

การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน ในโครงการสุขภาพจิตโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร

MENTAL HEALTH PROBLEM IN GRADE 4TH - 6TH STUDENTS WITH A DIFFERENT ACADEMIC ACHIEVEMENT IN SCHOOL MENTAL HEALTH PROJECT OF BANGKOK METROPOLITAN AREA

ผู้วิจัย

แกมแก้ว โปษกรณัฐ¹

Kamkaew Bosakaranat¹

kamkaew_psy50@hotmail.com

กรรมการควบคุม

รองศาสตราจารย์ พญ.สุพร อภินันทเวช²

ดร.พัชรินทร์ เสรี³

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บัญญัติ ยงย่วน⁴

Advisor Committee

Assoc. Prof. Suporn Apinuntavech²

Dr.Patcharin Seree³

Asst.Pro.Dr. Banyat Yongyuan⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิต ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ในปัจจัยด้านตัวเด็กและปัจจัยด้านครอบครัวเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวิธีการสุ่มกลุ่มแบบหลายขั้นตอนและสุ่มอย่างเป็นระบบ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 364 คน ชายจำนวน 191 คน หญิงจำนวน 173 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำจำนวน 178 คนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจำนวน 186 คน สถิติที่ใช้ คือ สถิติทดสอบค่าที (t-test) และไคสแควร์ (Chi-square) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า, แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวล, แบบสำรวจอารมณ์และพฤติกรรมเด็ก, แบบสอบถามพื้นฐานทางวิชาการและแบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บทพ้องทางการเรียนรู้และออกทิม ผลการศึกษาพบว่า 1) นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในความสามารถทางการเรียน ด้านสะกดคำและด้านความเข้าใจประโยค 2) ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านปัญหาสมาธิสั้นและความสามารถทางการเรียนด้านการสะกดคำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับความสามารถทางการเรียนด้านการคำนวณทางคณิตศาสตร์, ภาวะออกทิมและปัญหาสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปัญหาสมาธิสั้น ออกทิม ความสามารถทางการเรียน โรคการเรียนรู้บกพร่องพฤติกรรมต่อต้าน ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล

¹ นักศึกษาระดับมหาบัณฑิต หลักสูตรจิตวิทยาเด็กวัยรุ่นและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรจิตวิทยาเด็กวัยรุ่นและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรจิตวิทยาเด็กวัยรุ่นและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรจิตวิทยาเด็กวัยรุ่นและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

The aim of this research was to study the mental health problems through self and family factors of grade 4th – 6th students with different academic achievement in Bangkok metropolitan schools in self factor and family factor. The cross-sectional descriptive research design, multi-stage sampling and systematic random sampling were used in this study. The sample group was students in total of 364 students. There were 191 male students and 173 female students. Participants were divided into 2 groups; there were 186 students who had high academic achievement and 178 students with low academic achievement. T-test and Chi-square Statistics were used to analyze the data. The instruments that were used in this research; Thai ADHD Screening Scales, Depression Inventory, Anxiety Inventory, Pediatric Symptom Checklist-17, Kasetsart Basic Academic Skills Test, KUS-SI Rating Scales.

The results showed that; 1) The students who had different academic achievement had significantly different mental health problems which were learning ability in spelling and understanding sentences at $p = .05$. 2) Sex factor had a correlation with resisting behavior, ADHD and spelling ability at $p = .053$. 3) Parents' marital status factor had a correlation with mathematic skills, autism and ADHD at $p = .05$.

Keyword: Academic Achievement, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, Learning Ability, Specific Learning Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Depress, Anxiety

บทนำ

งานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 โดยศูนย์สุขภาพจิตจัดบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน โดยมีครูเป็นผู้ร่วมทีม จัดอบรมวิทยากรสุขภาพจิตชุมชนให้กับครู (พัชรินทร์ เสรี, 2559) ในปี พ.ศ.2543 กระทรวง ศึกษาธิการ ได้มีการได้จัดตั้งระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนขึ้นมา เพื่อให้ให้นักเรียนได้รับการดูแลช่วยเหลือพัฒนาเต็มศักยภาพเป็นคนที่สมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา (นิภา แยมวจิ, 2552) งานสุขภาพจิตในโรงเรียนเป็นเรื่องสำคัญดังที่ พนม เกตุมาน (2550) กล่าวว่า การบริการสุขภาพจิต การเข้าถึงชุมชน เช่น โรงเรียน การช่วยเหลือที่รวดเร็วจะทำได้ง่าย ปัญหาไม่เรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพจิตใจก็ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพในโรงเรียน การส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนจึงเป็นประโยชน์ต่อเด็ก ครู ผู้ปกครองเมื่อเด็กมีสุขภาพจิตดีขึ้น ยังมีผลต่อสุขภาพจิตครูด้วย บรรยาภาศการเรียนการสอนก็ดีขึ้น นักเรียนก็มีความสุขและพัฒนาไปในทางที่

ดีซึ่งเป็นปัจจัยที่ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตจึงทำให้เกิดโครงการสุขภาพจิตโรงเรียนของสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลขึ้น เนื่องด้วยปัญหาของนักเรียนในปัจจุบันที่มีปัญหาหลายด้าน เช่น ปัญหาการเรียน พบว่ากลุ่มวัยเรียนมีปัญหา ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าร้อยละ 50 และความสามารถของผู้เรียนในเรื่องการคิดวิเคราะห์ มีวิจาร์ณญาณ และคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2557) สาเหตุที่ทำให้เด็กวัยเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำอาจมาจาก ปัญหาด้านสภาพแวดล้อม สติปัญญา การเจ็บป่วย ปัญหาด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจ หรือปัญหาทางสุขภาพจิตจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2556 (กรมสุขภาพจิต, 2557) ในเด็กนักเรียนที่ศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการคัดกรองภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) จำนวน 2,637 คน

พบว่า เป็นเด็กกลุ่มเสี่ยง 897 คน คิดเป็นร้อยละ 34.02 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 และ 3 นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการเรียนของเด็ก

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน ในโครงการสุขภาพจิตโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมช่วยเหลือฟื้นฟูด้านการศึกษาและด้านสุขภาพจิต การวางแผนทางการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตให้กับนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ในช่วงที่เด็กเข้าสู่วัยรุ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านตัวนักเรียนปัญหาสุขภาพจิต ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิต ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกัน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน
2. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ปัญหาสุขภาพจิต ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กัน
3. ปัจจัยด้านครอบครัวปัญหาสุขภาพจิต ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีคะแนนสอบภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2558 ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 50 เปอร์เซ็นไทล์ และได้คะแนนตั้งแต่ 50 เปอร์เซ็นไทล์ ขึ้นไปของโรงเรียนวัดสุวรรณารามโรงเรียนวัดท่าพระ และโรงเรียนวัดราชวรительธรรม ในโครงการสุขภาพจิตโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558

กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่า 50 เปอร์เซ็นไทล์ และกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตั้งแต่ 50 เปอร์เซ็นไทล์ ขึ้นไป ของโรงเรียนวัดสุวรรณารามโรงเรียนวัดท่าพระและโรงเรียนวัดราชวรительธรรม ในโครงการสุขภาพจิตโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 364 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตัวแปรต้นคือ ปัจจัยจากตัวเด็ก ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นเรียน จำนวนพี่น้อง ผู้ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย ผลการเรียนและปัจจัยจากครอบครัว ประกอบด้วย รายได้รวมของครอบครัว อาชีพของผู้เลี้ยงดู สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาและปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวส่วน ตัวแปรตาม คือ ปัญหาสุขภาพจิต มี 6 ด้านประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าออทิซึม, ความวิตกกังวล, ความสามารถทางการเรียน, ปัญหาติดต่อด้าน, ปัญหาสมาธิสั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ติดต่อขออนุญาตผู้อำนวยการของโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยนี้เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะประสานงานกับผู้ประสานงานภายในโรงเรียนและขอเวลาจากคุณครูประจำชั้นเพื่อคุยกับเด็กช่วงก่อนเข้าห้องเรียนประมาณ 10 นาทีเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างโดยตรง

3. นักเรียนที่ผู้ปกครองเห็นดียินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัยและนักเรียนยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจะได้ชุดแบบสอบถามฉบับนักเรียนซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลกับนักเรียนที่โรงเรียนเป็นกลุ่มครั้งละไม่เกิน 20 คน โดยคัดเลือกนักเรียนที่เข้าเกณฑ์การวิจัยมาครั้งละห้องเรียนเด็กจะได้ตอบแบบสอบถามที่ห้องนักจิตวิทยาโรงเรียนโดยที่ผู้วิจัยอ่านคำถามทุกแบบทดสอบให้เด็กฟังยกเว้นแบบสอบถามทักษะพื้นฐานทางวิชาการ (KBAST) ผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำการทดสอบกับนักเรียน เป็นรายบุคคล

4. ผู้ปกครองที่ได้เห็นยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว จะได้รับชุดแบบสอบถามฉบับผู้ปกครองโดยผู้วิจัยใส่ซองเอกสารปิดผนึกให้นักเรียนนำไปให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ปกครองตอบแบบสอบถามเสร็จให้นำใส่ซองเอกสารปิดผนึกเหมือนเดิมแล้วนำมาส่งที่ครูประจำชั้น

5. เมื่อผู้ปกครองและครูตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะนัดวันเข้าไปเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากทางโรงเรียนอีกครั้ง

6. ข้อมูลที่เก็บได้จากนักเรียน ผู้ปกครอง และครู จะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยจะมีการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นผลของการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

7. นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับนักเรียนแบ่งเครื่องมือเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ผู้ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย ระดับชั้นเรียน ผลการเรียนของนักเรียน รายได้รวมของครอบครัวอาชีพของบิดา-มารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย (Thai ADHD Screening Scales: THASS) พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล (2557) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.94

ตอนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (Children's Depression Inventory: CDI) พัฒนาโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (2555) ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ มีค่า reliability coefficient (Alpha) เท่ากับ 0.83

ตอนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะวิตกกังวลผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยอิงแนวคิดเรื่องความวิตกกังวลจาก Spielberger C. D. (1996) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลจาก DSM-5 (สิรินัดดา ปัญญาภาส, 2558, น. 517-518) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 12 ข้อ มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.72

ตอนที่ 5 แบบสำรวจอารมณ์และพฤติกรรมเด็ก (Pediatric Symptom Checklist-17: PSC-17) แปลโดย ชาญวิทย์ พรนภดล ผู้วิจัยนำเฉพาะการคัดกรองอาการพฤติกรรมเกเรมาใช้ ซึ่งมีข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85

ตอนที่ 6 แบบสอบทักษะพื้นฐานทางวิชาการ (Kasetsart Basic Academic Skills Test: KBAST) จัดทำขึ้นโดยศูนย์ศึกษาและพัฒนาการจัดการศึกษาพิเศษ “คุณพุ่ม” (2558) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบฉบับที่ 2 (Form B) สำหรับผู้สอบช่วงชั้นที่ 2 (ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6) ชุดแบบสอบ KBAST ประกอบด้วย

แบบย่อยวัดทักษะ 4 ด้านคือ แบบสอบถามอ่านคำแบบ สอบการสะกดคำแบบสอบความเข้าใจประโยค และแบบ สอบการคำนวณทางคณิตศาสตร์ มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.9 ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.9

ชุดที่ 2 สำหรับครูแบ่งเครื่องมือเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นบกพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึม (KUS-SI Rating Scales: ADHD/LD/Autism: PDDs) พัฒนาโดยโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา ร่วมกับสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ดารณี อุทัยรัตนกิจ และคณะ, 2550) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกด้านพฤติกรรมภาวะออทิซึมมีข้อคำถาม 40 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.97

ตอนที่ 2 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย (Thai ADHD Screening Scales: THASS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.98

ชุดที่ 3 สำหรับผู้ปกครองแบ่งเครื่องมือเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย (Thai ADHD Screening Scales: THASS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.96

ตอนที่ 2 แบบสำรวจอารมณ์และพฤติกรรมเด็ก (Pediatric Symptom Checklist-17: PSC-17) ผู้วิจัยนำเฉพาะการคัดกรองอาการพฤติกรรมเกเรมาใช้ซึ่งมีข้อคำถาม 7 ข้อ ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาคุณสมบัติตัวแปร ได้แก่ ค่าความถี่ร้อยละ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. สถิติที่ใช้ตรวจสอบเครื่องมือ คือ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coeficiency)
3. สถิติทดสอบสมมุติฐาน คือ สถิติทดสอบความสัมพันธ์ (Chi - Square) และสถิติทดสอบค่าที (T-test Statistic)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 -6 จำนวน 364 คน เพศชายจำนวน 191 คน (ร้อยละ 52.5) เพศหญิงจำนวน 173 คน (ร้อยละ 47.5) นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง จำนวน 186 คน (ร้อยละ 51.1) นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ จำนวน 178 คน (ร้อยละ 48.9) เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 115 คน (ร้อยละ 31.6) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 124 คน (ร้อยละ 34.1) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 125 คน (ร้อยละ 34.3) มีพี่น้องจำนวน 1-2 คนมากที่สุด จำนวน 253 คน (ร้อยละ 69.5) ผู้ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยมากที่สุดคือพ่อแม่มีจำนวน 307 คน (ร้อยละ 84.3)

สถานภาพสมรสของบิดามารดาคืออยู่ด้วยกันมากที่สุด จำนวน 199 คน (ร้อยละ 60.7) บิดาประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 173 คน (ร้อยละ 52.7) มารดาประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 134 คน (ร้อยละ 40.8) บิดามีระดับการศึกษาในระดับมัธยมหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 153 คน (ร้อยละ 48.5) มารดามีระดับการศึกษาในระดับมัธยมหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 151 คน (ร้อยละ 46.2) มีรายได้รวมของครอบครัว 10,001 - 15,000 บาท มากที่สุดจำนวน 114 คน (ร้อยละ 34.6) สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาติดสุร้ามกที่สุดจำนวน 37 คน (ร้อยละ 11.3) ปัญหาสุขภาพจิตพบว่านักเรียนมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 102 คน (ร้อยละ

28) มีพฤติกรรมต่อต้าน จากแบบสอบถามฉบับนักเรียน จำนวน 81 คน (ร้อยละ 22.3) จากแบบสอบถามฉบับผู้ปกครองพบพฤติกรรมต่อต้าน จำนวน 68 คน (ร้อยละ 19.4) มีอาการวิตกกังวล จำนวน 41 คน (ร้อยละ 11.3) มีความเสี่ยงต่อภาวะออทิซึม จำนวน 14 คน (ร้อยละ 4) ด้านปัญหาการเรียนมีความเสี่ยงด้านการอ่านคำ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 11.5) มีความเสี่ยงด้านการสะกดคำ จำนวน 120 คน (ร้อยละ 33.0) มีความเสี่ยงด้านความเข้าใจประโยค จำนวน 43 คน (ร้อยละ 11.8) มีความเสี่ยงด้านการคำนวณทางคณิตศาสตร์ จำนวน 92 คน (ร้อยละ 25.3) ปัญหาสมาธิสั้นจากแบบสอบถามฉบับนักเรียน พบว่ามีความเสี่ยง 87 คน (ร้อยละ 23.9) แบบสอบถามฉบับผู้ปกครอง พบว่ามีความเสี่ยงจำนวน 42 คน (ร้อยละ 11.9) แบบสอบถามฉบับครู จำนวน 351 ฉบับ พบว่ามีความเสี่ยง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 11.9) ดังตารางที่ 2

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันพบว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมีปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้คือความสามารถทางการเรียนด้านสะกดคำและด้านความเข้าใจประโยคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

2.1 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของนักเรียน ปัญหาสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเมื่อแบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างข้อมูลทั่วไปของนักเรียนกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะออทิซึมและความสามารถทางการเรียนด้านการอ่านคำด้านความเข้าใจประโยค และด้านการคำนวณส่วนพฤติกรรมต่อต้านฉบับนักเรียนเป็นคนประเมิน กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงนั้น พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ต่อต้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.01 ส่วนกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านฉบับนักเรียนเป็นคนประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ด้านพฤติกรรมต่อต้านฉบับผู้ปกครองเป็นคนประเมินพบว่ากลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำพบว่าผู้ที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ด้านปัญหาสมาธิสั้น พบว่ากลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ด้านความสามารถทางการเรียนด้านการสะกดคำ พบว่ากลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางการเรียนด้านการสะกดคำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับปัญหาการเรียนด้านการสะกดคำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เช่นกันดังตารางที่ 2

2.2 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิต และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเมื่อแบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง และกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างข้อมูลทั่วไปของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าภาวะวิตกกังวลพฤติกรรมต่อต้าน (ฉบับนักเรียนและผู้ปกครองเป็นคนประเมิน) ความสามารถทางการเรียนด้านการอ่านคำด้านการสะกดคำและด้านความเข้าใจประโยคส่วนภาวะออทิซึม พบว่ากลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำพบว่า ระดับการศึกษาของบิดามีความสัมพันธ์กับภาวะออทิซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

สูง พบว่าสถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับภาวะอหิวาต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัญหาสมาธิสั้น กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง พบว่า ปัจจัยสถานภาพสมรสของบิดามารดาและอาชีพของบิดามีความสัมพันธ์กับปัญหาสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนต่ำไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของครอบครัวและปัญหาสมาธิสั้นความสามารถทางการเรียนด้านการคำนวณกลุ่มที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดา และอาชีพบิดามีความสัมพันธ์กับความสามารถทางการเรียนด้านการคำนวณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ปัญหาสุขภาพจิตแยกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

| ข้อมูลทั่วไป | ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน | | |
|--|-----------------------|----------------|--------------|
| | สูงกว่า 50 | ต่ำกว่า 50 | รวม (ร้อยละ) |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| ภาวะวิตกกังวล (n = 364) | | | |
| มีอาการวิตกกังวล | 16(4.4) | 25(6.9) | 41(11.3) |
| ไม่มีอาการวิตกกังวล | 170(46.7) | 153(42.0) | 323(88.7) |
| ภาวะอหิวาต์ (n = 351) | | | |
| มีความเสี่ยง | 6(1.7) | 8(2.3) | 14(4.0) |
| ไม่มีความเสี่ยง | 174(49.6) | 163(46.4) | 337(96.0) |
| ความสามารถทางการเรียน (n = 364) | | | |
| ด้านการอ่านค่า | | | |
| สูงกว่าค่าเฉลี่ย | 179(49.2) | 143(39.3) | 322(88.5) |
| ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | 7(1.9) | 35(9.6) | 42(11.5) |
| ด้านการสะกดคำ | | | |
| สูงกว่าค่าเฉลี่ย | 154(42.3) | 90(24.7) | 244(67.0) |
| ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | 32(8.8) | 88(24.2) | 120(33.0) |
| ด้านการคำนวณ | | | |
| สูงกว่าค่าเฉลี่ย | 160(44.0) | 112(30.8) | 272(74.7) |
| ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย | 26(7.1) | 66(18.1) | 92(25.3) |
| ปัญหาสมาธิสั้น(ฉบับนักเรียน) (n = 364) | | | |
| มีความเสี่ยง | 34(9.3) | 53(14.6) | 87(23.9) |

| ข้อมูลทั่วไป | ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน | | |
|---|-----------------------|----------------|--------------|
| | สูงกว่า 50 | ต่ำกว่า 50 | รวม (ร้อยละ) |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| ปัญหาสมาธิสั้น(ฉบับผู้ปกครอง) (n = 353) | | | |
| มีความเสี่ยง | 15(4.2) | 27(7.7) | 42(11.9) |
| ไม่มีความเสี่ยง | 167(47.3) | 144(40.8) | 311(88.1) |
| ปัญหาสมาธิสั้น(ฉบับครู) (n = 351) | | | |
| มีความเสี่ยง | 17(4.8) | 25(7.1) | 42(11.9) |
| ไม่มีความเสี่ยง | 163(46.5) | 146(41.6) | 309(88.1) |
| ปัญหาสมาธิสั้น (รวมทั้ง 3 ฉบับ) (n = 340) | | | |
| มีความเสี่ยง | 23(6.8) | 12(3.5) | 35(10.3) |
| ไม่มีความเสี่ยง | 164(48.2) | 141(41.5) | 305(89.7) |
| ไม่มีความเสี่ยง | 152(41.8) | 125(34.3) | 227(76.1) |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตแยกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

| ปัญหาสุขภาพจิต | ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------|-------|-----|---------|
| | mean (SD) | mean (SD) | t | df | p-value |
| | สูงกว่า 50 | ต่ำกว่า 50 | | | |
| 1. ภาวะซึมเศร้า | 17.75(2.53) | 18.31(3.11) | 0.99 | 100 | 0.321 |
| 2. พฤติกรรมต่อต้าน | | | | | |
| ฉบับนักเรียน | 8.31(1.96) | 8.02(1.27) | 0.76 | 55 | 0.447 |
| ฉบับผู้ปกครอง | 9.57(9.407) | 8.36(1.69) | 0.72 | 66 | 0.470 |
| 3. ภาวะวิตกกังวล | 23.13(3.55) | 24.20(5.48) | 0.69 | 39 | 0.492 |
| 4. ภาวะอหิวาต์ | 75.50(4.50) | 82(7.27) | 1.92 | 12 | 0.079 |
| 5. ความสามารถทางการเรียน | | | | | |
| ด้านการอ่านคำ | 76.57(5.25) | 74.57(8.48) | 0.59 | 40 | 0.554 |
| ด้านการสะกดคำ | 81.72(6.32) | 79.10(6.07) | 2.06* | 118 | 0.041 |
| ด้านความเข้าใจประโยค | 83.27(5.10) | 75.44(9.21) | 2.67* | 41 | 0.011 |
| ด้านการคำนวณ | 78.19(7.09) | 79.70(6.95) | 0.92 | 90 | 0.355 |
| 6. ปัญหาสมาธิสั้น | | | | | |
| ฉบับนักเรียน | 66.82(3.85) | 66.40(4.18) | 0.47 | 85 | 0.633 |
| ฉบับครู | 68.53(6.40) | 67.04(4.82) | 0.86 | 40 | 0.395 |
| ฉบับผู้ปกครอง | 67.53(4.89) | 67.11(4.88) | 0.26 | 40 | 0.790 |

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันแบ่งออกเป็น 3 ตอนตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษานักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีความสามารถทางการเรียนที่แตกต่างกัน โดยนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีความสามารถทางการเรียนด้านการสะกดคำ และด้านความเข้าใจประโยค อยู่ในระดับต่ำกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง สอดคล้องกับคำกล่าวของชาลวูวิทซ์ พรนภดล (2558: 507-516) ที่กล่าวว่าโรคการเรียนรู้บกพร่องทำให้เด็กเรียนหนังสือได้ต่ำกว่าเกณฑ์ชั้นเรียนทั้งที่เด็กมีสติปัญญาปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Claudia Machado Siqueira, Juliana Gurge-Giannetti (2011;57: 78-86.) พบว่าโรคการเรียนรู้บกพร่อง มีความเสี่ยงต่อการมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ความบกพร่องด้านการอ่านถือว่าเป็นอุปสรรคมากที่สุดในการเรียนรู้ การศึกษา ด้านสังคมและอารมณ์ที่ตามมา ซึ่งผู้วิจัยเห็นด้วยว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีความสัมพันธ์กับโรคการเรียนรู้บกพร่อง เพราะเมื่อความสามารถในการอ่าน การเขียน ความเข้าใจประโยค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเรียนของเด็กไม่สามารถทำได้ดีย่อมส่งผลกระทบต่อเรียนมากกว่าเด็กที่ไม่มีปัญหาโรคการเรียนรู้บกพร่อง

2. ปัจจัยด้านตัวนักเรียนปัญหาสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันพบว่า ปัญหาพฤติกรรมต่อต้านฉบับนักเรียนเป็นคนประเมินนั้น กลุ่มนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงพฤติกรรมต่อต้านสูงกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับกลุ่มนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ เพศชายก็มีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงพฤติกรรมต่อต้านสูงกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2555) ที่พบว่าปัจจัยจากตัวเด็กได้แก่ เพศชาย โดยเฉพาะช่วงอายุ 6-9 ปี หรือการศึกษาช่วงประถมต้นมีความเสี่ยงที่

จะเป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะติดต่อต้านมากกว่าเพศหญิง 2.6 เท่า เมื่อวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมต่อต้านฉบับผู้ปกครองเป็นคนประเมินพบว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะติดต่อต้านพบว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับญาติมีความเสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะติดต่อต้าน 2.3 เท่าของเด็กที่อาศัยร่วมกับพ่อแม่ขณะที่เด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียวคนหนึ่งมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น 1.6 เท่าและเป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะติดต่อต้าน 2.2 เท่า ของเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ในงานวิจัยนี้ พบว่าพฤติกรรมต่อต้านนั้น พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และการที่นักเรียนอาศัยอยู่กับพ่อแม่จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านมากกว่านักเรียนที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ผู้วิจัยคาดว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่นั้นพ่อแม่มีโอกาสเห็นพฤติกรรมของเด็กมากกว่าจึงอาจทำให้ตอบสนองประเมินแล้วมีผลออกมาว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ส่วนปัญหาสมาธิสั้นนั้นพบว่า กลุ่มเด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อปัญหาสมาธิสั้นมากกว่าเพศชายสอดคล้องกับการศึกษาของ Z.J. J. Sijtsema และคณะ (2014: 45, pp. 273–84) ที่พบว่าทั้งผู้ปกครองและครูรายงานตรงกันว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีปัญหาสมาธิสั้นทั้งในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาและผู้ปกครองรายงานว่าเพศหญิงมีปัญหาสมาธิสั้นมากกว่าเพศชายในโรงเรียนมัธยมศึกษา แต่ทั้งนี้ที่พบว่าที่เพศหญิงมีปัญหาสมาธิสั้นมากกว่าเพศชาย เพราะจำนวนนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำที่ศึกษานั้นมีจำนวนนักเรียนหญิงมากกว่านักเรียนชาย ขัดแย้งกับและการศึกษาของ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2555) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นพบว่าปัจจัยจากตัวเด็ก ได้แก่

เพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น 3 เท่า และโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะดื้อต่อต้าน 2.6 เท่าของเพศหญิงซึ่งผู้วิจัยคิดว่า อาจเป็นเพราะความคาดหวังของผู้ปกครองและครู ที่มองว่าเด็กผู้หญิงควรมีพฤติกรรมที่เรียบร้อยแตกต่างจากเด็กผู้ชาย และเมื่อเด็กผู้หญิงแสดงพฤติกรรมชุน อยู่ไม่นิ่งออกมา ผู้ปกครองอาจมองว่าเป็นปัญหา มากกว่าเด็กผู้ชาย ที่แสดงพฤติกรรมในระดับเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษา ของ Michael Rutter (2013 : pp. 1092-1115) ที่พบว่าผู้ปกครองอาจมีความละเอียดอ่อนต่อปัญหาที่เห็นในเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชายผู้ปกครองและครูจะอดทนต่อปัญหาพฤติกรรมที่แสดงภายนอกได้น้อยกว่า (Verhulst FC, 1995, pp. 145-177) ผู้ปกครองหรือครูจึงตอบแบบประเมินออกมาว่านักเรียนหญิงมีปัญหามาธิสั้นมากกว่านักเรียนชาย ส่วนความสามารถทางการเรียนด้านการสะกดคำ พบว่ากลุ่มนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและกลุ่มเด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำทั้ง 2 กลุ่มนั้นเพศชายมีแนวโน้มที่มีความสามารถทางด้านการเรียนด้านการสะกดคำ ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ กวี สุวรรณกิจ (2542, น. 55-63) และคณะที่ทำการศึกษาปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,057 คน พบนักเรียนที่มีปัญหาทางการเรียน ร้อยละ 21.76 และนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียน ร้อยละ 6.04 โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในอัตราส่วน 5 ต่อ 3 จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปได้ว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความบกพร่องทางการเรียนรู้นั้นมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะด้านการสะกดคำ

3. ปัจจัยด้านครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิต และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันพบว่ากลุ่มนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง สภาพสมรสของบิดามารดา แบบหย่าร้างมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเกิดภาวะออทิซึมมากที่สุด ขณะที่กลุ่มเด็กที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ระดับการศึกษาของบิดาใน

ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการเกิดภาวะออทิซึมมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ มฤตดา ชัยมี และคณะ (2548) ที่พบว่า การที่สามี-ภรรยา มีบุตรเป็นออทิซึมจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว สามีภรรยาอาจไม่เข้าใจกัน ทะเลาะเบาะแว้ง และหากมีรายได้น้อยแต่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลลูกที่เป็นออทิซึมมากขึ้น ทำให้สามีภรรยาต้องทำงานเพื่อหาเงินมากขึ้น มีเวลาเอาใจใส่บุตรน้อยลง อาจเกิดความเครียดหรือทะเลาะกันมากขึ้น บางครอบครัวโทษว่าเป็นความผิดของภรรยาในการเลี้ยงดูลูกไม่ดี ด้านปัญหาสมาธิสั้นพบว่ากลุ่มนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและมีบิดามารดาที่หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่บิดามารดาที่อยู่ด้วยกัน นอกจากนี้การที่บิดาวางงานมีความสัมพันธ์กับปัญหาสมาธิสั้นมากกว่าการที่บิดามีอาชีพอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2555) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นพบว่าเด็กที่ผู้ปกครองหย่าร้างมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 1.6 เท่าของเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ด้วยกันและเด็กที่ผู้ปกครองมีหนี้สิน มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 1.2 เท่าของเด็กที่ผู้ปกครองมีรายได้เพียงพอทั้งนี้ อาจเพราะพ่อแม่ที่หย่าร้างกันทำให้คนใดคนหนึ่งรับภาระในการดูแลลูกคนเดียว ไม่สามารถเอาใจใส่และสังเกตพฤติกรรมเด็กอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่ทราบว่าลูกตนเองมีปัญหาเรื่องสมาธิไม่ได้ช่วยเหลือลูกด้วยการปรับพฤติกรรม ฝึกระเบียบวินัยหรือถึงแม้ว่าทราบปัญหาสมาธิสั้นของลูกก็อาจจะไม่สามารถฝึกลูกได้เต็มที่และสม่ำเสมอ เนื่องจากต้องดูแลลูกอยู่เพียงคนเดียวด้านความสามารถทางการเรียนด้านการคำนวณพบว่ากลุ่มนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ และมีสภาพสมรสของบิดามารดาแบบอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางการเรียนด้านการคำนวณต่ำกว่าค่าเฉลี่ย มากกว่าเด็กที่มีสภาพสมรสของบิดามารดาแบบหย่าร้างและถึงแก่กรรม และ

เด็กที่มีบิดาประกอบอาชีพรับจ้างมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางการเรียนด้านการคำนวณต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยมากกว่าเด็กที่มีบิดาประกอบอาชีพอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของ พรศรี พุทธานนท์ (2550) ที่พบว่า ปัจจัยครอบครัว ด้านรายได้ที่ไม่แน่นอนของผู้ปกครอง การไม่สามารถขอคำแนะนำจากผู้ปกครองได้ ผู้ปกครองไม่สนับสนุนด้านการเรียนการดูแลเอาใจใส่ในการทำการบ้านของนักเรียน การไม่มีความรู้ในการตอบคำถามเกี่ยวกับวิชาที่มีส่งผลกระทบต่อการเรียนของเด็กเพราะทำให้นักเรียนขาดสมาธิขาดความเชื่อมั่นว่าผู้ปกครองจะส่งเสริมให้เรียนได้จนจบ สอดคล้องกับคำกล่าวของ คีตฤทธิ พัทธกิจงาม (2542) ที่กล่าวว่า การที่ครอบครัวมีเศรษฐกิจที่ไม่ดี เด็กจะพบกับปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการเรียนขาดสนับสนุนทางการศึกษาเพราะพ่อแม่ไม่มีความรู้ หรือพ่อแม่ต้องการให้ออกมาช่วยประกอบอาชีพมากกว่า ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าในงานวิจัยชิ้นนี้ นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำที่ได้ศึกษานั้นมีสถานภาพสมรสของบิดามารดาแบบอยู่ด้วยกันเป็นจำนวนมากกว่าบิดามารดาที่หย่าร้างกันอยู่แล้ว ผลการศึกษาที่ได้จึงพบว่าบิดามารดาที่อยู่ด้วยกันเด็กมีความเสี่ยง มีปัญหาความสามารถทางการเรียนด้านการคำนวณมากกว่า และการที่บิดามีอาชีพรับจ้างนั้นอาจหมายถึงบิดามีการศึกษาต่ำไม่สามารถสอนให้คำแนะนำด้านการเรียนกับเด็กได้ และอาชีพรับจ้าง อาจทำให้มีรายได้ที่ไม่แน่นอนหรือมีรายได้น้อยไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์การเรียนที่จำเป็น หรือส่งเสริมให้เด็กได้รับการช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ครูหรือบุคลากรทางการศึกษา ควรมีการเฝ้าระวัง และแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กผู้ชาย และนักเรียนที่พ่อแม่หย่าร้างกันเป็นพิเศษ เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า เด็กผู้หญิง และครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน

2. ครูหรือบุคลากรทางการศึกษาควรมีการช่วยเหลือในการสอนเสริม หรือจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคลให้กับนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ในด้านการสะกดคำและความเข้าใจประโยค เพราะเป็นทักษะที่นักเรียนกลุ่มนี้ มีความสามารถในระดับต่ำกว่าเกณฑ์

3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต ควรให้ความรู้กับพ่อแม่ และบุคลากรทางการศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก และการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสในการได้รับการคัดกรองและการช่วยเหลือที่เร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ติดตามนักเรียนที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้นักเรียนได้รับการช่วยเหลือได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สุขภาพจิตของพ่อแม่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว กับปัญหาสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในนักเรียนเพิ่มเติม

3. ควรศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มเติม เช่น บรรยากาศในห้องเรียน การสอนของครูเป็นต้น

บรรณานุกรม

- พัชรินทร์ เสรี. 2559. เอกสารการสอนวิชาสุขภาพจิตโรงเรียน. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.(อัดสำเนา)
- นิภา แยมวจี. 2552. ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน. (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นจาก URL: <http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=13213&Key=hotnews>. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2560].
- พนม เกตุมาน. (2550). สุขภาพจิตโรงเรียน. (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นจาก URL: http://www.psyclin.co.th/new_page_70.htm [เข้าถึงเมื่อ 2560 ตุลาคม 12].
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2557). สถิติการศึกษาของประเทศไทยปีการศึกษา 2555-2556. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). กรมสุขภาพจิตเร่งช่วยเด็กไทย พันวิกฤตส่งเสริมการคัดกรองดูแลปัญหาด้านจิตใจ (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นจาก URL: www.dmh.go.th/ebook/files/06_2557.pdf. [เข้าถึงเมื่อ 2558 มิถุนายน 10].
- ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. (2557). คู่มือการใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น อายุระหว่าง 3-18 ปี. กรุงเทพฯ: มีเดียโซนพริ้นติ้ง.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2558). โรคการเรียนรู้บกพร่อง. จิตเวช ศิริราช DSM-5.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์. หน้า 507-16.
- ดารณี อุทัยรัตนกิจ และคณะ. (2550). แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม. กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพทางวิชาการ.
- พรศรี พุทธานนท์. (2550). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีผลการเรียนต่ำโรงเรียนแม่แตง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มธุลดา ชัยมี, กาญจนา สุรจากกุล, นิรมล พัจจนสุนทร, สมจิตร ห่องบุตรศรี. (2548). กระบวนการปรับตัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์ศึกษาและพัฒนาการจัดการศึกษาพิเศษ “คุณพุ่ม”. (2558). คู่มือบริหารการสอบ แบบสอบทักษะพื้นฐานทางวิชาการ Kasatsart Basic Academic Skills Test (KBAST). กรุงเทพฯ: พัฒนาคุณภาพวิชาการ.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2555). รายงานการวิจัยการพัฒนารูปร่างเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- สิรินัดดา ปัญญาภาส. (2558). กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคอารมณ์ซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. จิตเวช ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙. (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นจาก URL:<http://www.idd.go.th/th-932559/>. [เข้าถึงเมื่อ 2558 กันยายน 22].
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔. (อินเทอร์เน็ต). สืบค้นจาก <http://www.nesdb.go.th/download/plan12/8812.pdf>. [เข้าถึงเมื่อ 2560 พฤษภาคม 25].

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2555). *แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI)*

ฉบับภาษาไทย. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=19>. (อินเทอร์เน็ต).

[เข้าถึงเมื่อ ตุลาคม 2558].

Claudia MS., Juliana GG. (2011). Poor school performance: an updated review. *Rev Assoc Med Bras.* 57, 78-86.

Rutter M, Caspi, A.& Moffitt, T.E. (2013). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry.* 44(8), 1092–1115.

Sijtsema J.J., et al. (2014). Psychopathology and academic performance, social well-being, and social preference at school: The TRAILS Study. *Child Psychiatry Hum Dev.* 45, 273–84.

Spielberger CD. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.

Verhulst, FC., (1995). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford University Press Inc. 145-177