

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้น อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด
Factor Effecting Access to Health Services of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in
Phochai District, Roi-Et Province.

(Received: April 26,2024 ; Revised: April 28,2024 ; Accepted: April 30,2024)

สุทธา บุญสินชัย¹
Sutta Boonsinchai¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบ Cross Sectional Study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นในเด็ก โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567 จำนวน 82 รายเก็บข้อมูลโดยการทำแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง รวมทั้งแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ก่อนและหลังรักษา 8 สัปดาห์แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครองและปัจจัยอื่น ๆ กับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยใช้ Logistic regression Analysis

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 51.21 เพศชาย 48.79 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 45.12 การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.03 ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 81.71 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีอายุช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 53.66 เพศชายร้อยละ 80.49 ระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 63.41 ระดับสติปัญญาของเด็ก (IQ) อยู่ในระดับปกติร้อยละ 86.58 ส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงจากการกินยา คือ มีอาการเบื่ออาหารร้อยละ 68.29 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้นร้อยละ 93.90 เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ ร้อยละ 90.24 และการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบจะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มากร้อยละ 86.58 ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เด็กสมาธิสั้นต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษร้อยละ 84.14 รองลงมาคือเด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้ร้อยละ 82.92 และเมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่นร้อยละ 82.92 ตามลำดับ การประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ของเด็กในช่วงแรกที่มาใช้บริการและวินิจฉัย ADHD พบว่าการประเมินอาการขาดสมาธิ พบเสี่ยงร้อยละ 51.22 การประเมินอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น พบเสี่ยงร้อยละ 56.10 และการประเมินอาการดื้อต่อต้านพบเสี่ยงร้อยละ 36.59 ส่วนการประเมินพฤติกรรม SNAP-IV หลังการรักษา 8 สัปดาห์ คะแนนทั้ง 3 ด้านลดลงได้แก่ การประเมินอาการขาดสมาธิ พบเสี่ยงร้อยละ 13.42 การประเมินอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่น พบเสี่ยงร้อยละ 18.30 และการประเมินอาการดื้อต่อต้านพบเสี่ยงร้อยละ 9.76 และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยใช้ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กกับผลการรักษาโรคสมาธิสั้นโดยพบว่าความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$)

คำสำคัญ : ระบบบริการ โรคสมาธิสั้น

ABSTRACT

This study was survey research by cross Sectional study aimed to study factors affecting access to the health service system for ADHD in children in Phochai hospital Roi-Et Province. The sample consisted of 82 pediatric patients under 15 years of age who were diagnosed with ADHD from October 1, 2023 to March 31, 2024. Data were collected by completing a general information questionnaire of family Parents' knowledge and attitude including the behavioral assessment form SNAP-IV (Short Form) before and after 8

¹ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

weeks of treatment and then analyzing the data to find relationships between knowledge, attitude of parents and other factors and access to the health service system for ADHD in children using Logistic regression Analysis

Main findings : Most parents were female 51.21%, male 48.79, age ranged from 30-39 years, 45.12%, secondary education 39.03%, father/mother relationship 81.71%, general information of the children. Most of the children with ADHD were 5-10 years old, 53.66 percent, 80.49 percent male, 63.41 percent lower primary school. The children's intelligence level (IQ) was at the normal level, 86.58 percent. Most had side effects from taking medication. That is, 68.29% had anorexia. The top 3 highest scores for parents' knowledge and understanding about ADHD were: Medications used to treat ADHD will help ADHD children's symptoms improve, 93.90%. Short, often restless Sitting still, interrupting, working in a disorganized manner (90.24%), and arranging the environment, such as working in a quiet corner, will it helped children with ADHD a lot, 86.58%. The top 3 highest scores in attitudes towards ADHD among parents were that children with ADHD need extra help with learning, 84.14%, followed by children with ADHD having normal intelligence. Can develop 82.92 percent and when children with ADHD do well should receive the same rewards as other children, 82.92 percent, respectively. SNAP-IV behavioral assessment of children during the first period of receiving services and being diagnosed with ADHD found that Evaluate symptoms of attention deficit Found a risk of 51.22%. Assessment of restless symptoms. impulsive The risk was found to be 56.10%, and the assessment of resistance symptoms found a risk of 36.59%. As for the SNAP-IV behavioral assessment, after 8 weeks of treatment, scores in all 3 areas decreased, including: Assessment of attention deficit symptoms Found a risk of 13.42 percent. Assessment Restless and impulsive symptoms Found a risk of 18.30% and assessment of resistance symptoms found a risk of 9.76%. and found factors affecting access to the health service system for ADHD in children using general information of children's parents with the results of treatment for ADHD. It was found that parents' knowledge and understanding of ADHD was statistically significant.

Keywords : Attention Deficit Hyperactivity Disorder

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder: ADHD) จัดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในเด็กเป็นอันดับหนึ่ง เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองส่งผลให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมในด้านการควบคุมตนเอง โดยมีความผิดปกติที่สำคัญอยู่ 3 ด้าน คือ 1) การมีช่วงสมาธิที่สั้น หรือขาดสมาธิ (Inattention) 2) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ 3) อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการมากกว่าเด็กที่มีอายุในช่วงวัยเดียวกัน และมีผลกระทบต่อการศึกษาชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมในสังคม¹ ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้นจะส่งผลทำให้เด็กมีสมาธิสั้นที่หลายคนคาดไม่ถึง เช่น เด็กขาดการจดจ่อที่ไม่เหมาะสมกับ

ระดับพัฒนาการตามช่วงอายุ โดยผลลัพธ์จากโรคสมาธิสั้นที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็กนั้นคือ ความบกพร่องด้านการเรียนทางสังคม ความรู้วิชาการ และอารมณ์² เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้ตามปกติเหมือนเด็กปกติทั่วไป ทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องด้านการเรียนรู้ช้ากว่าเด็กปกติ เด็กสมาธิสั้นมักจะรบกวนเพื่อนในชั้นเรียน เนื่องจากทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อนทำให้เกิดรู้สึกเศร้า และอารมณ์หงุดหงิด การเข้าสังคมกับเพื่อนไม่ได้ ไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจนนำไปสู่ปัญหาการไม่อยากไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกตนเองไร้ค่า จนมีโอกาเสี่ยงที่เด็กคนดังกล่าวจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ต่อไป¹ อาการของโรคสมาธิสั้นนั้นมักพบตั้งแต่ในวัยเด็ก และส่วนใหญ่จะมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ หาก

ไม่ได้รับการคัดกรองเข้ารับการรักษา หรือช่วยเหลือที่เหมาะสมอาการความผิดปกติดังกล่าวมานั้น นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ยังจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเองในด้านของการเรียน การประกอบอาชีพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมต่อไป

ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่ายังไม่มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น พบเพียงข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาและรักษาในโรงพยาบาลโดยเริ่มมีการรายงานข้อมูลในระบบ Health Data Center ในปีพ.ศ. 2564-2566 เท่ากับ 3,184, 3,390 และ 3,698 คนตามลำดับ และพบข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD และ Hyperkinetic disorder) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในปีพ.ศ.2564-2566 โดยพบผู้ป่วย 62,66 และ 82 คนตามลำดับ³ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ฉะนั้นผู้วิจัยในฐานะแพทย์ประจำ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยแยกโรค และการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมนั้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้น ปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบการรักษาสมาธิสั้นในเด็กเพื่อจะได้นำผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นในอนาคตต่อไป บนฐานความคิดที่ว่าเด็กเป็นอนาคตของชาติที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถพัฒนาประเทศชาติสืบต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับผลการรักษาของโรคสมาธิสั้นในเด็กโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นงานวิจัยแบบ Cross Sectional Comparative Study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม 2566- 31 มีนาคม 2567 จำนวน 82 รายเข้าร่วมโครงการทั้งหมด

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองและเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นสามารถฟัง อ่าน เขียนได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้ปกครองและเด็กไม่ยินยอมให้ข้อมูล เด็กมีภาวะออทิสติกผู้ป่วยอายุเกิน 15 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามผ่านการหาความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ระดับผลการเรียน ระดับสติปัญญาของเด็ก รายได้ เป็นต้น ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง มีข้อคำถาม 10 ข้อโดยคิดคะแนนคำตอบ คือ ความรู้ที่ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน, ความรู้ไม่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า 6 คะแนน ส่วนที่ 3 ทักษะคิดของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น มีข้อคำถาม 10 ข้อโดยคะแนนคำตอบคือ ทักษะคิดเชิงบวกได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน, ทักษะคิดเชิงลบได้คะแนนรวมน้อยกว่า 24 คะแนน แบบประเมิน SNAP-IV (Short Form) ก่อนและหลังรักษา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับผลการเรียน ระดับสติปัญญา ความถี่ของการ

80.49 เพศหญิงร้อยละ 19.51 คล้ายคลึงกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า โรคสมาธิสั้นพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า อายุของเด็กส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 53.66 สอดคล้องกับการศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี⁴ที่พบว่าเด็กเพศชายเสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้น 2.7 เท่าของเพศหญิง(OR=2.7,P<0.05) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ⁵ ที่สำรวจในประเทศไทย ในปีพ.ศ.2555 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 8.1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือเด็กอายุระหว่าง 8 - 11 ปี ซึ่งพบความชุกสูงสุดในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น) คือ ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น ($p = 0.004$) ซึ่งจากการศึกษานี้ ผู้ปกครองทั้งหมดร้อยละ 100.0 เห็นด้วยกับการรักษาซึ่งส่งผลต่อการรักษาของแพทย์ หากผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการรักษา อาจส่งผลให้เด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมและการเรียนต่อเนื่องไปจนถึงผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปังฉิมมา หลอมประโคน⁶ ที่พบว่าโรคสมาธิสั้นมีการดำเนินโรคนานประมาณร้อยละ 60.0 ของเด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะมีอาการต่อเนื่องจนโตเป็นผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยศิริทองถาวรและคณะ⁷ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครอง ร้อยละ 37.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมาก่อน หาข้อมูลเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้นจากหนังสือหรือตำราหรือเว็บไซต์ หลังการฝึกอบรมผู้ปกครองมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และพบว่าความรู้ความเข้าใจในการรักษาของผู้ปกครองมีบทบาทอย่างมากในการเข้ารับการรักษาผู้ปกครองที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคสมาธิสั้นจะมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาและผลการรักษา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วันรวี พิมพรัตน์⁸ที่พบว่า ความรู้

และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น และเมื่อพิจารณาตามหัวข้อย่อยของแบบสอบถามของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้ คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก มีดังนี้ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด (ร้อยละ 46.7) โรคสมาธิสั้นเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ (ร้อยละ 63.8) และเด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานานได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน (ร้อยละ 64.8) ส่วนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ (ร้อยละ 65.7) ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี (ร้อยละ 68.6) และควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเด็กสมาธิสั้น (ร้อยละ 69.5) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของเด็กให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรพัฒนาระบบการติดตามและส่งต่อการดูแลรักษาเพื่อให้เด็กและวัยรุ่นที่หลุดออกจากระบบการรักษาก่อนสิ้นสุดแผนการรักษาได้รับบริการต่อเนื่อง โดยการสร้างความร่วมมือในการบำบัดรักษา และการเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา รวมทั้งการประสานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นกับหน่วยงาน หรือ สถานพยาบาลนอกพื้นที่เพื่อให้ผู้บำบัดได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะโรคสมาธิสั้นในระดับชุมชนและโรงเรียนเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบต่อเนื่องเพื่อค้นหากลุ่มหมายให้ได้รับการดูแลตั้งแต่ช่วงปฐมวัยเพื่อเพิ่มโอกาสการพัฒนาการศึกษาเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

3. นำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างแนวปฏิบัติในการคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กสมาธิสั้นต่อไปให้เด็กสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการบำบัดรักษาระยะสั้น และการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพระยะยาวเพื่อเป็นทางเลือกให้กับเด็กและวัยรุ่นที่พบปัญหาการแพ้ยารักษาโรคสมาธิสั้น หรือลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ลดต้นทุนการใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา

2. ควรศึกษาวิจัยปัจจัยบริบทของครอบครัว และชุมชน เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความ

ร่วมมือ หรือลดปัญหา อุปสรรคในการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. ควรมีการศึกษาผลการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ ของผู้ป่วยโดยมีการควบคุม หรือศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัยที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM - 5 (5th ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.
2. Uneri, O. S., Senses - Dinc, G., & Goker, Z. (2015). The quality of life (QoL) in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). ADHD: New Directions in Diagnosis and Treatment, 197.
3. กระทรวงสาธารณสุข: HDC.(2566). ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ. สืบค้น 4 กรกฎาคม 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec.
4. บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.2562 ;33(2): 327 - 338.
5. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โขชีตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถ, พชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บุณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.2557;21(2):66-75.
6. ปัจฉิมา หลอมประโคน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก(2563-2564).วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.2565;37(2):381-390.
7. สมัย ศิริทองถาวร, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, ภิญโญ อีสรพงศ์, สุริรักษ์ พิลลา, พชนิ พัฒนกิจโกศล,... วรณกมล สอนสิงห์. การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครูในเขตภาคเหนือ (รายงานผลการวิจัย)2560. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
8. วันรวิ พิมพรัตน์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองรวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆกับความสม่ำเสมอในการกินยา Methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61(1):15-26.