

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ของโรงพยาบาลอาจสามารถ

Development of Community Network Participated Care System with Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), At Samat Hospital

จิตาภา แสงกล้า* รัชนิกร ไชหิน** มานิตย์ ซาชิโย*** ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม****
กรรณิการ์ โชคชาตรี***** ประนอม นนทฤทธิ์*****

Jidapa Sangkla, Ratchaneekohn kaihin, Manit Sachiyo, Charnnarong Chaiudomsom,
Kannik Chockatree, Pranom Nontarit

Corresponding author: E-mail: aomsinphuwin@gmail.com

(Received: May 23, 2024; Revised: May 28, 2024; Accepted: June 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้รับผิดชอบระบบดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเครือข่ายบริการ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2566 ระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) แบบประเมิน การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) พบปัญหาทั้ง Pre-hospital In-Hospital และ Referral system 2) ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย (1) วิเคราะห์และศึกษาสภาพปัญหา (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านความรู้และปรับทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง (3) คัดกรองและค้นหาในชุมชน และโรงเรียน (4) ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน ในรายที่ไม่ซับซ้อนส่งพบแพทย์ Coaching โดยจิตแพทย์เด็กและให้รักษา แต่ในรายที่ซับซ้อนส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (5) คั่นข้อมูล เพื่อติดตาม และดูแลร่วมกัน และ (6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดย After action review หลังดำเนินการแต่ละวงจร และ 3) ผลการประเมินระบบพบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า คิดเป็น 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), 11.43% (306/2,678) พบอุบัติการณ์การก่อเหตุความรุนแรงลดลง คิดเป็น 70.0%, 50.0% และ 40.0% ตามลำดับ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมเพิ่มขึ้น 76.81% และสามารถใช้ชีวิตในโรงเรียน และสังคมอย่างปกติสุขเพิ่มขึ้น 30.46%

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลเด็กสมาธิสั้น; แบบมีส่วนร่วม; เครือข่ายชุมชน

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ ***ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลเมืองอาจสามารถ

****นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

*****ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ประเพณี องค์การบริหารสวนตำบลตุ๋

*****ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านลิ้นฟ้า

Abstract

Purposes : To analyze a situation, develop the system, and evaluate results on community network participated care system with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), At Samat Hospital.

Study design : This research is a Research and Development (R&D) study.

Materials and Methods : The Key informants were include service users, service providers, and those responsible for the care system for children with ADHD within the service network. The research was divided into three phases: situation analysis, system development, and system evaluation. Data collection were carried out using the SNAP-IV (Short Form) behavior rating scale, an evaluation form for adherence to ADHD care and referral guidelines, and a set of focus group discussion. Data analysis were performed using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Main findings : 1) Issues were found in the pre-hospital, in-hospital, and referral systems. 2) The ADHD care system involving community network participation consists of: (1) analyzing and studying the problem situation, (2) enhancing the network's knowledge and adjusting the attitudes of those involved, (3) screening and identifying cases in the community and schools, (4) referring non-complex cases to community hospitals to be seen by a physician coached by a child psychiatrist, and referring complex cases to Roi Et Hospital, (5) providing feedback for follow-up and joint care, and (6) exchanging knowledge through After Action Review after each cycle of implementation. And 3) The evaluation results showed that the prevalence of ADHD from 2021 to 2023 were 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), and 11.43% (306/2,678), respectively. Additionally, the incidence of violent incidents decreased to 70.0%, 50.0%, and 40.0% respectively. The overall academic achievement increased by 76.81%, and the ability to live a normal life in school and society improved by 30.46%.

Conclusion and recommendations : This study shows that ADHD care system can reduce behavioral problems in ADHD. Therefore, related agencies should continue to adapt it to be consistent with context. The research was conducted from October 2021 to September 2023, spanning a period of 3 years.

Keywords : Attention-deficit Hyperactivity Disorder care (ADHD); Participated; Network Community

*,**Registered Nurse, Professional Level, At Samat Hospital.

***Directo of the Education, Muang At Samat.

****Medical Physician, Professional Level, Institute for Child and Adolescent Mental Health Northeast.

*****Director of the Education, Religion Culture and Traditions Division, Du Subdistrict Administrative Organization.

*****Teacher, Ban Lin Fa Child Development Center.

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในจิตเวชเด็ก อาการที่สำคัญของโรคสมาธิสั้นคือขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง ทุนหันปล้นเล่น และดื้อต่อต้าน¹ ประเทศไทยมีอัตราการความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 6.0 และพบมากในเพศชายมากกว่าหญิง 3 - 4 เท่า การรักษามีทั้งการใช้ยาและการปรับพฤติกรรม เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้เหมือนเด็กปกติ มักจะรบกวนชั้นเรียนเนื่องจากการทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อนจะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด เมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจะไม่อยากไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ผลกระทบที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการประเมินและการบำบัดรักษานั้นมีความรุนแรงและเป็นปัญหาระยะยาวทั้งต่อตัวเด็กครอบครัวและสังคม²⁻⁴ เช่นเดียวกับสถานการณ์เด็กสมาธิสั้นในอำเภออาจสามารถ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2566 พบว่า ค้นพบเด็กสมาธิสั้นและได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว จำนวน 14, 38, 164, 230, 424 ,450, 454 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.38, 7.86 , 34.96 , 49.69 , 91.59, 103.52 และ 111.66 ตามลำดับ จากจำนวนเด็กวัยเรียนทั้งหมด 7, 944 คน และทั้งหมดมีปัญหาการเรียน บางรายก่อความรุนแรงในสังคม⁵

อาการของโรคสมาธิสั้นที่สำคัญ คือ พฤติกรรมขาดสมาธิ ที่ต่อเนื่อง พฤติกรรมซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง และ พฤติกรรมขาดการยั้งคิดหรือทุนหันปล้นเล่น เด็กสมาธิสั้นนั้นยังมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดทักษะทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ ก้าวร้าว แกล้งผู้อื่น หงุดหงิดง่าย ไม่ตั้งใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม และการไม่เคารพกฎกติกา กลุ่มจนทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้อื่น ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาลที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบข้าง และที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น³ ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อตัวเด็ก ส่งผลให้มีปัญหาการเรียน การออกจากระบบการศึกษา เนื่องจากความบกพร่องด้านความสามารถในการเรียนรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงมีปัญหา

ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากปัญหาพฤติกรรม เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในเรื่องความเครียดในการดูแล การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาหรือดูแลเด็กตลอดจนส่งผลกระทบต่อสังคม เป็นอันตรายต่อสังคม เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีพฤติกรรมเกร (Conduct disorder) ดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้ อาจก่อให้เกิดอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคมตามมาได้⁶ จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นมีหลายปัจจัย เช่น ด้านพฤติกรรมของเด็กและครอบครัว ได้แก่ เด็กที่มีพฤติกรรมการรังแก ช่มชู่ ระดับความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองต่ำ ความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวขนาดใหญ่มีบุตรมากกว่า 4 คน เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อ-แม่พ่อแม่เป็นโรคจิตประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติดและเด็กที่มีประวัติสอบตก ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ รวมถึงพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กในทางลบ เช่น การทำโทษ ไม่เคยชมหรือให้รางวัลพุดถึงพฤติกรรมไม่ดีของเด็กอยู่เสมอ ใช้ความรุนแรงก็มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น⁷

ปัจจุบันการรักษาภาวะสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะบำบัดรักษาด้วยยา และแบบผสมผสานเช่น การบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม และการบำบัดทางเลือกในการรักษาด้วยยา จะมียาหลักที่ใช้บ่อยกับการรักษาเด็กกลุ่มนี้คือ ยามเมทิลฟีนีเต (Methy/phenidate) หรือ ริทาลิน (Ritalin) โดยจะออกฤทธิ์ที่สมองส่วนหน้าซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับการตื่นตัวและสมาธิ ยาตัวนี้ออกฤทธิ์เร็วเห็นผลชัดเจน และมีความปลอดภัยสูง เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร้อยละ 75-80 จะตอบสนองต่อยา แต่อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงของยา คือ ทำให้เด็กเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะและนอนไม่หลับ⁸ สำหรับการบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละรูปแบบขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและสภาพปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและบริบทของครอบครัวและผู้ดูแล การบำบัดทางจิตสังคมได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การให้ความรู้เรื่องที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคกับบิดามารดา การให้เด็กเข้าใจเกี่ยวกับ

พฤติกรรมของตนเองว่าตนเองไม่ได้เป็นคนไม่ดี การปรับพฤติกรรมเด็ก ได้แก่ ฝึกให้เด็กมีสมาธิ มีความอดทน รู้จักควบคุมตนเอง การปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก เช่น โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กชายสมาธิ การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เป็นต้น และการช่วยเหลือเด็กทางด้านการเรียนโดยติดตามตรวจวัดการประสานงานกับครูที่ดูแลเด็ก เพื่อจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมให้แก่เด็ก⁹

อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องประสานความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ มุ่งเน้นให้เด็กมีความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุ การใช้ยา อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลช่วยเหลือรับผิดชอบตนเองได้เหมาะสมตามช่วงวัย มีความภาคภูมิใจในตนเองปรับตัวอยู่กับครอบครัวเพื่อนในโรงเรียนและสังคมได้ พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ติดต่อโดยตรงกับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู จึงมีบทบาทสำคัญ ทั้งการประสานให้เด็กได้รับการรักษาช่วยเหลือ การส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ปกครองมีการจัดการกับความเครียด ยอมรับการเจ็บป่วย ตอบสนองความต้องการ และการดูแลเด็กที่เหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำในการคัดกรอง การสังเกตอาการและการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงเรียนกับครู ซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก ทั้งการตัดสินใจในการให้เด็กใช้ยาและการปฏิบัติเพื่อให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ ประเด็นด้านทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาบของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน

และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2566 ระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี ทำการศึกษาที่ในโรงพยาบาลอาจสามารถ และโรงพยาบาลเครือข่ายประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภออาจสามารถ จำนวน 13 แห่ง และ PCU โรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 1 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และผู้ดูแล ในระยะศึกษาสถานการณ์ จำนวน 10 คน ระยะพัฒนาระบบดูแล จำนวน 12 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 17 คน และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานระบบดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเครือข่ายบริการ จำนวน 16 คน ผู้ร่วมวิจัย เป็นบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่ายบริการ จำนวน 72 คน และผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ (คป.สอ.) เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน โรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้นในระบบการดูแล ซึ่งผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและเครือข่ายได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹¹ สำหรับผู้ปกครอง และครูประกอบด้วยข้อมูลของชื่อ อายุ เพศ ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น คุณครูประจำ วันที่ประเมิน ปี ชั้นเรียน และผลการเรียน เฉลี่ยเป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับวิธีการแปลผลดังนี้แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ 0 = ไม่เลย 1 = เล็กน้อย 2 = ค่อนข้างมาก 3 = มาก ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านขาดสมาธิ

9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 (SNAP-Inattention) ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-18 (SNAP-Hyperactivity/Impulsivity) และด้านดื้อ /ต่อต้าน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19-26 (SNAP-ODD) แล้วรวมคะแนนของแต่ละด้านเปรียบเทียบกับ คะแนนมาตรฐานของผู้ปกครอง หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐาน ให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหาในด้านนั้นๆ ก่อนพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป

	คะแนนมาตรฐานสำหรับครู	คะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครอง
ด้านขาดสมาธิ	18	16
ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น	11	14
ด้านดื้อ ต่อต้าน	8	12

2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนัก คะแนน 2 ระดับ (1 = ปฏิบัติ, 0 = ไม่ ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบการดูแล โรงพยาบาลอาจสามารถ เป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้นได้มีการหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการ

ทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .92

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย

1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการส่งต่อในปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแล จำนวน 12 คน 3) สนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน 4) สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบหลักการดำเนินงานระบบการดูแลในเครือข่ายบริการ จำนวน 15 คน โดยเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภออาจสามารถ 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดย

นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นดำเนินการวางแผน

ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการ และข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับ การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินการปฏิบัติตาม แนวทางการดูแลและส่งเสริมเด็กสมาธิสั้น 3) แนวคำถาม การสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

วิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE1452563/ COE1765864/ COE1472565 โดยได้คำนึงถึงหลัก ความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อ ผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็น ความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

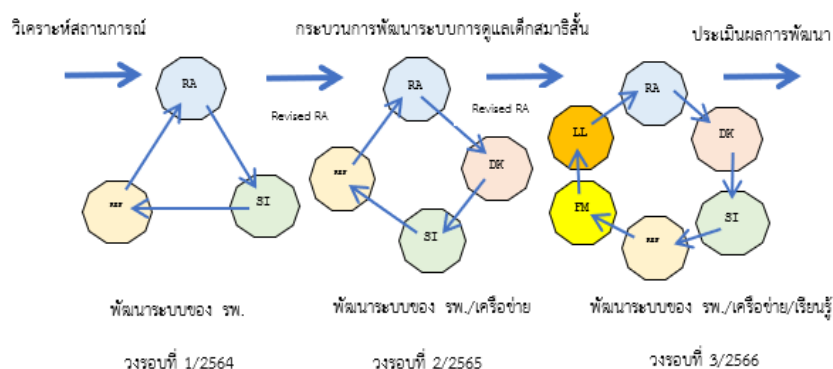
ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาทั้ง Pre-hospital In-Hospital และ Referral system จากปัญหาดังกล่าว

ได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำ ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลเด็ก สมาธิสั้น ได้แก่ (1) วิเคราะห์และศึกษาสภาพปัญหา (Analyze and assess the current problems; RA) (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านความรู้และปรับทัศนคติ ของผู้เกี่ยวข้อง (Develop the knowledge network's capacity and adjust the attitudes of relevant stakeholders; DK) (3) คัดกรองและค้นหาในชุมชน และ โรงเรียน (Conduct screening and identification within communities and schools; SI) (4) ส่งต่อ โรงพยาบาลชุมชนในรายที่ไม่ซับซ้อนส่งพบแพทย์ Coaching โดยจิตแพทย์เด็กและให้รักษาแต่ในรายที่ซับซ้อนส่งต่อ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด (Refer uncomplicated cases to community hospitals for medical evaluation, with coaching from child psychiatrists for treatment; REF) (5) คืนข้อมูล เพื่อติดตาม และดูแลร่วมกัน (Provide feedback to enable joint monitoring and care; FM) และ(6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดย After action review หลังดำเนินการแต่ละวงจร (Lesson learn; LL)

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น เกิดกระบวนการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยและ พัฒนาเป็น 3 วงจร ดังนี้ (ดังแผนภาพ 1)



วงรอบที่ 1: การพัฒนาระบบการดูแลเด็กของโรงพยาบาลอาจสามารถ (ตุลาคม 2563-กันยายน 2564) จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า เด็กสมาธิสั้นยังเข้ารับการบริการไม่ถึงครึ่ง เด็กก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมย และเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนเนื่องจากปัญหาพฤติกรรมก่อกวนการพัฒนา ดังนี้

(1) จัดอบรมผู้บริหารโรงเรียนร่วมกับผู้บริหาร รพ.สต. ทุกแห่ง (2) จัดอบรม เจ้าหน้าที่ รพ.สต.แต่ละ 2 คน ร่วมกับครูเพื่อการส่งข้อมูลและการประสานงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลกับโรงเรียน (3) จัดอบรมครูโรงเรียนละ 2 คน ให้ครูที่ผ่านการอบรม นำความรู้ไปเผยแพร่ต่อครู ในโรงเรียน (4) ครูร่วมค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมิน SNAP IV สำหรับครู (5) ออกดำเนินการเชิงรุกในชุมชนให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนทุกคนที่ รพ.สต. (6) ฝึกปฏิบัติทำแบบประเมิน SNAP IV สำหรับผู้ปกครอง โดยอธิบายให้ละเอียด ในแต่ละข้อและแปลผลแบบประเมิน (7) ส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการรักษา และ (8) ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการเก็บรวบรวมจำนวน เด็กวัยเรียนที่ก่อเหตุและมีคดีในความรับผิดชอบ.สภ. อาจสามารถ

จากการดำเนินงานในระบะที่ 1 พบว่า เครือข่ายข่าย ในชุมชนมีความตื่นตัวและตระหนักในการดูแลผู้ป่วย โรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา ไม่ต่อเนื่อง บางคนยังก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมย และ ผลการเรียนรู้ในต่ำกว่าเกณฑ์

วงรอบที่ 2 : การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่าย (ตุลาคม 2564- กันยายน 2565) กิจกรรมการพัฒนา คือ (1) จัดอบรมครูทุกคนทุกโรงเรียนในพื้นที่อำเภออาจสามารถทั้งครูที่สังกัด สพป. (ครูประถมศึกษา) และสังกัด อปท.ทุกแห่งทุกคน (ครู ศพด.) เรื่อง การคัดกรอง ค้นหา และการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้มีผลการเรียนอยู่ในระดับดี ขึ้นหรือผ่านเกณฑ์ (2) จัดอบรม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.และ อสม.ทุกแห่ง ทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล (3) จัดอบรมปรับทัศนคติ ผู้ปกครองในการรักษาที่ต่อเนื่อง และ

(4) ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการเก็บรวบรวมจำนวนเด็กวัยเรียนที่ก่อเหตุและมีคดีในความรับผิดชอบของ สภ.อาจสามารถ

จากการดำเนินงานในระบะที่ 2 พบว่า การดำเนินการเชิงรุกในระดับชุมชน และเครือข่ายเพื่อให้เด็กได้รับการดูแล ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนประถมศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจนและปฏิบัติได้จริง ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นเบื้องต้นมากขึ้น กระบวนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา และการประสานงานระหว่างหน่วยงานมีความชัดเจนและสะดวกมากขึ้น

วงรอบที่ 3: การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่าย (ตุลาคม 2565- กันยายน 2566) กิจกรรมการพัฒนา คือ เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมย (แต่แนวโน้มลดลง)

จากการดำเนินงานในระบะที่ 3 พบว่า กระบวนการคัดกรอง และดูแลเด็กสมาธิสั้นรวมทั้งระบบให้คำปรึกษาการประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอาจสามารถกับโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง ครูโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 56 แห่ง และครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 16 แห่งมีความชัดเจน สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

การประเมินผล (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2566)

1. ลักษณะทางประชากร เด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ.2564-2566 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (66.59%, 67.11%, 67.40%) อายุมาก/กว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (68.86%, 98.89%, 70.93%) ไม่ใช่บุตรคนเดียว (73.58%, 74.22%, 73.56%) กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (12.26%) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (12.44% และ 12.77%) และอาศัยอยู่กับญาติฯ (46.23%, 53.33%, 53.74%) ส่วนผู้ปกครอง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นญาติ (56.13%, 46.88%, 46.25%) สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสแล้ว (96.81%, 76.88%, 80.17%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 15,000-40,000 ต่อเดือน

(96.22%, 95.33%,96.03%) ความเพียงพอของรายได้ ดังแสดงในตารางที่ 1
และหนี้สินไม่เพียงพอ (100.00%, 100.00%, 100.00%)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง

ลักษณะทางประชากร		พ.ศ.2564	พ.ศ.2565	พ.ศ.2566
		จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก (n)		424	450	454
เพศ	ชาย	66.59	67.11	67.40
	หญิง	33.490	32.888	32.599
อายุ	6-9 ปี	31.13	31.111	30.39
	≥10 ปี	68.86	98.89	70.93
บุตรคนเดียว	ใช่	26.415	25.771	26.431
	ไม่ใช่	73.58	74.22	73.56
ระดับชั้นเรียน	ป.1	9.198	9.333	12.334
	ป.2	8.726	8.666	10.572
	ป.3	11.792	8.888	9.471
	ป.4	11.556	12.444	12.775
	ป.5	12.264	8.888	9.251
อาศัยอยู่กับ	บิดาและมารดา	31.132	28.000	30.396
	บิดาหรือมารดา	22.641	18.666	15.859
	ญาติฯ	46.226	53.333	53.744
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง				
ผู้ให้ข้อมูล	บิดา	12.264	16.444	22.466
	มารดา	31.603	36.666	31.277
	ญาติ	56.13	46.88	46.25
สถานภาพสมรสของบิดามารดา				
	สมรส	96.81	76.88	80.17
	แยกกันอยู่	1.41	1.77	2.42
	หย่า	2.64	18.66	15.85
	หม้าย	6.13	2.66	1.54

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	พ.ศ.2564	พ.ศ.2565	พ.ศ.2566
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน			
<15,000 บาท	3.77	4.66	3.96
15,000-40,000	96.23	95.34	96.04
ความเพียงพอของรายได้และหนี้สิน			
เพียงพอ	0.00	0.000	0.00
ไม่เพียงพอ	100.00	100.00	100.00

2. ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ปีพ.ศ.2564-2566 พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), 11.43% (306/2,678) รายตามลำดับ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (66.59%, 67.11%, 67.40%) อายุมาก/กว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (68.86%, 98.89%, 70.93%) ไม่ใช่บุตรคนเดียว (73.58%, 74.22%, 73.56%) กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (12.26%) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (12.44% และ 12.77%)

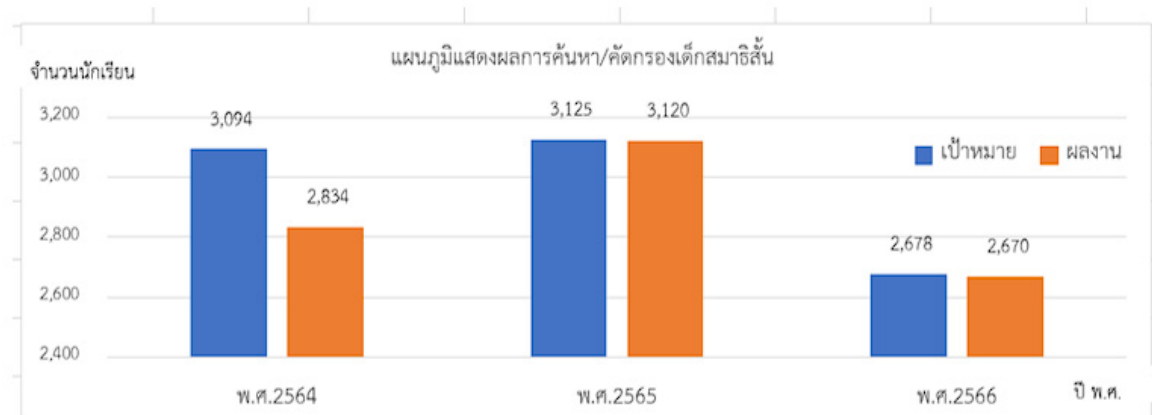
และอาศัยอยู่กับญาติฯ (46.23%, 53.33%, 53.74) ส่วนผู้ปกครอง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นญาติ (56.13%, 46.88%, 46.25%) สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสแล้ว (96.81%, 76.88%, 80.17%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย15,000-40,000 ต่อเดือน (96.22%, 95.33%, 96.03%) ความเพียงพอของรายได้และหนี้สินไม่เพียงพอ (100.00%, 100.00%, 100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคสมาธิสั้นจำแนกตามเพศ ระดับช่วงชั้น และกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้น

การจำแนก		ความชุกของโรคสมาธิสั้น (%)		
		พ.ศ.2565	พ.ศ.2566	พ.ศ.2564
ความชุก		9.11	9.66	11.43
เพศ	ชาย	66.51	67.11	67.40
	หญิง	33.49	32.88	32.59
ระดับชั้น	ชั้นประถมศึกษาตอนต้น	30.18	26.88	32.37
	ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย	23.82	21.33	22.03
ประเภทของโรคสมาธิสั้น				
Hyperactive/impulsive type (n)		424	450	454
ชาย		282(66.51)	302(67.11)	306(67.40)
	หญิง	142(33.49)	148(32.89)	148(32.60)

3. การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน พบว่า ปี พ.ศ.2566 มีอัตราความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.43 รองลงมา คือ ปี พ.ศ.2565 คิดเป็น 9.66% และ 9.11% ตามลำดับ

การค้นหา/คัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 91.59%, 99.98% และ 99.70% ตามลำดับ และดังแสดงในแผนภูมิ



4. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน พบว่า เด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ.2564-2566 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 76.81 และ

สามารถใช้ชีวิตในโรงเรียน และสังคมอย่างปกติสุขเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 30.46

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กโรคสมาธิสั้นโดยรวม

ตัวแปร	ปีการศึกษา 2564	ปีการศึกษา 2565	ปีการศึกษา 2566	% Differences
ก่อนการพัฒนา(คน)	424	450	454	
หลังการพัฒนา(คน)	85	162	191	+76.81
%	20.04	63.00	40.07	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ปีการศึกษา 2564	ปีการศึกษา 2565	ปีการศึกษา 2566	% Differences
ใช้ชีวิตในโรงเรียน	121	261	295	
สังคมอย่างปกติสุข(%)	50.00	58.00	67.97	

วิจารณ์

1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ามารับการตรวจรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 - 2565 มีจำนวน 480, 495 และ 542 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการ มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวถึงร้อยละ 57.5 โดยบิดามารดามักพาเด็กพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเนื่องด้วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและทะเลาะกับเพื่อนที่โรงเรียน หงุดหงิดไววายวอด ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางครั้งขณะรับการประเมินจากพยาบาล เด็กไม่สามารถรอได้ แสดงพฤติกรรมขว้างปาข้าวของ เช่น ปากกา ดินสอ สมุด ใส่พยาบาล เป็นต้น¹²จากอาการความผิดปกติที่สำคัญ 3 ประการ คือ ขาดสมาธิ ขาดความจดจ่อ และการควบคุมตนเองไม่ได้ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตเหมือนเด็กปกติ ทำอะไรไม่ได้เท่าเพื่อน จะรู้สึกเศร้าหงุดหงิด และเมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่อยากไปโรงเรียน เด็กจะรู้สึกโดดเดี่ยวไร้ค่าทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ความชุกช่นไม่อยู่นิ่ง ไม่อาจจะทนอะไรได้ ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ ส่งผลกระทบต่อเด็กที่เป็นโรคนี้นำให้เกิดปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดเกิดจาก 2 แหล่งคือ ปัจจัยจากผู้ดูแลและปัจจัยจากเด็ก¹³ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมากกว่าครึ่งมีความเครียดในการดูแลเด็ก¹⁴ โดยพบการศึกษาในต่างประเทศซึ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 89.00¹⁵ และผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไป¹⁶ จากการศึกษา พบว่า

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมในเด็กจะมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้¹⁷

2) ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถครั้งนี้ สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการให้ความรู้ครูพี่เลี้ยงเด็ก ในปฐมวัย โดยเป็นวิทยากรในการอบรมให้ความรู้ มีช่องทางพิเศษเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองสามารถมาตรวจคัดกรองได้ตามวันเวลาที่นัดหมายและมีการส่งต่อตามแนวทางอย่างเป็นระบบ การเชื่อมโยงระบบการดูแล การคัดกรอง ดูแลกลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงเรียนกับโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกับโรงเรียนในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และการเรียน มีการพัฒนาบุคลากร โดยให้การอบรมจากรพ.พระศรีมหาโพธิ์ จัดสถานที่ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อและติดตามเด็กที่มีปัญหาอาการสมาธิสั้นจากชุมชนและโรงเรียน มีการคัดกรองและส่งต่อมารพ. น้ำยืน มีการพัฒนาบุคลากรที่ผ่านการอบรมคัดกรองเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น การจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.และรพ.สต.ด้านวิชาการ/บุคลากรพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นการดูแลรวมถึงการรักษาและการให้บริการเด็กสมาธิสั้นระดับต่าง ๆ การอบรมเครือข่ายภาพรวมทั้งอำเภอ โดยเน้นอบรมเครือข่าย อปท. เทศบาลโรงเรียน มาช่วยคัดกรองและดูแลเด็กร่วมกัน ต้องการบุคลากรวิชาชีพเฉพาะที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจิต

เด็กและวัยรุ่น ต้องการสถานที่ที่เหมาะสมในการคัดกรอง รวมถึงระบบส่งต่อ ข้อมูลย้อนกลับที่เชื่อมโยง ชัดเจน และการจัดการด้านยา¹⁸

3) ผลการประเมินผลระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถพบผลเช่นเดียวกับศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่โรงพยาบาลสงขลา พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม 3 ด้าน ของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ลดลงทุกด้าน คือ พฤติกรรมขาดสมาธิ ($M=11.78$, $SD.=3.99$) พฤติกรรมอยู่นิ่ง/ วู่วามหุนหัน ($M=10.56$, $SD.=5.40$) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ($M=8.33$, $SD.=3.68$) ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹; หลังให้การพยาบาลตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลโดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ข้อ พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 อาการดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น นิ่ง ไม่ก้าวร้าว กรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า อาการดีขึ้นบ้างเล็กน้อย ยังมีการทำร้ายมารดาเมื่อโกรธ และมารดาโมโห เนื่องจากการด่าทอล้ำรักษารอคซึมเศร้า¹²; ผู้ดูแลมีปัญหาคาดและการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ความรู้ผู้ดูแลเรื่องโรคสมาธิสั้น การรับประทานยาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วย หลังจากมีการให้การบำบัดแบบ One to- one แก่ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา และดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boudreau & Mah²⁰ ที่พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสมาธิสั้นมีผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยา หากผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกจะมีแนวโน้มในการคงไว้ซึ่งการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุพร อภินันทเวช²¹ ที่กล่าวว่า การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา และจิตสังคมบำบัดในประเทศไทยนั้นทัศนคติที่ถูกต้องต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์ถึงกระบวนการรักษา

ภาวะแทรกซ้อนและโอกาสการหายขาด เพื่อช่วยให้เกี่ยวข้อง เข้าใจและหันมาให้การช่วยเหลือเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม การศึกษาค้นคว้านี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญตั้งแต่อาการแรกเริ่ม ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู การรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด การดูแลผู้ป่วยพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้มีความเชี่ยวชาญ ในการประเมินอาการ และการประสานงานกับโรงเรียน หน่วยงานอื่นๆ เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบปัญหาหลายประการ เช่น ด้านการให้ความรู้ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปกครอง อสม. หรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กได้มีความรู้เกี่ยวกับดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้านการคัดกรองผู้ปกครองที่มาอบรมส่วนใหญ่อายุมาก ทำให้สายตาไม่ดี ไม่เข้าใจคำอธิบาย หรือข้อคำถามในแบบบันทึกแบบประเมิน หรือผู้ปกครองทำแบบประเมินบางครั้ง ไม่ได้อยู่กับเด็กตลอดเวลา ทำให้ไม่ทราบถึงพฤติกรรมที่แท้จริงของเด็ก ด้านการแปลผลบุคลากรที่รับผิดชอบมีจำนวนไม่เพียงพอ (1 คน) ทำให้การแปลผลล่าช้า ด้านการวินิจฉัยโรงพยาบาลอาจสามารถไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ทำให้การวินิจฉัยบางครั้งล่าช้า (รายที่ซับซ้อน บางรายต้องโทรศัพท์ประสาน บางครั้งแพทย์ไม่รับโทรศัพท์บางรายต้องส่งไป รพ.ร้อยเอ็ด หรือผู้ปกครองไม่พาไป หรือไปช้า) และด้านการรักษาต่อเนื่อง ผู้ปกครองไม่นำเด็กมารับยาต่อเนื่องได้ อาจเพราะปัจจัยต่างๆ เช่น ดิดูระ ไม่มีพาหนะ บ้านอยู่ไกลหรือไม่มีเงินใช้จ่ายในการเดินทาง (บางครั้งต้องจ้างเหมารถมา)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรยกระดับพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นตามระดับบริการให้ชัดเจน และเชื่อมโยงกันทั้งระบบ เช่น แนวปฏิบัติ บุคลากรที่รับผิดชอบทุกระดับให้ชัดเจน พัฒนาศูนย์กลางอย่างต่อเนื่อง กำกับ

ติดตาม และประเมิน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และอุปกรณ์
สื่อต่างๆ และเน้นการประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง ดังนี้

ระดับปฐมภูมิ (1) พ่อแม่หรือผู้ดูแล ต้องมีความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้น และสามารถสังเกต
พฤติกรรมและประเมินอาการภาวะสมาธิสั้นเบื้องต้น
สามารถช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นที่บ้านโดยจัดกิจกรรมและ
ปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสามารถดูแลเด็กต่อเนื่อง
และสอดคล้องกับโรงเรียนและโรงพยาบาล (2) ครูโรงเรียน
ประถมศึกษา สามารถสังเกต พฤติกรรมและประเมินอาการ
ของโรคสมาธิสั้นเบื้องต้น และเครื่องมือคัดกรองนักเรียน
ที่มีภาวะสมาธิสั้น บทพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึมได้
สามารถปรับพฤติกรรมและจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม
กับเด็กที่มีอาการและเด็กโรคสมาธิสั้น และ (3) โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) พยาบาลวิชาชีพสามารถ
คัดกรองอาการเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ SNAP-/V
ประเมินพัฒนาการของเด็ก ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรม
แก่ครูและพ่อแม่หรือผู้ดูแล ส่งต่อและรับผู้ป่วยจาก
โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พร้อมกับสื่อสาร
ข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ สามารถ
ติดตามดูแลเด็ก ด้วยการประเมินอาการเป็นระยะๆ และ
สามารถสร้างเครือข่ายในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องร่วมกับ
โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์กรชุมชน และ
ผู้เกี่ยวข้องได้

ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน (รพท.) (1) รับส่ง
ต่อจากบริการปฐมภูมิ รพ.สต. พ่อแม่หรือผู้ดูแล/หรือครู
โดยตรง และ (2) การติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทุติยภูมิและตติยภูมิ (รพท.และ รพศ.) การตรวจ
วินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษาแพทย์สามารถประเมิน
อาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กผู้มารับบริการ อายุ 4-18 ปี
พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้คำแนะนำการปรับ
พฤติกรรมกับครูและผู้ปกครองในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น
สามารถติดตามประเมินอาการของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย
ด้วยโรคสมาธิสั้น มีระบบยาเมทิลเฟนนิเดทในการรักษา
โรคสมาธิสั้นในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย เกสซิกสามารถ
ให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์
กับผู้ดูแลและครูโรงเรียนประถมศึกษาได้ มีระบบติดตาม

อาการไม่พึงประสงค์และผลการใช้ยา บุคลากรด้านสุขภาพ
จิตอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ร่วมทีม
การประเมินอาการและบำบัดทางสังคมจิตวิทยา และ
กิจกรรมบำบัด และสามารถให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ดูแล
และครูในการปรับพฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียนได้ และ
การติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งระบบได้

เอกสารอ้างอิง

1. Martin A, Volkmar F R, Lewis M. Lewis's
Child and Adolescent Psychiatry:
A ComprehensiveTextbook. Philadelphia :
Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Wiener J M. Textbook of Child and Adolescent
Psychiatry. 2nd.ed. Washington, DC: American
Psychiatric Pres; 2007
3. ภาสกร คัมศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างการติดยาทาง
สังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิ
สั้น [วิทยานิพนธ์].กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2561.
4. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. สถิติผู้รับ
บริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ
2556-2559 [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 2].
Available from: <http://www.smartteen.net/main/admin/download/-745-1476695416.pdf>
5. โรงพยาบาลอาจสามารถ. ผลการดำเนินงานตาม
ยุทธศาสตร์. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาจสามารถ;
2566.
6. จิตภา แสงกล้า. รายงานการศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างการติดยาทางสังคมกับเจตคติ และ
การสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นในเครือข่าย
สุขภาพอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด.
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาจสามารถ; 2564.
7. Danforth J S, Anderson L P, Barkley R A, Stokes
T F. Observations of interactions between
Parents and their hyperactive children:
Research and clinical implications.

- Clinical Psychology Review. 1991;11(6):703-27.
8. กนกวรรณ โคตรพัฒน์. ผลของโปรแกรมศิลปบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดทางพยาบาลต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กโรคสมาธิสั้น [วิทยานิพนธ์]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
 9. ดิษิลา แสงแก้ว, อรวรรณ หนูแก้ว, วันดี สุทธิรังสี. ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กชายสมาธิสั้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; ฉบับพิเศษ (4):214-29.
 10. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้. คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น [อินเทอร์เน็ต] 2562. [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sicam.go.th>.
 11. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
 12. วาริตา สังข์ทอง. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในช่วงก่อนวัยเรียน: กรณีศึกษา 2 ราย. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2566.
 13. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins J M. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2013;21(1):3-17.
 14. Narkunam N, Hashim A H, Sachdev M K, Pillai S K, Ng C G. Stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, a Malaysian experience. Asia-Pacific Psychiatry. 2014;6(2):207-16.
 15. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne O C, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. Eur J Paediatr. 2012;171:271-80.
 16. Sethi S, Gandhi R, Anand V. Study of Level of Stress in the Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health. 2012;8(2):25-37.
 17. กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, สมจิตต์ ลูประสงค์, สงวน ธาณี, เกษร สายธนู, ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง. ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(2):49-61.
 18. ชัยวัฒน์ ดาราสีชมน์. การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครูอำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;7(1):78-83.
 19. กัลยา สุวรรณสิงห์, อรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาวิ์ สุวรรณ, กัลยา โหดทิม. ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น. 2563;34(3):37-51.
 20. Boudreau A, Mah J W T. Predicting Use of Medications for Children with ADHD: The Contribution of Parent Social Cognitions. Journal of the Canadian Academy of Child And Adolescent Psychiatry. 2020;29(1):26-32.
 21. สุพร อภินันทเวช. การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา และจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. เวชบัณฑิตยสาร. 2559;9(3):175-81.