การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ของโรงพยาบาลอาจสามารถ

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

จิดาภา แสงกล้า* รัชนีกร ไข่หิน มานิตย์ ชาชิโย*** ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม****
กรรณิการ์ โชคชาตรี***** ประนอม นนทฤทธิ์******
Jidapa Sangkla, Ratchaneekohn kaihin, Manit Sachiyo, Charnnarong Chaiudomsom,
Kannika Chockatree, Pranom Nontarit**
Corresponding author: E-mail: aomsinphuwin@gmail.com
(Received: May 23, 2024; Revised: May 28, 2024; Accepted: June 24, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบและประเมินระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้รับผิดชอบระบบดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเครือข่ายบริการ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2566 ระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : 1) พบปัญหาทั้ง Pre-hospital In-Hospital และ Referral system 2) ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย (1) วิเคราะห์และศึกษาสภาพปัญหา (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านความรู้และปรับทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง (3) คัดกรองและค้นหาในชุมขน และโรงเรียน (4) ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนในรายที่ไม่ซับซ้อนส่งพบแพทย์ Coaching โดยจิตแพทย์เด็กและให้รักษา แต่ในรายที่ซับซ้อนส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (5) คืนข้อมูล เพื่อติดตาม และดูแลร่วมกัน และ (6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดย After action review หลังดำเนินการแต่ละวงรอบ และ 3) ผลการประเมินระบบฯ พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า คิดเป็น 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), 11.43% (306/2,678) และพบอุบัติการณ์การก่อเหตุความรุนแรงลดลง คิดเป็น 70.0%, 50.0% และ 40.0% ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลเด็กสมาธิสั้น; แบบมีส่วนร่วม; เครือข่ายชุมชน

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอาจสามารถ
***ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลเมืองอาจสามารถ
****นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
*****ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ประเพณี องค์การบริหารส่วนตำบลดู่
******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: Mutual collaborative action research.

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 and standard deviation.

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.

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 หุนหันพลันแล่น และดื้อต่อต้าน[1] ประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 6.0 และพบมากในเพศชายมากกว่าหญิง 3 - 4 เท่า การรักษามีทั้งการใช้ยา และการปรับพฤติกรรม เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้เหมือนเด็กปกติ มักจะรบกวนชั้นเรียนเนื่องจากการที่ทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อนจะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด เมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจะไม่อยากไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ผลกระทบที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการประเมินและการบำบัดรักษานั้นมีความรุนแรงและเป็นปัญหาระยะยาวทั้งต่อตัวเด็กครอบครัว และสังคม[2-4] เช่นเดียวกับสถานการณ์เด็กสมาธิสั้นในอำเภออาจสามารถตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2566 พบว่า ค้นพบเด็กสมาธิสั้น และได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว จำนวน 14, 38, 164, 230, 424 ,450 และ 454 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.38, 7.86 , 34.96 , 49.69 , 91.59, 103.52 และ 111.66 ตามลำดับ จากจำนวนเด็กวัยเรียนทั้งหมด 7,944 คน และทั้งหมดมีปัญหาการเรียน บางรายก่อความรุนแรงในสังคม[5]

อาการของโรคสมาธิสั้นที่สำคัญ คือ พฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง พฤติกรรมซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น เด็กสมาธิสั้นนั้นยังมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดทักษะทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ ก้าวร้าว แกล้งผู้อื่น หงุดหงิดง่าย ไม่ตั้งใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม และการไม่เคารพกฎกติกากลุ่มจนทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้อื่น ปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาลที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบข้าง และที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น[3] ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อตัวเด็กส่งผลให้มีปัญหาการเรียน การออกจากระบบการศึกษา เนื่องจากความบกพร่องด้านความสามารถในการเรียนรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากปัญหาพฤติกรรม เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ในเรื่องความเครียดในการดูแล การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาหรือดูแลเด็ก ตลอดจนส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น เป็นอันตรายต่อสังคม เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มีพฤติกรรมเกเร (Conduct disorder) ดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด และปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้อาจก่อให้เกิดอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคมตามมาได้[6] จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นมีหลายปัจจัย เช่น ด้านพฤติกรรมของเด็กและครอบครัว ได้แก่ เด็กที่มีพฤติกรรมการรังแก ข่มขู่ ระดับความรู้สึกมีค่าในตนเองต่ำ ความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวขนาดใหญ่มีบุตรมากกว่า 4 คน เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อ-แม่พ่อแม่เป็นโรคจิตประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติดและเด็กที่มีประวัติสอบตกล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ รวมถึงพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กในทางลบ เช่น การทำโทษ ไม่เคยชมหรือให้รางวัลพูดถึงพฤติกรรมไม่ดีของเด็กอยู่เสมอ ใช้ความรุนแรงก็มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น[7]

ปัจจุบันการรักษาภาวะสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะบำบัดรักษาด้วยยา และแบบผสมผสาน เช่น การบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม และการบำบัดทางเลือก ในการรักษาด้วยยา จะมียาหลักที่ใช้บ่อยกับการรักษาเด็กกลุ่มนี้คือ ยาเมททิลฟินิเดท (Methy/phenidate) หรือ ริทาลิน (Rialin) โดยจะออกฤทธิ์ที่สมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับการตื่นตัวและสมาธิ ยาตัวนี้ออกฤทธิ์เร็วเห็นผลชัดเจน และมีความปลอดภัยสูง เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร้อยละ 75-80 จะตอบสนองดีต่อยา แต่อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงของยาคือ ทำให้เด็กเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะและนอนไม่หลับ[8] สำหรับการบำบัดทางจิตสังคมในแต่ละรูปแบบขึ้นอยู่กับพฤติกรรม และสภาพปัญหาของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและบริบทของครอบครัวและผู้ดูแล การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การให้ความรู้เรื่องที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับโรคแก่บิดามารดา การให้เด็กเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองว่าตนเองไม่ได้เป็นคนไม่ดี การปรับพฤติกรรมเด็ก ได้แก่ ฝึกให้เด็กมีสมาธิ มีความอดทน รู้จักควบคุมตนเอง การปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก เช่น โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กชายสมาธิ การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เป็นต้น และการช่วยเหลือเด็กทางด้านการเรียน โดยบิดามารดาควรมีการประสานงานกับครูที่ดูแลเด็กเพื่อจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมให้แก่เด็ก[9]

อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องประสานความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ มุ่งเน้นให้เด็กมีความปลอดภัยทั้งจากอุบัติเหตุ การใช้ยา อันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลช่วยเหลือรับผิดชอบตนเองได้เหมาะสมตามช่วงวัย มีความภาคภูมิใจในตนเองปรับตัวอยู่กับครอบครัวเพื่อนในโรงเรียนและสังคมได้ พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ติดต่อโดยตรงกับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู จึงมีบทบาทสำคัญ ทั้งการประสานให้เด็กได้รับการรักษาช่วยเหลือ การส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ปกครองมีการจัดการกับความเครียด ยอมรับการเจ็บป่วย ตอบสนองความต้องการ และการดูแลเด็กที่เหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำในการคัดกรอง การสังเกตุอาการ และการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงเรียนกับครูซึ่งบทบาทหลักของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก ทั้งการตัดสินใจในการให้เด็กใช้ยาและการปฏิบัติเพื่อให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ ประเด็นด้านทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ และประเมินผลระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2566 ระยะเวลาดำเนินงาน 3 ปี

พื้นที่ศึกษา โรงพยาบาลอาจสามารถ และโรงพยาบาลเครือข่ายประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภออาจสามารถ จำนวน 13 แห่ง และ PCU โรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 1 แห่ง

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

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้นในระบบการดูแล ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสร้างขึ้นจากการ

ระดมสมอง และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ของสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[11] สำหรับผู้ปกครอง และครูประกอบด้วยข้อมูลของชื่ออายุ เทอม ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นคุณครูประจำ วันที่ประเมิน ปี ชั้นเรียน และผลการเรียนเฉลี่ยเป็นแบบประเมินแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ วิธีการแปลผลดังนี้แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 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 หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐานให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหาในด้านนั้นๆ ก่อนพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป

	คะแนนมาตรฐานสำหรับครู	คะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครอง
ด้านขาดสมาธิ	23	16
ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพันแล่น	16	13
ด้านดื้อ ต่อต้าน	11	15

2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนัก คะแนน 2 ระดับ (1 = ปฏิบัติ, 0 = ไม่ ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบการดูแลโรงพยาบาลอาจสามารถ เป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะทดลองการพัฒนาระบบบริการ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้นได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .92

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการส่งต่อในปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และผู้ดูแล จำนวน 12 คน 3) สนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลอาจสามารถ จำนวน 5 คนประกอบด้วย 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 การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหา

แนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผนลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการดุแลเด็กสมาธิสั้นโดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อเด็กสมาธิสั้น 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ โดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดโดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้ระมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาทั้ง Pre-hospital In-Hospital และ Referral system จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัดและผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ การค้นหาที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วย 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย และ 5) การติดตามผู้ป่วย

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงจร ดังนี้ (ดังแผนภาพ 1)



วงจรที่ 1: การพัฒนาระบบการดูแลเด็กของโรงพยาบาลอาจสามารถ (ตุลาคม 2563-กันยายน 2564)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า เด็กสมาธิสั้นยังเข้ารับการบริการไม่ทั่วถึง เด็กก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมย และเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมกิจกรรมการพัฒนา ดังนี้ (1) จัดอรมผู้บริหารโรงเรียนร่วมกับผู้บริหาร รพ.สต. ทุกแห่ง (2) จัดอบรม เจ้าหน้าที่ รพ.สต.แห่งละ 2 คน ร่วมกับครูเพื่อการส่งข้อมูลและการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับโรงเรียน (3) จัดอบรมครูโรงเรียนละ 2 คน ให้ครูที่ผ่านการอบรม นำความรู้ไปเผยแพร่ต่อครูในโรงเรียน (4) ครูร่วมค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อสมาธิสั้นโดยใช้แบบประเมิน SNAP IV สำหรับครู (5) ออกดำเนินการเชิงรุกในชมุชนให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กวัยเรียนทุกคนที่ รพ.สต. (6) ฝึกปฏิบัติทำแบบประเมิน SNAP IV สำหรับผู้ปกครอง โดยอธิบายให้ละเอียด ในแต่ละข้อและแปลผลแบบประเมิน (7) ส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการรักษา และ (8) ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการเก็บรวบรวมจำนวนเด็กวัยเรียนที่ก่อเหตุและมีคดีในความรับผิดชอบ สภ.อาจสามารถ

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่า เครือข่ายข่ายในชมุชนมีความตื่นตัวและตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานระยะที่ 1 พบปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง บางคนยังก่อเหตุความรุนแรง/การลักขโมยและผลการเรียนอยู่ในต่ำกว่าเกณฑ์

วงจรที่ 2 : การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลอาจสามารถและเครือข่าย (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565) กิจกรรมการพัฒนา คือ (1) จัดอบรมครูทุกคนทุกโรงเรียนในพื้นที่อำเภออาจสามารถทั้งครูที่สังกัด สพป. (ครูประถมศึกษา) และสังกัด อปท.ทุกแห่ง ทุกคน (ครู ศพด.) เรื่อง การคัดกรอง ค้นหา และการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้มีผลการเรียนอยู่ในระดับดีขึ้นหรือผ่านเกณฑ์ (2) จัดอบรม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอสม. และ อสม.ทุกแห่ง ทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล (3) จัดอบรมปรับทัศนคติ ผู้ปกครองในการรักษาที่ต่อเนื่อง และ (4) ประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจในการเก็บรวบรวมจำนวนเด็กวัยเรียนที่ก่อเหตุและมีคดีในความรับผิดชอบของ สภ.อาจสามารถ

จากการดำเนินงานในระยะที่ 2 พบว่า การดำเนินการเชิงรุกในระดับชุมชน และเครือข่ายเพื่อให้เด้กได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนประถมศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กร/หน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจน และปฏิบัติได้จริง ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นเบื้องต้นมากขึ้น กระบวนการคัดกรองและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา และการประสานงานระหว่างหน่วยงานมีความชัดเจนและสะดวกมากขึ้น

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

จากการดำเนินงานในระยะที่ 3 พบว่า กระบวนการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้นรวมทั้งระบบให้คำปรึกษา การประสานงาน และการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอาจสามารถกับโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง ครูโรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 56 แห่ง และครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 16 แห่ง มีความชัดเจน สะดวก และรวดเร็วมากขึ้น

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% และ12.77%) และอาศัยอยู่กับญาติๆ (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%) ความเพียงพอของรายได้และหนี้สินไม่เพียงพอ (100.00%, 100.00%, 100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

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	33.49	32.89	32.60
อายุ	6-9 ปี	31.13	31.11	30.39
	≥10 ปี	68.86	98.89	70.93
บุตรคนเดียว	ใช่	26.41	25.77	26.43
	ไม่ใช่	73.58	74.22	73.56
ระดับชั้นเรียน	ป.1	9.20	9.33	12.33
	ป.2	8.73	8.67	10.57
	ป.3	11.79	8.89	9.47
	ป.4	11.56	12.44	12.77
	ป.5	12.26	8.89	9.25
อาศัยอยู่กับ	บิดาและมารดา	31.13	28.00	30.40
	บิดาหรือมารดา	22.64	18.67	15.86
	ญาติๆ	46.23	53.33	53.74
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง				
ผู้ให้ข้อมูล	บิดา	12.26	16.44	22.47
	มารดา	31.60	36.67	31.28
	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)

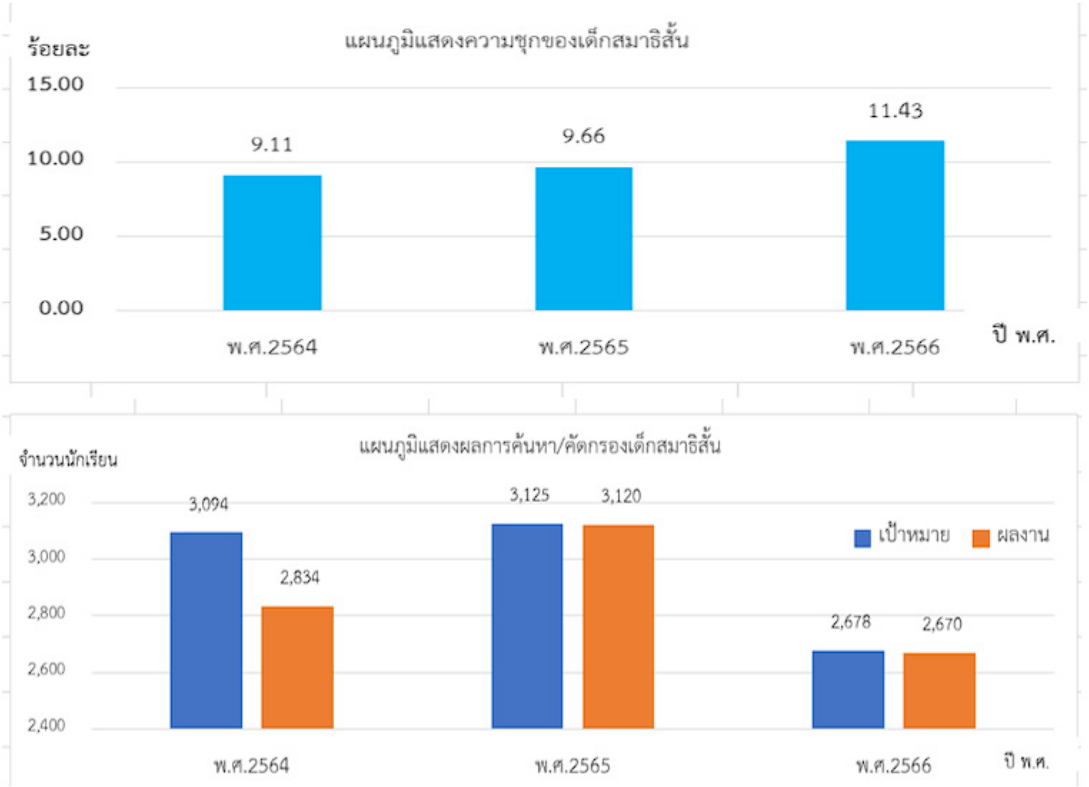
ลักษณะทางประชากร	พ.ศ.2564	พ.ศ.2565	พ.ศ.2566
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน			
<15,000 บาท	3.77	4.66	3.96
15,000-40,000	96.23	95.34	96.04
ความเพียงพอของรายได้และหนี้สิน			
เพียงพอ	0.00	0.000	0.00
ไม่เพียงพอ	100.00	100.00	100.00

2. ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564-2566 พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 9.11% (282/3,094), 9.66% (302/3,125), 11.43% (306/2,678) ราย ตามลำดับ 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% และ12.77%) และอาศัยอยู่กับญาติๆ (46.23%, 53.33%, 53.74) ส่วนผู้ปกครอง พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นญาติ (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%) 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 รองลงลงมา คือ ปี พ.ศ.2565 คิดเป็น 9.66% และ 9.11% ตามลำดับ การค้นหา/คัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 91.59%, 99.98% และ 99.70% ตามลำดับ และดังแสดงในแผนภูมิ



วิจารณ์

1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ามารับการตรวจรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ.2563 - 2565 มีจำนวน 480, 495 และ 542 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการ มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวถึงร้อยละ 57.5 โดยบิดามารดามักพาเด็กพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเนื่องด้วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และทะเลาะกับเพื่อนที่โรงเรียน หงุดหงิดโวยวาย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางครั้งขณะรับการประเมินจากพยาบาลเด็กไม่สามารถรอได้ แสดงพฤติกรรมขว้างปาข้าวของ เช่น ปากกา ดินสอ สมุด ใส่พยาบาล เป็นต้น[12] จากอาการความผิดปกติที่สำคัญ 3 ประการ คือ ขาดสมาธิ ขาดความจดจ่อ และการควบคุมตนเองไม่ดี ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตเหมือนเด็กปกติ ทำอะไรไม่ได้เท่าเพื่อน จะรู้สึกเศร้าหงุดหงิด และเมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่อยากไปโรงเรียน เด็กจะรู้สึกโดดเดี่ยวไร้ค่าทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง ได้ความชุกชนไม่อยู่นิ่งไม่อาจจะทนอะไรได้ ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ ส่งผลกระทบต่อเด็กที่เป็นโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูง และปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดเกิดจาก 2 แหล่งคือ ปัจจัยจากผู้ดูแลและปัจจัยจากเด็ก[13] ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมากกว่าครึ่งมีความเครียดในการดูแลเด็ก[14] โดยพบ

การศึกษาในต่างประเทศซึ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 89.00[15] และผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไป[16] จากการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมในเด็กจะมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้[17]

2) ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถครั้งนี้ สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการให้ความรู้ครูพี่เลี้ยงเด็ก ในปฐมวัย โดยเป็นวิทยากรในการอบรมให้ความรู้ มีช่องทางพิเศษเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองสามารถมาตรวจดัดกรองได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย และมีการส่งต่อตามแนวทางอย่างเป็นระบบ การเชื่อมโยงระบบการดูแล การคัดกรอง ดูแลกลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงเรียนกับโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกับโรงเรียนในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และการเรียน มีการพัฒนาบุคลากร โดยให้รับการอบรมจาก รพ.พระศรีมหาโพธิ์ จัดสถานที่ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้ป่วยมีระบบการส่งต่อ และติดตามเด็กที่มีปัญหาอาการสมาธิสั้นจากชุมชน และโรงเรียน มีการคัดกรองและส่งต่อมา รพ. น้ำยืน มีการพัฒนาบุคลากรที่ผ่านการอบรมคัดกรองเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น การจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.และรพ.สต. ด้านวิชาการ/บุคลากรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การดูแลรวมถึงการรักษาและการให้บริการเด็กสมาธิสั้นระดับต่างๆ การอบรมเครือข่ายภาพรวมทั้งอำเภอ โดยเน้นอบรมเครือข่าย อปท. เทศบาลโรงเรียน มาช่วยคัดกรองและดูแลเด็กร่วมกัน ต้องการบุคลากรวิชาชีพเฉพาะที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ต้องการสถานที่ที่เหมาะสมในการคัดกรองรวมถึงระบบส่งต่อ ข้อมูลย้อนกลับที่เชื่อมโยง ชัดเจน และการจัดการด้านยา[18]

3) ผลการประเมินผลระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนของโรงพยาบาลอาจสามารถพบผลเช่นเดียวกับศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่โรงพยาบาลสงขลา พบว่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม 3 ด้าน ของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ลดลงทุกด้าน คือ พฤติกรรมขาดสมาธิ (M=11.78, SD. = 3.99) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/ วู่วามหุนหัน (M=10.56, SD.=5.40) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (M=8.33, SD.=3.68) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]; หลังให้การพยาบาลตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกระบวนการพยาบาลโดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ข้อ พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 อาการดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น นิ่ง ไม่ก้าวร้าว กรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า อาการดีขึ้นบ้างเล็กน้อย ยังมีการทำร้ายมารดาเมื่อโกรธ และมารดาโมโห เนื่องจากมารดากำลังรักษาโรคซึมเศร้า[12]; ผู้ดูแลมีปัญหาการดูแลการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ความรู้ผู้ดูแลเรื่องโรคสมาธิสั้น การรับประทานยาการปรับพฤติกรรมแก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา และการปรับพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วย หลังจากมีการให้การบำบัดแบบ one to- one แก่ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยา และดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Boudreau & Mah[20] ที่พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสมาธิสั้นมีผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยา หากผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกจะมีแนวโน้มในการคงไว้ซึ่งการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุพร อภินันทเวช[21] ที่กล่าวว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา และจิตสังคมบำบัดในประเทศไทยนั้นทัศนคติที่ถูกต้องต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์ถึงกระบวนการรักษาภาวะแทรกซ้อนและโอกาสการหายขาด เพื่อช่วยให้เกี่ยวข้อง เข้าใจและหันมาให้การช่วยเหลือเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญตั้งแต่อาการแรกรับ ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมเพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด การดูแลผู้ป่วยพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการปรับพฤติกรรม การให้ความรู้ มีความเชี่ยวชาญในการประเมินอาการ และการประสานงานกับโรงเรียน หน่วยงานอื่นๆ เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว และโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบปัญหาหลายประการ เช่น ด้านการให้ความรู้ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปกครอง อสม. หรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กได้มีความรู้เกี่ยวกับดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้านการคัดกรองผู้ปกครองที่มาอบรมส่วนใหญ่อายุมาก ทำให้สายตาไม่ดี ไม่เข้าใจคำอธิบาย หรือข้อคำถามในแบบบันทึกแบบประเมิน หรือผู้ปกครองทำแบบประเมินบางครั้ง ไม่ได้อยู่กับเด็กตลอดเวลา ทำให้ไม่ทราบถึงพฤติกรรมที่แท้จริงของเด็ก ด้านการแปลผล บุคลากรที่รับผิดชอบมีจำนวนไม่เพียงพอ (1 คน) ทำให้การแปลผลล่าช้า ด้านการวินิจฉัยโรงพยาบาลอาจสามารถไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ทำให้การวินิจฉัยบางครั้งล่าช้า (รายที่ซับซ้อน บางรายต้องโทรศัพท์ประสานบางครั้งแพทย์ไม่รับโทรศัพท์บางรายต้องส่งไป รพ.ร้อยเอ็ด หรือผู้ปกครองไม่พาไป หรือไปช้า) และด้านการรักษาต่อเนื่อง ผู้ปกครองไม่นำเด็กมารับยาต่อเนื่องได้ อาจเพราะปัจจัยต่างๆ เช่น ติดธุระ ไม่มีพาหนะ บ้านอยู่ไกลหรือไม่มีเงินใช้จ่ายในการเดินทาง (บางครั้งต้องจ้างเหมารถมา)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรยกระดับพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นตามระดับบริการให้ชัดเจน และเชื่อมโยงกันทั้งระบบ เช่น แนวปฏิบัติ บุคลากรที่ผิดชอบทุกระดับให้ชัดเจน พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง กำกับ ติดตาม และประเมิน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และอุปกรณ์ สื่อต่างๆ และเน้นการประชาสัมพันธ์ทุกช่องทาง ดังนี้

ระดับปฐมภูมิ (1) พ่อแม่หรือผู้ดูแล ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้น และสามารถสังเกตพฤติกรรมและประเมินอาการภาวะสมาธิสั้นเบื้องต้น สามารถช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นที่บ้านโดยจัดกิจกรรม และปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสามารถดูแลเด็กต่อเนื่องและสอดคล้องกับโรงเรียนและโรงพยาบาล (2) ครูโรงเรียนประถมศึกษา สามารถสังเกต พฤติกรรมและประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นเบื้องต้น และเครื่องมือคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึมได้ สามารถปรับพฤติกรรมและจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กที่มีอาการและเด็กโรคสมาธิสั้น และ (3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) พยาบาลวิชาชีพสามารถคัดกรองอาการเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ SNAP-/V ประเมินพัฒนาการของเด็ก ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมแก่ครูและพ่อแม่หรือผู้ดูแล ส่งต่อและรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พร้อมกับสื่อสารข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ สามารถติดตามดูแลเด็ก ด้วยการประเมินอาการเป็นระยะๆ และสามารถสร้างเครือข่ายในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องร่วมกับโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์กรชุมชน และผู้เกี่ยวข้องได้

ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน (รพท.) (1) รับส่งต่อจากบริการปฐมภูมิ รพ.สต. พ่อแม่หรือผู้ดูและ/หรือครูโดยตรง และ (2) การติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทุติยภูมิและตติยภูมิ (รพท.และ รพศ.) การตรวจวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษาแพทย์สามารถประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กผู้มารับบริการ อายุ 4-18 ปี พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมกับครูและผู้ปกครองในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สามารถติดตามประเมินอาการของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้น มีระบบยาเมทิลเฟนนิเดทในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์กับผู้ดูแลและครูโรงเรียนประถมศึกษาได้ มีระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์และผลการใช้ยา บุคลากร

ด้านสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ร่วมทีมการประเมินอาการและบำบัดทางสังคมจิตวิทยา และกิจกรรมบำบัด และสามารถให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ดูแล และครูในการปรับพฤติกรรมที่บ้าน และที่โรงเรียนได้ และการติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งระบบได้

เอกสารอ้างอิง

1. Martin A, Volkmar F R, Lewis M. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 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 คุ้มศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
4. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2556-2559 [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 2]. Available from: http://www.smartteen.net/main/admin/download/-745-1476695416.pdf
5. โรงพยาบาลอาจสามารถ. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาสามารถ; 2566.
6. จิดาภา แสงกล้า. รายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคมกับเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นในเครือข่ายสุขภาพอำเภออาจสามารถ 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. ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กโรคสมาธิสั้น [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
9. ติชิลา แสงแก้ว, อรวรรณ หนูแก้ว, วันดี สุทธรังสี. 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. วาริศา 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 mela-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-defcit/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 ลุประสงค์, สงวน ธานี, เกษร สายธนู, ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง. ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(2):49-61.
18. ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์. การพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครูอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;7(1):78-83.
19. กัลยา สุวรรณสิงห์, อรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัลยา โหดทีม. 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. เวชบันทึกศิริราช. 2559;9(3):175-81.