

รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

A Model of Care Service Management for Children with ADHD Through Family and Community Participation, Yangsisurat District, Mahasarakham Province

(Received: December 14,2024 ; Revised: December 20,2024 ; Accepted: December 22,2024)

จันทร์เพ็ญ สว่างไสง¹ สาทิตา เรืองสิริภคกุล² อนุชา ไทยวงษ์³ ประครอง ประكيرณะ¹ กัลยาณี ประทุมทอง¹
ธัญญามาศ เทพสาร⁴
Janphen Sawangthaisong¹ Sathita Ruengsiriphakakul² Anucha Taiwong³ Prakrong Prakirana¹
Kulayanee Pratumtong¹ Thanyamas Tepsarn⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมและอาการข้างเคียงของยา แบบประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากดำเนินการเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานคือ 3C4R Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครู และเครือข่ายทีมสุขภาพในการดูแล (Collaboration, C) การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครองเด็กในการปรับพฤติกรรมเด็กร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อเทคโนโลยี (Competency, C) การติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา (Careful monitoring, C) การคัดกรองและการค้นหาเด็กสมาธิสั้นในพื้นที่โดยครู ผู้ปกครองและทีมสุขภาพ (Realized screening, R) การจัดระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (Readiness system, R) การติดตามพฤติกรรมเด็กที่บ้านและโรงเรียน(Regulation, R) และการมีแนวทางปรึกษาส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย (Referral system, R) ผลการดำเนินการพบว่า ผู้ปกครองและครูได้รับการอบรมครอบครัวทุกคนทุกกิจกรรมทุกคนทั้งผู้ปกครองและทีมสุขภาพสามารถปฏิบัติการดูแลได้ถูกต้องร้อยละ 100 บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลเด็กได้ครอบคลุมร้อยละ 100 และพบว่าเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในรายที่พบปัญหาเรื้อรังได้รับการส่งต่อทุกราย รวมทั้งไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาและอาการข้างเคียงรุนแรง ผู้ปกครอง ครู และทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการจัดการบริการในระดับดีมาก

คำสำคัญ รูปแบบ เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Abstract

This action study aims to develop and evaluate a care model for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), incorporating family and community participation in Yangsisurat District, Mahasarakham Province. Research tools included focus group discussion guides, general information questionnaires, ADHD care assessment forms, ADHD behavior assessment forms, follow-up and medication side effects record forms, and satisfaction

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

² นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัคภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

³ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author: Anucha@smnc.ac.th

⁴ นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

surveys. The study was conducted from October 2021 to September 2023, with data analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research findings revealed a practical and contextually aligned model for ADHD care, termed the 3C4R Model, which integrates family, teacher, and health network collaboration (Collaboration, C); capacity building for teachers and parents in behavior modification, supported by technology-based innovation (Competency, C); careful monitoring of medication side effects (Careful monitoring, C); ADHD screening by teachers, parents, and health teams (Realized screening, R); the establishment of a multidisciplinary care system within child mental health clinics (Readiness system, R); behavioral monitoring at home and school (Regulation, R); and a referral system for inter-hospital consultations (Referral system, R). The study showed that all parents and teachers received comprehensive training, achieving a 100% adherence rate in care practices among parents and health teams. Healthcare personnel provided complete coverage for ADHD care, resulting in improved behaviors among children with ADHD. Cases requiring urgent attention were referred appropriately, and no incidents of medication allergies or severe side effects were reported. Parents, teachers, and health teams expressed high satisfaction with the ADHD care system.

Keywords: Model, Children with ADHD, Family and Community Participation

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการที่เกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง¹ ซึ่งส่งผลให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง พบได้บ่อยโดยเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น โดยมีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม 3 ด้าน² ได้แก่ 1) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) 2) อาการขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และ 3) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) จากการสำรวจพบว่าทั่วโลกมีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 1.6³ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกในเด็กอายุ 2-17 ปี ร้อยละ 8.4⁴ สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 8.1 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 ต่อ 1⁵ ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบบูรณาการทั้งการใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม⁶ โดยเฉพาะการเลี้ยงดูโดยผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสม^{7,8} รวมถึงมีการปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนโดยครูและเพื่อนนักเรียนร่วมชั้น ร่วมโรงเรียน⁹ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีสมาธิในการเรียนดีขึ้น มีความร่วมมือในการทำกิจกรรม และลดปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งที่บ้าน ในชั้นเรียนและในโรงเรียน ซึ่งจะ

ช่วยพัฒนาให้เด็กกลุ่มนี้สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสังคมได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ตามพัฒนาการของชีวิต

โรงพยาบาลยางสีสุราชเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ยังไม่มีการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านจิตเวชเด็ก 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก บกพร่องทางการเรียน และสมาธิสั้น ซึ่งมีความจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อไปเข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์ กุมารแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทางด้านเด็กและวัยรุ่นที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งมีระยะทางห่างไกลถึง 80 กิโลเมตร ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความลำบากในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะทาง ผู้ปกครองต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางไปโรงพยาบาลมหาสารคาม และเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ผู้บริการมีจำนวนมาก ต้องรอคิวนาน ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นบางคน มีความจำเป็นต้องเดินทางไปรับการตรวจประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุประกอบการวินิจฉัยรักษาติดต่อกันหลายรอบในหนึ่งเดือน เช่น ไปตามนัดตรวจพัฒนาการ ตรวจการได้ยิน ตรวจไอคิว นัดติดตามพฤติกรรม หลังรับยา ปรับยา และนัดตรวจเฉพาะทาง เฉพาะโรคจิตเวชเด็ก แล้วแต่กรณี ซึ่งมีเด็กสมาธิสั้น จำนวน 30 คน ซึ่งต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่จิตแพทย์เด็ก และแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงเกิดผลกระทบต่อ

ผู้รับบริการความไม่สะดวกในการเดินทางเข้าไปรับบริการ และการรักษาในตัวจังหวัด ทำให้ผู้ปกครองไม่มีความพร้อมในการพาเด็กเข้ารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กขาดนัดขาดยา อีกทั้งผู้ปกครองบางกลุ่มมีความเข้าใจไม่ถูกต้องคิดว่าลูกหลานหายดีแล้ว เมื่อเด็กได้รับการรักษาได้ระยะหนึ่งและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ผู้ปกครองจึงไม่พาเด็กไปรับยาต่อเนื่อง ผู้ปกครองบางคนยังขาดความพร้อมในการดูแลเด็กอย่างถูกต้องที่บ้าน ขาดการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย เช่น ไม่มีการกำหนดกฎระเบียบในบ้าน กำหนดหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวตามวัย ปลอ่ยให้เด็กเล่นเกมสล็อตตลอดทั้งวัน การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยเฉพาะโทรศัพท์มือถือมากเกินไป ส่งผลให้มีจำนวนของเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น และขาดการปรับพฤติกรรมเด็กที่เหมาะสม ชุมชน เพื่อนนักเรียน ครู ขาดความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนที่เหมาะสม ปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นไม่เหมาะสม เช่น การบูลลี่ กลั่นแกล้ง รังแก และการแบ่งแยกโดยการไม่เล่นด้วย ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมในทางลบ ก้าวร้าวรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลชุมชน มีการนำเข้ายาสมาธิสั้น และให้บริการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น ในปี พ.ศ.2564 จึงเริ่มดำเนินงานตามนโยบาย แต่เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กยังไม่มีแพทย์เฉพาะทาง พบว่ายังจำเป็นต้องส่งเด็กเข้าไปรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลมหาราชนาคาม ในปี 2565 โรงพยาบาลยางสีสุราช ได้มีกุมารแพทย์ที่ย้ายมาปฏิบัติงานจึงได้มีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตเด็กขึ้นมาอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางกุมารแพทย์ เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยรักษา โดยมีเครือข่ายพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลมหาราชนาคาม และร่วมวางแผนทางในการส่งต่อรักษาภายในเครือข่ายจังหวัดมหาราชนาคาม แต่อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 ได้มีการแพทย์ได้ย้ายไปปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเด็ก โรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ มีความจำเป็นจะต้องเดินทางไปพบแพทย์รับการรักษาที่กุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนาคาม เกิดผลกระทบต่อนักป่วยและครอบครัวในการเดินทางไปพบแพทย์ตาม

นัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาราชนาคาม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาราชนาคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาราชนาคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาราชนาคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & MC Taggart¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ กลุ่มทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลยางสีสุราช เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาราชนาคาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครู อนามัยโรงเรียน เพื่อนนักเรียนร่วมชั้นร่วมโรงเรียน กับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น

2) ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น จำนวน 30 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสมาธิสั้นโดยกุมารแพทย์ มีอายุระหว่าง 6-12 ปี และมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ขาดสมาธิ อยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และดื้อ/ต่อต้าน มี

เกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาซับซ้อนได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นหรือย้ายที่อยู่อาศัยไปยังพื้นที่อื่น

3) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักเด็กที่มีปัญหาสมาสั้น จำนวน 30 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ขาดสมาธิ ชนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และดื้อ/ต่อต้าน และยินดีเข้าร่วมการศึกษา และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วม หรือทำกิจกรรมตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด 4 ข้อ เกี่ยวกับสภาพปัญหา สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น และความต้องการในการพัฒนา

2. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นช่องว่างแบบเติมคำ ประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประวัติการคลอด ประวัติด้านพัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วย ปัญหาพฤติกรรมเด็ก ก่อนเข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา ระยะเวลาในการรักษาที่ผ่านมา และรายละเอียดผู้ปกครอง ประกอบด้วย รายละเอียดความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ การศึกษา อาชีพ ปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลเด็ก

3. **แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็ก** ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดยชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ¹¹ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น เช่น การสื่อสาร การให้คำชม การทำโทษอย่างเหมาะสม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ (ไม่เคย=1, บางครั้ง=2, บ่อยครั้ง=3) มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 20-60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูงหมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นมีความเหมาะสม

4. **แบบประเมินพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น** ฉบับภาษาไทย¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านขาดสมาธิ (9 ข้อ) ด้านชนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (9 ข้อ) และด้านดื้อ/ต่อต้าน (8 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ (ไม่เคย=0, เล็กน้อย=1, ค่อนข้างมาก=2, มาก=3) การแปลผลโดยรวมคะแนนของแต่ละด้านและเปรียบเทียบกับคะแนนมาตรฐาน หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐานให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมในด้านนั้นๆ ซึ่งคะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครอง (ด้านขาดสมาธิ=16, ด้านชนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น=13, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=15) และคะแนนมาตรฐานสำหรับครู (ด้านขาดสมาธิ=23, ด้านชนอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น=16, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=11)

5. **แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมและอาการข้างเคียงของยา** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นช่องว่างแบบเติมคำ เกี่ยวกับรายละเอียดข้อมูลที่พบขณะติดตามเยี่ยมบ้านเด็ก พฤติกรรมเด็กที่พบขณะเยี่ยม ปัญหาที่พบ แนวทางการแก้ไข แผนการดูแลต่อเนื่อง อาการข้างเคียงของยาและผลลัพธ์การจัดการอาการข้างเคียง และช่องทางการติดต่อฉุกเฉินหากมีอาการข้างเคียงรุนแรง

6. **แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดค่าแบบประเมินค่า (Rating scale) คำตอบมี 5 ระดับตั้งแต่ไม่พึงพอใจ (1) - พึงพอใจมากที่สุด (5) การแปลผลคะแนนรวมเฉลี่ยสูงแปลผลว่ามีความพึงพอใจสูง และคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยแปลผลว่ามีความพึงพอใจน้อย

7. **แบบประเมินความพึงพอใจของทีมนสหวิชาชีพ** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยของผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดค่าแบบประเมินค่า (Rating scale) คำตอบมี 5 ระดับตั้งแต่ไม่พึงพอใจ (1) - พึงพอใจมากที่สุด (5) การแปลผลคะแนนรวมเฉลี่ยสูงแปลผลว่ามีความพึง

พอใจสูง และคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยแปลผลว่ามีความพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็ก แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมและอาการข้างเคียงของยา แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและการวิจัย เพื่อประเมินความตรง ความเหมาะสม ความครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.83-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็กและแบบประเมินพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น¹² ไม่ได้นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลยางสีสุราช เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. ในเครือข่าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อสม. ครูอนามัยโรงเรียน เพื่อนักเรียนร่วมชั้นร่วมโรงเรียนกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น เพื่อทราบความต้องการดูแล ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น มาทำการค้นข้อมูลและประชุมระดมสมองร่วมกับผู้ร่วมวิจัย โดยร่วมกันกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ร่วมคิดและวางแผน

ขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบภายใต้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (P-A-O-R) และสะท้อนผลการปฏิบัติ จนว่าจะเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจริง ติดตามประเมินผล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลเด็ก แบบประเมินพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ และสรุปรูปแบบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 10/2564เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นได้ดังนี้ (1) ด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 80) ในจำนวนนี้ขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย (ร้อยละ 70) มีวิธีการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือก่อนวัย (ร้อยละ 80) ขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย (ร้อยละ 60) และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างเป็นรูปธรรม (2) ด้านบริบท พบว่า พื้นที่ของอำเภอยางสีสุราชค่อนข้างห่างไกลกับโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมี

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงซึ่งอาจเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้ดูแลและเวลารอคอยรับการรักษานานซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลต้องลางานหรือขาดงาน ครุชาตความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือด้านการเรียนที่เหมาะสมเพื่อนักเรียนร่วมชั้นร่วมโรงเรียนปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นไม่เหมาะสม มีการบูลลี่ ล้อเลียน และกลั่นแกล้งซึ่งอาจส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้แสดงพฤติกรรมในทางลบเพื่อป้องกันตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามิใช่โทรศัพท์มือถือมากเกินไป ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น (3) ด้านบุคลากรพบว่า ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง มีพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 คน และทีมสหวิชาชีพขาดทักษะในการดูแลเด็กกลุ่มสมาธิสั้น และ (4) ด้านสถานที่ พบว่า ขาดความพร้อมด้านสถานที่/ไม่มีพื้นที่การให้บริการกลุ่มสุขภาพจิตเด็กโรคสมาธิสั้นที่เฉพาะ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น เกิดกิจกรรมดำเนินการดังนี้

(1) การค้นหา ประชาสัมพันธ์ และการคัดกรองผู้ป่วยเด็กรายเก่าในพื้นที่ทั้งในโรงเรียน และชุมชนที่อาศัยอยู่จริงในเขตอำเภออย่างสี่สุราษฎร์ การรักษาที่อื่นเพื่อนัดหมายเข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลอย่างสี่สุราษฎร์ และประเมินคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง และสงสัยรายใหม่ คัดกรองเด็กโดยครูประจำชั้นเพื่อนำเด็กเข้าสู่ระบบการรักษา

(2) จัดหาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง และจัดให้มีกิจกรรมบริการเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น โดยเปิดบริการคลินิกเฉพาะโรคทางสุขภาพจิตเด็กในชื่อ “คลินิกพัฒนาการเด็ก” เพื่อลดความรู้สึกลบด้านของผู้รับบริการจากชื่อคลินิกโรคสมาธิสั้น หรือชื่อคลินิกจิตเวชเด็ก โดยเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน คือวันพุธให้บริการรายใหม่ และวันศุกร์ ให้บริการรายเก่า มีกิจกรรมบริการ คือ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินพฤติกรรมผ่านเครื่องมือการประเมินพฤติกรรมเด็ก SNAP-IV โดยผู้ปกครองและครูประจำชั้น สังเกตและประเมินพฤติกรรมและจับเวลาความจดจ่อต่อการทำกิจกรรมของเด็ก ขณะทดสอบ สรุปและแปลผล รายงานแพทย์ พยาบาล

พบแพทย์เฉพาะทางกุมารแพทย์ ให้คำปรึกษาครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อเนื่องที่บ้านและโรงเรียน แนะนำและมอบหมายการบ้าน ตารางกิจกรรมสำหรับผู้ปกครองในการฝึกปฏิบัติปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน แจกการปฏิบัติและวันนัดครั้งต่อไป

(3) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ภาคีเครือข่าย และประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการร่วมค้นหา คัดกรองเด็กเข้ารับการรักษารักษาเป้าหมายกลุ่ม ครูอนามัยโรงเรียน ผู้ปกครองเด็ก อสม. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้น การคัดกรองสังเกตพฤติกรรมและการประเมินเบื้องต้น การดูแลรักษา และการให้ความช่วยเหลือเด็กต่อเนื่องในชุมชน และโรงเรียน

(4) จัดโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล อำนวยความสะดวก ผู้รับบริการเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ปรับทัศนคติเชิงบวก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การสังเกตพฤติกรรมและการคัดกรองเบื้องต้น เพื่อส่งต่อข้อมูลหรือแนะนำผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการรักษา และแนวทางการสื่อสารเบื้องต้นกับผู้ปกครองเด็ก

(5) จัดทำแนวทางการรักษาดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น แนวทางการส่งต่อ แนวทางการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านโดยผู้ปกครอง แนวทางการให้ความช่วยเหลือเด็กด้านการศึกษาที่โรงเรียน แบบประเมินและติดตามการกินยารักษาโรคสมาธิสั้น แบบประเมินอาการข้างเคียงจากยา จัดทำ Flow chat แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัย (ADHD) แผ่นพับให้ความรู้โรคสมาธิสั้น คลิปวิดีโอความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น คู่มือชุดคำสั่งอย่างง่ายสำหรับเด็กสมาธิสั้น คู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นฉบับผู้ปกครอง ออกแบบและจัดทำสมุดประจำตัวเด็กโรคสมาธิสั้นรายบุคคล มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ข้อมูลเบื้องต้น และประวัติการรักษาของเด็ก พฤติกรรมเด็ก คำแนะนำกิจกรรมการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเด็กรายบุคคล และการบ้านสำหรับผู้ปกครองเด็ก ตารางกิจกรรมเสริม

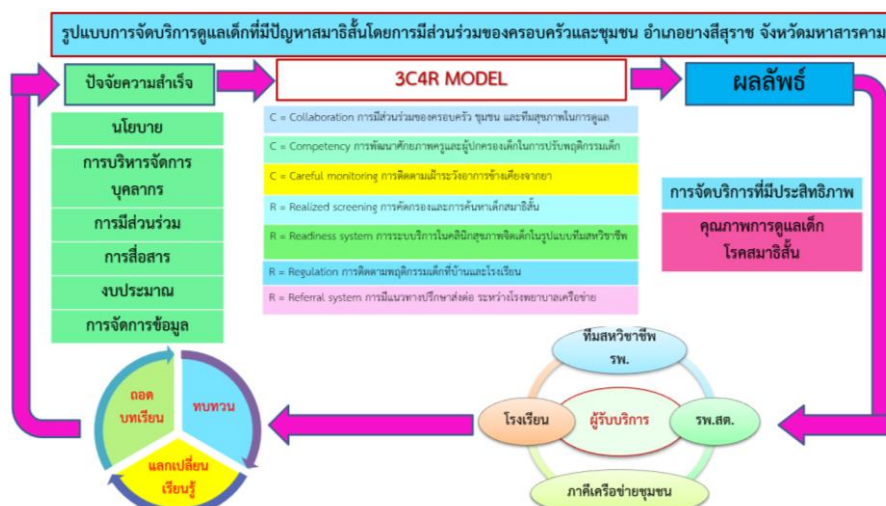
สมาธิที่บ้าน คำแนะนำการเลือกกิจกรรมเสริมสมาธิ และช่วงเวลาทำกิจกรรม โดยเด็กและผู้ปกครองวางแผนทำกิจกรรมร่วมกันที่บ้าน สัปดาห์ละ 5-6 วัน ผู้ปกครองคอยสังเกตและจับเวลาการมีสมาธิการจดจ่อต่อกิจกรรมของเด็กและลงบันทึก ในตาราง มีกิจกรรมตัวเลือกแนะนำสำหรับเด็กและผู้ปกครอง เกมต่างๆ เช่น ลากเส้นเขาวงกต ร้อยลูกปัด ต่อจิกซอ วาดภาพ ระบายสี จับผิดภาพ เป็นต้น จัดทำนวัตกรรมแบบบันทึกพฤติกรรมเด็ก ADHD รายบุคคล ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นพัฒนาขึ้นเพื่อติดตามพฤติกรรมเด็กระหว่างให้การรักษาและปรับพฤติกรรม มีการแปลผลค่าคะแนนพฤติกรรมเป็นกราฟเพื่อแสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงการรักษา 1 ปี และใช้เป็นข้อมูลสื่อประกอบในการ ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและ ครู เรื่องแนวโน้มและแนวทางการรักษาเด็กสมาธิสั้นรายบุคคล

(6) ภายหลังจากเปิดให้บริการแล้ว 1 ปี กุมารแพทย์มีการโยกย้าย ได้พัฒนาปรับรูปแบบให้บริการในรูปแบบพบแพทย์ผ่านระบบ Tele-Psychiatric เป็นรูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ใกล้เคียงเฉพาะทาง ผ่านระบบห้องตรวจเสมือนจริงระหว่างโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้เข้ารับการตรวจรักษาโดยกุมารแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ผ่านหน้าจอรับส่งสัญญาณทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งผู้รับบริการสามารถสื่อสาร พูดคุย ได้ตอบ และมองเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษาได้ ผ่านทางหน้าจอ แพทย์สามารถสังเกตและ

ประเมินพฤติกรรมเด็กขณะให้การรักษาผ่านหน้าจอได้ จัดให้มี

แนวทางการรักษาส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลในกลุ่มเครือข่าย ADHD รูปแบบการจัดบริการระบบ Tele-Psychiatric แม่ข่ายโดยโรงพยาบาลพศกภูมิพิสัย และ โรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อแก้ปัญหาขาดบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง กุมารแพทย์ และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ภายหลังดำเนินการอย่างต่อเนื่องเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันทบทวน สะท้อนคิด และถอดบทเรียนจนเกิดรูปแบบที่ชัดเจนเรียกว่า 3C4R Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครู และทีมสุขภาพในการดูแล (Collaboration, C) การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครองเด็กในการปรับพฤติกรรมเด็กร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อเทคโนโลยี (Competency, C) การติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา (Careful monitoring, C) การคัดกรองและการค้นหาเด็กสมาธิสั้นในพื้นที่โดยครู ผู้ปกครองและทีมสุขภาพ (Realized screening, R) การจัดระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (Readiness system, R) การติดตามพฤติกรรมเด็กที่บ้านและโรงเรียน (Regulation, R) และการมีแนวทางรักษาส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย (Referral system, R) (ภาพ 1)



ภาพ 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

**ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการจัดบริการ
ดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น**

ด้านผู้รับบริการ พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่เข้าโครงการมีอาการขาดสมาธิ อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดลง และอาการดื้อต่อต้านลดลง เด็กมีสมาธิในการจดจ่อต่อการเรียนที่ดีขึ้น ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาและอาการข้างเคียงรุนแรง

(ตารางที่ 1) ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2) ด้านทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการ พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจของต่อรูปแบบบริการในทุกด้านและภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนน ด้านพฤติกรรมเด็ก หลังเข้ารับบริการตามรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มอาการ	คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนา	คะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนา
● อาการขาดสมาธิ	23.50	18.40
● อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	19.60	15.30
● อาการดื้อต่อต้าน	18.40	15.20

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบบริการ

ความพึงพอใจ	Mean	S.D
● ด้านการจัดบริการ	4.46	0.51
● ด้านการให้บริการ	4.45	0.59
● ด้านการดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน	4.44	0.58
● ด้านการได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง	4.66	0.49
ภาพรวม	4.50	0.54

ตาราง 3 แสดงค่าคะแนนความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบบริการ

ความพึงพอใจ	Mean	S.D
● ด้านการบริหารจัดการ	4.56	0.51
● ด้านกิจกรรมบริการ	4.64	0.55
● ด้านการจัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ	4.58	0.57
● ด้านการพัฒนาบุคลากร	4.66	0.51
● ด้านการสนับสนุนอื่นๆ	4.52	0.53
ภาพรวม	4.59	0.53

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ใน

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม พบว่าประเด็นปัญหา 4 ประเด็นหลักคือ 1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัย และครอบครัวมี

ส่วนร่วมน้อย 2) พื้นที่ทางไกลโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง และระยะเวลาการคอยการรักษา 3) คุขาดความเข้าใจในการดูแล มีปัญหาการกลั่นแกล้งจากเพื่อน และเด็กใช้โทรศัพท์มือถือมากเกินไป และ 4) ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางและสถานที่ให้บริการเฉพาะสำหรับเด็กสมาธิสั้น อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวในสังคมไทยที่บิดาและมารดาของเด็กจำเป็นต้องออกไปทำงานที่ต่างจังหวัด ทำให้เด็กต้องอยู่ในความดูแลของปู่ย่าตายายที่เป็นวัยผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดทั้งด้านความรู้และการปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ส่งผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ การมีส่วนร่วมน้อยของครอบครัวอาจเกิดจากภาระทางเศรษฐกิจและการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเด็กแบบองค์รวม รวมถึงในปัจจุบันมีแนวโน้มของการใช้โทรศัพท์มือถือมากเกินไปอาจเป็นผลจากการขาดการควบคุมดูแลที่เหมาะสม จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยได้กำหนดให้เป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อการพัฒนาแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อย่างเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย การอบรมส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ปกครอง ผ่านการเรียนรู้ 7 กิจกรรม คือ การสร้างสมาธิเด็กเพื่อจดจ่อต่อคำสั่ง การฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคในการสื่อสารเชิงบวกและชุดคำสั่งอย่างง่าย การปรับพฤติกรรมเด็กผ่านกิจกรรมตารางเวลาสมาธิ การฝึกปฏิบัติเรื่องการให้รางวัล การฝึกปฏิบัติเรื่องการลงโทษ การฝึกปฏิบัติการใช้ระบบบันทึกคะแนนเพื่อเป้าหมาย การฝึกปฏิบัติประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน กิจกรรมการอบรมนี้จะส่งเสริมความรู้และทักษะของครูผ่านการเรียนรู้ 4 กิจกรรม คือ การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น/การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น บทบาทของครูในการดูแลเด็กและแนวทางการส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบการรักษา การรักษาด้วยยาและติดตามการตอบสนองต่อยา การปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน และการจัดชั้นเรียน/เทคนิคการสอนเด็ก

โรคสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ซึ่งผลของโปรแกรมกิจกรรมการอบรมดังกล่าว ได้ส่งเสริมให้ผู้ปกครองและครู มีส่วนร่วม ในการดูแล และเอาใจใส่เด็กโรคสมาธิสั้นมากขึ้น ส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นรับประโยชน์อย่างสม่ำเสมอมากขึ้น พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่บ้านลดลง พฤติกรรมในห้องเรียนดีขึ้น มีสมาธิในการเรียนมากขึ้น มีระยะเวลาการจดจ่อต่อการทำงานได้นานขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ในรายที่พบปัญหาเรื้อรังได้รับการส่งต่อทุกราย รวมทั้งไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาและอาการข้างเคียงรุนแรง ผู้ปกครอง ครู และทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการในระดับดีมาก ภายหลังการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันสะท้อนคิด และถอดบทเรียนจนเกิดรูปแบบที่ชัดเจนเรียกว่า 3C4R Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว ครู และทีมสุขภาพในการดูแล (Collaboration, C) การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครองเด็กในการปรับพฤติกรรมเด็กร่วมกับการใช้นวัตกรรมสื่อเทคโนโลยี (Competency, C) การติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา (Careful monitoring, C) การคัดกรองและการค้นหาเด็กสมาธิสั้นในพื้นที่โดยครู ผู้ปกครองและทีมสุขภาพ (Realized screening, R) การจัดระบบบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (Readiness system, R) การติดตามพฤติกรรมเด็กที่บ้านและโรงเรียน (Regulation, R) และการมีแนวทางปรึกษาส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย (Referral system, R) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครู อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดชัยภูมิ¹³ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคในการสื่อสาร การให้รางวัล การลงโทษ และการประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน สำหรับผู้ปกครอง และการให้ความรู้สำหรับ

ครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตัวต่อเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้น ครูมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น และเด็กโรคสมาธิสั้นมีอาการขาดสมาธิ นอนอยู่ไม่นิ่ง และหันหลังเล่นลดลง

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ช่วยให้ผู้ปกครองและทีมสุขภาพสามารถดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับเด็กที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา หรือ ออทิสซึม
2. ควรนำเข้าสู่ข้อมูลแบบบันทึกพฤติกรรมเด็กรายบุคคลในระบบข้อมูล Hos-XP ของโรงพยาบาล

เพื่อแสดงค่าคะแนนพฤติกรรมเด็กรายบุคคลในแฟ้มประวัติคนไข้ เพื่อความสะดวกสำหรับแพทย์ผู้ดูแลเด็กในการส่งต่อข้อมูลและวางแผนให้การรักษารายบุคคล

3. ควรพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในรูปแบบของหลักสูตรทั้งแบบ Online และ Onsite เพื่อให้ผู้ปกครองและครูสามารถเข้าถึงกิจกรรมการฝึกอบรมได้สะดวกขึ้น

4. ควรจัดทำเพจให้ความรู้และให้คำปรึกษาปัญหา ในระบบอินเทอร์เน็ตผ่านช่องทางออนไลน์เกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น และปัญหาสุขภาพจิตเด็กอื่นๆ

5. นำรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ได้ ไปเผยแพร่สู่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทเดียวกันหรือคล้ายกัน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่มีการจัดให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นและยังขาดบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง

เอกสารอ้างอิง

1. Doulou A, Drigas A. ADHD: Causes and alternative types of intervention. Sci Electron Arch. 2022;15(2):49-57. doi:10.36560/15220221514.
2. Núñez-Jaramillo L, Herrera-Solis A, Herrera-Morales WV. ADHD: Reviewing the causes and evaluating solutions. J Pers Med. 2021;11(3):166. doi:10.3390/jpm11030166.
3. Popit S, Serod K, Locatelli I, Stuhel M. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2024;67(1):1-23. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.1786.
4. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. J Clin Child Adolesc Psychol. 2018;47(2):199-212. doi:10.1080/15374416.2017.1417860.
5. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. J Ment Health Thai. 2013;21(2):66-75.
6. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. Mol Psychiatry. 2019;24(3):390-408. doi:10.1038/s41380-018-0116-3.
7. สถาบันพัฒนาการเด็กราชครินทร์. คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2560.
8. Breaux R, Waschbusch DA, Marshall R, Rothe E, Humphery H, Pelham WE, et al. The role of parental knowledge and attitudes about ADHD and perceptions of treatment response in the treatment utilization of families of children with ADHD. Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health. 2020;5(1):102-14. doi:10.1080/23794925.2020.1727797.

- 9.Ward RJ, Bristow SJ, Kovshoff H, Cortese S, Kreppner J. The effects of ADHD teacher training programs on teachers and pupils: A systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord.* 2022;26(2):225-44. doi:10.1177/1087054720972801.
- 10.Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
- 11.ชาญวิทย์ พรนภดล, วัจนินทร์ โรหิตสุข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, นิรมล ยสินทร. คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2549.
- 12.ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, ชันวรจัน บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, ทรงภูมิ เบญญากร. คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น ชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(2):97-110.
- 13.Duangpetsang J. Development of Integrated Care for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Parents and Teachers in Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province. *Reg Health Promot Cent* 9 J. 2024;18(1):339-50.