามที่ตอบโดยผู้ปกครอง และ 0.96 สำหรับแบบสอบถามที่ตอบโดยครู นำมาใช้สำหรับประเมินเพิ่มเติมในนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น (คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในแบบสังเกตพฤติกรรมฯ ข้อ 21-30)

5. แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices - parallel version (SPM - P) ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินระดับสติปัญญาของบุคคล โดยวัดความสามารถด้านการรับรู้ความสัมพันธ์เชิงรูปทรง ด้วยการใช้เหตุผลในเชิงเปรียบเทียบ และไม่มีภาษาเข้ามาเกี่ยวข้อง เหมาะสำหรับการทดสอบในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป มีกระบวนการทดสอบไม่ยุ่งยาก ไม่มีการจำกัดเวลา สามารถทำการทดสอบได้ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มเล็กๆ และให้ผลเชื่อถือได้เมื่อเปรียบเทียบกับการทดสอบที่ละเอียดของ Wechsler เนื่องจากมีค่าสหสัมพันธ์กับ Full Scale IQ 0.70 ถึง 0.80[15]

ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้เริ่มดำเนินงานโครงการคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจาก 4 โรคหลัก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 จนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจากการหารือกับศึกษานิเทศก์ ซึ่งเป็นตัวแทนจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสงขลา เพื่อวางแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ตามด้วยการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการเรียนและพฤติกรรม แนวทางการคัดกรอง และวิธีการใช้แบบคัดกรองต่างๆ แก่ครู ในช่วงภาคเรียนที่ 1 ของแต่ละปีการศึกษา และตามด้วยการคัดกรองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทุกคนในภาคเรียนที่ 2 เพื่อให้เวลาเด็กในการปรับตัวกับรูปแบบการเรียนชั้นประถมศึกษาและให้ครูมีเวลาในการทำความรู้จักกับเด็กและสังเกตพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน หลังจากคัดกรองเสร็จ ครูจะรวบรวมรายชื่อพร้อมแบบคัดกรองของนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรมส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ หลังจากนั้นจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิก ของคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิตของแต่ละพื้นที่ จะลงไปให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 9 อำเภอ เพื่อดำเนินการตรวจวินิจฉัยและทดสอบระดับสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ SPM - parallel version และให้การรักษาตามโรคหรือภาวะของเด็กแต่ละคน ได้แก่ การใช้ยา การปรับพฤติกรรม การกระตุ้นพัฒนาการ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่บ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ครูในการดูแลเด็กที่โรงเรียน เช่น การดูแลการรับประทานยาที่โรงเรียน การจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากโครงการคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจาก 4 โรคหลัก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2559, 2560 และ 2561 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา เพื่อรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย จำนวนโรงเรียนทั้งหมด จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด จำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง จำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม จำนวนนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัย และผลการตรวจวินิจฉัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูล พบว่านักเรียนที่ได้รับการคัดกรองรวมทั้ง 3 ปีการศึกษา มีจำนวน 17,791 ราย

คิดเป็นร้อยละ 52.87 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด 33,653 ราย พบนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม จำนวน 3,335 ราย คิดเป็นความชุกรวม 3 ปีร้อยละ 18.75 ของนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด โดยในปีการศึกษา 2559 มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 151 โรงเรียน จากทั้งหมด 317 โรงเรียน มีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 4,437 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.45 ของจำนวนนักเรียนทั้งหมด 10,970 ราย พบนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม จำนวน 902 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 20.33 ของนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด พบความชุกสูงสุดในอำเภอหาดใหญ่ คือ ร้อยละ 30.55 และต่ำสุดในอำเภอคลองหอยโข่ง ร้อยละ 13.54

ในปีการศึกษา 2560 มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการจำนวน 222 โรงเรียน จากทั้งหมด 316 โรงเรียน มีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 7,027 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.95 ของจำนวนนักเรียนทั้งหมด 11,342 ราย พบนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 17.12 โดยพบสูงสุดในอำเภอคลองหอยโข่ง (ร้อยละ 30.43) และต่ำสุดในอำเภอนาหม่อม (ร้อยละ 6.56)

และในปีการศึกษา 2561 มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 212 โรงเรียน จากทั้งหมด 316 โรงเรียน มีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 6,327 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.79 ของจำนวนนักเรียนทั้งหมด 11,341 ราย พบนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 19.44 โดยพบสูงสุดในอำเภอสะบ้าย้อย (ร้อยละ 30.01) รองลงมาคืออำเภอคลองหอยโข่ง (ร้อยละ 26.79) และพบต่ำสุดในอำเภอนาหม่อม (ร้อยละ 7.11) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียนทั้งหมด จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด จำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้รับการคัดกรอง และจำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม จำแนกตามอำเภอ แยกเป็นรายปีการศึกษา

อำเภอ	ปีการศึกษา 2559					ปีการศึกษา 2560					ปีการศึกษา 2561				
	จำนวนโรงเรียนทั้งหมด	จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง	จำนวนนักเรียนกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ)	จำนวนโรงเรียนทั้งหมด	จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง	จำนวนนักเรียนกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ)	จำนวนโรงเรียนทั้งหมด	จำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	จำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง	จำนวนนักเรียนกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ)
หาดใหญ่	93	24	5,070	527	161 (30.55)	93	44	4,790	1,920	261 (13.59)	93	33	4,849	1,370	284 (20.73)
นาหม่อม	12	12	182	182	25 (13.74)	11	11	259	259	17 (6.56)	11	11	253	253	18 (7.11)
บางกล่ำ	12	12	225	225	65 (28.89)	12	12	239	239	55 (23.01)	12	12	262	262	62 (23.66)
ควนเนียง	22	11	408	324	63 (19.44)	22	19	439	407	69 (16.95)	22	17	372	303	56 (18.48)
รัตภูมิ	39	15	1,002	495	101 (20.40)	39	38	1,022	982	146 (14.87)	39	37	1,084	1,049	155 (14.78)
คลองหอยโข่ง	12	12	229	229	31 (13.54)	12	12	184	184	56 (30.43)	12	11	181	168	45 (26.79)
สะเดา	48	23	1,100	760	145 (19.08)	48	25	1,758	1,105	184 (16.65)	48	31	1,896	1,043	205 (19.65)
สะบ้าย้อย	38	17	1,268	691	135 (19.54)	38	23	1,404	761	231 (30.35)	38	23	1,229	733	220 (30.01)
นาทวี	41	25	1,486	1,004	176 (17.53)	41	38	1,247	1,170	184 (15.73)	41	37	1,215	1,146	185 (16.14)
รวม	**317**	**151**	**10,970**	**4,437**	**902 (20.33)**	**316**	**222**	**11,342**	**7,027**	**1,203 (17.12)**	**316**	**212**	**11,341**	**6,327**	**1,230 (19.44)**

หลังจากดำเนินการคัดกรองแล้ว นักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจะได้รับการตรวจประเมินและวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิก พบว่ามีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัยในวันที่นัดหมายรวมทั้ง 3 ปีการศึกษา จำนวน 2,137 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.08 ของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด นักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มารับการตรวจวินิจฉัยเป็นเพศชาย 1,541 ราย เพศหญิง 596 ราย อายุเฉลี่ย 7.7 ปี

ในปีการศึกษา 2559 มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัย จำนวน 580 ราย หรือร้อยละ 64.30 ของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด เป็นเพศชาย 424 ราย เพศหญิง 156 ราย อายุเฉลี่ย 7.7 ปี อำเภอที่มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัยมากที่สุด ได้แก่ อำเภอสะบ้าย้อย รองลงมาคือ อำเภอบางกล่ำ ร้อยละ 74.81 และ 73.85 ตามลำดับ ส่วนอำเภอที่มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัยน้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอรัตภูมิ ร้อยละ 44.55 เมื่อเทียบกับจำนวนนักเรียนกลุ่มเสี่ยงของแต่ละอำเภอ

ในปีการศึกษา 2560 มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัย จำนวน 743 ราย หรือร้อยละ 61.76 เป็นเพศชาย 540 ราย และหญิง 203 ราย อายุเฉลี่ย 7.7 ปี อำเภอที่มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัยมากที่สุด ได้แก่ อำเภอบางกล่ำ (ร้อยละ 83.64) ส่วนอำเภอที่มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัยน้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอหาดใหญ่ (ร้อยละ 34.48)

และในปีการศึกษา 2561 มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัย จำนวน 814 ราย หรือร้อยละ 66.18 เป็นเพศชาย 577 ราย และหญิง 237 ราย อายุเฉลี่ย 7.8 ปี อำเภอควนเนียงมีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัยมากที่สุด (ร้อยละ 85.71) ในขณะที่อำเภอหาดใหญ่มีนักเรียนมารับการตรวจวินิจฉัยน้อยที่สุด (ร้อยละ 44.01) เช่นเดียวกับปีการศึกษา 2560 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัย จำแนกตามอำเภอ แยกเป็นรายปีการศึกษา

อำเภอ	ปีการศึกษา 2559		ปีการศึกษา 2560		ปีการศึกษา 2561	
	จำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยง	จำนวนนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัย (ร้อยละ)	จำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยง	จำนวนนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัย (ร้อยละ)	จำนวนนักเรียนที่มีความเสี่ยง	จำนวนนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัย (ร้อยละ)
หาดใหญ่	161	96 (59.63)	261	90 (34.48)	284	125 (44.01)
นาหม่อม	25	18 (72.00)	17	13 (76.47)	18	15 (83.33)
บางกล่ำ	65	48 (73.85)	55	46 (83.64)	62	40 (64.52)
ควนเนียง	63	40 (63.49)	69	56 (81.16)	56	48 (85.71)
รัตภูมิ	101	45 (44.55)	146	99 (67.81)	155	125 (80.65)
คลองหอยโข่ง	31	21 (67.74)	56	25 (44.64)	45	36 (80.00)
สะเดา	145	88 (60.69)	184	105 (57.07)	205	140 (68.29)
สะบ้าย้อย	135	101 (74.81)	231	180 (77.92)	220	148 (67.27)
นาทวี	176	123 (69.89)	184	129 (70.11)	185	137 (74.05)
รวม	902	580 (64.30)	1,203	743 (61.76)	1,230	814 (66.18)

จากการสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจสภาพจิต และทดสอบระดับสติปัญญาด้วยแบบทดสอบ SPM - P ในนักเรียนทุกคนที่มารับการตรวจวินิจฉัย ในปีการศึกษา 2559 พบนักเรียนที่มีความบกพร่องหรือสงสัยว่ามีความบกพร่องตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 จำนวน 406 ราย คิดเป็นความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรม เท่ากับร้อยละ 9.15 เมื่อเทียบกับจำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด โดยร้อยละ 5.91 ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่สงสัยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (suspected LD) ในที่นี้หมายถึงเด็กที่มีระดับสติปัญญาตั้งแต่ 80 ขึ้นไป ร่วมกับมีปัญหาด้านการเรียน ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ของภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5[16] โดยไม่ได้เกิดจากความบกพร่องทางร่างกาย หรือขาดโอกาสทางการศึกษา และไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอื่นๆ อย่างไรก็ตามไม่ได้ให้การวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ในเด็กกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นเด็กที่กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งไม่ใช่ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (achievement test) และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเรียนอย่างเต็มที่และต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จึงให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองและครูเพื่อช่วยเหลือด้านการเรียน พร้อมทั้งนัดมาติดตามอาการและทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพื่อยืนยันการวินิจฉัยเมื่อจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 โรคที่พบรองลงมา ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (ADHD) ร้อยละ 2.59 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (ID) ร้อยละ 0.47 โรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 0.11 และพบโรคออทิสติก (ASD) ร้อยละ 0.02

ปีการศึกษา 2560 พบความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 8.34 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม suspected LD ร้อยละ 5.14 รองลงมา คือ โรค ADHD ร้อยละ 2.78 และภาวะ ID ร้อยละ 0.28 พบนักเรียนที่เป็นโรค ADHD ร่วมกับ ID เท่ากับนักเรียนที่เป็นโรค ASD คือร้อยละ 0.06

และในปีการศึกษา 2561 พบความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 10.29 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม suspected LD ร้อยละ 6.20 รองลงมา คือโรค ADHD ร้อยละ 3.33 ภาวะ ID ร้อยละ 0.47 โรค ADHD ร่วมกับ ID ร้อยละ 0.14 และโรค ASD ร้อยละ 0.11 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวินิจฉัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 รวมทั้ง 9 อำเภอ จำแนกตามกลุ่มโรค แยกเป็นรายปีการศึกษา

ปีการศึกษา	จำนวนนักเรียนที่มีความบกพร่อง/นักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง (ร้อยละ)	การวินิจฉัย						
		ADHD* จำนวน (ร้อยละ)	ID* จำนวน (ร้อยละ)	ASD* จำนวน (ร้อยละ)	ADHD + ID จำนวน (ร้อยละ)	ADHD + ASD จำนวน (ร้อยละ)	ASD + ID จำนวน (ร้อยละ)	Suspected LD* จำนวน (ร้อยละ)
2559	406/4437 (9.15)	115 (2.59)	21 (0.47)	1 (0.02)	5 (0.11)	2 (0.05)	0 (0.00)	262 (5.91)
2560	586/7027 (8.34)	195 (2.78)	20 (0.28)	4 (0.06)	4 (0.06)	1 (0.01)	1 (0.01)	361 (5.14)
2561	651/6327 (10.29)	211 (3.33)	30 (0.47)	7 (0.11)	9 (0.14)	1 (0.02)	1 (0.02)	392 (6.20)

*ADHD, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, โรคสมาธิสั้น

ID, Intellectual Disability, ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ASD, Autism Spectrum Disorder, โรคออทิสติก

Suspected LD, Suspected Learning Disorder, สงสัยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากโครงการคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมจาก 4 โรคหลัก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประจำปีการศึกษา 2559 ถึง 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมในนักเรียนกลุ่มดังกล่าว จากการรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ปีการศึกษา พบนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 18.75 โดยในปีการศึกษา 2559, 2560 และ 2561 พบนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 20.33, 17.12 และ 19.44 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2559 ที่พบเด็กกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 19.7[4] และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมเท่ากับร้อยละ 16.6[6] เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายอำเภอ พบว่าในปีการศึกษา 2560 และ 2561 ความชุกของนักเรียนกลุ่มเสี่ยงในบางอำเภอมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละอำเภอ ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว[17] เช่น พ่อแม่แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ หรือพ่อแม่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษา[18] และอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านโรงเรียน เช่น คุณภาพและมาตรฐานของโรงเรียน รวมทั้งประสิทธิภาพของระบบการคัดกรอง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ไม่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียน ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจในการนำไปศึกษาเพิ่มเติม

เมื่อพิจารณาจำนวนนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัย พบว่าในปีการศึกษา 2559 ถึง 2561 นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจวินิจฉัยในวันที่นัดหมายร้อยละ 64.30, 61.76 และ 66.18 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในโครงการ คืออย่างน้อยร้อยละ 80 และเมื่อจำแนกเป็นรายอำเภอ พบว่าบางอำเภอมีจำนวนนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัยไม่ถึงร้อยละ 50 จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่ได้นำเด็กมารับการตรวจตามวันนัด ส่วนหนึ่งเกิดจากช่วงเวลาที่ออกตรวจในบางพื้นที่ตรงกับช่วงปิดภาคเรียน ทำให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลเครือข่ายประสบความยุ่งยากในการประสานงานกับครูและผู้ปกครอง อาจส่งผลให้ผู้ปกครองนำเด็กมารับการตรวจน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และจากการสอบถามครูผู้ดูแลนักเรียนกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าผู้ปกครองยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของเด็ก และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา ผู้ปกครองบางรายไม่ยอมรับว่าบุตรหลานมีปัญหา มองว่าเป็นพฤติกรรมปกติตามวัยของเด็ก บางรายมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อมาการพบจิตแพทย์ จึงปฏิเสธที่จะนำเด็กมารับการตรวจวินิจฉัย[19] บางครอบครัวอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีความยากลำบากในการเดินทาง หรือมีข้อจำกัดด้านเศรษฐานะ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจวินิจฉัยน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตในภาพรวมด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงควรหาวิธีที่จะทำให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจวินิจฉัยมากขึ้น เช่น กำหนดช่วงเวลาออกตรวจให้ตรงกับช่วงเปิดภาคเรียน เพื่อความสะดวกในการประสานงานกับครูและผู้ปกครอง หรือจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการเรียนและพฤติกรรมแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องและตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเหล่านี้มากขึ้น รวมทั้งช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ปกครองให้ยอมรับในสิ่งที่เด็กเป็น

มีความหวังในการแก้ไขปัญหา และสามารถส่งเสริมด้านการเรียนหรือปรับพฤติกรรมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรพัฒนาศักยภาพของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่โรงเรียน เพื่อให้นักเรียนที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กแต่ละคน ซึ่งสามารถช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา[20,21] และป้องกันไม่ให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น รวมทั้งควรพัฒนาทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครองในกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อไปพบจิตแพทย์เด็กหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อให้นักเรียนกลุ่มนี้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น

หลังจากดำเนินการตรวจวินิจฉัยในแต่ละปีการศึกษา พบความชุกรวมของปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 9.15, 8.34 และ 10.29 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับจำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด และเมื่อพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัยจำแนกตามกลุ่มโรค พบความชุกของกลุ่ม suspected LD มากที่สุดทั้ง 3 ปีการศึกษา ร้อยละ 5.91, 5.14 และ 6.20 ตามลำดับ ถึงแม้จะใกล้เคียงกับความชุกของภาวะ LD จากการศึกษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 6-9.9)[6,8] แต่ก็ไม่ใช่ความชุกของภาวะ LD ที่แท้จริง สำหรับความชุกของโรค ADHD ในปีการศึกษา 2559 พบความชุกของ ADHD รวมทั้งที่มีและไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 2.75 ซึ่งใกล้เคียงกับปีการศึกษา 2560 (ร้อยละ 2.85) ส่วนในปีการศึกษา 2561 พบความชุกรวมเพิ่มขึ้น คือร้อยละ 3.49 เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของโรค ADHD ที่เคยศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อปีการศึกษา 2548 (ร้อยละ 8.0)[22] หรือความชุกจากการสำรวจระดับประเทศ (ร้อยละ 8.1)[7] พบว่าความชุกของโรค ADHD ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย และต่ำกว่าความชุกของ ADHD ทั่วโลก (ร้อยละ 7.2)[23] พบความชุกของภาวะ ID รองจากโรค ADHD โดยส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย เมื่อรวมเด็กที่มีภาวะ ID ทั้งหมดในแต่ละปี คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.58, 0.35 และ 0.63 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกของภาวะ ID ทั่วโลก (ร้อยละ 0.05-1.55)[24] แต่ต่ำกว่าผลการสำรวจระดับสติปัญญาของกรมสุขภาพจิต[9,10] ส่วนความชุกของโรค ASD ในปีการศึกษา 2559 และ 2560 พบความชุกรวมใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 0.07 และ 0.08) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.15 ในปีการศึกษา 2561 ซึ่งต่ำกว่าความชุกที่ได้จากการสำรวจสถานการณ์ของโรค ASD ทั่วโลก (ร้อยละ 0.62)[25] จะเห็นได้ว่าความชุกที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่นักเรียนกลุ่มเสี่ยงจำนวนหนึ่งไม่ได้มารับการตรวจวินิจฉัย และอาจเป็นผลจากประสิทธิภาพในการคัดกรอง เนื่องจากครูบางท่านยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือ ทำให้ผลการคัดกรองออกมาไม่ถูกต้อง และอาจเกี่ยวข้องกับทัศนคติของครูที่มองว่าการประเมินหรือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเป็นการตีตราให้กับเด็ก[26] ถึงแม้นักเรียนบางรายจะมีอาการชัดเจน แต่ครูไม่กล้าประเมินตามจริง เนื่องจากกลัวผู้ปกครองไม่ยอมรับผลการคัดกรอง หรือในบางกรณีที่ครูคัดกรองแล้วว่าเป็นนักเรียนกลุ่มเสี่ยง แต่ผู้ปกครองไม่เห็นด้วยหรือเพิกเฉยในการนำบุตรหลานมารับการตรวจวินิจฉัย ส่งผลให้นักเรียนที่มีความบกพร่องเข้าถึงบริการทางการแพทย์น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

สำหรับการนำแบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า 6-12 ปี ของกรมสุขภาพจิต รวมทั้งแบบคัดกรองคนพิการทางการศึกษาของ สพฐ. และแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV มาใช้ตามแนวทางการคัดกรองและดูแลนักเรียนที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม (แผนภูมิที่ 1) พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการใช้คัดกรอง

นักเรียน เนื่องจากในแต่ละปี มีนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคหลักและเข้าสู่กระบวนการรักษาเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 70 ของนักเรียนที่มารับการตรวจวินิจฉัยทั้งหมด แต่เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของปัญหาการเรียนและพฤติกรรมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SDQ ถึงแม้จะให้ผลบวกร้อยละ 34.8 (87/250 ราย) ซึ่งต่ำกว่าผลบวกที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ แต่พบความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 7.4 (65 ราย)[6] ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกของโรคสมาธิสั้นจากการสำรวจระดับประเทศ (ร้อยละ 8.1)[7] และสูงกว่าความชุกที่ได้จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินพฤติกรรม SDQ อาจจะใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแบบประเมิน SDQ ด้านปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสำหรับใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้น[14] และเมื่อพิจารณาเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีมากกว่า 1 ฉบับ ทำให้ขั้นตอนในการคัดกรองค่อนข้างยุ่งยาก ต้องใช้เวลาในการประเมินนานพอสมควร และเป็นการเพิ่มภาระให้กับครู ด้วยเหตุนี้อาจทำให้บางโรงเรียนไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการและมีนักเรียนจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการคัดกรอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ความชุกของ 4 โรคหลักที่ได้จากการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้นจึงควรลดขั้นตอนและระยะเวลาในการทำแบบประเมิน โดยอาจนำแบบประเมินพฤติกรรม SDQ-ADHD มาใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น เนื่องจากมีประโยชน์ใกล้เคียงกับแบบประเมิน SNAP-IV แต่มีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่าและใช้เวลาในการทำแบบประเมินสั้นกว่า จึงเหมาะจะนำมาคัดกรองโรคสมาธิสั้นในภาพรวมมากกว่า[14] อย่างไรก็ตามแบบประเมิน SDQ ไม่สามารถนำมาใช้คัดกรองปัญหาการเรียนที่เกิดจากภาวะอื่นได้ เช่น ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นต้น[27] จึงควรนำแบบคัดกรองปัญหาการเรียนฉบับอื่นมาใช้ร่วมด้วย หรืออาจพัฒนาแบบคัดกรองปัญหาการเรียนและพฤติกรรมฉบับใหม่ให้ครอบคลุมทั้ง 4 โรค แต่มีข้อคำถามไม่มากนักและเข้าใจง่าย มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สูง เพื่อให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือมากขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้จะพบความชุกของโรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา แต่ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์ในการนำมาพัฒนาระบบการคัดกรองและระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองให้มีความเหมาะสมแล้ว ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่ครูอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ครูสามารถสังเกตเห็นปัญหาหรืออาการของนักเรียนได้ตั้งแต่เริ่มแรก มีความเข้าใจที่ถูกต้องและมีความมั่นใจในการใช้แบบคัดกรอง สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งพิจารณาส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม และควรพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายควบคู่กันไป เพื่อให้สามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ครูและผู้ปกครองที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของตนเองได้

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือทำการศึกษาเฉพาะนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในพื้นที่ 9 อำเภอของจังหวัดสงขลาที่เข้าร่วมโครงการเท่านั้น จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนประชากรเด็กวัยเรียนทั้งหมดได้ และการที่นักเรียนจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการคัดกรองหรือไม่ได้มารับการตรวจวินิจฉัย ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยโรคใดโรคหนึ่ง ส่งผลให้ความชุกที่ได้จากการศึกษานี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยภาวะ LD เนื่องจากเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งอาจไม่ใช่ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทดสอบผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียน จึงเป็นกลุ่มที่ต้องนัดมาติดตามอาการและยืนยันการวินิจฉัยเมื่อจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 2

สรุป

ความชุกของนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ใกล้เคียงกับผลการสำรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ แต่นักเรียนกลุ่มนี้มารับการตรวจวินิจฉัยต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และความชุกของ 4 โรคหลักที่ได้จากการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. Preedachaiyakul P. Efficacy of The screening program and management of children at risk for developmental or learning problems in 12 primary schools in Phuket province. Reg 11 Med J 2016; 30: 179-186.
2. Patel DR, Greydanus DE, Calles JL Jr, Pratt HD. Developmental disabilities across the lifespan. Dis Mon 2010; 56: 304-97.
3. Sirirutraykha T. Handbook of learning problems. 2nd ed. Bangkok: Prosperous Plus; 2018.
4. Sriwongpanich N, Sookatup J, Chaninyuthwong V, Benjapolpitak A. The relationship between risk of attention deficit and hyperactivity disorder, autism spectrum disorder, learning disorder and intellectual disability from behavioral observation by teacher and intelligence quotient (IQ) of Thai children in the first year of primary schools. Journal of Mental Health of Thailand 2019; 27(3): 159-170.
5. Lomsri C. Longitudinal survey: behavioral problem, learning disability, and emotional intelligence of the grade 1 students in regional health 1. Journal of Clinical Psychology 2015; 46(2): 1-8.
6. Patjanasoontorn N, Singkhorn-ard J, Unphrai P, Srisawat W, Udomsin C, Kittisiriwattanakul O. Learning and Behavioral problems in a Demonstration school children, Education level 1 (Grade 1-3) in Khon Kaen Province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2011; 56(4): 345-351.
7. Visanuyothin T, Wachiradilok P, Buranasuksakul T, Pavasuthipaisit C, Arunruang P. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2013; 21(2): 66-75.
8. Piyasil V, Wangtan S. Learning Disorders and Comorbidity. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2015; 60(4): 287-296.
9. Mongkol A, Visanuyothin T, Chanarong P, Pavasuthiapaisit C, Watcharadilok P. National intelligence quotient survey of Thai students in 2011. Journal of Mental Health of Thailand 2012; 20: 79-89.
10. Sookatup J, Benjapolpitak A, Chaninyuthwong V, Chutha P. Intelligence quotient (IQ) of Thai students in the first year of primary school: national survey 2016. Journal of Mental Health of Thailand 2018; 26(3): 161-173.
11. Poolsuppasit S, Panyayong B, Liknapichitkul D, Serisathien P, Chutha W. Holistic care for Thai Autism. Journal of Mental Health of Thailand 2005; 13(1): 10-16.

12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual Report 2019. Bangkok: Lamom design; 2020.
13. Phoasavasdi C, Chaninthayuthawong V, Tawilo P, Khaipan Y. Development of Behavioral Observation Screening Scale for subnormal intelligence, LD, ADHD and Autistic Spectrum Disorder. Rajanukul Institute Journal 2015; 30(2): 1-11.
14. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD Screening Properties of the Thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014; 59: 97-110.
15. Channarong P, Sonphaisan B. The development of a survey research instrument for Intelligence Quotients (IQ) test of Thai children. Bangkok: Thammasat university printing house; 2010.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
17. Panyayong B, Wacharasindhu A. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: II Associated factors. J Med Assoc 2002; 85: S137-47.
18. Benjaponpitak A. National child developmental and mental health disorders screening policy in Thailand. European Psychiatry 2017; 41: S335.
19. Koomsiri P, Leknoi U. Review Article: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Public Stigma. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2017; 7(3): 302-11.
20. Wongkrai P, Sivabaedya S. The Effect of Teacher Development for Helping ADHD Students by Using Teachers Training Program. Journal of Education Graduate Studies Research 2015; 9(4): 92-100.
21. Juengsiragulwit D, Chaiudomsom C, Rueng P, Poowichai. A Pilot Study of The Efficacy of Group Teacher Training for Behavioral Modification in School-Aged Children at-Risk for Emotional and Behavioral Problems. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2018; 63(2): 115-126.
22. Pattarakitnirun W. The prevalence of ADHD in primary school children in Hat Yai, Songkhla [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2007.
23. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics 2015; 135(4): e994-1001.
24. McKenzie K., Milton M., Smith G., Ouellette-Kuntz H. Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues. Current Developmental Disorders Reports 2016; 3: 104-115.
25. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. Autism Res 2012; 5(3): 160-179.

26. Jatchavala C. Discourse on psychiatric disorders in modern Thai literature: A study of Piyaporn Saksasem's novels. Journal of Liberal Arts 2018; 10(1): 204-28.

27. Wongpiromsarn Y, Wipulakorn P, Nuanmanee S, Woerner W, Mongkol A. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. Journal of Mental Health of Thailand 2011; 19(2): 128-134.