

การศึกษาประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครอง
สำหรับการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด
The cluster randomized control trial of effectiveness and cost-effectiveness evaluation
study of School And Family Empowerment of Behavioral Modification (SAFE B-MOD)
Program for school-aged children in Roi-Et Province.

นายชาญณรงค์ ชัยอุดมสม
นางปาณิสรา เรือง

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2563



สนับสนุนโดย

แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

คำนำ

โปรแกรมเสริมพลังคุณครูเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ภายใต้โครงการ HERO (Health and Educational Regional Operation) เพื่อใช้ในการฝึกฝนทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาการเรียนเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทั้งภาคสาธารณสุขและภาคการศึกษาให้ความสำคัญ และดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานเขตพื้นที่การประถมศึกษาในพื้นที่นั้นๆ

หลักการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในโปรแกรมนี้ พัฒนาต่อยอดมาจากหลักการฝึกทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parent management training) ซึ่งพัฒนาโดย รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผสมผสานกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในหลักสูตรการเลี้ยงดูเด็กโดยไม่ใช้ความรุนแรง พญ.พรณพิมล วิบุลากร อธิบดีกรมสุขภาพจิต และได้นำไปทดลองใช้ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) ในปี 2559-2562 อย่างเนื่อง ทั้งนี้สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือสุขภาพจิตซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแผนพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพจิต ใหาการศึกษาประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครองสำหรับการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด นั้น

คณะวิจัยขอพระคุณกรมสุขภาพจิตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ดเขต 2 และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ดเขต 3 ที่สนับสนุนการพัฒนาและดำเนินงานโครงการวิจัยการศึกษาประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครองสำหรับการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ดให้สำเร็จลุล่วงลงได้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโปรแกรมจะเป็นประโยชน์กับเด็กไทยวัยเรียน ตามแนวคิดของโครงการ “สร้างฮีโร่ให้พื้นที่สร้างเด็กดีสู่สังคม” ต่อไป

คณะทำงาน

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม SAFE B-MOD และประเมินต้นทุนประสิทธิผลของระบบ School Health HERO ในจังหวัดร้อยเอ็ด

วัสดุวิธีการ การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ในนักเรียนกลุ่มเสี่ยงชั้น ป.1-6 โดยแบ่งโรงเรียนเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงเรียนกลุ่มทดลอง 4 แห่งในอำเภออาจสามารถที่ครูผ่านการอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD และโรงเรียนกลุ่มควบคุม 2 แห่งในอำเภอเสลภูมิ เก็บข้อมูลโดยให้ครูคัดกรองนักเรียนผ่าน application HERO โดยใช้แบบประเมินออนไลน์ SDQ และ SNAP IV ก่อนการอบรม และหลังการอบรมผ่านไป 3 และ 6 เดือน ส่วนข้อมูลอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต ต้นทุนประสิทธิผล เก็บจากแบบสอบถาม ข้อมูลนักเรียนของโรงเรียนและการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการนำนักเรียนกลุ่มเสี่ยงมาวินิจฉัยโรคติดต่อต้านและโรคทางจิตเวชอื่น ๆ โดยกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ก่อนและหลังการอบรมครู 6 เดือน โดยใช้ระบบ school health HERO ในการคัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อนักเรียนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงมีการเก็บต้นทุนในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ ผลการเรียนรู้ และมีการสุ่มสัมภาษณ์หาข้อมูลเชิงคุณภาพจากครูและนักเรียนร่วมด้วยด้วย ผลลัพธ์วิเคราะห์โดย Multilevel ANCOVA และ chi-square

ผลลัพธ์ มีครูเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 152 คน แบ่งเป็นครูกลุ่มควบคุม 66 คน ครูกลุ่มทดลอง 86 คน หลังอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD ครูมีความรู้และทักษะด้านการปรับพฤติกรรมนักเรียนมากขึ้นผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 86.2 ข้อมูลพื้นฐานของครูและนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการคัดกรองนักเรียนกลุ่มทดลอง 1,041 คน และนักเรียนกลุ่มควบคุม 847 คนพบมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากแบบประเมิน SDQ ร้อยละ 11.09 และ 14.29 ตามลำดับ มีการวินิจฉัยโรคติดต่อต้าน 24 คน และ 7 คนตามลำดับ หลังการอบรมครู 6 เดือน พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ลดลงเหลือร้อยละ 2.22 ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ลดลงเหลือร้อยละ 12.04 ซึ่งมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อต้านมีในกลุ่มทดลองจำนวนลดลงเหลือ 10 คนส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 8 คน

ส่วนต้นทุนในการดำเนินการระบบ school health HERO คิดเป็น ค่าจัดอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD 784.73 บาท/คน/วัน ค่าคัดกรองและช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงของครู 633 บาท/คน ค่าใช้จ่ายที่ผู้ปกครองนำนักเรียนกลุ่มเสี่ยงประเมิน 516.35 บาท/คน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดต่อต้านในโรงพยาบาล 897.8 บาท/คน/เดือน

สรุป โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (SAFE B-MOD) ช่วยให้ครูมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็ก สามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในของนักเรียนในโรงเรียน และควรมีการปรับปรุงโปรแกรม SAFE B-MOD ให้เป็นหลักสูตรออนไลน์ต่อไป เพื่อการขยายผลที่รวดเร็ว คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ การเสริมพลัง, ปรับพฤติกรรม, โรงเรียน

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of School And Family Empowerment in Behavioral Modification Program (SAFE B-MOD) used in school-aged children at-risk for emotional and behavioral problems. And to evaluate the cost effectiveness of School Health HERO platform.

Material and methods: This is the quasi-experimental study in high risk students grade 1-6 in schools in Roi-et province which divided into 2 arms. The first arm is control group (2 schools in Selaphum district). The second arm is experimental group (4 schools in At Samat district) which teachers had trained SAFE B-MOD. The primary outcomes were collected by teachers using online screening tests of SDQ and SNAP IV in application HERO at base line, 3 months and 6 months after training SAFE B-MOD, whereas the secondary outcomes such as quality of life and cost effectiveness were collected from self-report questionnaires, school records and randomized in-depth Interview of teachers and students. High risk students were enrolled for ODD and other psychiatric diagnosis at base line and 6 months follow up. Multilevel ANCOVA and chi-square were used for data analysis.

Result: There were 152 teachers recruited in this study (66 in control group and 86 in experimental group). 86.2% of teachers had passed the examination about behavioral modification skills after training SAFE B-MOD. There were no statistically significant differences in demographic data of teachers or students in both groups. At base line, 1,041 students from experimental group and 847 students from control group were screened with SDQ which 11.09% and 14.29% were identified as high risk, respectively. After 6 months follow up, SDQ scores significantly improved in experimental group than in control group ($p < 0.001$) which 2.2% and 12.04% of students identified as high risk, respectively. The number of students diagnosed ODD also decreased from 24 to 10 in experimental group whereas the number increase from 7 to 8 in control group.

From cost effectiveness of School Health HERO platform, we found that SAFE B-MOD training cost 784.73 baht per person per day, teacher's screening and behavioral modification of their students cost 633 baht per person, bringing high risk students to evaluation by their parents cost 516.35 baht per person and cost of medical treatment in hospital was 897.8 baht per person per month.

Conclusion: SAFE B-Mod is one of the effective group teacher training programs for behavioral modification could help teachers to modify behavioral and emotional problems in school-aged children and reduce cost of unnecessary medical treatment. Further study should be done by monitoring long-term outcome in preventing mental problems in school-

aged children and developing online SAFE B-MOD program to increase accessibility and effectiveness in implementation in the future.

Keywords: empowerment, behavioral modification, SAFE B-MOD, school

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ รองศาสตราจารย์ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย และ ดร.ภญ.พัทธรา ลิขหวรรณค์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยร่วมที่ได้กรุณาที่ให้คำแนะนำข้อคิดเห็นตรวจสอบ และแก้ไขร่างวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด คณะวิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

คณะวิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ดเขต 2 และ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ดเขต 3 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดที่ได้กรุณาความสะดวกด้านการประสานงาน ในการทำวิจัยให้คณะวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเฮ้า ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในทุก ๆ ด้าน ตลอดจนทุกท่านที่ให้ความสะดวกด้านอำนวยความสะดวก และประสานงาน ในการทำวิจัยให้คณะวิจัยตลอดมาตลอดจนสนับสนุนในการจัดทำวิจัยของคณะเขียนครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะวิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชพบได้ถึงร้อยละ 10-20 ของเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก แต่มากกว่าร้อยละ 90 ไม่ได้รับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช (World Health Organization, 2010) ในจำนวนนี้ กลุ่มโรคด้านพฤติกรรม (Disruptive Behavioral Disorder; DBD) เป็นปัญหาที่พบความชุกสูงสุดในทุกบริบทของการศึกษา (WHO, 2005). DBD ประกอบด้วย โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit Hyperactivity Disorder; ADHD), โรคพฤติกรรมเกร (Conduct Disorder; CD) และโรคดื้อต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder; ODD) (Rutter, 2009) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างมาก การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย พบสูงถึงร้อยละ 8.1 (Visanuyothin et al, 2012) แม้จะเป็นปัญหาที่มีความชุกสูง แต่อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่ำมาก เนื่องจากการขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทราบ่าบในการเข้ารับการรักษา และการเข้าไม่ถึงบริการที่มีอยู่จำกัดเพียงบางพื้นที่ ประเทศไทยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นอยู่ 200 คน เพื่อการดูแลวัยรุ่นราว 13 ล้านคน 2 ใน 3 ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2558) ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอ ส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั่วประเทศพบต่ำกว่าร้อยละ 20 เมื่อเข้าไม่ถึงบริการทำให้เด็กเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแล เกิดปัญหาการเรียนต่อเนื่อง ไม่สามารถอยู่ในระบบโรงเรียนได้ หรือแม้จะได้ก็ใช้ความสามารถของตนเองไม่เต็มที่ เมื่อไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน ทำให้ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมตามมา ซึ่งมักแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นทั้งกรณีตั้งครรภ์วัยรุ่น ยาเสพติด พฤติกรรมเกร ก้าวร้าวรุนแรง ก่ออาชญากรรม เป็นต้นทั้งหมดเป็นปัญหาสังคมที่ยุ่งยากซับซ้อน แก้ไขยาก และต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาจำนวนมากศาลอย่างไรก็ตามแม้จะจัดบริการได้ครบทั้งหมด ก็จะลดภาระโรคได้เพียงหนึ่งในสามของภาระโรคทั้งหมดเท่านั้น การป้องกันเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคจิตเวชเด็กจึงจะช่วยลดภาระโรคลงได้ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีโปรแกรมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาในวงกว้างมาก่อน

ในปี 2559 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคีเครือข่ายสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 และสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับประถมศึกษา (สพป.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้สร้างความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุขและศึกษาธิการในระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กวัยเรียนร่วมกัน โดยเรียกเครือข่ายความร่วมมือนี้ว่า Health and Educational Regional Operation (HERO) และจัดทำ “โครงการพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนอันเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ ” ขึ้นภายใต้ความร่วมมือนี้ โดยมุ่งหวังให้เป็นการเชื่อมต่อระหว่างภาคส่วนเพื่อการดูแลเด็กเป็นศูนย์กลาง โดยกิจกรรมแรกเป็นการแก้ปัญหาเด็กที่มีปัญหาการเรียนเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ ด้วยโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification in School-aged Children; SAFE B-MOD) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการปรับพฤติกรรมผสมผสานกับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถพัฒนาทักษะการปรับพฤติกรรมซึ่งไม่ยากเกินไปสำหรับคุณครู และสามารถทำเป็นกลุ่มครั้งละมาก ๆ ได้ เพื่อลดข้อจำกัดเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบุคคล ในโปรแกรมเป็นการจัดกลุ่มฝึกทักษะครูจำนวน 4,500 คนในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 8,750 คน เป็นเด็กซึ่งครูคัดกรองมาแล้วด้วยเครื่องมือของกระทรวงศึกษาธิการแต่ยังไม่ได้รับบริการสุขภาพเนื่องจากระบบบริการมีไม่เพียงพอ เมื่อปรับพฤติกรรมแล้ว 3

เดือน ยังไม่ดีขึ้นจึงส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ จากการประเมินผลการดำเนินงานในกลุ่มตัวอย่าง 515 คน ในระยะเวลา 3 เดือนหลังปรับพฤติกรรม พบว่า สามารถลดจำนวนเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงลงจากร้อยละ 69.9 เหลือร้อยละ 43.2 ใช้งบประมาณ 3.5 ล้านบาท เฉลี่ยเพียง 400 บาท/คน/ปี ในการป้องกันเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วยจนมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะทำให้มีค่าดูแลรักษาสูงกว่า 20,000 บาท/คน/ปี คิดเป็นมูลค่าในโครงการนี้ประมาณ 15-20 ล้านบาท

ในปี 2561 ได้มีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรม SAFE B-MOD แบบ quasi-experimental study ครูและนักเรียนกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ทำให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดีขึ้นจนเป็นปกติร้อยละ 27.34 ส่งผลให้ผลการเรียน และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ด้านเก่ง ดีขึ้นด้วย แต่ด้วยข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัยไม่ได้เป็น randomized control trial (RCT) ทำให้ผลลัพธ์ของค่า SDQ โดยรวมของเด็กกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ เนื่องมาจากข้อมูลพื้นฐานของครูและนักเรียนแตกต่างกันมาตั้งแต่เริ่มต้น นักเรียนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง การวัดผลลัพธ์ SDQ ของครูมีข้อจำกัดเรื่อง recall bias และไม่ได้วางระบบการประเมินติดตามผลลัพธ์ที่รัดกุมเพียงพอทำให้ไม่ทราบว่าครูนำทักษะไปใช้จริงหรือไม่ รวมถึงอาจเกิด spillover effects ขึ้นได้

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม SAFE B-MOD มีประสิทธิผลที่ดี แต่ยังขาดการประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบแบบ RCT และยังไม่ได้ประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างเป็นระบบ สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการขยายผลในระดับประเทศต่อไปนั้น ทางคณะวิจัยจึงได้ศึกษาประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครองสำหรับการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาประสิทธิผลและศึกษาความคุ้มค่าของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครองสำหรับการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (SAFE B-MOD) ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีครูเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 154 คน แบ่งเป็นครูกลุ่มควบคุม 66 คน ครูกลุ่มทดลอง 86 คน หลังอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD ครูมีความรู้และทักษะด้านการปรับพฤติกรรมนักเรียนมากขึ้นผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 86.2 มีการคัดกรองนักเรียนกลุ่มทดลอง 1,041 คน และนักเรียนกลุ่มควบคุม 847 คน พบมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากแบบประเมิน SDQ ร้อยละ 11.09 และ 14.29 ตามลำดับ มีการวินิจฉัยโรคติดต่อต้าน 24 คน และ 7 คนตามลำดับ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการอบรมครู 6 เดือน พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ลดลงเหลือร้อยละ 2.22 ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ลดลงเหลือร้อยละ 12.04 ซึ่งมีผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อต้านมีในกลุ่มทดลองจำนวนลดลงเหลือ 10 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 8 คน

ส่วนต้นทุนในการดำเนินการระบบ school health HERO คิดเป็น ค่าจัดอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD 784.73 บาท/คน/วัน ค่าคัดกรองและช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงของครู 633 บาท/คน ค่าใช้จ่ายที่ผู้ปกครองนำนักเรียนกลุ่มเสี่ยงประเมิน 516.35 บาท/คน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดต่อต้านในโรงพยาบาล 897.8 บาท/คน/เดือน

โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (SAFE B-MOD) ช่วยให้ครูมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็ก สามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในของนักเรียนในโรงเรียน และควรมีการปรับปรุงโปรแกรม SAFE B-MOD ให้เป็นหลักสูตรออนไลน์ต่อไป เพื่อการขยายผลที่รวดเร็ว คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สารบัญ

หน้า

คำนำ ก	
บทคัดย่อ ข	
กิตติกรรมประกาศ	จ
บทสรุปผู้บริหาร	ฉ
สารบัญ	ช
ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่อง	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
กรอบแนวคิด	2
รูปแบบการวิจัย	3
กระบวนการ	4
กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงาน	4
เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก	4
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	5
การวิเคราะห์ข้อมูล	5
เครื่องมือในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
ผลการศึกษา	9
อภิปรายผลการศึกษา	17
ข้อจำกัดของโครงการวิจัย	18
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	18
ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนาจากผลการศึกษาในโครงการวิจัย	19
เอกสารอ้างอิง	21
ภาคผนวก	22

ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่อง

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชพบได้ถึงร้อยละ 10-20 ของเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก แต่มากกว่าร้อยละ 90 ไม่ได้รับบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช (World Health Organization, 2010) ในจำนวนนี้ กลุ่มโรคด้านพฤติกรรม (Disruptive Behavioral Disorder; DBD) เป็นปัญหาที่พบความชุกสูงสุดในทุกบริบทของการศึกษา (WHO, 2005). DBD ประกอบด้วย โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit Hyperactivity Disorder; ADHD), โรคพฤติกรรมเกร (Conduct Disorder; CD) และโรคดื้อต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder; ODD) (Rutter, 2009) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างมาก การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย พบสูงถึงร้อยละ 8.1 (Visanuyothin et al, 2012) แม้จะเป็นปัญหาที่มีความชุกสูง แต่อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่ำมาก เนื่องจากการขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทราบ่าบในการเข้ารับการรักษา และการเข้าถึงบริการที่มีอยู่จำกัดเพียงบางพื้นที่ ประเทศไทยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นอยู่ 200 คน เพื่อการดูแลวัยรุ่นราว 13 ล้านคน 2 ใน 3 ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2558) ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอ ส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั่วประเทศพบต่ำกว่าร้อยละ 20 เมื่อเข้าถึงบริการทำให้เด็กเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแล เกิดปัญหาการเรียนต่อเนื่อง ไม่สามารถอยู่ในระบบโรงเรียนได้ หรือแม้จะได้ก็ใช้ความสามารถของตนเองไม่เต็มที่ เมื่อไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน ทำให้ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมตามมา ซึ่งมักแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นทั้งกรณีตั้งครรภ์วัยรุ่น ยาเสพติด พฤติกรรมเกร ก้าวร้าวรุนแรง ก่ออาชญากรรม เป็นต้นทั้งหมดเป็นปัญหาสังคมที่ยุ่งยากซับซ้อน แก้ไขยาก และต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาจำนวนมากศาลอย่างไรก็ตามแม้จะจัดบริการได้ครบทั้งหมด ก็จะลดภาระโรคได้เพียงหนึ่งในสามของภาระโรคทั้งหมดเท่านั้น การป้องกันเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคจิตเวชเด็กจึงจะช่วยลดภาระโรคลงได้ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีโปรแกรมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาในวงกว้างมาก่อน

ในปี 2559 สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคีเครือข่ายสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 และสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับประถมศึกษา (สพป.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้สร้างความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุขและศึกษาธิการในระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กวัยเรียนร่วมกัน โดยเรียกเครือข่ายความร่วมมือนี้ว่า Health and Educational Regional Operation (HERO) และจัดทำ “โครงการพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนอันเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ ” ขึ้นภายใต้ความร่วมมือนี้ โดยมุ่งหวังให้เป็นการเชื่อมต่อระหว่างภาคส่วนเพื่อการดูแลเด็กเป็นศูนย์กลาง โดยกิจกรรมแรกเป็นการแก้ปัญหาเด็กที่มีปัญหาการเรียนเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ ด้วยโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification in School-aged Children; SAFE B-MOD) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการปรับพฤติกรรมผสมผสานกับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถพัฒนาทักษะการปรับพฤติกรรมซึ่งไม่ยากเกินไปสำหรับคุณครู และสามารถทำเป็นกลุ่มครั้งละมาก ๆ ได้ เพื่อลดข้อจำกัดเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบุคคล ในโปรแกรมเป็นการจัดกลุ่มฝึกทักษะครูจำนวน 4,500 คนในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาการเรียน อารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 8,750 คน เป็นเด็กซึ่งครูคัดกรองมาแล้วด้วยเครื่องมือของกระทรวงศึกษาธิการแต่ยังไม่ได้รับบริการสุขภาพเนื่องจากระบบบริการมีไม่เพียงพอ เมื่อปรับพฤติกรรมแล้ว 3 เดือน ยังไม่ดีขึ้นจึงส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ จากการประเมินผลการดำเนินงานในกลุ่มตัวอย่าง 515 คน ในระยะเวลา 3 เดือนหลังปรับพฤติกรรม พบว่า สามารถลดจำนวนเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงลงจากร้อยละ 69.9

เหลือร้อยละ 43.2 ใช้งบประมาณ 3.5 ล้านบาท เฉลี่ยเพียง 400 บาท/คน/ปี ในการป้องกันเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วยจนมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะทำให้มีค่าดูแลรักษาสูงกว่า 20,000 บาท/คน/ปี คิดเป็นมูลค่าในโครงการนี้ประมาณ 15-20 ล้านบาท

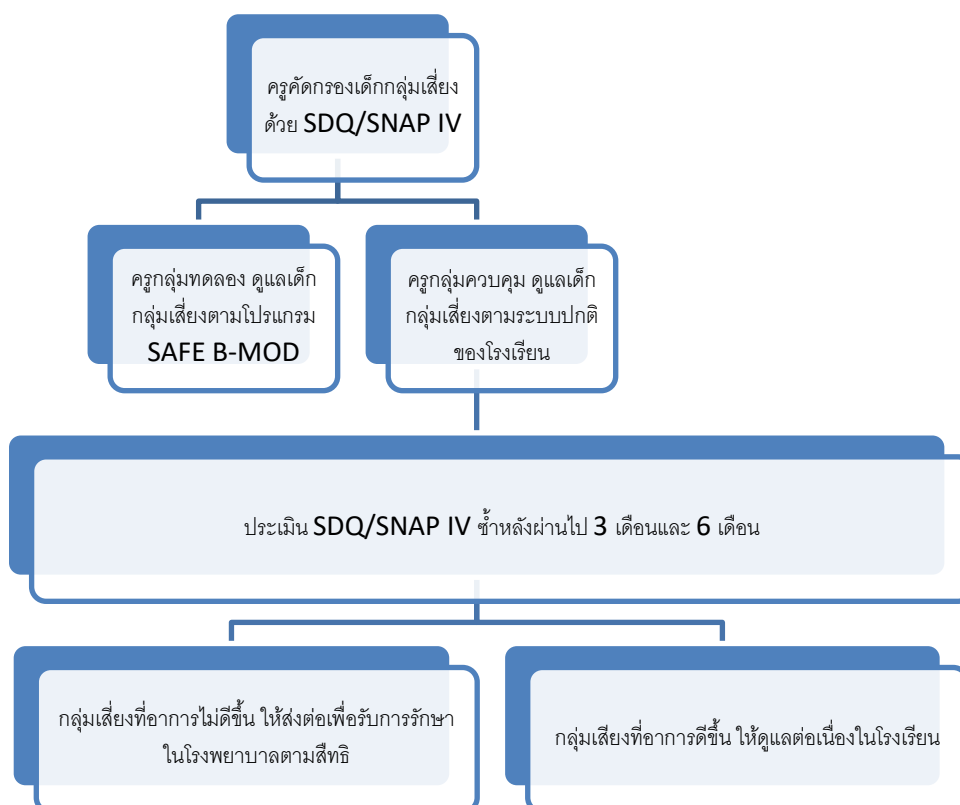
ในปี 2561 ได้มีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรม SAFE B-MOD แบบ quasi-experimental study ครูและนักเรียนกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ทำให้นักเรียนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมดีขึ้นจนเป็นปกติร้อยละ 27.34 ส่งผลให้ผลการเรียน และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ด้านเก่ง ดีขึ้นด้วย แต่ด้วยข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัยไม่ได้เป็น randomized control trial (RCT) ทำให้ผลลัพธ์ของค่า SDQ โดยรวมของเด็กกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานของครูและนักเรียนแตกต่างกันมาตั้งแต่เริ่มต้น นักเรียนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง การวัดผลลัพธ์ SDQ ของครูมีข้อจำกัดเรื่อง recall bias และไม่ได้วางระบบการประเมินติดตามผลลัพธ์ที่รัดกุมเพียงพอทำให้ไม่ทราบว่าครูนำทักษะไปใช้จริงหรือไม่ รวมถึงอาจเกิด spillover effects ขึ้นได้

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม SAFE B-MOD มีประสิทธิผลที่ดี แต่ยังขาดการประเมินประสิทธิผลอย่างเป็นระบบแบบ RCT และยังไม่ได้ประเมินความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างเป็นระบบ สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการขยายผลในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม SAFE B-MOD ในจังหวัดร้อยเอ็ด
2. ศึกษาความคุ้มค่าของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้บริหารสำหรับการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (SAFE B-MOD) ในจังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิด (conceptual framework)



รูปแบบการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม SAFE B-MOD เป็นการทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม (quasi experimental study) 2 กลุ่ม (2-arm study) โดยกลุ่ม 1 กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ 1.1 กลุ่มเด็กวัยเรียนที่เฉพาะครูผ่านการอบรม SAFE B-MOD และ 1.2 กลุ่มที่ครูและผู้ปกครองผ่านการอบรม SAFE B-MOD กลุ่ม 2 กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียนที่ครูและผู้ปกครองไม่ผ่านการฝึกอบรม SAFE B-MOD แต่ครูผ่านการฝึกอบรมเรื่องโรคจิตเวชเด็กและการคัดกรอง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ 1 กับกลุ่มที่ 2 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการเสริมพลังครู และเปรียบเทียบกลุ่มที่ 1.1 กับกลุ่มที่ 1.2 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการเสริมพลังผู้ปกครอง ตามลำดับ

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา

การบำบัด โปรแกรมเสริมพลังโรงเรียนและครอบครัวเพื่อการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม (School and Family Empowerment for Behavioral Modification; SAFE B-MOD)

- ตัวแปรตาม**
1. ปัญหาพฤติกรรมนอนไม่นิ่ง (Hyperactivity)
 2. ปัญหาพฤติกรรมเกร (Conduct behaviors)
 3. ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน (Peer problems)
 4. ปัญหาด้านอารมณ์ (Emotional problems)
 5. พฤติกรรมด้านสังคม (Prosocial behaviors)
 6. ผลการเรียน (Academic performance)
 7. คุณภาพชีวิต (Quality of life)

ตัวแปรรบกวน (Confounder)

1. ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของครู/ผู้ปกครอง
2. ความเข้มข้นในการปรับพฤติกรรมของครู/ผู้ปกครอง

โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (SAFE B-MOD)

โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (SAFE B-MOD) เป็น targeted prevention program โดยใช้กลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (group behavioral modification) สำหรับครูประจำชั้นหรือผู้ปกครอง เน้นการเสริมพลังด้วยเทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) จัดกิจกรรมครั้งละ 100 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อย ใช้ระยะเวลา 2 วัน ใช้กระบวนการ (facilitator) ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว 5 คน แบ่งเป็นกระบวนการหลัก 1 คน กระบวนการกลุ่มย่อย 5 คน โปรแกรมครอบคลุมเนื้อหา

- ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคที่อาจทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Child mental illness)
- การกำหนดกติกาที่ปฏิบัติได้จริง (Rules & Regulation)
- คำชมและการให้รางวัล (Reinforcement)
- การลงโทษที่เหมาะสม (Punishment)
- การสื่อสารเชิงบวกในขณะที่ปรับพฤติกรรม (Positive communication)

โดยเน้นการสร้างทัศนคติและเสริมพลังในการจัดการพฤติกรรมเด็กวัยเรียนด้วยเทคนิค participatory learning หลังจากนั้น ครูที่ผ่านการฝึกอบรมจะนำความรู้และทักษะที่ได้จากโปรแกรม SAFE B-MOD ไปใช้กับเด็กกลุ่มเสี่ยงในห้องเรียน โดยใช้วิธีการสร้างสัมพันธภาพ พูดสื่อสารเชิงบวก ชื่นชมให้รางวัล ในพฤติกรรมที่ดี และลงโทษอย่างเหมาะสมในพฤติกรรมที่ไม่ดี โดยใช้เทคนิคการทำตารางคะแนนมาใช้

(token economy) มีการติดตามประเมินโดยครูที่เคยผ่านการอบรมโครงการ HERO ในปีงบประมาณ 2559 อีก 1 คน ในโรงเรียนเดียวกันแบบ double blind control

กระบวนการ

กระบวนการทั้ง 6 คนเป็นทีมสหวิชาชีพจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือโรงพยาบาลขอนแก่นหรือศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ที่ผ่านการอบรม TOT for SAFE B-MOD และมีประสบการณ์เป็นกระบวนการในโครงการ HERO มาแล้วไม่น้อยกว่าคนละ 5 ครั้ง

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงาน

หน่วยงานเป้าหมาย (Target unit) คือ โรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาที่สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานระดับประถมศึกษา (สพป.) ในอำเภออาจสามารถและอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประมาณ 50 โรงเรียน

ประชากรเป้าหมาย (Target population) เป็นเด็กนักเรียนชั้น ป. 1-6 ทั้งหมดของโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มเลือก ประมาณ 3,000 คน

บุคลากรเป้าหมาย (Target personnel) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) **ครูกลุ่มตัวอย่าง** คือ ครูระดับชั้น ป. 1-6 ทั้งหมดในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่เคยอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD มาก่อน ให้มาเข้าอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD 2 วันรวมจำนวนประมาณ 120 คน โดยให้ครูไปคัดกรองเด็กนักเรียนชั้น ป.1-6 ทั้งหมดจำนวน 1,500 คน

2) **ครูกลุ่มควบคุม** คือ ครูระดับชั้น ป. 1-6 ทั้งหมดในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่เคยอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD จำนวนประมาณ 120 คน โดยให้ครูไปคัดกรองเด็กนักเรียนชั้น ป. 1-6 ทั้งหมดจำนวน 1,500 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า(Inclusion criteria)

1) เด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงชั้น ป.1-5 ทั้งหมดในโรงเรียนที่เข้าร่วมวิจัยที่ผู้บริหารหน่วยงานยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง SDQ/SNAP IV แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียน พฤติกรรมหรืออารมณ์

3) ครูผู้สอนและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (major psychiatric illness) ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างเข้มข้น (intensive medical treatment) ได้แก่ จิตเภท อารมณ์สองขั้ว ซึมเศร้า และออทิสติก

2) ครูหรือผู้ปกครองไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) เด็กย้ายถิ่นฐาน ย้ายเข้ามาเรียนกลางเทอม เสียชีวิต ไม่สามารถติดตามได้

4) โรงเรียนที่เคยผ่านการอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD มาก่อน

5) ครูที่เข้าอบรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือ ไม่ผ่านการทดสอบหลังการอบรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

การคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดค่า

α	=	0.05
β	=	0.10
δ	=	4.15 คำนวณจากผลการศึกษาโครงการ HERO ปีงบประมาณ 2559
σ	=	6.30 คำนวณจากผลการศึกษาโครงการ HERO ปีงบประมาณ 2559
n/กลุ่ม	=	49

จากโปรแกรม SAFE B-MOD อบรมครู 100 คน/กลุ่ม จะมีเด็กกลุ่มเสี่ยงราว 200-300 คน ต่อกลุ่ม ซึ่งเพียงพอต่อการชดเชยกรณี drop out

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา

- ตัวแปรตาม
1. ปัญหาพฤติกรรมซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity)
 2. ปัญหาพฤติกรรมเกร (Conduct behaviors)
 3. ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน (Peer problems)
 4. ปัญหาด้านอารมณ์ (Emotional problems)
 5. พฤติกรรมด้านสังคม (Prosocial behaviors)
 6. ผลการเรียน (Academic performance)
 7. พฤติกรรมต่อต้าน (SNAP IV part3)
 8. คุณภาพชีวิต
 9. ต้นทุนของโปรแกรม SAFE B-MOD

ตัวแปรรบกวน (Confounder)

1. ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชและเทคนิคการปรับพฤติกรรมของครู
2. ความเข้มข้นในการปรับพฤติกรรมของครู
3. ความร่วมมือของครูในแต่ละโรงเรียน
4. ระบบบริการจิตเวชเด็กและระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (controlled trial quasi-experimental study) ในนักเรียนกลุ่มเสี่ยงชั้น ป.1-6 โดยแบ่งโรงเรียนเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงเรียนกลุ่มทดลอง 4 แห่งในอำเภออาจสามารถที่ครูผ่านการอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD และโรงเรียนกลุ่มควบคุม 2 แห่งในอำเภอเสลภูมิ เก็บข้อมูลโดยให้ครูคัดกรองนักเรียนผ่าน application HERO โดยใช้แบบประเมินออนไลน์ SDQ และ SNAP IV ก่อนการอบรม และหลังการอบรมผ่านไป 3 และ 6 เดือน มีการนำนักเรียนกลุ่มเสี่ยงมาวินิจฉัยโรคต่อต้านโดยกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ก่อนและหลังการอบรมครู 6 เดือน โดยใช้ระบบ school health HERO ในการคัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อนักเรียนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงมีการเก็บต้นทุนในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ ผลการเรียน และมีการสัมภาษณ์หาข้อมูลเชิงคุณภาพจากครูและนักเรียนร่วมด้วยด้วย ผลลัพธ์วิเคราะห์โดย Multilevel ANCOVA และ chi-square

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (controlled trial quasi-experimental study) ในนักเรียนกลุ่มเสี่ยงชั้น ป.1-6 โดยแบ่งโรงเรียนเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงเรียนกลุ่มทดลอง 4 แห่งในอำเภออาจสามารถที่ครู

ผ่านการอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD และโรงเรียนกลุ่มควบคุม 2 แห่งในอำเภอเสลภูมิ เก็บข้อมูลโดยให้ครู คัดกรองนักเรียนผ่าน application HERO โดยใช้แบบประเมินออนไลน์ SDQ และ SNAP IV ก่อนการอบรม และหลังการอบรมผ่านไป 3 และ 6 เดือน มีการนำนักเรียนกลุ่มเสี่ยงมาวินิจฉัยโรคติดต่อต้านโดยกุมารแพทย์ และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ก่อนและหลังการอบรมครู 6 เดือน โดยใช้ระบบ school health HERO ในการ คัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อนักเรียนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงมีการเก็บต้นทุนในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ ผลการ เรียน และมีการสุ่มสัมภาษณ์หาข้อมูลเชิงคุณภาพจากครูและนักเรียนร่วมด้วยด้วย ผลลัพธ์วิเคราะห์โดย Multilevel ANCOVA และ chi-square

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบประเมิน SDQ โดยครูและผู้ปกครอง คำนวณคะแนนรวม และคะแนนรายข้อย่อย 5 ด้าน คือ ปัญหาพฤติกรรมชุนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ปัญหาพฤติกรรมเกร (Conduct behaviors) ปัญหา สัมพันธภาพกับเพื่อน (Peer problems) ปัญหาด้านอารมณ์ (Emotional problems) และพฤติกรรมด้าน สังคม (Prosocial behaviors) ประเมินผลลัพธ์ที่ base line, 3 เดือน และ 6 เดือน
2. ผลการเรียน (Academic performance) ของนักเรียน 2 เทอมการศึกษา ก่อนและหลังการอบรม ครู
3. แบบประเมิน SNAP IV part III โดยครูและผู้ปกครองเพื่อคัดกรองโรคติดต่อต้าน ประเมินผลลัพธ์ที่ base line, 3 เดือน และ 6 เดือน
4. แบบประเมิน PedsQL เพื่อวัดคุณภาพชีวิตโดยผู้ปกครอง ประเมินผลลัพธ์ที่ base line, 3 เดือน และ 6
5. แบบประเมินต้นทุนของโปรแกรม SAFE B-MOD ระบบการดูแลรักษาทางสาธารณสุขประเมิน ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ

ขอบเขตการวิจัย

ดำเนินการในเด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้น พื้นฐานประถมศึกษาจังหวัดร้อยเอ็ด เขต 2-3 โดยจัดการฝึกอบรมครูและผู้ปกครองเพื่อให้มีทักษะการปรับ พฤติกรรมและนำไปใช้กับเด็กกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 3 เดือนก่อนประเมินผลซ้ำ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้จะดำเนินการคัดเลือกโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ที่มีครู 15 คนขึ้นไป ในอำเภออาจสามารถและอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รายละเอียดตามตาราง ด้านล่างดังนี้

กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
1. ส่งโครงการวิจัยเพื่อขอขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต (ethic committee)	เพื่อขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	คณะกรรมการจริยธรรม งานวิจัยกรมสุขภาพจิต
2. ส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณงานวิจัยจากแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต	เพื่อของบประมาณในการดำเนินงานวิจัย	แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
3.ประชุมเพื่อชี้แจงโครงการวิจัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดและสุ่มเลือกโรงเรียน	เพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัยให้แก่คณะทำงานและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	บุคลากรครูของโรงเรียนในสังกัดสพ.ร้อยเอ็ด เขต 2-3
4.ติดตามครูในการประเมิน SDQ และ SNAP IV นักเรียน ป.1-ป.6 ก่อนการอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD	เพื่อติดตามผลประเมิน SDQ และ SNAP IV นักเรียน ป.1-ป.6 ก่อนการอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD	นักเรียนป.1-ป.6 จำนวน 3,000 คน
5.อบรมทีมที่ปรึกษา (HERO consultants) ให้สามารถใช้โปรแกรม Application HERO และนำไปสอนครูต่อได้	เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรม Application HERO และนำไปสอนครูต่อได้	ทีมที่ปรึกษา (HERO consultants) จำนวน 20 คน
6.อบรมแพทย์และบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นใน รพ.ชุมชน 2 แห่ง เรื่องการวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อต้าน เกร และสมาธิสั้น เบื้องต้น	เพื่ออบรมแพทย์และบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อต้าน เกร และสมาธิสั้น เบื้องต้นได้	แพทย์และบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นใน รพ.ชุมชน 4 แห่งที่เป็นหน่วยรับส่งต่อของโรงเรียนที่ถูกสุ่มเลือก
7.คัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดใน SNAP IV part 3 เสี่ยงเป็นโรคติดต่อต้าน	เพื่อคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่เสี่ยงเป็นโรคติดต่อต้านให้เข้าสู่ระบบการวินิจฉัยของ รพ.ชุมชน	เด็กกลุ่มเสี่ยงที่เสี่ยงเป็นโรคติดต่อต้าน จำนวนประมาณ 300 คน
8.จัดอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD ให้ครูกลุ่มทดลองก่อนเก็บข้อมูล	เพื่อให้ครูนำโปรแกรมSAFE B-MOD ไปใช้ปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงในชั้นเรียน	บุคลากรครูของโรงเรียนในสังกัดสพ.ร้อยเอ็ด เขต 2 จำนวน 100 คน
9.ติดตามผล SDQ/SNAP IV และสุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกกับเด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียน	เพื่อติดตามผล SDQ/SNAP IV และสุ่มสัมภาษณ์เชิงลึกกับเด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียน	เด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียน 20 คน หลังอบรม 3 เดือน และ 6 เดือน
10.ติดตามการวินิจฉัยโรคติดต่อต้าน (ODD) จากแพทย์ที่ รพ.ชุมชน หลังการอบรม 6 เดือนและสุ่มประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้วินิจฉัย ODD 20ราย	เพื่อติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อต้าน (ODD) และสุ่มประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้วินิจฉัย ODD 20ราย	-เด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อต้าน (ODD) -เด็กกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้วินิจฉัย ODD 20 ราย
11.จัดอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD ให้ครูกลุ่มควบคุมหลังเก็บข้อมูล	เพื่อให้ครูนำโปรแกรมSAFE B-MOD ไปใช้ปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงในชั้นเรียน	บุคลากรครูของโรงเรียนในสังกัดสพ.ร้อยเอ็ด เขต 2 จำนวน 100 คน
12.ประชุมประเมินผลการดำเนินงานกับทีมวิจัยและที่ปรึกษาทุก 1-3 เดือน	เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานกับทีมวิจัยและที่ปรึกษาวิจัย	ทีมวิจัยและที่ปรึกษาวิจัย จำนวน 15 คน
13. วิเคราะห์ข้อมูล SDQ, SNAP IV, ผลการเรียนรู้ ก่อน-หลังปรับพฤติกรรม	-เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลของเด็กกลุ่มเสี่ยงก่อน-หลัง การปรับพฤติกรรม	ข้อมูลของเด็กกลุ่มเสี่ยงก่อน-หลัง การปรับพฤติกรรม

กิจกรรมหลัก	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย
และแบบประเมินผลการใช้โปรแกรม SAFE B-MOD	-เพื่อประเมินผลการศึกษาประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของโปรแกรม SAFE B-MOD	จำนวน 3,000 ราย
14.สรุปและนำเสนอผลการศึกษา	เพื่อสรุปและนำเสนอผลการศึกษาและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัย	วารสารงานวิชาการแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยครูและผู้ปกครองมีปัญหาพฤติกรรมลดลง มีผลการเรียนและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
2. ได้รูปแบบการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาพฤติกรรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำไปขยายผลต่อในระดับประเทศได้
3. อัตราการเข้าถึงบริการเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเพิ่มขึ้น และช่วยลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่นได้

ผลการศึกษา

จากครูที่เข้าร่วมโครงการกลุ่มทดลองจำนวน 102 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 88.24 และ 64.71 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่า (45.15 ปี และ 38.70 ปี ตามลำดับ) ส่วนใหญ่วุฒิการศึกษาระดับสูงสุดคือปริญญาตรี โดยกลุ่มทดลองจบปริญญาโทมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 31.68 และ 6.06) เกือบทั้งหมดสอนอยู่ในโรงเรียนในสังกัด สพป.ขก.1 อำเภอเมืองขอนแก่นโดยมีระยะเวลาการสอนเฉลี่ย 9 ปี ภาระงานสอนต่อสัปดาห์เฉลี่ย 20 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลัก คือ เป็นครูประจำชั้นร้อยละ 67.65 รองลงมาเป็นครูสอนรายวิชา กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวมากกว่า (ร้อยละ 19.61 และ 8.82) ทั้งสองกลุ่มมีประวัติการใช้สุรา ยาสูบ หรือ สารเสพติดอื่นๆ เท่ากัน คือ ร้อยละ 2.94 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับ SDQ ระหว่างกลุ่มอำเภออาจสามารถและกลุ่มอำเภอเสลภูมิ

ระดับชั้น	SDQ	ทั้งหมด	อำเภออาจสามารถ	อำเภอเสลภูมิ	p-value
Baseline					
ป.1-3	ปกติ	524 (87.19)	228 (86.36)	296 (87.83)	0.593
	เสี่ยงและมีปัญหา	77 (12.81)	36 (13.64)	41 (12.17)	
ป.4-6	ปกติ	693 (87.17)	341 (90.69)	352 (84.01)	0.005
	เสี่ยงและมีปัญหา	102 (12.83)	35 (9.31)	67 (15.99)	
3 เดือน					
ป.1-3	ปกติ	173 (88.27)	67 (82.72)	106 (92.17)	0.043
	เสี่ยงและมีปัญหา	23 (11.73)	14 (17.28)	9 (7.83)	
ป.4-6	ปกติ	202 (94.84)	201 (94.81)	1 (100.00)	>0.999
	เสี่ยงและมีปัญหา	11 (5.16)	11 (5.19)	-	
6 เดือน					
ป.1-3	ปกติ	113 (88.98)	44 (97.78)	69 (84.15)	0.019
	เสี่ยงและมีปัญหา	14 (11.02)	1 (2.22)	13 (15.85)	
ป.4-6	ปกติ	26 (100.00)	-	26 (100.00)	-
	เสี่ยงและมีปัญหา	-	-	-	

สถิติทดสอบ: Pearson chi-square test หรือ Fisher's exact test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ SNAP-IV ระหว่างกลุ่มอำเภอมหาสารคามและกลุ่มอำเภอเสลภูมิ

ระดับชั้น	SDQ	SNAP-IV	อำเภอมหาสารคาม	อำเภอเสลภูมิ	p-value
Baseline					
ป.1-3	ปกติ	ปกติ	225 (98.68)	290 (97.97)	0.738
		เสียงและมีปัญหา	3 (1.32)	6 (2.03)	
	เสียงและมีปัญหา	ปกติ	18 (50.00)	23 (56.10)	0.593
		เสียงและมีปัญหา	18 (50.00)	18 (43.90)	
ป.4-6	ปกติ	ปกติ	337 (98.83)	328 (93.18)	<0.001
		เสียงและมีปัญหา	4 (1.17)	24 (6.82)	
	เสียงและมีปัญหา	ปกติ	21 (60.00)	44 (65.67)	0.572
		เสียงและมีปัญหา	14 (40.00)	23 (34.33)	
3 เดือน					
ป.1-3	ปกติ	ปกติ	66 (98.51)	104 (98.11)	>0.999
		เสียงและมีปัญหา	1 (1.49)	2 (1.89)	
	เสียงและมีปัญหา	ปกติ	5 (35.71)	1 (11.11)	0.340
		เสียงและมีปัญหา	9 (64.29)	8 (88.89)	
ป.4-6	ปกติ	ปกติ	201 (100.00)	1 (100.00)	
		เสียงและมีปัญหา	-	-	
	เสียงและมีปัญหา	ปกติ	5 (45.45)	-	
		เสียงและมีปัญหา	6 (54.55)	-	
6 เดือน					
ป.1-3	ปกติ	ปกติ	-	18 (94.74)	
		เสียงและมีปัญหา	-	1 (5.26)	
	เสียงและมีปัญหา	ปกติ	-	6 (100.00)	
		เสียงและมีปัญหา	-	-	
ป.4-6	ปกติ	ปกติ	-	26 (100.00)	
		เสียงและมีปัญหา	-	-	
	เสียงและมีปัญหา	ปกติ	-	-	
		เสียงและมีปัญหา	-	-	

สถิติทดสอบ: Pearson chi-square test หรือ Fisher's exact test

ตารางที่ 3เปรียบเทียบ PedsQLระหว่างกลุ่มอำเภอบางสามารถและกลุ่มอำเภอสลภูมิ

ระดับชั้น	SDQ	PedsQL	อำเภอบาง สามารถ	อำเภอสลภูมิ	Difference (95%CI)	p-value
Baseline						
ป.1-3	ปกติ		n=169	n=277		
		Median (IQR)	22 (10 - 35)	23 (4 - 36)	1 (-2, 4)	0.559
		Median (min-max)	22 (0 - 399)	23 (0 - 64)		
		Mean (SD)	24.49 (32.74)	21.58 (16.68)		
	เสียงและมีปัญหา		n=23	n=39		
		Median (IQR)	19 (8 - 39)	23 (11 - 38)	-2 (-13, 6)	0.726
		Median (min-max)	19 (0 - 49)	23 (0 - 46)		
		Mean (SD)	21.83 (17.02)	24.05 (15.57)		
ป.4-6	ปกติ		n=287	n=318		
		Median (IQR)	25 (10 - 35)	34 (24 - 40)	-8 (-11, -6)	<0.001
		Median (min-max)	25 (0 - 56)	34 (0 - 64)		
		Mean (SD)	23.70 (11.52)	31.33 (13.20)		
	เสียงและมีปัญหา		n=28	n=62		
		Mean (SD)	31.36 (11.52)	31.05 (13.38)	0.31 (-5.50, 6.12)	0.916
		Median (IQR)	31 (25 - 37)	33.5 (21 - 40)		
		Median (min-max)	31 (8 - 60)	33.5 (2 - 71)		
3 เดือน						
ป.1-3	ปกติ		n=42	n=90		
		Median (IQR)	13 (0 - 34)	7 (1 - 14)	5 (0, 12)	0.049
		Median (min-max)	13 (0 - 47)	7 (0 - 37)		
		Mean (SD)	17.33 (16.11)	9.86 (10.70)		
	เสียงและมีปัญหา		n=12	n=8		
		Mean (SD)	36.5 (11.87)	15 (12.65)	21.5 (9.82, 33.18)	0.001
		Median (IQR)	38.5 (30 - 43.5)	12 (5.5 - 24.5)		
		Median (min-max)	38.5 (12 - 56)	12 (0 - 36)		
ป.4-6	ปกติ		n=110	n=1		
		Median (IQR)	19 (7 - 28)	34	NA	0.229
		Median (min-max)	19 (0 - 53)	34		
		Mean (SD)	19.32 (13.43)	34		
	๓	๖		n=9	n=0	

ระดับชั้น	SDQ	PedsQL	อำเภออาจ สามารถ	อำเภอเสถภูมิ	Difference (95%CI)	p-value
		Mean (SD)	22.78 (16.50)	-		
		Median (IQR)	19 (16 - 22)	-		
		Median (min-max)	19 (2 - 51)	-		
6 เดือน						
ป.1-3	ปกติ		n=37	n=57		
		Median (IQR)	28 (19 - 37)	30 (14 - 43)	-5 (-12, 4)	0.235
		Median (min-max)	28 (0 - 48)	30 (0 - 63)		
		Mean (SD)	25.32 (15.34)	30.18 (16.86)		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=0	n=13		
		Median (IQR)	-	16 (12 - 26)		
		Median (min-max)	-	16 (8 - 101)		
		Mean (SD)	-	25.31 (24.57)		
ป.4-6	ปกติ		n=0	n=25		
		Median (IQR)	-	7 (2 - 9)		
		Median (min-max)	-	7 (0 - 39)		
		Mean (SD)	-	7.52 (8.39)		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=0	n=0		
		Median (IQR)	-	-		
		Median (min-max)	-	-		
		Mean (SD)	-	-		

สถิติทดสอบ: ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้ Independent t-test และข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติใช้ Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4เปรียบเทียบ GPA ระหว่างกลุ่มอำเภอบางสามารถและกลุ่มอำเภอเสลภูมิ

ระดับชั้น	SDQ	GPA	อำเภอบาง สามารถ	อำเภอเสลภูมิ	Difference (95%CI)	p-value
ปี 2562						
Baseline						
ป.1-3	ปกติ		n=99	n=123		
		Median (IQR)	3.2 (2.5 – 3.74)	3.72 (3.26 – 3.95)	-0.41 (-0.58, -0.24)	<0.001
		Median (min-max)	3.2 (1.52 – 4.00)	3.72 (1.93 – 4.00)		
	Mean (SD)	3.08 (0.69)	3.55 (0.48)			
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=18	n=23		
		Median (IQR)	2.95 (2.26 – 3.54)	3.32 (2.95 – 3.66)	-0.27 (-0.84, 0.20)	0.193
Median (min-max)		2.95 (1.78 – 3.93)	3.32 (1.39 – 4.00)			
Mean (SD)	2.91 (0.72)	3.17 (0.72)				
ป.4-6	ปกติ		n=249	n=255		
		Median (IQR)	3.20 (2.61 – 3.63)	3.35 (2.86 – 3.69)	-0.11 (-0.21, -0.01)	0.029
		Median (min-max)	3.20 (1.30 – 4.00)	3.35 (1.98 – 4.00)		
	Mean (SD)	3.11 (0.63)	3.25 (0.54)			
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=17	n=55		
		Mean (SD)	2.91 (0.64)	2.96 (0.58)	-0.05 (-0.38, 0.28)	0.757
Median (IQR)		2.63 (2.50 – 3.41)	3.00 (2.56 – 3.41)			
Median (min-max)	2.63 (1.89 – 3.98)	3.00 (1.65 – 4.00)				
3 เดือน						
ป.1-3	ปกติ		n=34	n=92		
		Median (IQR)	3.02 (2.26 – 3.59)	3.71 (3.22 – 3.95)	-0.52 (-0.89, -0.26)	<0.001
		Median (min-max)	3.02 (1.52 – 4.00)	3.71 (1.41 – 4.00)		
	Mean (SD)	2.91 (0.79)	3.51 (0.56)			
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=3	n=7		
		Mean (SD)	2.86 (0.82)	2.55 (0.60)	0.31 (-0.75, 1.37)	0.519
Median (IQR)		3 (1.98 – 3.61)	2.69 (2.41 – 2.95)			
Median (min-max)	3 (1.98 – 3.61)	2.69 (1.36 –				

ระดับชั้น	SDQ	GPA	อำเภออาจ สามารถ	อำเภอเสถภูมิ	Difference (95%CI)	p-value
		max)		3.32)		
ป.4-6	ปกติ		n=128	n=0		
		Median (IQR)	3.01 (2.46 – 3.48)	-		
		Median (min- max)	3.01 (1.30 – 4.00)	-		
		Mean (SD)	2.94 (0.66)	-		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=3	n=0		
		Mean (SD)	2.78 (0.31)	-		
		Median (IQR)	2.73 (2.50 – 3.11)	-		
		Median (min- max)	2.73 (2.50 – 3.11)	-		
6 เดือน						
ป.1-3	ปกติ		n=43	n=68		
		Median (IQR)	3.46 (2.98 – 3.80)	3.75 (3.44 – 4.00)	-0.23 (-0.44, -0.09)	0.001
		Median (min- max)	3.46 (2.11 – 4.00)	3.75 (2.41 – 4.00)		
		Mean (SD)	3.38 (0.49)	3.65 (0.39)		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=0	n=9		
		Mean (SD)	-	3.68 (0.28)		
		Median (IQR)	-	3.74 (3.56 – 3.95)		
		Median (min- max)	-	3.74 (3.17 – 4.00)		
ป.4-6	ปกติ		n=0	n=1		
		Median (IQR)	-	3.41		
		Median (min- max)	-	3.41		
		Mean (SD)	-	3.41		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=0	n=0		
		Mean (SD)	-	-		
		Median (IQR)	-	-		
		Median (min- max)	-	-		
ปี 2563						
Baseline						
ป.1-3	ปกติ		n=166	n=143		
		Median (IQR)	3.48 (2.91 – 3.83)	3.60 (3.26 – 3.91)	-0.12 (-0.23, 0)	0.034

ระดับชั้น	SDQ	GPA	อำเภออาจ สามารถ	อำเภอเสถภูมิ	Difference (95%CI)	p-value
		Median (min-max)	3.48 (1.35 – 4.00)	3.60 (1.78 – 4.00)		
		Mean (SD)	3.29 (0.65)	3.47 (0.54)		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=23	n=19		
		Median (IQR)	2.93 (2.59 – 3.73)	2.86 (2.41 – 3.54)	0.13 (-0.26, 0.71)	0.495
		Median (min-max)	2.93 (2.02 – 3.96)	2.86 (1.52 – 3.86)		
		Mean (SD)	3.09 (0.63)	2.89 (0.68)		
ป.4-6	ปกติ		n=279	n=167		
		Median (IQR)	2.96 (2.39 – 3.52)	3.13 (2.73 – 3.54)	-0.13 (-0.26, -7.63×10 ⁻⁸)	0.049
		Median (min-max)	2.96 (1.20 – 4.00)	3.13 (1.00 – 4.00)		
		Mean (SD)	2.93 (0.69)	3.07 (0.59)		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=20	n=58		
		Mean (SD)	2.42 (0.89)	2.92 (0.57)	-0.49 (-0.93, -0.05)	0.030
		Median (IQR)	2.35 (1.85 – 3.28)	2.94 (2.52 – 3.32)		
		Median (min-max)	2.35 (0.26 – 3.78)	2.94 (1.65 – 3.91)		
3 เดือน						
ป.1-3	ปกติ		n=54	n=71		
		Median (IQR)	3.73 (2.96 – 3.89)	3.54 (3.13 – 3.86)	0.07 (-0.10, 0.22)	0.357
		Median (min-max)	3.73 (1.35 – 4.00)	3.54 (1.76 – 4.00)		
		Mean (SD)	3.38 (0.71)	3.39 (0.59)		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=5	n=9		
		Mean (SD)	2.60 (0.61)	2.82 (0.82)	-0.22 (-1.14, 0.73)	0.615
		Median (IQR)	2.61 (2.17 – 2.63)	3.02 (2.10 – 3.32)		
		Median (min-max)	2.61 (2.02 – 3.59)	3.02 (1.52 – 3.86)		
ป.4-6	ปกติ		n=140	n=0		
		Median (IQR)	2.66 (2.11 – 3.28)	-		
		Median (min-max)	2.66 (0.26 – 3.96)	-		
		Mean (SD)	2.64 (0.71)	-		
	๓๖		n=3	n=0		

ระดับชั้น	SDQ	GPA	อำเภออาจ สามารถ	อำเภอเสลภูมิ	Difference (95%CI)	p-value
		Mean (SD)	2.32 (0.51)	-		
		Median (IQR)	2.41 (1.78 – 2.78)	-		
		Median (min- max)	2.41 (1.78 – 2.78)	-		
6 เดือน						
ป.1-3	ปกติ		n=44	n=16		
		Median (IQR)	3.41 (2.61 – 3.86)	3.82 (3.44 – 3.94)	-0.27 (-0.80, 0.01)	0.077
		Median (min- max)	3.41 (1.54 – 4.00)	3.82 (2.10 – 4.00)		
		Mean (SD)	3.23 (0.71)	3.62 (0.51)		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=1	n=4		
		Mean (SD)	2.33	3.58 (0.41)		
		Median (IQR)	2.33	3.66 (3.28 – 3.88)		
		Median (min- max)	2.33	3.66 (3.02 – 3.97)		
ป.4-6	ปกติ		n=0	n=0		
		Median (IQR)	-	-		
		Median (min- max)	-	-		
		Mean (SD)	-	-		
	เสี่ยงและมีปัญหา		n=0	n=0		
		Mean (SD)	-	-		
		Median (IQR)	-	-		
		Median (min- max)	-	-		

สถิติทดสอบ: ข้อมูลการแจกแจงแบบปกติใช้ Independent t-test และข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติใช้ Mann-Whitney U test

อภิปรายผลการศึกษา

โปรแกรมกลุ่มเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน(SAFE B-MOD) สามารถช่วยให้ครูมีความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กกลุ่มเสี่ยงได้ จากผลการประเมิน SDQ โดยครูพบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร่ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ส่วนสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษานำร่องของโปรแกรม SAFE B-MOD ของ ดุษฎีและคณะ⁵ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ [Baker-Henningham H](#) และคณะ² ซึ่งใช้โปรแกรม the Incredible Years (IY)Teacher and Child Training ฝึกทักษะครูในการจัดการพฤติกรรมในห้องเรียนและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างครูกับพ่อแม่โดยครูกลุ่มทดลองผ่านการอบรมโปรแกรม IY 7 วัน และนำไปใช้ปรับพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนจำนวน 14 ครั้ง และวัดผลลัพธ์โดยใช้ SDQ พบว่าสามารถลดปัญหาพฤติกรรมเกร่ได้ (effect sizes = 0.26)ลดปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งได้ (effect sizes = 0.36) และลดปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนได้ (effect sizes = 0.71)แต่ไม่พบความแตกต่างของปัญหาอารมณ์และสัมพันธ์ภาพทางสังคมซึ่งมีข้อแตกต่างกับงานวิจัยนี้คือ โปรแกรม IY ใช้เวลาอบรมยาวนานกว่า โปรแกรม SAFE B-MOD และมีกระบวนการในห้องเรียน (classroom management) ที่เป็นขั้นตอนชัดเจนกว่า

ส่วนการศึกษาของ Ison MS⁴ กับการศึกษาของ Wang Y และคณะ¹² ก็พบว่าการโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคม (social skills)ให้กับเด็กกลุ่มเสี่ยงสามารถลดทำให้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้เช่นเดียวกับโปรแกรม SAFE B-MOD แตกต่างกันตรงที่โปรแกรมฝึกทักษะสังคมใช้ทำกับกลุ่มเด็กโดยตรง และใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์เป็น The Rutter parent and Teacher Scale

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองในเด็กวัยเรียน¹⁹ แต่วัดผลที่ทักษะของผู้ปกครองรวมถึงทักษะชีวิตของเด็ก แต่ยังไม่มีการวัดผลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก รวมถึงยังไม่มีการรายงานการศึกษาผลการปรับพฤติกรรมโดยครูจึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้

จากผลการศึกษาจะพบว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่กึ่งทดลอง (controlled trial quasi-experimental study) ในนักเรียนกลุ่มเสี่ยงชั้น ป.1-6 โดยแบ่งโรงเรียนเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงเรียนกลุ่มทดลอง 4 แห่งในอำเภออาจสามารถที่ครูผ่านการอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD และโรงเรียนกลุ่มควบคุม 2 แห่งในอำเภอเสลภูมิ เก็บข้อมูลโดยให้ครูคัดกรองนักเรียนผ่าน application HERO โดยใช้แบบประเมินออนไลน์ SDQ และ SNAP IV ก่อนการอบรม และหลังการอบรมผ่านไป 3 และ 6 เดือน มีการนำนักเรียนกลุ่มเสี่ยงมาวินิจฉัยโรคติดต่อต้านโดยกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ก่อนและหลังการอบรมครู 6 เดือน โดยใช้ระบบ school health HERO ในการคัดกรอง ช่วยเหลือและส่งต่อนักเรียนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงมีการเก็บต้นทุนในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ ผลการเรียนรู้ และมีการสุ่มสัมภาษณ์หาข้อมูลเชิงคุณภาพจากครูและนักเรียนร่วมด้วยด้วย ผลลัพธ์วิเคราะห์โดย Multilevel ANCOVA และ chi-square

ผลลัพธ์มีครูเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 154 คน แบ่งเป็นครูกลุ่มควบคุม 66 คน ครูกลุ่มทดลอง 86 คน หลังอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD ครูมีความรู้และทักษะด้านการปรับพฤติกรรมนักเรียนมากขึ้นผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 86.2 มีการคัดกรองนักเรียนกลุ่มทดลอง 1,041 คน และนักเรียนกลุ่มควบคุม 847 คน พบมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์จากแบบประเมิน SDQ ร้อยละ 11.09 และ 14.29 ตามลำดับ มีการวินิจฉัยโรคติดต่อต้าน 24 คน และ 7 คนตามลำดับ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการอบรมครู 6 เดือน พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ลดลงเหลือร้อยละ 2.22 ส่วนนักเรียนกลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ลดลงเหลือร้อยละ 12.04 ซึ่งมี

ผลลัพธ์ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดต่อด้านมีในกลุ่มทดลอง จำนวนลดลงเหลือ 10 คนส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเป็น 8 คน

ส่วนต้นทุนในการดำเนินการระบบ school health HERO คิดเป็น ค่าจัดอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD 784.73 บาท/คน/วัน ค่าคัดกรองและช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงของครู 633 บาท/คน ค่าใช้จ่ายที่ผู้ปกครองนำนักเรียนกลุ่มเสี่ยงประเมิน 516.35 บาท/คน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดต่อด้านในโรงพยาบาล 897.8 บาท/คน/เดือน

สรุป โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (SAFE B-MOD) ช่วยให้ครูมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็ก สามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในของนักเรียนในโรงเรียน และควรมีการปรับปรุงโปรแกรม SAFE B-MOD ให้เป็นหลักสูตรออนไลน์ต่อไป เพื่อการขยายผลที่รวดเร็ว คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดของโครงการวิจัย

1. โครงการไม่เป็นไปตามแผน

1.1 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้การดำเนินงานตามแผนเกิดความล่าช้าและไม่ตรงตามแผนดำเนินงานที่วางแผนไว้

2. ข้อมูลจากครูและผู้ปกครองเก็บได้ล่าช้า

2.1 ครูมีภาระงานมาก เนื่องจากมีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้ปกครองสูงอายุอ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้

2.3 ผู้ปกครองทำเอกสารหายตามข้อมูลจากผู้ปกครองได้ยาก

3. ข้อมูลมีข้อจำกัดด้าน measurement bias

3.1 ข้อมูลเบื้องต้นพบว่าข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เท่ากัน.

3.2 ขาดการ monitor ครูหลังจากการอบรม

3.3 ไม่มีการประเมินข้อมูลผู้ปกครองและเด็กร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. SAFE B-MOD: (School and Family Empowerment for Behavioral Modification; SAFE B-MOD)” เป็นโปรแกรมเสริมพลังผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน ที่ตอบสนองต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน สามารถจัดอบรมครูและผู้ปกครองได้ครั้งละ 50-100 คนต่อครั้งโดยใช้วิทยากรกระบวนกรจำนวนน้อยทำให้สามารถขยายผลได้แม้ในพื้นที่ขาดแคลน ซึ่งรูปแบบกิจกรรมง่าย สนุกและได้ประโยชน์กับครูและผู้ปกครองมาประยุกต์ใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาการเรียนและพฤติกรรม

2. HERO: รูปแบบความร่วมมือใหม่ระหว่างเครือข่ายสุขภาพและการศึกษาภาคสาธารณสุขเป็นผู้จัดบริการสุขภาพภาคการศึกษาเป็นผู้จัดบริการการศึกษาซึ่งต้องทำงานร่วมกันเพื่อดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงนี้ที่ผ่านมามีการประสานงานในระดับนโยบายมาโดยตลอดแต่ปัญหาสำคัญคือการดำเนินการให้เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่ที่ยังไม่ครอบคลุมไม่ทั่วถึงคณะทำงานจึงประสานงานไปที่สำนักงานเขตพื้นที่การประถมศึกษาเพื่อให้สามารถทำงานแบบ One-hospital All-school สามารถทำงานไปพร้อมกันทุกโรงเรียนแทนการประสานงานที่โรงเรียนแบบ One-hospital One-school (OHOS) โดยเรียกโครงสร้างความร่วมมือใหม่ (platform) ในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคการศึกษาในพื้นที่ว่า ‘HERO: Health and Educational Regional Operation’ เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อการทำงานและจงใจให้บุคลากรทุกภาคส่วนเข้ามาทำงานช่วยเด็กด้วยกันภายใต้ platform HERO นี้ยังสามารถพัฒนาโปรแกรมบริการที่จำเป็นอื่นๆเช่นโปรแกรมป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกเพื่อพัฒนาเด็กด้วยกันได้อีกด้วย

3. เปลี่ยนจากการวินิจฉัยโรค (diagnostic approach) เป็นการวินิจฉัยปัญหา (problem approach): ก้าวข้ามการคัดกรองโรคมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเดิมมีการพัฒนา ‘แบบคัดกรองโรคจิตเวชเด็ก’ ที่หลากหลายเพื่อให้แต่ละโรงเรียนคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนคู่เครือข่าย OHOS แต่พบปัญหาการคัดกรองซ้ำซ้อนและเป็นภาระแก่ครูเนื่องจากกระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายให้คัดกรองเด็กวัยเรียนทุกคนด้วย “แบบคัดกรองความพิการ 9 ประเภท” เป็น ‘แบบคัดกรองปัญหา’ ซึ่งโดยเฉลี่ยจะพบเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อความพิการทุกรูปแบบราวร้อยละ 10 และพบว่าร้อยละ 8 ของเด็กวัยเรียนทั้งหมดมีความเสี่ยงต่อความพิการด้านการเรียนรู้ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์อยู่แล้วจึงไม่มีความจำเป็นต้องทำการคัดกรองซ้ำซ้อนไม่จำเป็นต้องให้ครูวินิจฉัยแยกโรคให้ได้ขอเพียงครูวินิจฉัยปัญหาได้แล้วมุ่งเน้นไปที่การดูแลช่วยเหลือเด็กทั้งด้านการศึกษาและด้านสุขภาพได้ก็เพียงพอส่วนการวินิจฉัยโรคควรเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล

4. จิตแพทย์พี่เลี้ยง: การดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันจนถึงการรักษาฟื้นฟู เดิมการทำงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตยังไม่เชื่อมโยงสู่งานรักษาฟื้นฟูมีลักษณะต่างหน่วยต่างทำทำให้เมื่อคัดกรองค้นหาและดูแลเบื้องต้นมาแล้วส่งต่อสู่ระบบบริการไม่ได้จึงต้องวางระบบให้เชื่อมต่อกันจากการดูแลที่โรงเรียนสู่การดูแลที่โรงพยาบาลโดยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นลงพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้สามารถจัดบริการรองรับเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ปรับพฤติกรรมแล้วไม่ดีขึ้นเข้าสู่ระบบบริการ

ด้วยระบบดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนรูปแบบใหม่นี้ครูจะสามารถดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้เพิ่มขึ้นมากโดยใช้ทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนสามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ได้ภายในระยะเวลา 1-2 ปีลดลงจากรูปแบบเดิมที่อาจต้องใช้เวลาถึง 30 ปีและนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้เข้าสู่บริการในระบบสาธารณสุขเพื่อรับการรักษาได้เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนาจากผลการศึกษาในโครงการวิจัยนี้

1. ควรมีการวางแผนและแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ไม่คาดว่าจะเกิดขึ้น เช่น สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

2.เวลาที่เหมาะสม คือ ควรอบรมครูและผู้ปกครองช่วงปิดเทอม และให้เวลาเก็บข้อมูลในช่วงเปิดภาคเรียน

3.การเก็บข้อมูล ควรมีคนเก็บแยกโดยไม่ผ่านครู เนื่องจากครูมีภาระงานมาก ทำให้ได้ข้อมูลล่าช้าและไม่ครบถ้วน

4.ขั้นตอนการวิจัยควรเริ่มจากการไปคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงก่อน และจึงไปสุ่มแบ่งกลุ่มเด็ก เลือกครูและผู้ปกครองที่หลัง ซึ่งเลือกทำเป็นโรงเรียนเดียวจะง่ายกว่าหลายโรงเรียน

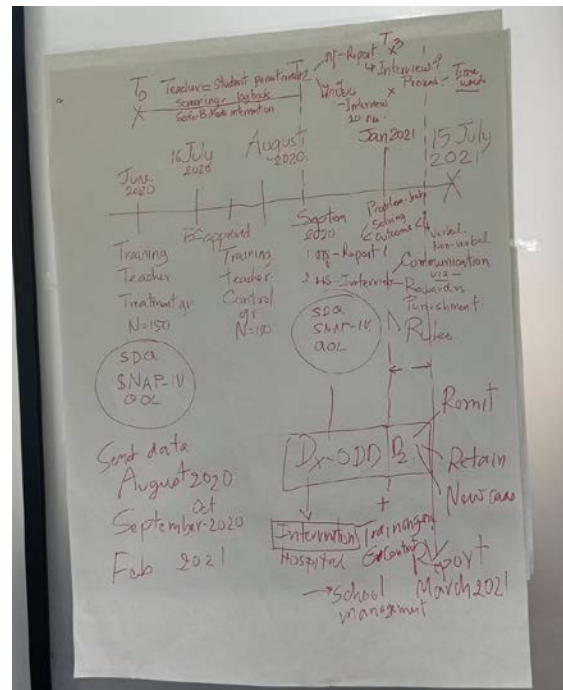
เอกสารอ้างอิง

1. http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
2. World Health Organization. Mental Health Atlas. 2005.
3. Rutter, M. B., Dorothy; Pine, Daniel; Scott, Steven; Stevenson, Jim S.; Taylor, Eric A.; Thapar, Anita. (2009). Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition. In T. E. Ruter Michael (Eds.)
4. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. Lancet 2011; 378: 1515-25.
5. Baker-Henningham H, Walker S, Powell C, Gardner JM. A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. Child Care Health Dev 2009; 35: 624–31.
6. Baker-Henningham H, Walker SP, Powell C, Gardner JM. Preventing behaviour problems through a universal intervention in Jamaican basic schools: a pilot study. West Indian Med J 2009; 58: 460–64.
7. Mishara B, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's friends. ECRQ 2006; 21: 110–23
8. Lin H, Wang YF, Wu YP. A control study of a school-based life skills education on prevention of behavior problems in third-grade schoolchildren. Beijing Da Xue Xue Bao 2007; 39: 319–22 (in Chinese).
9. Wang Y, Liu C, Wang YF. Effectiveness of social skills training among children with behavior problems: a randomized controlled trial. Beijing Da Xue Xue Bao 2007; 39: 315–58 (in Chinese).
10. Ison MS. Training in social skills: an alternative technique for handling disruptive child behavior. Psychol Rep 2001; 88: 903–11
11. Special Education Center Region 8. Special Education Database Online; 2016.
12. <https://www.facebook.com/thaichildpsy/>
13. <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries01.html>
14. Juengsiragulwit D, Chaiudomsom C, Rueng P, Poowichai C. A Pilot Study of The Efficacy of Group Teacher Training for Behavioral Modification in School-Aged Children at-Risk for Emotional and Behavioral Problems. J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63: 115-126
15. Wongpiromsarn Y, Nuanmanee S, Mongkol A, Wipulakorn P, Woener W. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. Journal of Mental Health of Thailand 2011; 19: 128-34.
16. [Sritipsukho P](#), [Wisai M](#), [Thavorncharoensap M](#). Reliability and validity of the Thai version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0. [Qual Life Res](#). 2013 Apr;22(3):551-7.
17. Kummabutr J, Phuphaibul R, Suwonnaroop N, Villarruel A, Nityasuddhi D. The effect of a parent training program, in conjunction with a life skills training program for school-aged children, on children's life skills, and parents' child-rearing skills and perceptions of support for child life skills development. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2013; 17(1): 3-27.

ภาคผนวก

ภาพกิจกรรม

1. กิจกรรมที่ 1 ประชุมวางแผนการดำเนินงานโครงการวิจัย



2 กิจกรรมประชุมชี้แจงโครงการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อวางกรอบการดำเนินงานและประสานเครือข่ายใน ครัวในสังกัด สพป.ร้อยเอ็ด เขต2 (กลุ่มทดลอง)





3. กิจกรรมประชุมชี้แจงโครงการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อวางกรอบการดำเนินงานและประสานเครือข่ายใน ครัวในสังกัด สพป.ร้อยเอ็ด เขต3 (กลุ่มควบคุม)





3. กิจกรรมอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD ให้ครูกลุ่มทดลองก่อนเก็บข้อมูล





4. กิจกรรมการวินิจฉัยโรคต่อต้าน (ODD) จากแพทย์ที่ รพ.ชุมชน หลังการอบรม 6 เดือนและสู่มประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้วินิจฉัย ODD (กลุ่มทดลอง)









5. กิจกรรมการวินิจฉัยโรคต่อต้าน (ODD) จากแพทย์ที่ รพ.ชุมชน หลังการอบรม 6 เดือนและสู่มประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้วินิจฉัย ODD (กลุ่มควบคุม)



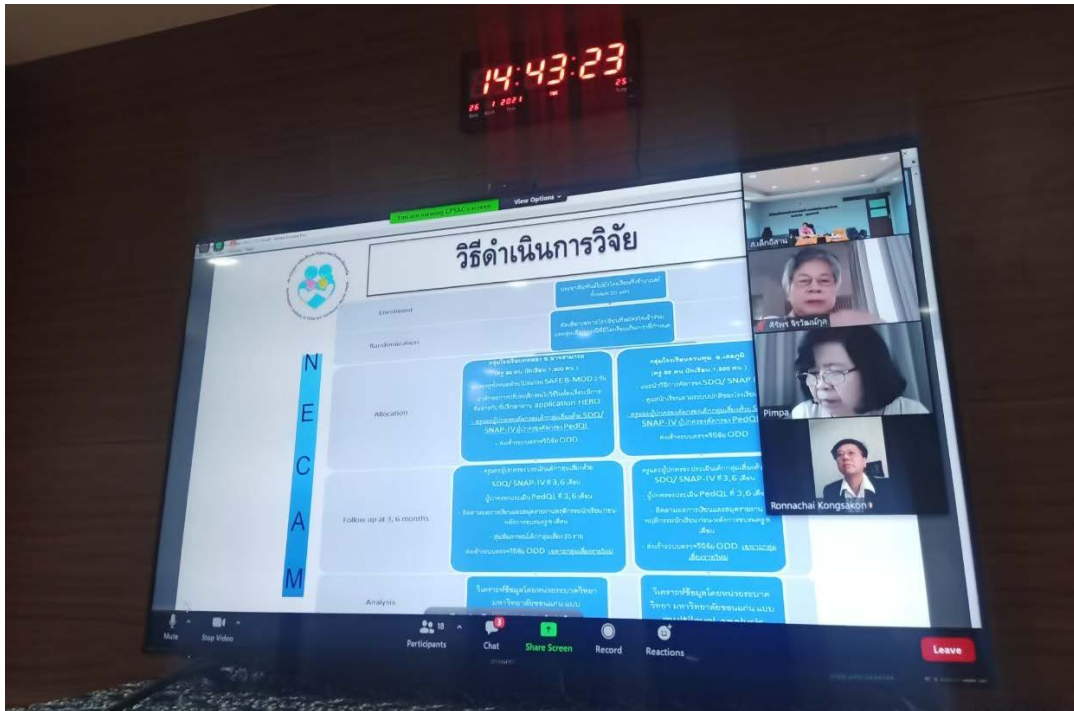


6. กิจกรรมอบรมโปรแกรม SAFE B-MOD ให้ครูกลุ่มควบคุมหลังเก็บข้อมูล





7. กิจกรรมการประชุมติดตามความก้าวหน้าของโครงการวิจัย



แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

ชื่อเด็ก เพศ อายุ ปี ชั้นเรียน

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น วันที่ประเมิน

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	สำหรับจนท.
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน					
2. ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้					
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ					
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น					
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
7. ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)					
8. วอกแวกง่าย					
9. ซ้ำลิ้ม					
10. มือเท้ายุกยิก นั่งบิดไปบิดมา					
11. นั่งไม่ติดที่ ขอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย					
12. ริ่งหรือปีนปายมากเกินไปจนควรอย่างไร้กาลเทศะ					
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น					
14. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน "ติดเครื่อง" อยู่ตลอดเวลา					
15. พุดมาก					
16. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
17. ไม่ชอบรอคิว					
18. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พุดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)					
19. อารมณ์เสื่อง่าย					
20. ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่					
21. ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้					
22. จงใจก่อกวนผู้อื่น					
23. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด					
24. ซ้ำราคาญ					
25. โกรธซึ่งบึ้งตึงเป็นประจำ					
26. เจ้าคิดเจ้าแค้น					

Cutoff: Parent 16-14-12; Teacher 18-11-8

พ.ศ.2546

ครู

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ทำเครื่องหมาย X ในช่อง ได้ข้อความ ไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อคำถาม กรุณาตอบทุกข้อ
ให้ใกล้เคียงความเป็นจริงกับพฤติกรรมของเด็กที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือในช่วงปีการศึกษาี้

ชื่อเด็ก.....

เพศของเด็ก ชาย

วัน เดือน ปีเกิดของเด็ก.....อายุของเด็ก.....ปี

 หญิง

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. อยู่ไม่สุข เคลื่อนไหวมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. บ่นปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เต็มใจแบ่งปันกับเด็กอื่น (ขนม ของเล่น ดินสอ ฯลฯ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ค่อนข้างอยู่โดดเดี่ยว มักเล่นตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. โดยปกติแล้ว เชื่อฟัง ทำตามผู้ใหญ่บอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. หลุกหลิก หรือตื่นไปตื่นมาตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. มีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. มีเรื่องต่อสู้หรือรังแกเด็กอื่นบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. โดยทั่วไปเป็นที่ชอบพอของเด็กอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. วิดกกังวลหรือติดแฉเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ เสียความมั่นใจง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. พูดพลหรือซี้โกงบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้งหรือรังแก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. มักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็กอื่น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. คิดก่อนทำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น.....

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

พ.ศ.2546

ครู

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

ไม่มี ปัญหา	มีปัญหา เล็กน้อย	มีปัญหา ชัดเจน	มีปัญหา อย่างรุนแรง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าคุณตอบ "มีปัญหา....." โปรดตอบข้อ 1) - 4) ต่อไปนี้ด้วย

1) ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

น้อยกว่า 1 เดือน	1 - 6 เดือน	6 - 12 เดือน	มากกว่า 1 ปี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) ปัญหาที่มี รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) ปัญหาที่มี ทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ในแต่ละสัปดาห์เด็กคนนี้อยู่กับคุณโดยเฉลี่ยกี่ชั่วโมง (โปรดระบุ)..... ชั่วโมง

ลายเซ็น..... วันที่.....

โปรดระบุความสัมพันธ์กับเด็ก (ครูประจำชั้นอื่นๆ).....

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ
ขอคุณที่ให้ความร่วมมือในการกรอกแบบประเมินนี้

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการวิจัย



คำสั่งสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ที่ ๖๙ /๒๕๖๓
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย ประจำปี ๒๕๖๓

ด้วยกลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จัดโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครอง สำหรับการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน ในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เป็นไป ด้วยความเรียบร้อย ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการดำเนินงานวิจัย โดยมีรายชื่อ ดังต่อไปนี้

๑. นายศักรินทร์	แก้วเข้า	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ที่ปรึกษา
๒. นายชาญณรงค์	ชัยอุดมสม	นายแพทย์ชำนาญการ	ประธาน
๓. นางปานิสร่า	เรือง	นักวิชาการศึกษาพิเศษชำนาญการ	กรรมการ
๔. นางพิรุชญาณ์	สิบลุบล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กรรมการ
๕. นางสาวมาลินี	ศรีวงศ์จันทร์	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๖. นางสาวมยุรา	เพ็ญสุพรรณ	เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน	กรรมการ
๗. นายวันพิชิต	ทองเหง้า	นักสังคมสงเคราะห์	กรรมการ
๘. นางอนงค์ลักษณ์	สีหาโนน	นักวิชาการพัสดุ	กรรมการ
๙. นางสาววราฉัตร	มณีวงศ์	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๑๐. นางธัญญลักษณ์	สุดโต	นักวิชาการเงินและบัญชี	กรรมการ
๑๑. นางสาวกรรณิการ์	ฝ่ายขาว	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๑๒. นายอภิวัฒน์	ติยะเพ็ญ	เจ้าพนักงานธุรการ	กรรมการ
๑๓. นางกรรณิกา	ธรรมศักดิ์	นักวิชาการศึกษาพิเศษชำนาญการ	เลขานุการ
๑๔. นางสาวศิริพร	เข้มมา	นักวิชาการศึกษาพิเศษ	ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้มีบทบาทหน้าที่และถือปฏิบัติ ดังนี้

ดำเนินงานตามกรอบแผนการดำเนินงานโครงการวิจัย เพื่อให้การดำเนินงานวิจัย บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ของโครงการวิจัย เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป คำสั่งอื่นใดขัดแย้งกับคำสั่งนี้ให้ยกเลิก และใช้คำสั่งนี้แทน

สั่ง ณ วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายศักรินทร์ แก้วเข้า)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ