

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

วิทยานิพนธ์

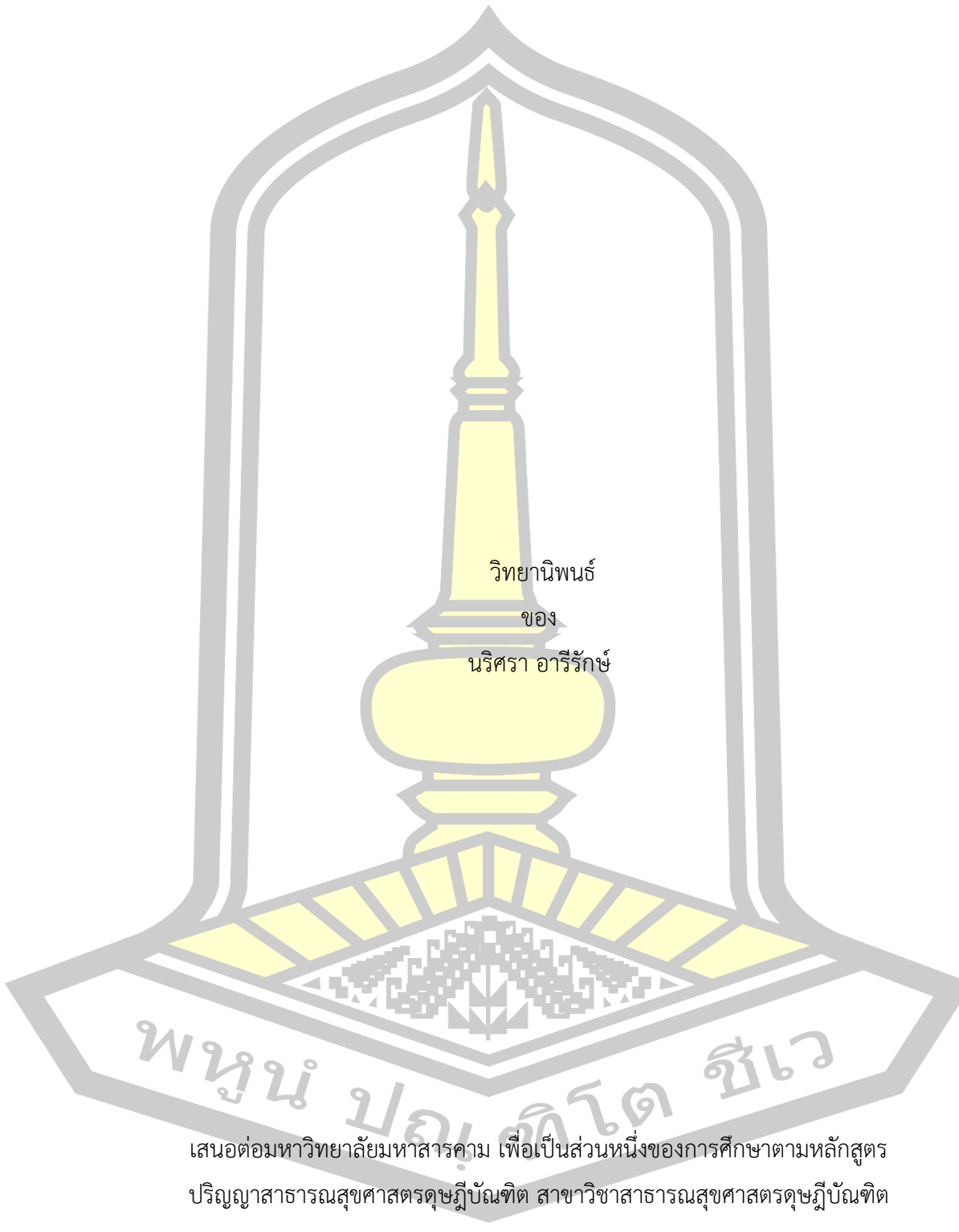
ของ

นริศรา อารีรักษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร



วิทยานิพนธ์

ของ

นริศรา อารีรักษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Care Model for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Yasothon Province

Narisara Arrirak

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

May 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนริศรา อารีรักษ์ แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. ศศิธร ธนะภพ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผศ. ดร. ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว)

..... กรรมการ
(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

..... กรรมการ
(รศ. ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

..... กรรมการ
(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....	.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)	(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร
ผู้วิจัย นริศรา อารีรักษ์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2566

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นในเด็กยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและในพื้นที่จังหวัดยโสธร และมีแนวโน้มสูงขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ และระยะพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กนักเรียน ผู้ปกครอง และครูประจำชั้นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 5 โรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา, Multiple Logistic regression และ t-test

ผลการศึกษา สถานการณ์บริบทการดำเนินงานของโรคสมาธิสั้น พบว่า ด้านการให้บริการค่อนข้างดี มีความพร้อมทั้งบุคลากร ยา เวชภัณฑ์ และระบบสารสนเทศ แต่การคัดกรองยังไม่ครอบคลุม การมีส่วนร่วมจากโรงเรียนและผู้ปกครองค่อนข้างน้อย ความชุกเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 6.5 ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ (ชาย) สถานภาพสมรส (หม้าย หย่า แยกกันอยู่) รายได้ (>15,000 บาท) และ ทัศนคติ (พอใช้-ดี) สำหรับรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นกิจกรรมครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ผลของรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าผู้ปกครองระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้ (*p*-value 0.405) และการรับรู้การเกิดโรค (*p*-value 0.202) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น (*p*-value <0.001) และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (*p*-value 0.037) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความตั้งใจเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับการดูแลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง รูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบข้อมูล (Data System) 2) การเสริมพลัง (Empowerment) 3) เพิ่มพูนความรู้และการคัดกรอง

(Knowledge & screening) 4) การวินิจฉัยโรคและการกำกับการกินยา (Diagnose & Drug) และ 5) การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยดำเนินการใน 3 setting ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัว จึงเรียกว่ารูปแบบนี้ว่า “DEKDE 3 set” (เด็กดีทรีเซต)

สรุป รูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้นนี้ ช่วยให้การดำเนินงานมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นอย่างครอบคลุม เพิ่มการเข้าถึงบริการและดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ มีการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเกิดการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

คำสำคัญ : ภาวะสมาธิสั้น, การคัดกรอง, ความชุก, ปัจจัย

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

TITLE Development of Care Model for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Yasothon Province

AUTHOR Narisara Arrirak

ADVISORS Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.
Assistant Professor Kemika Sombuteyotha , Dr.P.H.
Assistant Professor Chaiwut Bourneow , Ph.D.

DEGREE Doctor of Public Health **MAJOR** Doctor of Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2023

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children remains a major public health problem in Thailand and in Yasothon province. And the prevalence of children with ADHD has seen a consistent increased. The purpose of this study was to develop a care model for children with ADHD. The action research was used in two phases; 1) the situation study phase. and 2) the development of care for children with ADHD. The sample consisted of students, parents, and homeroom teachers of grade 1 at studying in schools in the municipalities of Muang Yasothon District, Yasothon Province. A questionnaire includes knowledge, perception, attitude and participation in caring for children with ADHD. The qualitative data were used content analysis. Quantitative data were used descriptive statistics, Multiple Logistic regression and t-test.

The results, on the context of the operation of children with ADHD found that the service was quite good, healthcare worker, medicines, medical supplies and information systems had sufficient. But screening was not comprehensive, participation from schools and parents *were not much good*. The prevalence of children with ADHD was 6.5%. Predictive statistical model for parent's participation in the care of children with ADHD found four factors include gender (male), marital status (widowed, divorced, separated), income (>15,000 baht) and attitude (medium-high).

The care model for ADHD children included health promotion, prevention, treatment and rehabilitation. Effective of care for ADHD children found that parents between the treatment group and the control group had knowledge (p-value 0.405) and disease

exposure (p-value 0.202) were not significantly different. However, the attitude towards ADHD (p-value <0.001) and participation in caring for ADHD children (p-value 0.037) were significantly different. The study intention and behavior of children with ADHD after receiving care improved to increase significantly (p-value < 0.001). The satisfaction of parents and teachers with the developed care model for ADHD children found that most of them were at a high level. The care model for children with ADHD that developed consisted of 5 components and 3 settings, namely (1) data system (2) empowerment (3) knowledge enhancement & screening (4) learning (Diagnose & Drug) and (5) environmental management. by operate in three settings: school, hospital and family. Therefore, this pattern is called "DEKDE 3 set" (Dek- De-three-set).

This evolved model of care for children with ADHD helps the operations to be clear and concrete. stakeholders had developed potential. Comprehensive screening for ADHD and can increase access to health care services. There was an adjustment in the environment that is conducive to behavioral change, involvement from all levels of stakeholders.

Keyword : Children with ADHD, screening, prevalence, factors

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รวมทั้งได้รับความกรุณาจากประธานและคณะกรรมการสอบเค้าโครงและคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โรงพยาบาลยโสธร ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองยศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร เทศบาลเมืองยโสธร ครูประจำชั้น ป.1 ทั้ง 5 โรงเรียน ในเขตตำบลในเมืองยโสธร อสม.และผู้ปกครองเด็กนักเรียน ที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ขอขอบคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่อำนวยความสะดวก และร่วมกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาล 2 สามัคคีวัฒนาและครูประจำชั้น ป.2 ที่ช่วยดำเนินโครงการวิจัยตามแผนงาน ประสานงานผู้ปกครอง เอื้อเฟื้อสถานที่ในการจัดประชุม ตลอดจนผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดกระบวนการวิจัย

ขอขอบคุณผู้บริหารที่เกี่ยวข้องทุกระดับที่ให้ข้อคิดและให้การสนับสนุน ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งคำแนะนำในการแก้ไข ขอขอบคุณ ดร.ถนอม นามวงศ์ ที่ช่วยให้คำแนะนำและที่ปรึกษาทางด้านข้อมูลและสถิติท้ายที่สุดขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจในการศึกษาและทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นริศรา อารีรักษ์

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญรูปภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ภูมิหลัง 1

1.2 คำถามการวิจัย 4

1.3 วัตถุประสงค์ 4

1.4 ขอบเขตการวิจัย 4

1.5 นิยามศัพท์ 5

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9

2.1 โรคสมาธิสั้น 9

2.2 การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน 22

2.3 การดูแลเด็กสมาธิสั้น 34

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 51

2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 54

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 57

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย 67

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 69
3.1 รูปแบบการวิจัย 69
3.2 ขั้นตอนการวิจัย 69
3.3 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง 76
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 79
3.5 การรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้ 86
3.6 ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย 89
บทที่ 4 ผลการวิจัย 90
4.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ 90
4.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น 100
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล 125
5.1 สรุปผลการวิจัย 125
5.2 อภิปรายผล 127
5.3 จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา 131
5.4 ข้อเสนอแนะ 132
บรรณานุกรม 134
ภาคผนวก 142
ภาคผนวก ก แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการประชุมกลุ่ม 143
ภาคผนวก ข แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู 145
ภาคผนวก ค แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง 148
ภาคผนวก ง แบบวัดความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง 151
ภาคผนวก จ แบบประเมินผลพฤติกรรมเชิงคุณภาพเด็กสมาธิสั้น โดยคุณครู 156
ภาคผนวก ฉ แบบสรุปคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อน-หลังได้รับการดูแล 158

ภาคผนวก ช แบบประเมินพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น 160
ภาคผนวก ซ แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น 162
ภาคผนวก ฌ หนังสือแสดงความยินยอม 164
ภาคผนวก ญ หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ 166
ภาคผนวก ฎ หนังสือขอความอนุเคราะห์ประเมินความเข้าใจทางด้านภาษา 172
ภาคผนวก ฏ หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย 174
ภาคผนวก ฐ หลักฐานการขอจริยธรรมในคน 176
ภาคผนวก ฑ แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ 178
ภาคผนวก ฒ ภาพกิจกรรม 184
ประวัติผู้เขียน 189

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 โรคร่วมที่พบบ่อย 14

ตารางที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิสติก 27

ตารางที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) 30

ตารางที่ 4 เกณฑ์การแปลผลโรคสมาธิสั้น 32

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการออกคำสั่งหรือการสื่อสารสำหรับเด็กสมาธิสั้น 37

ตารางที่ 6 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น 73

ตารางที่ 7 สรุปรายละเอียดข้อคำถามที่ปรับปรุง 84

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง (n=464) 93

ตารางที่ 9 ความชุกของเด็กสมาธิสั้น 94

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของโรคเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามประเภท (n=30) 94

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง 95

ตารางที่ 12 การมีส่วนร่วมและประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (n = 373) 96

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Bivariate analysis) 96

ตารางที่ 14 โมเดลทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Multivariable analysis by multiple logistic regression) N=373 98

ตารางที่ 15 คะแนนความรู้ การรับการเกิดโรค ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 105

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นก่อน-หลังการได้รับการดูแลของเด็กสมาธิสั้น รายข้อ (n=15) 107

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลของเด็กสมาธิสั้น (n=15) 108

ตารางที่ 18 ข้อมูลพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก่อน-หลังได้รับการดูแลรักษา 109

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยผู้ปกครองเปรียบเทียบก่อน – หลังการพัฒนารูปแบบ 112

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 113

ตารางที่ 21 สาเหตุของการไม่มาพบแพทย์และแนวทางแก้ไข (2 ราย) 114

ตารางที่ 22 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น (n=30) 115

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น 33

รูปภาพที่ 2 แนวทางการส่งต่อและการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู 50

รูปภาพที่ 3 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990) 52

รูปภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual frameworks) 68

รูปภาพที่ 5 สรุปขั้นตอนการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น 70

รูปภาพที่ 6 แสดงผลการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น 92

รูปภาพที่ 7 พื้นที่ใต้โค้ง ROC (*Receiver Operating Characteristic)* 99

รูปภาพที่ 8 การคัดเลือกโรงเรียนในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น 100

รูปภาพที่ 9 รูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร 124

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคสมาธิสั้น หรือ ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) คือกลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการ อันเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง ทั้งอาการ ซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) โดยพฤติกรรมเหล่านี้มีมากกว่าพฤติกรรมปกติในเด็กวัยเดียวกัน ส่งผลให้การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคมบกพร่องไป ซึ่งโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560)

สถานการณ์โรคสมาธิสั้นทั่วโลก จากการศึกษาของ Smith (2017) รายงานความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก ปี พ.ศ. 2560 อยู่ประมาณร้อยละ 5.3 ส่วนสถาบันโรคสมาธิสั้น (ADHD Institution, 2022) รายงานข้อมูล ปี พ.ศ. 2560 พบความชุกของโรคสมาธิสั้น ทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2.2 (0.1–8.1) พบสูงที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 8.1 รองลงมา คือ ประเทศฝรั่งเศส เนเธอแลนด์ และเม็กซิโก ร้อยละ 4.7, 3.2 และ 3.0 ตามลำดับ ส่วนความชุกของโรคสมาธิสั้น ในประเทศจีนซึ่งเป็นประเทศในทวีปเอเชีย พบร้อยละ 1.8 การศึกษาของ Ilic I & Ilic M (2022) รายงานข้อมูลเด็กสมาธิสั้นอายุ 0-14 ปี พ.ศ. 2562 พบเด็กสมาธิสั้นรายใหม่ จำนวน 4,198,974 ราย ในเด็กชาย 3,114,614 ราย (ร้อยละ 74) และเด็กหญิง 1,084,360 ราย (ร้อยละ 26) ข้อมูลปี พ.ศ. 2553-2562 พบเด็กสมาธิสั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในประเทศที่มีฐานะทางเศรษกิจและสังคมสูง อัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นทั่วโลกในเด็กผู้ชายต่อเด็กผู้หญิงเท่ากับ 307.9 และ 114.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งมีอัตราส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิงประมาณ 3:1 (Ilic I & Ilic M, 2022)

ประเทศไทยมีการสำรวจกลุ่มเด็กไทย ที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 พบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 6.5 และสถิติการให้บริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2556-2559 พบว่า มีโรคสมาธิสั้นเป็นอันดับ 1 ของทุกปีงบประมาณ ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยจะมีอาการจนถึงผู้ใหญ่ ซึ่งมีผลเสียต่อทั้งเด็กและสังคม โดยพบว่า ร้อยละ 25 ทำผิดกฎจราจร มีบุคลิกภาพก้าวร้าว อีกร้อยละ 10 มีปัญหาใช้สารเสพติด หรือมีปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งร้อยละ 5 ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (ภาสกร คุ้มศิริ และอุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560)

ส่วนสถานการณ์โรคสมาธิสั้นในเด็ก จังหวัดยโสธร ข้อมูลปี พ.ศ. 2564 มีเด็กอายุ 6-15 ปี จำนวน 60,449 คน ได้รับรายงานว่าพบเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 2.8 แต่จากการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยซึ่งเป็นความชุกในระดับประเทศที่ร้อยละ 5.4 ของเด็กกลุ่มเป้าหมาย คาดว่าจังหวัดยโสธรจะมีเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นทั้งสิ้น จำนวน 3,267 คน แต่ปัจจุบันสามารถค้นหาและนำเด็กเข้าสู่การรักษาด้วยโรคสมาธิสั้นได้เพียง ร้อยละ 51.7 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2564) เป็นไปได้ว่ายังมีเด็กโรคสมาธิสั้นอีกจำนวนมากยังไม่ถูกค้นพบและเข้าสู่การดูแลรักษา

ด้านการดูแลเด็กสมาธิสั้นของประเทศไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่นั้นยังไม่ได้รับการคัดกรองช่วยเหลือดูแลให้ทันเวลาและเหมาะสม โดยข้อมูลจากการสำรวจประชากรเด็กวัยเรียนในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาพบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 8.1 อีกทั้งข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2556 ยังพบว่าเด็กเหล่านี้เข้าถึงการรักษาน้อยกว่า ร้อยละ 10 ของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด (ประเวศ ปรีดาชัยกุล, 2559) ซึ่งเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 จะพบปัญหาดังกล่าวประมาณ ร้อยละ 15 โดยครูจะสามารถคัดกรองและช่วยเหลือเบื้องต้นและพิจารณาส่งต่อระบบสาธารณสุขได้ในโปรแกรมระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง (สถาบันราชานุกูล, 2559) ทั้งนี้ โรคสมาธิสั้นเป็น 1 ใน 4 ของโรคทางจิตเวชเด็กที่ตรวจพบได้ช้าและพบร่วมกับภาวะอื่นหากแก้ไขปัญหาเด็กที่มีอาการนี้ได้อย่างรวดเร็วจะส่งผลกระทบเชิงบวกต่อภาวะโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย

จากสถิติการเพิ่มขึ้นของโรคสมาธิสั้นจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการระบบสุขภาพให้สามารถดูแลช่วยเหลือเด็กให้เร็วที่สุดและครอบคลุมมากที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมา การคัดกรองสุขภาพจิตเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สามารถค้นหาปัญหาในกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วและเป็นกิจกรรมแรกที่ควรลงมือปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคสมาธิสั้น ในมุมมองด้านการป้องกันโรค เป้าหมายของการคัดกรองคือช่วยให้สามารถค้นหาบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชนที่มีความเสี่ยงหรือมีอาการในระยะเริ่มแรกซึ่งส่งผลด้านลบต่อพฤติกรรมและอารมณ์ และให้การดูแลช่วยเหลือก่อนที่จะป่วยหรือมีปัญหาชัดเจน (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560) หากพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงจะต้องส่งต่อเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว ซึ่งในการรักษาโรคสมาธิสั้นจะประกอบด้วยการรักษาด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ร่วมกับมีการดูแลติดตามอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ดี เนื่องจากเด็กแต่ละรายมีความต้องการเฉพาะที่แตกต่างกัน การดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นอาจต้องวางแผนการดูแลให้มีความจำเพาะเป็นรายบุคคล เพื่อให้ประสิทธิผลในการรักษาเต็มตามศักยภาพเด็ก (กิตติพงศ์ มาศเกษม, 2563)

ประเทศไทยปัจจุบันการรักษาที่ให้ผลดีที่สุดในผู้ป่วยสมาธิสั้นนั้น ต้องมีผสมผสานการช่วยเหลือหลายด้านและหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน เพื่อเชื่อมโยงการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเข้าด้วยกัน ตั้งแต่การคัดกรอง การส่งต่อให้เข้าสู่การรักษา การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากกุมารแพทย์ จิตแพทย์เด็กบุคลากร

สาธารณสุข ครู และที่สำคัญคือผู้ปกครองหรือคุณพ่อคุณแม่ เพราะผู้ปกครองและครูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กและมีบทบาทสำคัญว่าการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (กิตติพงศ์ มาศเกษม, 2563) ทั้งนี้ สถาบันราชานุกูล, (2557) และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ (2560) ได้จัดทำแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองและครูขึ้น การดูแลประกอบด้วย ตั้งแต่การคัดกรองหรือการค้นหาเด็กสมาธิสั้น ผู้ปกครองและครูจะช่วยกันคัดกรองเด็กสงสัยโรคสมาธิสั้นที่อยู่ในการดูแล เพื่อส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์อย่างเหมาะสม เด็กบางคนอาจต้องรักษาด้วยยา ผู้ปกครองและครูจะต้องวางแผนการดูแลและกำกับการกินยาของเด็กตามคำแนะนำของแพทย์ร่วมกัน และจะต้องได้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือปรับทัศนคติเพื่อขจัดความเข้าใจผิดต่าง ๆ เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งต้องมีการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่โรงเรียนให้เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น

สำหรับบริบทการดำเนินงานดูแลเด็กสมาธิสั้นพื้นที่จังหวัดยโสธรที่ผ่านมาได้ดำเนินการตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต (สถาบันราชานุกูล, 2557; และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560) ตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพของครูและผู้ปกครอง การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น การส่งต่อให้เข้าสู่การรักษา การกำกับการกินยา การส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่โรงเรียนให้เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น ผลการดำเนินงานพบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพมีการพัฒนาศักยภาพของครูและผู้ปกครอง ร้อยละ 20.4 ซึ่งเน้นส่งเสริมความรู้ในกลุ่มของครูอนามัยโรงเรียนเป็นหลัก ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังมีการส่งเสริมความรู้ของโรคสมาธิสั้นน้อย ด้านทัศนคติความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของครูและผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2564) ด้านการป้องกันความรุนแรงของโรคนั้นเน้นการคัดกรองพฤติกรรมของเด็กอายุ 6-15 ปี ความครอบคลุมในการคัดกรอง ร้อยละ 20.3 ซึ่งพบว่ามีเพียงตัวแทนครู 1 คนเท่านั้นในการเข้ารับการอบรมในการพัฒนาศักยภาพ แต่ในขณะที่ครูประจำชั้นทุกคนจะต้องได้ใช้เครื่องมือในการคัดกรอง และในส่วนของผู้ปกครองยังไม่ได้พัฒนาศักยภาพในการใช้เครื่องมือดังกล่าว ส่งผลให้ความแม่นยำในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองแตกต่างกัน ด้านการรักษาโรคมีความต่อเนื่องในการรักษาร้อยละ 30.8 และยังพบว่ามีความล่าช้าในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยโรค ด้านการฟื้นฟูสุขภาพเด็กสมาธิสั้น มีการนัดติดตามทุก 1 เดือนให้มารับยาที่โรงพยาบาล แต่ยังขาดการติดตามที่โรงเรียนและชุมชน รวมทั้งการเพิ่มพูนทักษะให้กับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปว่า โรคสมาธิสั้นในเด็กยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและในพื้นที่จังหวัดยโสธร ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและปัญหาทางทางสังคมอื่นๆ ตามมา และยังมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ากระบวนการดำเนินงานยังขาดการเชื่อมต่อการดูแลอย่างเป็นระบบ ทั้งในมิติของการส่งเสริมความรู้ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย มิติของการป้องกันความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นโดยการค้นหากลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม มิติของการ

รักษาที่มีการเข้าถึงระบบบริการยังไม่ทั่วถึง การกินยาอย่างไม่ต่อเนื่อง และมิติของการฟื้นฟูสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนที่ไม่เข้มข้นและเป็นรูปธรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กในหลาย ๆ ด้าน อย่างไรก็ตาม หากเด็กได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ โดยมีการเชื่อมโยงหรือบูรณาการระบบการดูแลทั้งในโรงเรียน ครอบครัวและสถานพยาบาลเข้าด้วยกัน จะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม รวดเร็วและต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการเรียนรู้ของเด็กได้อย่างมีศักยภาพและสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข เป็นผู้ใหญ่หรือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของสังคมในอนาคต จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีรูปแบบที่ชัดเจน เชื่อมต่อการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เด็กได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุม เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาความชุกของเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

3) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

4) เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1) ศึกษาสถานการณ์โรคสมาธิสั้น ได้แก่ สภาพปัญหา กลไกการดำเนินงาน จุดเด่น จุดด้อย การมีส่วนร่วม ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความชุกของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัย

ที่มีผลต่อการดูแลสมาธิสั้นในเด็ก ด้านความรู้โรคสมาธิสั้น การรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2) การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 ส่วน ได้แก่

1) ประชากรในการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 5 โรงเรียน ทั้งหมด 464 คน

2) ประชากรในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ปกครองเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 464 คน

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วน ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น ศึกษาในประชากรทั้งหมด

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่มเพื่อศึกษาการดำเนินงานเด็กสมาธิสั้นและพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ได้แก่ ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครู อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 พื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่มีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงที่สุดของจังหวัดยโสธร

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2566

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit /Hyperactivity Disorder - ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจาก ความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์การเรียน (หรือการ

ทำงาน) หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วยอาการขาดสมาธิ ซน และหุนหันพลันแล่น

1.5.2 อาการขาดสมาธิ หมายถึง เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีลักษณะวอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงานโดยเฉพาะ อย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอยบ่อย ๆ ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อย ตก ๆ หล่น ๆ เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืม ทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ มีลักษณะเหมือนไม่ตั้งใจฟังเวลาพูดด้วย เวลาสั่งให้เด็กทำงานอะไรเด็กมักจะลืมหรือทำครึ่ง ๆ กลาง ๆ อาการนี้มักจะมีต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่

1.5.3 อาการซน หมายถึง เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีลักษณะซนหยุกหยิกนั่งนิ่ง ๆ ไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา มืออยู่ไม่นิ่ง ชอบจับโน่นจับนี่ ชอบปีนป่าย เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผนหรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อย ๆ จากความซนและความไม่ระมัดระวัง พูดมากพูดไม่หยุด

1.5.4 อาการหุนหันพลันแล่น หมายถึง เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่มีลักษณะว่วาม ใจร้อน ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้า ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ขาดความระมัดระวัง เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยไม่ได้ เวลาอยู่ในห้องเรียนมักจะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่ หรือกระโดดเข้าร่วมวงเล่นกับเด็กคนอื่นโดยไม่ขอก่อน ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีอาการซนและอาการหุนหันพลันแล่น ว่วาม เป็นอาการเด่น ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจจะขาดสมาธิเป็นอาการเด่น โดยไม่มีอาการซนหรือหุนหันพลันแล่นชัดเจน ผู้ป่วยต้องเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 7 ปีและแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่ง ขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน

1.5.5 เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นแล้วมีอาการสอดคล้อง กับ ADHD ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F90.0-90.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

1.5.6 การดูแลเด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพ ตามแนวทางการดูแลระบบบริการ สุขภาพจิตเวชสำหรับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการ 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น การป้องกันโรคสมาธิสั้น การรักษาพยาบาลโรคสมาธิสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

1.5.7 การพัฒนารูปแบบ หมายถึง การนำกระบวนการในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ในโรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัวเป้าหมายที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย มาพัฒนาปรับปรุงเป็นแนวทางใหม่ เพื่อเป็นต้นแบบหรือแนวทางในการดำเนินงานในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.5.8 การส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือผู้ที่มีการเจ็บป่วยขั้นเล็กน้อย ซึ่งกิจกรรมในการป้องกัน ได้แก่ การสอนให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดโรค สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งลดผลกระทบที่จะมีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เศรษฐานะ การศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ปกติในแต่ละช่วงวัย ซึ่งในช่วงวัยเรียน การให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย โดยให้โอกาส เด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกหัดระเบียบวินัย พ่อแม่ควรเข้าใจการให้อาหารเด็กที่มีคุณภาพและการป้องกันอุบัติเหตุทางสมองที่อาจเกิดแก่เด็ก

1.5.9 การป้องกันโรคสมาธิสั้น หมายถึง การป้องกันเพื่อลดความรุนแรงของผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจในระยะเริ่มแรก เพื่อประเมินปัญหาค้นหาความผิดปกติ สามารถวินิจฉัยได้โดยไม่ล่าช้า เตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที หรือป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และไม่ให้โรคหรือการเจ็บป่วยนั้นลุกลามเป็นมากจนแก้ไขหรือรักษาได้ยาก เช่น การตรวจเพื่อค้นหาคัดกรอง/ประเมินผู้มีปัญหาสมาธิสั้น โดยการค้นหาผู้ที่เป็นโรคและรีบให้การรักษาโดยเร็ว (early diagnosis and prompt treatment) ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้พัฒนาแบบคัดกรองที่สำคัญ เช่น แบบสังเกตพฤติกรรม แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) สำหรับครูและผู้ปกครอง

1.5.10 การรักษาพยาบาลโรคสมาธิสั้น หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นให้หายหรือทุเลาขึ้น จนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ สามารถช่วยเหลือตนเองไม่เป็นภาระต่อสังคม ลดการป่วยกำเริบมาอีก หรือกลับเป็นซ้ำอีก ป้องกันปัญหาระยะยาวและป้องกันความเสื่อมสภาพหรือความพิการอันเป็นผลจากความเจ็บป่วยที่มีอยู่

1.5.11 การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทั้งร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการเฝ้าระวัง ดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งต้องการความร่วมมือของทีมสุขภาพจิต ครอบครัว และองค์กรในสังคม เช่น การปรับพฤติกรรมทั้งที่บ้านและโรงเรียน โดยการลดสิ่งเร้า อาทิ ทีวี เกมส์ ของเล่น เพิ่มสมาธิ ฝึกทำกิจกรรมที่เด็กชอบอย่างจดจ่อและมีสมาธิมากขึ้น เพิ่มการควบคุมตนเอง ฝึกระเบียบวินัย หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงและควบคุมอารมณ์

1.5.12 ผู้ปกครองเด็ก หมายถึง บุคคลที่ให้การปกครองเด็กและอยู่กับเด็กในปัจจุบัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งอาจจะเป็น พ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติพี่น้อง

1.5.13 ครู หมายถึง ครูประจำชั้นของเด็กนักเรียนที่จะทำการประเมิน ซึ่งต้องได้ดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ภาคเรียน

1.5.16 การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น หมายถึง ครูประจำชั้นและผู้ปกครองเด็กนักเรียนใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ประเมินเด็กนักเรียน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อจำแนกเป็น 3 ด้าน โดยวิธีการแปลผลนั้น ให้แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0 = ไม่เลย, 1 = เล็กน้อย, 2 = ค่อนข้างมาก, 3 = มาก แล้วรวมคะแนนของแต่ละด้านเปรียบเทียบกับ คะแนนมาตรฐานของผู้ปกครอง หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐาน ให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหาในด้านนั้นๆ ก่อนพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ครู: ขาดสมาธิ ≥18 อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ≥11 ดื้อต่อต้าน ≥8 สำหรับผู้ปกครอง: ขาดสมาธิ ≥16 อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ≥14 ดื้อต่อต้าน ≥12

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นได้รับการคัดกรอง และส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม รวดเร็ว และมีคุณภาพ

1.6.2 เด็กได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีส่วนร่วมทั้งในโรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัว

1.6.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้กับโรงเรียน ผู้ปกครองและหน่วยงานสาธารณสุข

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งได้ศึกษาองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ มีรายละเอียดประกอบด้วย 7 ประเด็น ดังนี้

1. โรคสมาธิสั้น
2. การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน
3. การดูแลเด็กสมาธิสั้น
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
5. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 โรคสมาธิสั้น

2.1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit /Hyperactivity Disorder - ADHD) คือ ความผิดปกติของพัฒนาการเกี่ยวข้องกับรูปแบบการไม่ใส่ใจ สมาธิสั้น และ/หรือความหุนหันพลันแล่นอย่างต่อเนื่อง อาการของโรคสมาธิสั้นสามารถรบกวนกิจกรรมประจำวันและความสัมพันธ์ ADHD เริ่มต้นในวัยเด็กและสามารถดำเนินต่อไปในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ (National Institute of Mental Health, 2021)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้ให้ความหมายว่า ADHD เป็นหนึ่งในความผิดปกติทางพัฒนาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็ก โดยปกติจะได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในวัยเด็กและมักจะเป็นวัยผู้ใหญ่ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาจมีปัญหาในการให้ความสนใจ ควบคุมพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (อาจทำโดยไม่ได้คิดว่าผลจะเป็นอย่างไร) หรือกระตือรือร้นมากเกินไป (Centers for disease control and prevention, 2021)

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) คือกลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการ อันเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง ทั้งอาการ ซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) โดยพฤติกรรมเหล่านี้มีมากกว่าพฤติกรรม

ปกติในเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งส่งผลทำให้การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคมบกพร่องไป (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้น คือ ความผิดปกติทางพัฒนาการทางระบบประสาท ทำให้มีปัญหาในการให้ความสนใจ ไม่มีสมาธิ ซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น กระตือรือร้นมากเกินไป โดยพฤติกรรมเหล่านี้มีมากกว่าพฤติกรรมปกติในเด็กวัยเดียวกัน บางคนอาจมีอาการเพียง 1 อย่าง แต่บางคนอาจมีอาการหลายอย่างพร้อม ๆ กัน

2.1.2 สาเหตุของสมาธิสั้น

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health) กล่าวถึง โรคสมาธิสั้น โดยระบุว่านักวิจัยไม่แน่ใจว่าอะไรเป็นสาเหตุของสมาธิสั้น แม้ว่าการศึกษาจำนวนมากแนะนำว่ายีนมีบทบาทอย่างมาก เช่นเดียวกับความผิดปกติอื่น ๆ สมาธิสั้นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายอย่างรวมกัน นอกเหนือจากพันธุกรรมแล้ว นักวิจัยกำลังมองหาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดสมาธิสั้น และกำลังศึกษาว่าการบาดเจ็บที่สมอง โภชนาการ และสภาพแวดล้อมทางสังคมอาจมีบทบาทอย่างไรในเด็กสมาธิสั้น (National Institute of Mental Health, 2021)

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) กล่าวว่า นักวิทยาศาสตร์กำลังศึกษาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงเพื่อค้นหาวิธีที่ดีกว่าในการจัดการและลดโอกาสที่ผู้ป่วยสมาธิสั้น ซึ่งไม่ทราบสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น แต่การวิจัยในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรม มีบทบาทสำคัญ การศึกษาล่าสุดเชื่อมโยงปัจจัยทางพันธุกรรมกับสมาธิสั้น(Centers for disease control and prevention, 2021)

นอกเหนือจากพันธุศาสตร์แล้ว นักวิทยาศาสตร์กำลังศึกษาสาเหตุที่เป็นไปได้อื่น ๆ และปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อาการบาดเจ็บที่สมอง การสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม (เช่น ตะกั่ว) ระหว่างตั้งครรภ์หรือในวัยหนุ่มสาว การใช้แอลกอฮอล์และยาสูบระหว่างตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย

การวิจัยไม่สนับสนุนความคิดเห็นที่คนทั่วไปมักมองว่าโรคสมาธิสั้นเกิดจากการกินน้ำตาลมากเกินไป การดูโทรทัศน์ การเลี้ยงลูก หรือปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมมากเกินไป เช่น ความยากจนหรือความวุ่นวายในครอบครัว แน่นอนหลายสิ่งหลายอย่างรวมทั้งสิ่งเหล่านี้ อาจทำให้อาการหรือความผิดปกติจากโรคสมาธิสั้นแย่ลงโดยเฉพาะในบางคน แต่หลักฐานไม่แน่ชัดพอที่จะสรุปว่าเป็นสาเหตุหลักของโรคสมาธิสั้น (CDC, 2021)

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของสมองที่มีสาเหตุหลักจากปัจจัยทางพันธุกรรม ที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับยีนหลายตัว ได้แก่ Dopamine 4 and 5 Receptor gene, Dopamine transporter gene สาเหตุ Dopamine beta-hydroxylase gene และ Serotonin transporter gene เป็นต้น และอาจมีสาเหตุส่วนหนึ่งจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนปัจจัย

ด้านการเลี้ยงดู เช่น การไม่ฝึกระเบียบวินัย หรือการปล่อยให้เด็กใช้เวลากับอุปกรณ์อิเล็คโทรนิกมากเกินไป ไม่ได้เป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้น แต่อาจมีส่วนทำให้โรคสมาธิสั้นมีอาการความบกพร่องชัดเจนมากขึ้นได้

จากการตรวจทางรังสีวิทยา พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความผิดปกติของสมองบริเวณ Prefrontal cortex, Basal ganglia, และ Cerebellum รวมทั้งมีปริมาตรรวมของสมองน้อยกว่าของเด็กปกติและพบว่ามีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Dopamine และ Noradrenaline ในวงจรที่เชื่อมต่อระหว่าง Prefrontal cortex และ Striatum ทำให้เกิดความบกพร่องของ Executive function ทั้งนี้เมื่อความบกพร่องดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งเป็นความล่าช้าของวุฒิภาวะโดยมีการศึกษาพบว่าพัฒนาการของ Cerebral cortex โดยเฉพาะ Prefrontal cortex ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในช่วงอายุ 7-18 ปี มีความล่าช้าประมาณ 2 ปี เมื่อเทียบกับพัฒนาการของเด็กปกติ (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2554) ปัจจุบันยังไม่มีการอธิบายสาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นที่ระบุได้ชัดเจน ผลวิจัยปัจจุบันพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า (Prefrontal lobes) ที่ไม่สามารถทำหน้าที่เกี่ยวกับการแก้ปัญหา สร้างสมาธิ การใช้เหตุผล การวางแผน และการทำงานตามขั้นตอนได้เหมือนสมองของเด็กปกติ อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่เป็นสมาธิสั้นยังมีขนาดของโครงสร้างทางสมองแตกต่างจากคนทั่วไปรวมถึงมีปริมาณสารเคมีที่สำคัญบางตัว (Dopamine, Norepinephrine) ในสมองน้อยกว่าเด็กปกติ โดยมีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยที่สำคัญ ประมาณร้อยละ 30-40 ของเด็กสมาธิสั้นจะมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเป็นโรคสมาธิสั้นหรือมีปัญหาอย่างเดียวกันด้วย ส่วนปัจจัยจากการเลี้ยงดูหรือสิ่งแวดล้อมเป็นเพียงปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการหรือความผิดปกติดีขึ้นหรือแย่ลงเท่านั้น แต่ไม่ใช่สาเหตุหลัก เช่น มารดาที่ขาดสารอาหาร ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือถูกสารพิษบางชนิด เช่น ตะกั่วในระหว่างตั้งครรภ์ จะทำให้ลูกมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้น (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560)

โดยสรุป สาเหตุของโรคสมาธิสั้น เกิดจากความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (Prefrontal lobes) ที่มีสาเหตุหลักจากปัจจัยทางพันธุกรรม โดยมีสาเหตุหรือปัจจัยเสริม ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น มารดาที่ขาดสารอาหาร ดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือถูกสารพิษบางชนิด ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการผิดปกติของโรคสมาธิสั้นแย่ลงหรือมีความเด่นชัดยิ่งขึ้น

2.1.3 อาการของโรคสมาธิสั้น

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health) ได้ให้ข้อมูลว่าผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นประสบกับรูปแบบอาการต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง (National Institute of Mental Health, 2021) ได้แก่ ไม่ตั้งใจ คือ มีความยากลำบากในการให้ความสนใจ สมาธิสั้น คือ มีพลังงานมากเกินไปหรือเคลื่อนไหวและพูดมากเกินไป และความหุนหันพลันแล่น คือ กระทำโดยไม่คิดหรือ

ควบคุมตนเองลำบาก ทั้งนี้ ผู้ป่วยสมาธิสั้นบางคนมักมีอาการไม่ใส่ใจ คนอื่นส่วนใหญ่มีอาการของสมาธิสั้นหรือหุนหันพลันแล่น บางคนมีอาการทั้งสองประเภท รูปแบบอาการของโรคสมาธิสั้นมีดังนี้

1) สัญญาณของการไม่ตั้งใจ อาจรวมถึง

(1) ไม่ใส่ใจรายละเอียดหรือทำผิดพลาดโดยดูเหมือนประมาทในการทำงานโรงเรียนหรือระหว่างทำกิจกรรมอื่น ๆ

(2) ความยากลำบากในการรักษาความสนใจในการเล่นและงาน รวมถึงการสนทนา การทดสอบ หรือการมอบหมายที่ใช้เวลานาน

(3) ปัญหาในการฟังอย่างใกล้ชิดเมื่อพูดด้วยโดยตรง

(4) พบว่าเป็นการยากที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือทำการบ้านหรือทำงานบ้านให้เสร็จ หรือเริ่มงานแต่เสียสมาธิและหลงทางได้ง่าย

(5) ความยากลำบากในการจัดระเบียบงานและกิจกรรม เช่น การทำงานตามลำดับ การรักษาวัสดุและสิ่งของให้เป็นระเบียบ การจัดการเวลา และกำหนดเวลา

(6) หลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง เช่น การบ้าน

(7) สูญเสียสิ่งของจำเป็นสำหรับงานหรือกิจกรรม เช่น อุปกรณ์การเรียน หนังสือ แว่นตา และโทรศัพท์มือถือ

(8) ฟุ้งซ่านได้ง่ายจากความคิดหรือสิ่งเร้าที่ไม่เกี่ยวข้อง

(9) ขี้ลืมระหว่างทำกิจกรรมประจำวัน เช่น งานบ้าน ทำธุระ รักษาการนัดหมาย

2) สัญญาณของสมาธิสั้นและแรงกระตุ้น อาจรวมถึง

(1) อยู่ไม่สุขและดิ้นขณะนั่ง

(2) การลุกขึ้นและเดินไปรอบ ๆ เมื่อคาดว่าจะนั่ง เช่น ในห้องเรียน

(3) วิ่ง หรือปีนป่ายในเวลาที่ไม่เหมาะสม หรือในวัยรุ่นมักรู้สึกกระสับกระส่าย

(4) ไม่สามารถเล่นหรือทำงานอดิเรกเงียบ ๆ ได้

(5) เคลื่อนไหวตลอดเวลาหรือกำลังเดินทาง และ/หรือทำเหมือนว่าขับเคลื่อนหรือเคลื่อนไหวด้วยมอเตอร์

(6) พูดเกินจริง

(7) ตอบคำถามคนอื่นก่อนถูกถามจบครบหรือจบประโยค

(8) มีปัญหาในการรอคิว เช่น ยืนเข้าแถว รอไม่ได้ ไม่ชอบรอคิว หรือชอบรัดคิว

(9) ขัดจังหวะหรือรบกวนผู้อื่น เช่น ในการสนทนา การเล่นเกมส์ หรือทำกิจกรรม

เป็นเรื่องปกติที่เด็กจะมีปัญหาเรื่องสมาธิ การจดจ่อ และประพฤติตนผิดปกติไปในทางใดทางหนึ่ง อย่างไรก็ตาม เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่เพียงแค่เติบโตจากพฤติกรรมเหล่านี้ แต่อาการยังคงดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ อาจรุนแรงและทำให้เกิดปัญหาที่โรงเรียน ที่บ้าน หรือกับเพื่อน เด็กที่มีสมาธิสั้นอาจจะมีอาการชอบฝันกลางวัน ชอบลืมหรือทำของหาย ซนหรือกระสับกระส่าย พูดมากไป ทำผิดพลาดโดยประมาทหรือเสี่ยงโดยไม่จำเป็น ไม่สามารถทนต่อสิ่งยั่วยุหรือสิ่งล่อใจ มีปัญหาในการพลัดกัน เข้ากับคนอื่นลำบาก (Centers for disease control and prevention, 2021)

ประเภทโรคสมาธิสั้น มี 3 ประเภทขึ้นอยู่กับประเภทของอาการที่เด่นชัดที่สุดในแต่ละบุคคล ดังนี้

(1) ประเภทที่ไม่ตั้งใจอย่างเด่นชัด เป็นลักษณะอาการที่ไม่สามารถจัดระเบียบหรือทำงานให้เสร็จ ไม่ให้ความสนใจกับรายละเอียด หรือปฏิบัติตามคำแนะนำหรือการสนทนาฟุ้งซ่าน ได้ง่ายหรือลืมรายละเอียดของกิจวัตรประจำวัน หรือชอบทำของหาย หรือลืมของ

(2) ประเภทที่มีสมาธิสั้นและหุนหันพลันแล่นอย่างเด่นชัด โดยบุคคลนั้นกระสับกระส่ายและพูดมาก ไม่สามารถนั่งนิ่ง ๆ นาน ๆ เช่น ทานอาหารหรือทำการบ้าน ถ้าเป็นเด็กเล็กจะสามารถวิ่ง กระโดด หรือปีนได้อย่างต่อเนื่อง กระสับกระส่าย และมีปัญหากับแรงกระตุ้น คนที่หุนหันพลันแล่นอาจชอบขัดจังหวะผู้อื่น หยิบของจากผู้อื่น หรือพูดในเวลาที่ไม่เหมาะสม ไม่ชอบรอคิวหรือเป็นเรื่องยากที่จะรอคิวหรือฟังคำแนะนำ คนหุนหันพลันแล่นอาจมีอุบัติเหตุและก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บมากกว่าคนอื่น

(3) ประเภทแบบรวม โดยมีอาการของทั้ง 2 ประเภทข้างต้นมีอยู่อย่างเท่าเทียมกันในบุคคล เนื่องจากอาการสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาผ่านไป การนำเสนอจึงอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาเช่นกัน (Centers for disease control and prevention, 2021)

3) โรคร่วมที่พบบ่อย

ผู้ป่วยสมาธิสั้นประมาณ 2 ใน 3 จะมีโรคร่วมที่พบอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งมักทำให้ผลการรักษาโรคสมาธิสั้นไม่ดีหากไม่ได้รับการรักษาโรคร่วมนั้น ๆ ซึ่งโรคที่มักพบร่วมได้บ่อย (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560) ได้แก่

ตารางที่ 1 โรคร่วมที่พบบ่อย

โรคที่พบร่วม	ร้อยละ
โรคดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant disorder)	40
โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)	20-30
โรคบกพร่องการเรียนรู้ (Learning disorders)	20-25
โรคทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน (Mood disorder)	20-30
โรคเกเร (Conduct disorder)	20-30
อาการที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance use disorder)	10-20
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic disorders)	5-10

โดยสรุป อาการของโรคสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย อาการไม่ตั้งใจหรือไม่ใส่ใจ เช่น อยู่ไม่นิ่งหรือเคลื่อนไหวและพูดมากเกินไป และอาการของสมาธิสั้นหรืออาการหุนหันพลันแล่น เช่น ทำโดยไม่คิดหรือควบคุมตนเองไม่ได้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยสมาธิสั้นบางคนมักมีอาการไม่ตั้งใจหรือไม่ใส่ใจ บางคนอาจมีอาการของสมาธิสั้นหรือหุนหันพลันแล่น บางคนมีอาการทั้งสองอย่างรวมกัน

2.1.4 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health) กล่าวว่า การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นต้องแสดงอาการก่อนอายุ 12 ปี และเด็กที่มีอายุไม่เกิน 16 ปี จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น หากมีอาการไม่ตั้งใจอย่างน้อย 6 อาการ และ/หรือมีอาการแสดงอาการขาดสมาธิสั้น 6 อย่าง อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน อาการต้องแสดงในสภาพแวดล้อม 2 อย่างขึ้นไป (เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงเรียน หรือกับเพื่อนหรือญาติ) และรบกวนคุณภาพการทำงานทางสังคมหรือโรงเรียน

ผู้ปกครองที่คิดว่าบุตรหลานของตนเองอาจมีสมาธิสั้นควรปรึกษากับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของตน บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจคัดกรองหรือวินิจฉัยเบื้องต้น แล้วส่งต่อบุคคลไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกในลำดับต่อไป ซึ่งสามารถทำการประเมินอย่างละเอียดและวินิจฉัยยืนยันโรคสมาธิสั้นได้ ซึ่งความเครียด ความผิดปกติของการนอนหลับ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสภาพร่างกายหรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ อาจทำให้เกิดอาการคล้ายกับอาการสมาธิสั้นได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างละเอียดเพื่อหาสาเหตุของอาการ ทั้งนี้ ในระหว่างการประเมิน ผู้ให้บริการด้านสุขภาพหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอาจจะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ตรวจสอบสุขภาพจิตและประวัติทางการแพทย์ของเด็ก

2) ขออนุญาตพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ครู และผู้ใหญ่คนอื่น ๆ ที่รู้จักเด็กดีและเห็นพวกเขาในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและประสบการณ์ของเด็กที่บ้านและที่โรงเรียน

3) การประเมินคะแนนพฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานหรือแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นเพื่อพิจารณาว่าเด็กหรือวัยรุ่นเข้าข่ายสงสัยหรือมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์หรือสำหรับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นหรือไม่

4) ทดสอบทางจิตวิทยาที่พิจารณาถึงความจำในการทำงาน การทำงานของผู้บริหาร (ความสามารถ เช่น การวางแผนและการตัดสินใจ) ทักษะด้านภาพและเชิงพื้นที่ หรือทักษะการใช้เหตุผล การทดสอบดังกล่าวสามารถช่วยตรวจหาจุดแข็งและความท้าทายทางจิตวิทยาหรือความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนระบุหรือแยกแยะความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่อาจเกิดขึ้นได้ (National Institute of Mental Health, 2021)

การตัดสินใจว่าเด็กมีสมาธิสั้นหรือไม่นั้น เป็นกระบวนการที่มีหลายขั้นตอน ไม่มีการทดสอบเพียงครั้งเดียวในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ปัญหาอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการนอนหลับ และความบกพร่องทางการเรียนรู้บางประเภท อาจมีอาการคล้ายสมาธิสั้น ขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการเกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ คือ การทดสอบการได้ยินและการมองเห็น เพื่อขจัดปัญหาอื่น ๆ หรือการวินิจฉัยแยกโรค ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นมักจะมีแบบคัดกรองหรือรายการตรวจสอบสำหรับการประเมินอาการสมาธิสั้น และการซักประวัติเด็กจากพ่อแม่ ครู อาจารย์ และบางครั้งอาจรวมถึงเด็กด้วย (CDC, 2021)

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) ซึ่งเป็นเกณฑ์ใหม่ล่าสุด (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560) ได้แก่

1) จะต้องมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 6 ข้อขึ้นไป เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ในกลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity-Impulsivity) ดังนี้

กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) ได้แก่

(1) ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ หรือ ขาดความรอบคอบ

(2) ไม่มีสมาธิในขณะทำงานหรือเล่น

(3) ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลาพูดด้วย ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่น

(4) ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดได้ ทำงานไม่ครบ ไม่เสร็จ และผิดพลาดบ่อย ๆ

(5) ทำงานไม่ค่อยเป็นระเบียบ มีปัญหาในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม

(6) มีปัญหาหรือพยายามหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความใส่ใจพยายาม หรือใช้สมาธิ

(7) วอกแวกง่ายจากสิ่งเร้าต่าง ๆ

(8) ทำของใช้ส่วนตัว หรือของใช้ที่จำเป็นสำหรับงานหรือการเรียน หายบ่อย ๆ

(9) ขี้ลืมบ่อย ๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำเป็นประจำ

กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity-Impulsivity) ได้แก่

(1) มักยุกยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา

(2) นั่งไม่ติดที่ ลุกเดินบ่อย ๆ ขณะอยู่ที่บ้านหรือในห้องเรียน

(3) ชอบวิ่ง หรือปีนป่ายสิ่งต่าง ๆ โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ

(4) พูดมากเกินควร พูดไม่หยุด

(5) ไม่สามารถทำกิจกรรมเงียบ ๆ ได้ เล่นเสียงดัง

(6) เคลื่อนไหวหรือตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา เหมือนติดเครื่องยนต์

(7) มักชิงตอบคำถามก่อน โดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ

(8) รอคอยไม่ได้ ไม่ชอบการเข้าคิว

(9) ชอบขัดจังหวะหรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังพูดอยู่ หรือแย่งเพื่อน

2) อาการความบกพร่องในบางข้อเริ่มปรากฏตั้งแต่ก่อนอายุ 12 ปี

3) พบอาการเหล่านี้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน ที่ทำงาน หรือที่บ้าน

4) อาการดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการเข้าสังคม หรือการเรียน หรือการทำงาน อย่างชัดเจน

5) ไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

การจำแนกกลุ่มอาการสมาธิสั้น มีทั้งสิ้น 3 แบบ ดังนี้

1) กลุ่มที่อาการขาดสมาธิเป็นหลัก (Inattentive Subtype) คือ

- มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือ
- มีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นไม่ถึง 6 ข้อ

2) กลุ่มที่มีอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นเป็นหลัก (Hyperactive-Impulsive Subtype) คือ

- มีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือ
- มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิไม่ถึง 6 ข้อ

3) กลุ่มที่มีอาการทั้งสองแบบร่วมกัน (Combined Subtype) คือ

- มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อ ขึ้นไป หรือ

- มีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป

อย่างไรก็ตามต้องพึงระวังภาวะอื่น ๆ ที่จะทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นอาการของโรคสมาธิสั้น ซึ่งจะมีอาการที่คล้ายกันได้ แต่ไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้น ได้แก่ อาการวิตกกังวล หรือซึมเศร้า บกพร่องทางสติปัญญา หรือมีพัฒนาการล่าช้า ออทิสติก บกพร่องทางการเรียนรู้ การเลี้ยงดูที่ไม่มีวินัย ขาดความเอาใจใส่ ถูกทำร้ายหรือถูกทอดทิ้ง ฯลฯ ซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคต้องอาศัยการสังเกตและการวินิจฉัยจากแพทย์

โดยสรุป การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ต้องทำการประเมินอย่างละเอียดเพื่อหาสาเหตุของอาการหรือวินิจฉัยแยกโรค เพราะมีความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดอาการคล้ายกับอาการสมาธิสั้น การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นมีหลายขั้นตอน ทั้งการสังเกตพฤติกรรม การใช้แบบคัดกรองที่มีเกณฑ์คะแนนมาตรฐาน การสอบถามผู้ปกครอง ครู หรือเด็ก ทั้งนี้ บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจคัดกรองเบื้องต้น ร่วมกับครูในโรงเรียน แล้วส่งต่อเด็กที่สงสัยไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อวินิจฉัยยืนยันโรคสมาธิสั้น

2.1.5 วิธีการรักษาและช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health) กล่าวว่า แม้ว่าจะไม่มีวิธีรักษาโรคสมาธิสั้นให้หายขาด แต่ปัจจุบันมียาที่อาจช่วยลดอาการได้ โรคสมาธิสั้นมักรักษาด้วยการใช้ยา การศึกษาหรือการฝึกอบรม การบำบัด หรือการรักษาแบบผสมผสาน ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) กล่าวว่า ในกรณีส่วนใหญ่โรคสมาธิสั้น จะรักษาได้ดีที่สุดด้วยการบำบัดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาร่วมกัน สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 4-5 ปี) ที่มีอาการสมาธิสั้น การบำบัดด้วยพฤติกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกอบรมสำหรับผู้ปกครอง ถือเป็นแนวทางแรกในการรักษาก่อนลองใช้ยา สิ่งที่ดีที่สุดขึ้นอยู่กับเด็กและครอบครัว แผนการรักษาที่ดีจะรวมถึงการเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การติดตามผล และการเปลี่ยนแปลงหากจำเป็น (Centers for disease control and prevention, 2021) วิธีการรักษาและช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีดังต่อไปนี้

1) การรักษาด้วยยา

ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลาง เป็นยาที่ใช้บ่อยที่สุดในการรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้น การวิจัยแสดงให้เห็นว่ายาเหล่านี้มีประสิทธิภาพสูง ยาอาจมีผลข้างเคียงและแพทย์ต้องประเมินและตรวจสอบเด็กแต่ละคนว่าอาจมีปฏิกิริยาหรือแพ้ยาหรือไม่อย่างไร การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต้องได้รับการรักษาหรือคำสั่งจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือนักจิตวิทยาเท่านั้น เพื่อให้ได้รับยารักษาที่ถูกชนิด และขนาดยาเหมาะสมกับตัวผู้ป่วย

1.1) ชนิดและการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคสมาธิสั้น ยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ได้แก่

(1) กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ในการกระตุ้นการทำงานของสมองและประสาทส่วนกลาง เช่น Methylphenidate และ

(2) กลุ่มยาที่ไม่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองหรือประสาทส่วนกลาง เช่น Atomoxetine, Clonidine, และ ยารักษาอาการซึมเศร้า

ยาที่ใช้เป็นทางเลือกแรก คือ ยาในกลุ่มกระตุ้นการทำงานของสมองชื่อ “ยาเมททิลเฟนนิเดท (Methylphenidate)” สามารถแก้ปัญหาและลดอาการของผู้ป่วย ทั้งในด้านสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และความหุนหันพลันแล่น ซึ่งได้ผลในการรักษาถึงร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วย โดยสามในสี่ของเด็กอาการดีขึ้นทันทีหลังจากได้รับยา ส่วนที่เหลือหนึ่งในสี่นั้น เมื่อนำมาปรับยาหรือเปลี่ยนยาอีกครั้งหนึ่ง พบว่าร้อยละ 90 อาการดีขึ้นเช่นกัน ยาในกลุ่มนี้ได้ถูกนำมาใช้รักษาโรคสมาธิสั้นเป็นเวลานานมากกว่า 60 ปีและมีข้อมูลการศึกษาวิจัยมากมายที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย ประเทศไทยจัดยากลุ่มนี้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในประเภทสองซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปมีเพียงชนิดเดียวคือ ยาเมททิลเฟนนิเดท หรือมีชื่อการค้าสำหรับยาที่ออกฤทธิ์ทันทีว่า “ริทาลิน” มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง จึงต้องให้วันละ 2-3 ครั้ง เพื่อให้มีฤทธิ์ครอบคลุมถึงช่วงเย็น แพทย์มักจะเริ่มให้ยาขนาดน้อย ๆ แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มขนาด โดยแพทย์มักให้กินยาตอนเช้า และหรือให้เพิ่มอีกครั้งในช่วงบ่าย การให้ยามื้อสุดท้ายไม่ควรเกิน 17.00 น. เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาที่อาจทำให้นอนไม่หลับ ยาเมททิลเฟนนิเดทสามารถให้ได้ทั้งก่อนและหลังอาหารแต่โดยทั่วไปนิยมให้หลังอาหาร เพื่อป้องกันผลของยาที่ลดความอยากรับประทานอาหาร

ยาชนิดที่ออกฤทธิ์อย่างช้า ๆ ด้วยเทคนิคที่เรียกว่า Oral osmotic release system (OROS) เป็นยาที่ผลิตในรูปแบบแคปซูลชนิดที่มีการปล่อยตัวยาออกมาทีละน้อยทำให้ยาออกฤทธิ์ได้นาน 10-12 ชั่วโมง ชื่อยา “คอนเซอร์ต้า” โดยให้รับประทานวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า โดยไม่ควรให้ยาในเวลาอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาที่อาจทำให้นอนไม่หลับ ในการรับประทานยารูปแบบนี้จะต้องกลืนยาทั้งเม็ดโดยห้ามบดเคี้ยวหรือแบ่งเม็ดยา

ยารักษาโรคสมาธิสั้นอีกชนิดหนึ่งชื่อว่า “อะโทม็อกซิทีน (Atomoxetine)” เป็นยาใหม่ที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ยานี้ไม่มีผลทำให้นอนไม่หลับจึงสามารถให้ได้ทั้งในเวลาเช้าหรือเย็นเพื่อช่วยควบคุมอาการผู้ป่วยตลอดทั้งวัน

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา คือ เมื่อมีการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและมีอาการมากจนส่งผลกระทบต่อการเรียนหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงกรณีที่การปรับพฤติกรรมหรือปรับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถลดปัญหาที่เกิดจากอาการสมาธิสั้นได้ ซึ่งได้แก่

(1) เด็กไม่สามารถเรียนหนังสือได้เท่าที่ควรทำได้

(2) ก่อความวุ่นวายในชั้นจนครูไม่สามารถดูแลได้

(3) รบกวนเพื่อนในห้องดื้อมาก ดูแลตนเองไม่ได้

(4) มีปัญหาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ปัจจุบันยาที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับโรคสมาธิสั้น คือ ยาในกลุ่ม Psychostimulants ยาจะออกฤทธิ์ โดยการไป “กระตุ้น” เซลล์สมองให้เพิ่มสารเคมีตัวที่เด็กมีน้อยกว่าเด็กปกติ ออกมาช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้นมีสมาธิยาวนานขึ้น ซนน้อยลง ดูสงบ และอาจช่วยให้ผลการเรียนดีขึ้น ผลที่ตามมา เมื่อเด็กได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี คือ เด็กจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) เพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรอบข้างดีขึ้น เด็กบางคนที่อาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน พ่อแม่ ครู เข้าใจและให้ความช่วยเหลือเต็มที่ อาจจะมีโอกาสหายจากโรคนี้ได้และไม่จำเป็นต้องรับประทานยาตลอดชีวิต มีความเป็นไปได้น้อยที่เด็กจะหายจากสมาธิสั้นก่อนอายุ 12 ปี ดังนั้น เด็กในวัยประถมควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง แต่จะมีเด็กอยู่ประมาณร้อยละ 50 ที่มีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน เด็กกลุ่มนี้อาจมีอาการติดตัวจนกระทั่งเป็นผู้ใหญ่ มีงานวิจัยมากมายที่ยืนยันความปลอดภัยของยากลุ่มนี้ โดยพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่กินยากลุ่มนี้ติดต่อกันไปนาน ๆ มีการเจริญเติบโตทางร่างกายและมีพัฒนาการทางสมองเป็นปกติ

1.2) ผลต่อพฤติกรรมของเด็กเมื่อรักษาด้วยยา

ยาเมททิลเฟนนิเดท ออกฤทธิ์ทำให้สมองของเด็กสมาธิสั้นกลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเด็กทั่วไป ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้นควบคุมสมาธิได้ดีขึ้น ตั้งใจทำงานเสร็จ ผลการเรียนดีขึ้น มีทัศนคติด้านบวกต่อการเรียน ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น อาการซนอยู่ไม่นิ่งลดลง สำหรับด้านพฤติกรรมที่ก่อปัญหานั้น ยาทำให้ความหุนหันพลันแล่นลดลงควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น พฤติกรรมการไม่เชื่อฟังลดลง พฤติกรรมรุนแรงลดลง และที่สำคัญทุกอย่างจะดีขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเพิ่มขนาดยาให้พอดีจะนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง เด็กกับเพื่อน เด็กกับครูและเด็กจะความรู้สึกกับตัวเองดีขึ้น

1.3) อาการข้างเคียงของยารักษาโรคสมาธิสั้น

อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ของยาเมททิลเฟนนิเดทที่พบได้บ่อย ได้แก่อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะและนอนไม่หลับ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและจะลดลงหรือหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง อาการข้างเคียงของยาอะโทม็อกซิทีนส่วนใหญ่คล้ายกับยาเมททิลเฟนนิเดท ต่างกันตรงที่ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารได้น้อยกว่า แต่อาการปวดท้องและอาเจียนพบได้บ่อยกว่าและอาจทำให้มีอาการง่วงนอนได้ ยาที่ใช้ทุกชนิดไม่ทำให้ติดแม้จะกินติดต่อกันเป็นเวลานาน เนื่องจากฤทธิ์ของยาไม่ทำให้เกิดความพอใจเหมือนยาเสพติด แพทย์มีข้อมูลยืนยันได้จากการรักษาเด็กจำนวนมากเป็นเวลานานหลายปีแล้ว พบว่ายานี้ปลอดภัย ไม่ติดยา ไม่มีผลเสียหายต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในระยะยาว

1.4) การแก้ไขผลข้างเคียงของยารักษาโรคสมาธิสั้นในเบื้องต้น

(1) เบื่ออาหารโดยเฉพาะในมื้อเที่ยง ซึ่งอาจทำให้น้ำหนักลดแก้ไขได้โดยอาจให้เด็กกินชดเชยในมื้ออื่น ๆ เช่น มื้อเย็น มื้อดึก หรือมื้อเช้าก่อนรับประทานยา

(2) ปวดศีรษะ ปวดท้อง อาจเกิดในระยะแรก ๆ ที่รับประทานยา เมื่อให้กินยาต่อไปจะดีขึ้นและอาการจะหายได้เอง เนื่องจากร่างกายมีการปรับตัวต่อยาได้ซึ่งไม่มีอันตรายและไม่ต้องหยุดยา แต่หากปวดมากควรรีบแจ้งแพทย์

(3) นอนไม่หลับโดยเฉพาะเมื่อกินยาหลังเวลา 17.00 น. ถ้าแพทย์ให้กินยามื้อบ่ายหรือเย็นควรกินก่อนเวลา 17.00 น.

อาการข้างเคียงของยานี้ไม่ได้เกิดทุกคน โดยอาการข้างเคียงที่พบเหล่านี้จะพบในสัปดาห์แรกของการรับประทานยาซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง หลังจากนั้นเด็กจะสามารถปรับตัวได้เอง หากเด็กมีกล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้อแขนขาเคลื่อนไหวผิดปกติอย่างรุนแรง ใจเต้นเร็ว หงุดหงิดมาก ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่งมากขึ้น เป็นอาการข้างเคียงที่รุนแรง ให้แนะนำให้หยุดยาทันทีแล้วรีบปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรต่อไป

2) การรักษาด้วยจิตบำบัดและกิจกรรมทางจิตสังคม

มีกิจกรรมทางจิตสังคมหลายอย่างเพื่อช่วยให้เด็กและครอบครัว สามารถจัดการอาการและปรับปรุงการทำงานในทุก ๆ วันได้ ซึ่งจุดมุ่งหมายของพฤติกรรมบำบัดหรือการทำกิจกรรมทางจิตสังคมมีดังนี้

(1) พฤติกรรมบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมของตนอาจเกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือในทางปฏิบัติ เช่น ช่วยจัดระเบียบงาน หรือทำการบ้านให้เสร็จ การเรียนรู้ทักษะทางสังคม หรือติดตามพฤติกรรมของตนเอง และได้รับการยกย่อง หรือให้รางวัลสำหรับการกระทำในลักษณะที่ต้องการ

(2) การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความท้าทายของความสนใจและการมีสมาธิมากขึ้น และทำงานเพื่อพัฒนาทักษะ ปรับสมาธิ หรือความมุ่งมั่นจดจ่อในสิ่งที่กำลังทำ

(3) การสร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพ่อแม่และกับเด็ก สามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเรียนรู้วิธีจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นสิ่งรบกวน ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี การบำบัดทุกประเภทสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ต้องการให้ผู้ปกครองมีบทบาทอย่างเข้มแข็ง จิตบำบัดที่ไม่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม จะไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการอาการและพฤติกรรมสมาธิสั้น ทั้งนี้ การรักษาประเภทนี้มีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกับสมาธิสั้น

(4) การอบรมและการสนับสนุนของผู้ปกครอง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตหรือบุคลากรสาธารณสุข สามารถให้ความรู้แก่ผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกี่ยวกับความผิดปกติและผลกระทบต่อครอบครัว จะช่วยให้พ่อแม่และลูกพัฒนาทักษะ เจตคติ และวิธีการเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ตัวอย่าง ได้แก่ การฝึกทักษะการเลี้ยงลูก เทคนิคการจัดการความเครียดสำหรับผู้ปกครอง และกลุ่มสนับสนุนหรือการรวมกลุ่มที่ช่วยให้ผู้ปกครองและครอบครัว สามารถติดต่อกับผู้ปกครองอื่นที่มีข้อกังวลหรือปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

(5) โปรแกรมในโรงเรียน เด็กและวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นจะได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรมทางพฤติกรรมในห้องเรียนและ/หรือแหล่งทางวิชาการ กิจกรรมอาจรวมถึงแผนการจัดการพฤติกรรมหรือการสอนทักษะขององค์กรหรือ อาจรวมถึงที่นั่งพิเศษหรือการปรับเปลี่ยนจุดที่นั่งในห้องเรียน การลดภาระงานในชั้นเรียน หรือขยายเวลาการทดสอบและการสอบ

(6) แนวทางเสริมสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากจิตบำบัดเฉพาะและการรักษาด้วยยาที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่าสามารถปรับปรุงอาการสมาธิสั้น แนวทางเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสมาธิสั้น หรือกลยุทธ์อื่น ๆ อาจช่วยจัดการอาการ โดยการส่งเสริมสุขภาพให้เด็ก เช่น ออกกำลังกายเป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อดูเหมือนสมาธิสั้นหรือกระสับกระส่าย กินอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ นอนหลับให้เพียงพอ กำหนดกิจวัตรประจำวัน จัดระเบียบการบ้านและสมุดบันทึกเพื่อจดงานและเตือนความจำด้วยตนเอง

นอกจากนี้ ยังสามารถช่วยเหลือเด็กด้วยความชัดเจนและสม่ำเสมอ โดยจัดให้มีกฎเกณฑ์ที่พวกเขาสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ พึงระลึกไว้เสมอว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมักได้รับคำวิจารณ์ ซึ่งสามารถมองหาพฤติกรรมที่ดีและยกย่องและให้รางวัลเมื่อปฏิบัติตามกฎ (National Institute of Mental Health, 2021)

การจัดการอาการโรคสมาธิสั้นด้วยการรักษาสุขภาพ การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กทุกคนและอาจมีความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น นอกจากการบำบัดพฤติกรรมและการใช้ยาแล้ว การมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีจะช่วยให้บุตรหลานรับมือกับอาการสมาธิสั้นได้ง่ายขึ้น พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพที่อาจช่วยได้ มีดังนี้

(1) การพัฒนานิสัยการกินเพื่อสุขภาพ เช่น การรับประทานผลไม้ ผัก และธัญพืชไม่ขัดสีในปริมาณมาก และการเลือกแหล่งโปรตีนลีน

(2) เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายประจำวัน ตามอายุ

(3) การจำกัดเวลาหน้าจอในแต่ละวันจากทีวี คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ

(4) ได้รับจำนวนการนอนหลับอย่างมีคุณภาพทุกคืน ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ (Centers for disease control and prevention, 2021)

โดยสรุป การรักษาที่ให้ผลดีที่สุดในผู้ป่วยสมาธิสั้น คือการรักษาแบบผสมผสานหลาย ๆ ด้านเข้าด้วยกัน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว การช่วยเหลือทางด้านการเรียน และการรักษาด้วยยา ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา คือ เมื่อมีการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและมีอาการมากจนส่งผลกระทบต่อการเรียนหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงกรณีที่การปรับพฤติกรรมหรือปรับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถลดปัญหาที่เกิดจากอาการสมาธิสั้นได้ ซึ่งการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต้องได้รับการรักษาหรือคำสั่งจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือนักจิตวิทยาเท่านั้น เพื่อให้ได้รับยารักษาที่ถูกชนิด และขนาดยาเหมาะสมกับตัวผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่ให้ผลดีที่ในผู้ป่วยสมาธิสั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยผู้ปกครอง ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นในการวิจัยนี้

2.2 การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน

การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน เพื่อค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชในเด็กวัยเรียน ช่วงอายุระหว่าง 6 ถึง 12 ปี หรือ เด็กนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งในที่นี้ครอบคลุมถึงปัญหาพัฒนาการสติปัญญา อารมณ์จิตใจ พฤติกรรม การปรับตัว การเรียน รวมทั้งเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินงานในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แนวทางการคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน รายละเอียดดังนี้

2.2.1 แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ถือเป็นแผนแม่บทในการขับเคลื่อนและพัฒนางานสุขภาพจิตภายในกรมสุขภาพจิต ให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง ตลอดจนมีความพร้อมที่จะสนับสนุน และผลักดันการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับประเทศต่อไป โดยกำหนดภาพความสำเร็จที่มุ่งหวังและแนวทางการดำเนินงาน ผ่านวิสัยทัศน์จุดยืนทางยุทธศาสตร์ พันธกิจ ค่านิยม ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงาน ประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็ก มีดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งในกลุ่มวัยเรียน ร้อยละ 90 ของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช มีเป้าประสงค์ ให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ซึ่งประเมินจากร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

1) โรคจิต ร้อยละ 74

2) โรคซึมเศร้า ร้อยละ 70

3) โรคออทิสติก ร้อยละ 15

4) โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 15

แต่ในปัจจุบัน ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดยโสธร มีการประเมินการเข้าถึงบริการของโรคสมาธิสั้น อยู่ที่ร้อยละ 50 ตามนโยบายของเขตสุขภาพที่ 10

2.2.2 ความสำคัญของการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก

การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน คือ การคัดกรองเพื่อค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชในเด็กวัยเรียน (ช่วงอายุระหว่าง 6 ถึง 12 ปี หรือ เด็กนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษา) ซึ่งในที่นี้ครอบคลุมถึงปัญหาพัฒนาการสติปัญญา อารมณ์จิตใจ พฤติกรรม การปรับตัวและการเรียน ช่วงวัยเรียนเป็นวัยแห่งการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม และสติปัญญา เป็นวัยที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รอบตัว ชอบซักถาม ชอบทดลองทำสิ่งที่ท้าทายความสามารถชอบเล่นกับเพื่อนเป็นกลุ่ม ชอบการแข่งขัน ชอบออกกำลังกาย และแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ต้องการให้คนรอบข้างสนใจ ยกย่องชมเชย รวมทั้งการยอมรับ เด็กวัยเรียนจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน และรับเข้าบริการทางการแพทย์ที่หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ดังนั้น สถานที่เหมาะสมในการคัดกรองสุขภาพจิตในช่วงวัยนี้จึงควรทำในโรงเรียน หรือหน่วยบริการสาธารณสุขเมื่อเด็กมารับบริการ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงและอาการในระยะเริ่มแรก ซึ่งเด็กจะได้รับผลกระทบจากการคัดกรองน้อยที่สุดสามารถดำเนินการได้ง่ายและต้นทุนไม่สูงเมื่อเทียบกับการคัดกรองในชุมชน ข้อควรระวัง คือ เมื่อทำการคัดกรองสุขภาพจิตเด็กแล้วห้ามสรุปว่าเด็กเป็นโรคอะไร หรือมีปัญหาแน่นอนต้องส่งตรวจประเมินเพิ่มเติมในเด็กกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีปัญหาต่อไป แต่ในระหว่างรอส่งต่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้เลย เพื่อมิให้เกิดความล่าช้า และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที

เครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน ที่มีการนำมาใช้ในปัจจุบันมีจำนวนมาก มีใช้ทั้งในระบบสาธารณสุข และระบบการศึกษา ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการนำมาใช้ มีทั้งที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาการเรียน ปัญหาทางพฤติกรรมปัญหาทางอารมณ์ และความบกพร่องหรือความพิการชนิดต่าง ๆ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560)

ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง เครื่องมือคัดกรองที่มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะปัญหาที่คัดกรอง คือ เครื่องมือคัดกรองสำหรับปัญหาทั่วไป และเครื่องมือคัดกรองสำหรับปัญหาเฉพาะ ดังนี้

1) เครื่องมือคัดกรองสำหรับปัญหาทั่วไป นำมาใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม แบ่งตามกลุ่มปัญหา หรือลักษณะพฤติกรรม โดยไม่ระบุเฉพาะเจาะจงรายโรค พบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าและได้ประโยชน์มากกว่าในการนำมาใช้คัดกรองในระดับประชากร เมื่อเทียบกับการคัดกรองสำหรับปัญหาเฉพาะ เช่น แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) และแบบสอบถามพฤติกรรม PSC (Pediatric Symptom Checklist)

2) เครื่องมือคัดกรองสำหรับปัญหาเฉพาะ นำมาใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตโดยเจาะจงเฉพาะโรค หรือประเด็นเฉพาะที่ต้องการรู้ เช่น สมาธิสั้น ออทิสติก แอลดี ภาวะซึมเศร้าในเด็ก การติดเกม ฯลฯ เช่น แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึม KUS-SI, แบบคัดกรองบุคคลที่มีความต้องการพิเศษทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิซึม, แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV, แบบสำรวจพัฒนาการเด็ก PDDSQ, แบบสอบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI, แบบสอบถามผลกระทบจาเหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก CRIES-13 และแบบทดสอบการติดเกม GAST

การเลือกใช้เครื่องมือคัดกรอง จึงต้องรู้ว่าต้องการจะคัดกรองเรื่องอะไร คัดกรองปัญหาทั่วไป หรือคัดกรองปัญหาเฉพาะ เพื่อที่จะเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองตามข้อบ่งชี้ในการใช้ได้ถูกต้องข้อบ่งชี้ในการใช้มักจะมีการกำหนดชัดเจนว่า เครื่องมือคัดกรองชุดนี้ใช้คัดกรองเรื่องอะไร ในกลุ่มเป้าหมายใดช่วงอายุเท่าไหร่ และในบริบทไหนบ้าง และเครื่องมือคัดกรองบางชุดยังมีข้อบ่งชี้ในการใช้อื่น ๆ ที่สามารถทำได้เพิ่มเติม เช่น ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการ และใช้ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา

2.2.3 รูปแบบการคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน

การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนมีหลายวิธีหลายรูปแบบ สามารถทำได้ทั้งรูปแบบที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการ หรือทำควบคู่กัน

1) การคัดกรองที่ไม่เป็นทางการ (Informal screening) คือ การให้ครูสังเกตพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนว่ามีความยากลำบากในการเรียนอย่างไรบ้างเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนในห้องเดียวกัน เช่น จดงานไม่เสร็จ เขียนสะกดผิดมาก ลายมืออ่านไม่ออก นั่งคุย ไม่สนใจเรียน อ่านหนังสือไม่คล่อง ไม่ส่งงาน ฯลฯ และดูว่าผลการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของเด็กที่ครูสังเกตเห็นหรือไม่ เช่น เวลาพูดคุยด้วย เด็กดูฉลาดคล่องแคล่ว มีไหวพริบแก้ไขปัญหาได้ดีแต่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่สังเกตเห็น

2) การคัดกรองที่เป็นทางการ (Formal screening) คือ การใช้เครื่องมือคัดกรองชนิดต่าง ๆ ในการคัดกรองปัญหาการเรียน อาจเป็นแบบฉบับเดียวหรือหลายฉบับก็ได้ มีทั้งแบบให้เด็กประเมินตนเอง ให้ครูประเมิน และให้ผู้ปกครองประเมิน

2.2.4 เครื่องมือในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบสังเกตพฤติกรรม แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน โรคสมาธิสั้นและกลุ่มอาการออทิสติกนำ มาใช้คัดกรองปัญหาการเรียน 4 กลุ่มหลักที่พบได้บ่อยในโรงเรียน สามารถนำ ไปใช้เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้นอย่างง่ายได้

1.1) ผู้พัฒนา สร้างและพัฒนาโดยแพทย์หญิงชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์และคณะ สถาบันราชานุกูลกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560)

1.2) ข้อบ่งชี้ในการใช้ ใช้คัดกรองกลุ่มเด็กนักเรียนที่มีปัญหาการเรียน โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลักที่พบได้บ่อยในโรงเรียน คือ

(1) เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ (Subnormal Intelligence) ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเรียนรู้ช้าและกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญาด้วย (Slow Learner and Intellectual Disability)

(2) ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน หรือแอลดี (Specific Learning Disorder)

(3) โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder)

(4) กลุ่มอาการออทิสติกหรือออทิสติก (Autism Spectrum Disorder)

1.3) คุณสมบัติ แบบสังเกตพฤติกรรมฯ สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี ทั้งฉบับมีค่า Cronbach’s alpha coefficient 0.85

ส่วนที่ 1 ภาวะระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ (เรียนรู้ช้า) มีค่า Cronbach’s alpha coefficient 0.84 ค่า Inter-rater reliability 0.80 ที่จุดตัด 6 คะแนน มีค่าความไว 0.85 ค่าความจำเพาะ 0.76

ส่วนที่ 2 ภาวะแอลดี มีค่า Cronbach’s alpha coefficient 0.82 ค่า Inter-rater reliability 0.87 ที่จุดตัด 6 คะแนน ค่าความไว 0.84 ค่าความจำเพาะ 0.88

ส่วนที่ 3 ภาวะสมาธิสั้น มีค่า Cronbach’s alpha coefficient 0.82 ค่า Inter-rater reliability 0.74 ที่จุดตัด 6 คะแนน มีค่าความไว 0.96 ค่าความจำเพาะ 0.71

ส่วนที่ 4 ภาวะออทิสติก มีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.94 ค่า Inter-rater reliability 0.71 ที่จุดตัด 5 คะแนน มีค่าความไว 0.85 ค่าความจำเพาะ 0.70 แต่เพื่อให้จดจำได้ง่าย คณะผู้วิจัยจึงปรับจุดตัดเป็น 6 คะแนน ซึ่งมีค่าความไว 0.82 ค่าความจำเพาะ 0.70

1.4) ข้อจำกัด ข้อจำกัดของแบบสังเกตพฤติกรรม คือ ผ่านการทดสอบภาษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร และกลุ่มตัวอย่างในการหาค่าความไว และความจำเพาะ มาจากโรงเรียนที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ไม่ใช่การสุ่มเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ

1.5) วิธีการใช้ แบบสังเกตพฤติกรรมประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ตอน ๆ ละ 10 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ นำ มาใช้คัดกรองเด็ก ช่วงอายุ 6-12 ปีแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก คือ "ใช่" และ "ไม่ใช่"ผู้ตอบแบบสังเกตพฤติกรรม คือ ครูประจำชั้นที่รู้จักเด็กมากกว่า 3 เดือน โดยเด็ก 1 คน ต้องประเมินให้ครบทั้ง 40 ข้อ

1.6) การแปลผล การแปลผลตัดเกณฑ์ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ในแต่ละกลุ่มปัญหา ถือว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหานั้น ควรมีการคัดกรองเฉพาะสำ หรับปัญหานั้นเพิ่มเติมต่อไป รายละเอียดดังนี่

- ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 1-10 แสดงถึง แนวโน้มการมีปัญหาการเรียนจากปัญหาระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของ สพฐ. ต่อไป

- ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 11-20 แสดงถึง แนวโน้มการมีภาวะแอลดีให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรอง KUS-SI Rating Scales (เฉพาะส่วนของ LD) หรือแบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ของ สพฐ. ต่อไป

- ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 21-30 แสดงถึง แนวโน้มการมีภาวะสมาธิสั้น ให้คัดกรองด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV หรือแบบคัดกรอง KUS-SI Rating Scales (เฉพาะส่วนของ ADHD) ต่อไป

- ถ้าตอบว่าใช่ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หรือได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในข้อที่ 31-40 แสดงถึง แนวโน้มการมีภาวะออทิสติก ให้คัดกรองด้วยแบบสำรวจพัฒนาการเด็ก PDDSQ หรือแบบคัดกรอง KUS-SI Rating Scales (เฉพาะส่วนของ Autism) ต่อไป

ตัวอย่าง “แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิซึม”

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช./ด.ญ./นายนางสาว).....

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ ..... ปี..... เดือน ระดับชั้น.....

วัน เดือน ปีที่ประเมิน ..... ประเมินครั้งที่ .....

คำชี้แจง

1. สังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ และทำ เครื่องหมาย ลงในช่อง “ใช่” หรือ“ไม่ใช่” ที่ตรงกับพฤติกรรมหรือปัญหาของเด็ก

2. ผู้ที่ทำการตอบแบบสังเกตที่นี้คือ คุณครูประจำชั้น ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 เดือน

3. ตอบแบบสังเกตให้ครบ 40 ข้อ เนื่องจากในเด็ก 1 คน อาจมีหลายภาวะเกิดร่วมกันได้

ตารางที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิสติก

ข้อที่	ภาวะเรียนรู้ช้า		
	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
1	เรียนรู้บทเรียนได้ช้ากว่าเด็กคนอื่นในห้อง		
2	ลืมง่าย จำ ในสิ่งที่เพิ่งเรียนไปไม่ได้ต้องเรียนซ้ำ ๆ		
3	กล้ามเนื้อมือไม่แข็งแรง ทำงานที่ใช้มือดูงุ่มง่าม		
4	สรุปใจความสำคัญของเนื้อหาที่เรียนไม่ได้		
5	ไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าไม่สมวัย		
6	ตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ช้า		
7	ชอบเล่นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า		
8	ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อย		
9	การใช้ภาษาไม่สมวัย		
10	เล่นไม่ค่อยทันเพื่อน		
	รวมคะแนน (ข้อ 1-10) : ภาวะเรียนรู้ช้า		

ตารางที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิสติก (ต่อ)

ข้อที่	**ภาวะแอลดี**		
	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
11	ดูฉลาดหรือปกติในด้านอื่น ๆ ยกเว้นเรื่องเรียน		
12	อ่านผิดบ่อย ๆ อ่านไม่คล่อง หรืออ่านไม่ได้		
13	อ่านข้ามคำ อ่านเพิ่มคำ		
14	อ่านแล้วจับใจความสำคัญไม่ได้		
15	เขียนพยัญชนะหรือตัวเลขที่คล้ายกันสลับกัน เช่น ม-น ด-ค		
16	เขียนผิด เขียนไม่คล่อง บ่อย ๆ		
17	สะกดคำตามการผสมเสียงไม่ได้เขียนคำต่าง ๆ จากการจำ		
18	ไม่เข้าใจค่าของจำนวน เช่น หน่วย สิบ ร้อย พัน หมื่น		
19	คำ นวณ บวก ลบ คูณ หาร ไม่ได้		
20	ไม่เข้าใจหลักการพื้นฐานทางคณิตศาสตร์เช่น การเข้าใจความหมายของสัญลักษณ์ เวลา ทิศทาง ขนาด ระยะทาง การจัดลำดับ การเปรียบเทียบ		
	รวมคะแนน (ข้อ 11-20) : ภาวะแอลดี		
ข้อที่	**ภาวะสมาธิสั้น**		
	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
21	ซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ยุกยิกตลอดเวลา		
22	พูดมาก		
23	ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียน		
24	เหม่อบ่อย ๆ ใจลอย ต้องคอยเรียก		
25	ขี้ลืม ของใช้ส่วนตัวหายบ่อย ๆ		
26	ทำงานไม่เรียบร้อย ไม่รอบคอบ		
27	ไม่มีสมาธิในการทำ งาน หรือทำ ได้เพียงช่วงสั้น ๆ		
28	ทำงานช้า ทำงานไม่เสร็จ แต่ถ้ามีคนประกบจะทำได้เร็วขึ้น		
29	รอคอยไม่ได้		
30	ใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้		
	รวมคะแนน (ข้อ 21-30) : ภาวะสมาธิสั้น		

ตารางที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียน โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิสติก (ต่อ)

ข้อที่	ภาวะออทิสติก		
	ลักษณะ / พฤติกรรม	ใช่ (1 คะแนน)	ไม่ใช่ (0 คะแนน)
31	ชอบแยกตัวอยู่คนเดียว		
32	สบตาเพียงช่วงสั้น ๆ หรือไม่สบตา เวลาพูดกับผู้อื่น		
33	เมื่อเล่นกับเด็กอื่น ๆ ไม่เข้าใจกติกา ไม่เข้าใจวิธีการเล่น		
34	ไม่มีเพื่อนสนิท หรือมีเพื่อนน้อย		
35	ไม่สามารถเริ่มสนทนากับเพื่อน หรือไม่สามารถต่อบทสนทนากับผู้อื่นได้		
36	มีระดับการใช้ภาษาพูดที่ต่ำกว่าวัย		
37	มักพูดแต่สิ่งที่ตนเองสนใจ ไม่สนใจเมื่อเพื่อนพูดเรื่องอื่น ๆ		
38	ไม่เข้าใจมุขตลก คำ พังเพย คำ ประชด		
39	ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ชอบทำกิจวัตรเดิม ๆ ซ้ำ ๆ		
40	มีพฤติกรรมกระตุ้นตนเอง สะบัดมือ เล่นมือ		
	รวมคะแนน (ข้อ 31-40) : ภาวะออทิสติก		

จากแบบสังเกตพฤติกรรมมีทั้งหมด 4 ด้าน แต่ในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยศึกษาเน้นเฉพาะภาวะสมาธิสั้นเพียงเท่านั้น

2) แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น การคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้น โดยการสังเกตพฤติกรรมของเด็กในชั้นเรียนและที่บ้านมีความสำคัญที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองและให้การช่วยเหลือเด็กได้เร็วยิ่งขึ้น แม้ว่าแบบสอบถามที่ใช้คัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นจะมีหลากหลาย เช่น แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) แบบคัดกรอง KUS-SI, Conners rating scale, THASS ฯลฯ แต่ที่ใช้ได้ง่ายในครูและผู้ปกครอง สำหรับการศึกษานี้ ได้แก่ SNAP-IV ซึ่งมีข้อคำถามใกล้เคียงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560 ก)

โดยแบบสอบถาม SNAP-IV ที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและโรคดื้อต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder) ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น

แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยมีการแปลโดย ผศ.นพ.ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อจำแนกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านขาดสมาธิ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 (SNAP-Inattention)

2) ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-18 (SNAP-Hyperactivity/Impulsivity)

3) ด้านดื้อ /ต่อต้าน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19-26 (SNAP-ODD)

ตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

ชื่อ-นามสกุล (ด.ช./ด.ญ./นายนางสาว).....

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ ..... ปี..... เดือน ระดับชั้น..... วัน เดือน ปีที่ประเมิน .....

ประเมินครั้งที่ .....

กรุณาทำเครื่องหมาย √ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

ตารางที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

อาการขาดสมาธิ	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ค่อนข้างมาก (2)	มาก (3)	สำหรับเจ้าหน้าที่
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่นการบ้าน					
2. ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้					
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ					
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆ ไม่เป็น					
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
7.ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น สมุดจดงาน เครื่องเขียนฯลฯ)					
8. วอกแวกง่าย					
9. ขี้ลืม					
Total อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptom) =.....คะแนน					

ตารางที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) (ต่อ)

อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ค่อนข้างมาก (2)	มาก (3)	สำหรับเจ้าหน้าที่
10. มือเท้ายุกยิก นั่งบิดไปมา					
11. นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียน หรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย					
12. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ					
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น					
14. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอเหมือนติดเครื่องอยู่ตลอดเวลา					
15. พูดมาก					
16. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
17. ไม่ชอบรอคิว					
18. ชอบสอดแทรกผู้อื่น เช่น ชอบพูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน					
Total อาการซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/impulsivity symptoms) =.....คะแนน					
อาการดื้อต่อต้าน	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ค่อนข้างมาก (2)	มาก (3)	สำหรับเจ้าหน้าที่
19. อารมณ์เสียง่าย					
20. ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่					
21. ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้					
22. จงใจก่อกวนผู้อื่น					
23. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด					
24. ขี้รำคาญ					
25. โกรธบึ้งตึงเป็นประจำ					
26. เจ้าคิดเจ้าแค้น					
Total อาการดื้อ / ต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) =.....คะแนน					

วิธีการแปลผลดังนี้

แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0 = ไม่เลย, 1 = เล็กน้อย, 2 = ค่อนข้างมาก, 3 = มาก แล้วรวมคะแนนของแต่ละด้านเปรียบเทียบกับ คะแนนมาตรฐานของผู้ปกครอง หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐานของทั้งครูและผู้ปกครอง ให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหาในด้านนั้นๆ ก่อนพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป

หมายเหตุ: ผู้ปกครองอาจให้ครูช่วยประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน เพื่อยืนยันว่าเด็กมีความเสี่ยงก่อนไปพบแพทย์ เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 เกณฑ์การแปลผลโรคสมาธิสั้น

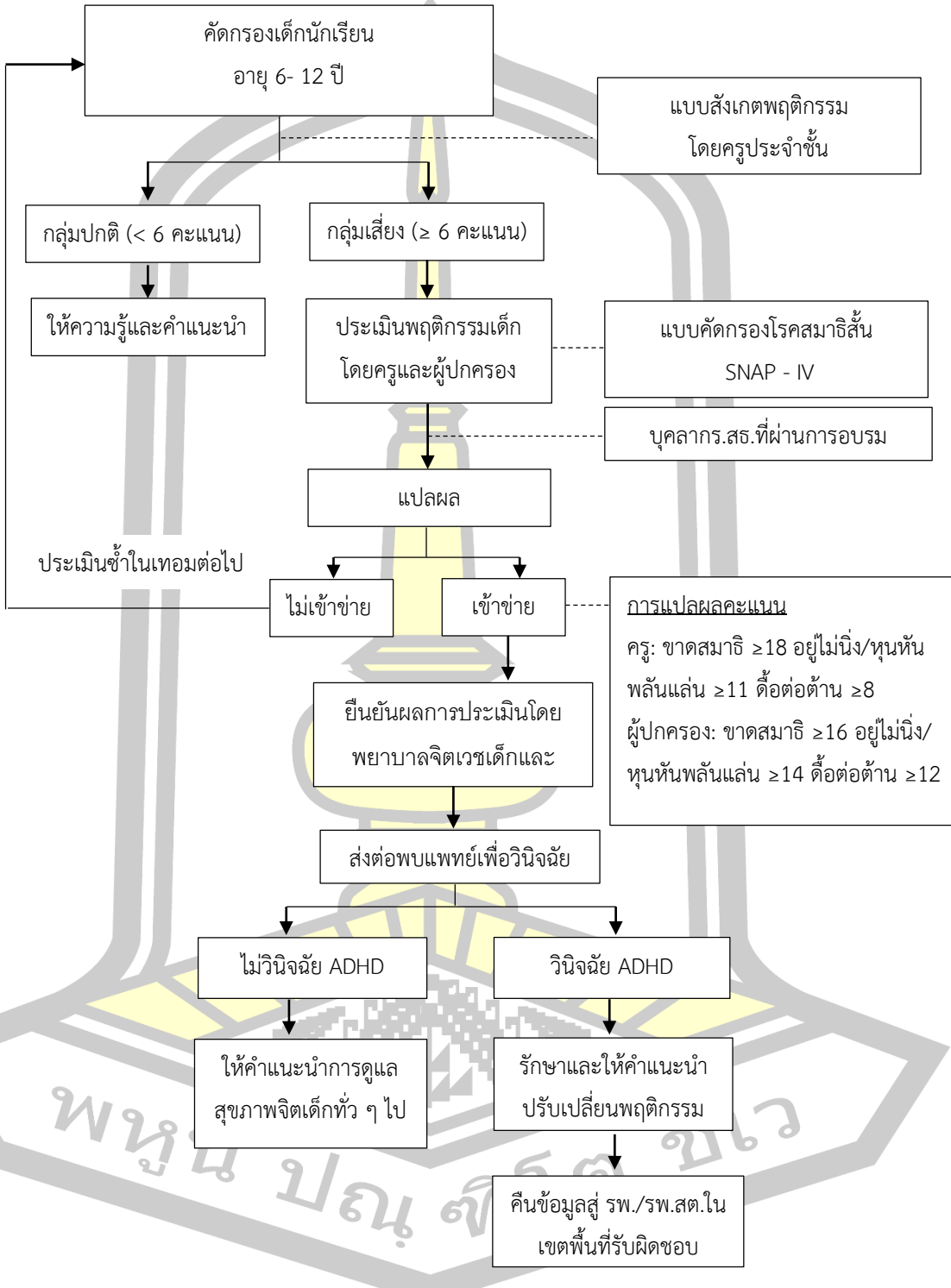
อาการโรคสมาธิสั้น	คะแนนมาตรฐาน สำหรับครู	คะแนนมาตรฐาน สำหรับผู้ปกครอง
ด้านขาดสมาธิ	18	16
ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพันแล่น	11	14
ด้านดื้อ ต่อต้าน	8	12

2.2.6 ขั้นตอนในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น

การคัดกรองโรคสมาธิสั้นเด็กวัยเรียน จะเริ่มจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครู ใช้แบบสังเกตพฤติกรรม หากมีคะแนน 6 คะแนนขึ้นไป ให้ใช้แบบคัดครอง SNAP-IV ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นโดยครูและผู้ปกครอง ส่งข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระกับ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบทำการแปลผลการประเมิน หากคะแนนสูงกว่าค่ามาตรฐานของสำหรับครูและผู้ปกครอง ให้ทำส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในเขตพื้นที่เพื่อทำการวินิจฉัยโรค รายละเอียด ดังรูปภาพที่ 1

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ขั้นตอนการคัดกรองโรคสมาธิสั้น



รูปภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น จะดำเนินการเก็บข้อมูลการการคัดกรองโดยไม่ใช้แบบสังเกตพฤติกรรม จะเริ่มด้วยการประเมินพฤติกรรมเด็ก โดย SNAP-IV ทั้งในส่วนของครูและผู้ปกครอง หากแปลผลคะแนนแล้วเข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของใครคนใดคนหนึ่ง จะเป็นครูหรือผู้ปกครองก็ได้ จะส่งต่อให้กับพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตเด็กประเมินซ้ำโดยการโทรศัพท์สัมภาษณ์ประกอบกับเอกสารการประเมินพฤติกรรม หากพบว่าเข้าข่ายเสี่ยงสมาธิสั้นให้ดำเนินการประส่งต่อคลินิกจิตเวชเด็กในโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์และวินิจฉัยโรคในลำดับถัดไป

2.3 การดูแลเด็กสมาธิสั้น

การช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการช่วยเหลือหลายด้านจากหลายฝ่าย ทั้งแพทย์ ครู และที่สำคัญคือผู้ปกครองหรือคุณพ่อคุณแม่เอง การช่วยเหลือประกอบด้วย ตั้งแต่การคัดกรองหรือการค้นหาเด็กสมาธิสั้น ผู้ปกครองและครูจะช่วยกันคัดกรองเด็กสงสัยโรคสมาธิสั้นที่อยู่ในการดูแล เพื่อส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์อย่างเหมาะสม เด็กบางคนอาจต้องรักษาด้วยยา ซึ่งยาจะทำให้เด็กนิ่งขึ้นและมีสมาธิมากขึ้น ผู้ปกครองควรดูแลการกินยาของเด็กตามคำสั่งของแพทย์ ด้านการช่วยเหลือด้านจิตใจแพทย์จะให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อขจัดความเข้าใจผิดต่าง ๆ ของผู้ปกครอง โดยเฉพาะความเข้าใจผิดที่คิดว่าเด็กดื้อหรือเกียจคร้าน และเพื่อให้เด็กเข้าใจว่าปัญหาที่ตนเองมีนั้น ไม่ได้เกิดจากการที่ตนเองเป็นคนไม่ดี และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้เด็กมีสมาธิ มีความอดทน ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น การช่วยเหลือด้านการเรียน ผู้ปกครองควรมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับครู เพื่อจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสำหรับเด็ก รวมทั้ง การช่วยกำกับการกินยาในขณะอยู่ที่โรงเรียน

ในหัวข้อนี้ จะเป็นการทบทวนบทบาทและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองและครูเป็นหลัก ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก มีความสำคัญในการค้นหา การส่งต่อ และการดูแลเด็กสมาธิสั้น รายละเอียดดังนี้

2.3.1 บทบาทและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ผู้ปกครอง หรือพ่อแม่จะมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด เพราะเด็กส่วนใหญ่จะอยู่กับผู้ปกครอง ซึ่งอยู่ใกล้ชิดและสามารถมองเห็นความผิดปกติในตัวเด็ก และมีบทบาทในการนำเด็กเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ การกำกับการกินยา การส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการ และการดูแลเด็กสมาธิสั้น บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (สถาบันราชานุกูล, 2557) รายละเอียดดังนี้

1) สิ่งสำคัญในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

(1) การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

(2) พาเด็กไปตรวจวินิจฉัยกับแพทย์กรณีที่ไม่แน่ใจหรือสงสัย

(3) การทำใจยอมรับในสิ่งที่เด็กเป็น

(4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(5) การฝึกฝนทักษะที่สำคัญ

(6) การสื่อสารประสานงานกับครูและแพทย์

ผู้ปกครองต้องทำใจยอมรับเด็กในสิ่งที่เด็กเป็น โดยลองถามตัวเองว่าอยากให้เด็กได้อะไรมากที่สุดเมื่อเกิดมาอยู่ร่วมกัน ความสุขหรือความทุกข์ ซึ่งจะทำให้สามารถทำความเข้าใจเด็กสมาธิสั้นได้ยิ่งขึ้น ดังนี้

- เป็นธรรมชาติของเขา
- ไม่ได้แกล้ง
- ไม่ใช่นิสัยไม่ดี
- ไม่ใช่เด็กดื้อ ไม่อดทน
- ไม่ใช่สอนไม่จำ
- ไม่ใช่ไม่มีความรับผิดชอบ

มองเด็กหลาย ๆ ด้าน อย่ามองว่าเด็กเป็นเพียงเด็กสมาธิสั้น การพัฒนาเด็กนั้น ยังมีอีกหลายด้าน เช่น การเจริญเติบโตทางร่างกาย การใช้ภาษาและสื่อภาษา การแสดงออกทางอารมณ์ความรักใคร่ผูกพัน การเล่น การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การช่วยเหลือตนเองและสังคม การกีฬา ดนตรี การทำกิจกรรม การเรียนรู้การสร้างจริยธรรมและแนวคิดที่ดี "แม้ลูกจะซน ใจร้อนไปบ้าง แต่ลูกก็ฉลาดพอที่จะจดจำสิ่งต่าง ๆ ที่เห็นและที่ฟังมาจากคุณครูได้มาก เวลาเจอเพื่อนใหม่ๆ ลูกก็ปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ดี แถมยังเล่นกีฬาเก่งอีกต่างหาก" ในโลกนี้ทุกอย่างมี 2 ด้านเสมอ เด็กสมาธิสั้นจะมีพลังอยู่ในตัวเองหากฝึกฝนให้ดีเด็กจะเป็นคนที่สนุกสนาน กระตือรือร้น มีความสนใจแน่วแน่กับบางสิ่งที่ชอบ มีความเป็นผู้นำ และอาจสร้างผลงานที่ดีให้คุณพ่อคุณแม่หรือผู้ปกครองทึ่งได้ ผู้ปกครองควรมีวิธีผ่อนคลายตนเอง เช่น การสูดลมหายใจ เข้าออกลึก ๆ การนวดผ่อนคลาย การสังสรรค์กับเพื่อนฝูง การไปซื้อของที่ชอบ เพราะในชีวิตของคุณไม่ได้มีเพียงเรื่องลูกเรื่องเดียว ยังมีเรื่องงาน เรื่องเงิน สังคม ฯลฯ

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีหลักสำคัญ ได้แก่ ลดสิ่งเร้า เพิ่มสมาธิ และเพิ่มการควบคุมตนเอง ต่อไปนี้เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ทำแล้วได้ผลดีและทำได้ไม่ยาก

1) ลดสิ่งเร้า

การลดสิ่งเร้าโดยหาสถานที่เงียบ ๆ ให้เด็กทำงาน จัดหาสถานที่ที่เด็กสามารถใช้ทำงาน ทำการบ้าน อ่านหนังสือ โดยไม่มีใครรบกวน และไม่มีสิ่งที่ทำให้เด็กเสียสมาธิ เช่น ทีวี วีดีโอเกม หรือของเล่นที่อยู่ใกล้ ๆ พยายามให้เด็กอยู่ในบรรยากาศที่มีสิ่งกระตุ้นน้อยที่สุด การใช้ชีวิตประจำวันควรให้เด็กได้อยู่อย่างสงบบ้าง เช่น ได้มีเวลานั่งเล่นเงียบๆ ไม่เปิดโทรทัศน์จนหลับไปให้หลับในห้องที่เงียบ หัดให้เด็กมีกิจกรรมอย่างเงียบๆ บ้าง เช่นให้เล่นที่สนามหญ้าอย่างเงียบ ๆ ไปพักผ่อนในที่สงบ ลดการไปเที่ยวที่ซึ่งผู้คนพลุกพล่าน เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงหนัง จำกัดการดูโทรทัศน์ และเลือกรายการที่ดี เช่น สารคดี รายการเกี่ยวกับธรรมชาติ

2) เพิ่มสมาธิ

โดยการกำกับเด็กแบบตัวต่อตัว ถ้าเด็กวอกแวกง่ายมากหรือหมดสมาธิง่าย อาจจำเป็นต้องให้ผู้ใหญ่นั่งประกบด้วยระหว่างทำงานหรือทำการบ้าน เพื่อให้งานเสร็จเรียบร้อย เมื่อเด็กเริ่มทำงานเองได้นานขึ้นอาจประกบอยู่ห่าง ๆ และเมื่อเด็กทำงานได้เอง ผู้ปกครองก็ควรส่งเสียงเพื่อควบคุมอยู่ห่าง ๆ เป็นระยะ อย่าลืมชมเมื่อเด็กทำได้ การหัดให้เด็กนั่งทำงานอย่างต่อเนื่องในเด็กที่อายุน้อย 3-4 ขวบ หรือเด็กโตที่มีอาการซน อยู่ไม่นิ่งอย่างมาก อาจเริ่มต้นให้นั่งเงียบ ๆ ครั้งละ 10 นาที แล้วจึงค่อยเพิ่มเป็น 20 นาที 30 นาที และ 40 นาที ตามลำดับ การนั่งสมาธิในเด็กที่โตแล้วการนั่งสมาธิจะได้ผลดี ควรให้เด็กหลับตาและนั่งสงบประมาณ 20 นาที วันละ 1- 2 ครั้ง อาจกำหนดให้นึกคำที่สร้างกำลังใจ เช่น "ฉันดีขึ้นทุกวัน" หรืออาจให้เด็กหลับตาแล้วฟังเพลงเบา ๆ

3) เพิ่มการควบคุมตนเอง

โดยกำหนดให้มีระเบียบวินัยที่แน่นอน เสมอต้นเสมอปลาย ในบ้านควรมีระเบียบวินัยว่าอะไรควรทำและไม่ควรทำ ไม่ใช่ว่าวันนี้ผู้ปกครองอารมณ์ดีก็ให้เด็กทำสิ่งนี้ แต่พรุ่งนี้อารมณ์เสียทำสิ่งเดียวกันก็กลายเป็นความผิด ถ้าเป็นแบบนี้เด็กจะรู้สึกสับสน ควรมีการจัดตารางกิจกรรมให้ชัดเจน กำหนดกิจกรรมในแต่ละวันที่เด็กต้องทำมีอะไรบ้าง ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน เขียนใส่กระดาษติดไว้ที่ประตูห้องหรือที่ตู้เย็น ประเมินความก้าวหน้าของเด็ก ควรพูดถึงความก้าวหน้าก่อนพูดถึงสิ่งที่ต้องแก้ไข เช่น "พ่อสังเกตว่าลูกมีความพยายามในการทำการบ้านมากกว่าเดือนที่แล้ว ลูกกำลังดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่มีอีกอย่างหนึ่งที่ลูกต้องทำให้ดีกว่าเดิมนั่นคือลายมือถ้าลูกพยายามอีกนิดมันจะดีขึ้นอย่างแน่นอน" ให้รางวัลเมื่อเด็กทำดีและมีบทลงโทษเมื่อทำไม่ดี ควรให้คำชม รางวัลเล็กๆ น้อยๆ เวลาที่เด็กทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เด็กทำพฤติกรรมที่ดีต่อไป ระยะแรกของรางวัลอาจเป็นสิ่งของเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ขนม ดินสอ ยางลบ ไม้ปิงปอง เป็นต้น หรือเป็นสิ่งของสะสมไว้สำหรับแลกรางวัลใหญ่ เช่น ตราดาว รูปสัตว์ สติกเกอร์ เป็นต้น ของรางวัลภายนอกต้องไม่มากเกินไป และสุดท้ายของรางวัลทางใจจะเข้ามาถูกแทนที่ เช่น ได้กอดแม่ ฟังแม่เล่านิทาน มีเวลาอ่านการ์ตูนมากขึ้น ได้เพิ่มเวลาเล่นฟุตบอลกับเพื่อน ได้ไปสถานที่

ที่ไม่เคยไป การลงโทษควรใช้วิธีตัดสิทธิต่าง ๆ เช่น งดดูทีวี หักค่าขนม แต่ไม่ควรตัดสิทธิในกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น งดขี่จักรยาน ออกไปเล่นฟุตบอลกับเพื่อน เป็นต้น ให้เด็กมีช่องทางระบายความโกรธบ้าง เด็กคงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ บางครั้งเด็กอาจอารมณ์เสียปิดประตูเสียงดัง คุณพ่อคุณแม่ก็ควรอดทนบ้าง เพราะอย่างน้อยก็ดีกว่าเด็กไปทะเลาะชกต่อยกับเพื่อน เมื่อเด็กอารมณ์สงบค่อยให้บอกว่ารู้สึกอย่างไร ซึ่งสามารถระบายความโกรธที่เหมาะสมด้วยวิธีไหนได้อีกบ้าง ทั้งนี้ ตัวอย่างการออกคำสั่งหรือการสื่อสารสำหรับเด็กสมาธิสั้น มีดังนี้

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการออกคำสั่งหรือการสื่อสารสำหรับเด็กสมาธิสั้น

คำสั่ง	**ควรทำ**	**ไม่ควรทำ**
ง่ายและสั้น	สั่งคำสั่งเดียว เมื่อทำเสร็จค่อยออกคำสั่งเพิ่ม *"เก็บของใส่กล่องให้หมด"*	สั่งหลายคำสั่ง เพราะเด็กมักมีปัญหาในการจำ *"เก็บของใส่กล่องแล้วมาเอาเสื้อแขวนให้เรียบร้อย"*
ชัดเจน	บอกสิ่งที่เด็กต้องทำให้ตรงกับที่คุณต้องการ *"ลูก เก็บของเล่นทั้งหมดใส่กล่อง แล้วมาหาแม่"*	บอกไม่ตรงตามความต้องการ *"แม่เบื่อจริงๆ เล่นแล้ว ไม่เคยเก็บเลย"*
ไม่ใช่การขอร้อง	*"แม่ต้องการให้ลูกแขวนเสื้อให้เรียบร้อย"*	*"ลูกน่าจะแขวนเสื้อ หน่อยนะ"* เพราะเด็กจะถือโอกาสไม่ทำเพราะไม่ใช่คำสั่งที่แท้จริง
เด็กมีสมาธิฟังคำสั่ง	ยืนตรงหน้า จับมือ จ้องตา แล้วสั่งงาน	สั่งตอนที่เด็กกำลังเล่น
ทางบวก	บอกเด็กว่าควรทำอะไร *"แม่อยากให้หนูพูดเบาๆ"*	บอกว่าไม่ควรทำอะไร *"หยุดตะโกนสักที"*

ข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม

1) คอยระวังดูแลเด็ก เนื่องจากเด็กมักประสบอุบัติเหตุจากการจับต้องสิ่งที่ไม่สมควรโดยไม่ได้ยั้งคิด เช่น ปลั๊กไฟ ตะปู มีด เป็นต้น ฉะนั้นควรจะจัดบ้านให้เรียบร้อย ให้นำสิ่งที่เป็นอันตรายพ้นจากสายตาเด็ก

2) ควบคุมอารมณ์ของผู้ปกครอง ดูเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะเด็กจะทั้งดื้อทั้งซน เพราะฉะนั้นผู้ปกครองไม่ควรปล่อยให้เหนื่อยจนเกินไปหาเวลาพักผ่อนบ้าง

3) ไม่ควรมีกฎระเบียบมาก ควรมีกฎระเบียบเฉพาะเรื่องที่จำเป็นจริง ๆ

4) การเปลี่ยนกิจกรรม หากจะให้เด็กเปลี่ยนจากกิจกรรมที่สนุกสนานมาทำกิจกรรมที่ไม่ชอบ ควรเตือนเด็กล่วงหน้าประมาณ 5 นาที เมื่อหมดเวลาก็บอกเด็กอย่างหนักแน่นว่าหมดเวลาแล้ว ให้ความสนใจในพฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กทุกคนต้องการความสนใจจากผู้ใหญ่ ถ้าไม่ให้ความสนใจเมื่อทำดี เขาก็จะเปลี่ยนมาทำสิ่งที่ไม่ดีเพื่อให้ผู้ใหญ่สนใจ คุณพ่อคุณแม่ควรเปลี่ยนจาก "การจับผิด" มาเป็น "การจับถูก" เมื่อลูกนั่งทำการบ้านด้วยตนเอง คุณก็ควรให้กำลังใจหรือคำชม ไม่ควรสนใจเมื่อเขามีพฤติกรรมเกเร

5) พยายามไม่สนใจพฤติกรรมที่คุณไม่ต้องการ อาจเป็นเทคนิคที่ยากใช้เวลานาน แต่ทำแล้วได้ผลที่สุด หากพฤติกรรมใดที่เด็กทำแล้วไม่สามารถเรียกร้องความสนใจจากผู้ใหญ่ได้ พฤติกรรมนั้นจะค่อย ๆ น้อยลงจนหายไปในที่สุด เช่น การพูดคำหยาบคาย การร้องไห้เพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ

6) ให้คำชมเชย เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักไม่ค่อยได้รับคำชม เพราะผู้ปกครองคิดว่าสิ่งที่ทำได้เป็นของธรรมดา แต่ต้องคิดไว้เสมอว่ากว่าที่เด็กจะทำได้ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กคนอื่น หลายเท่า หากเด็กทำได้ควรให้กำลังใจอย่างมากทันที

3) การฝึกฝนทักษะที่สำคัญ

(1) สมาธิ

ควรใช้กิจกรรมที่หลากหลายในการฝึก กิจกรรมที่ฝึกไม่ควรเร้าอารมณ์มาก อาจเป็นการติดกระดุม ล้างจาน ล้างรถ วาดรูป ระบายสี เล่นหมากรุก อ่านหนังสือ กิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้เร้าความสนใจของเด็ก แต่เด็กต้องเพ่งความสนใจไปที่งาน ผู้ปกครองควรให้กำลังใจเด็กเสมอ ถอยห่างเมื่อเด็กควบคุมตนเองได้เพิ่มขึ้น จากที่นั่งที่งานที่โต๊ะได้นาน 5 นาที โดยมีคุณพ่อคุณแม่ชี้ชวน เพิ่มระยะเวลาเป็น 10 นาทีโดยมีคุณพ่อคุณแม่ชม จนในที่สุดเด็กก็จะนั่งทำงานได้ 30 นาที โดยที่แม่นั่งทำงานเงียบ ๆ อยู่ข้าง ๆ ได้ ถ้าเด็กอยู่ไม่นิ่งมาก ๆ หรือแรงมากเกินจะนั่งได้นาน ก็ให้ออกกำลังกายหนัก ๆ เช่น ปั่นจักรยาน วิ่งรอบสนาม ว่ายน้ำ เล่นกีฬา เข้าใจความรู้สึกของเด็กในช่วงแรกอาจมีบางครั้งที่ทำผิดพลาดบ้าง

(2) การวางแผนล่วงหน้า

พยายามให้มีการวางแผนล่วงหน้า เช่น พรุ่งนี้จะทำอะไรบ้าง ไล่ตั้งแต่เช้าถึงเข้านอน ต่อมาอาจขยายเป็นอีกสองสามวันข้างหน้า เสาร์อาทิตย์ สัปดาห์หน้า ฯลฯ ฝึกเตือนตนเอง ก่อนที่เด็กจะออกจากบ้านไปโรงเรียนทุกวัน ให้เด็กหยุดคิดและสำรวจตนเองหนึ่งนาที ว่าลืม

อะไร หรือไม่แต่งตัวเรียบร้อยหรือยัง ขาดอะไรอีกเมื่อเด็กทำได้ก็ให้รางวัล บอกสิ่งที่เด็กจะได้รับเมื่อไม่ทำ เช่น ไม่ได้ออกไปเที่ยวห้าง ล้างจานให้คุณพ่อคุณแม่ 2 วัน

(3) ระเบียบวินัย

บรรยากาศในบ้านควรเป็นระเบียบเรียบง่าย ข้าวของถูกจัดให้เข้าที่ มีเวลาชัดเจนในการทำกิจกรรม เช่น กินข้าว ทำการบ้าน เล่นเป็นเล่น กินเป็นกิน จะไม่เปิดทีวีดูไปด้วย เวลาทำงานจะเงียบ ปิดเสียงทั้งหมด คุณพ่อคุณแม่ก็ต้องทำงานเงียบ ๆ ของตนเอง ของเล่นมีจำนวนเหมาะสม คุณพ่อคุณแม่เป็นต้นแบบที่ดี แม้แต่เรื่องเล็กน้อย ๆ เช่น การวางรองเท้าให้เป็นระเบียบฝึกให้เด็กทำจนเป็นนิสัย

(4) การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

ระยะแรกให้พบกับปัญหาในชีวิตประจำวันผ่านการช่วยเหลือตนเอง เช่น การเช็ดกระจก สูบล้อจักรยาน รอดูอยู่ห่าง ๆ อย่ารีบร้อนเข้าไปช่วยเมื่อเด็กเจอปัญหา ให้เวลา เพื่อให้เด็กได้ค้นหาสาเหตุด้วยตนเองก่อน เป็นเพื่อนช่วยคิดกรณีที่เด็กคิดหาทางแก้ปัญหาไม่ได้ ตัดสินใจเลือกวิธีการ เช่น รถจักรยานยางแบน มีทางเลือก คือ จะสูบยางเอง หรือไปที่ร้าน ลงมือทำและทบทวนแนวทาง โดยในช่วงแรกคุณพ่อคุณแม่ ต้องเป็นเพื่อนช่วยคิด ในกรณีนี้สองคนพ่อเด็กเลือกวิธีสูบลมยางแล้วปั่นไปซ่อมที่ร้าน คุณพ่อคุณแม่ควรเป็นต้นแบบที่ดีในการแก้ปัญหา

(5) ความรับผิดชอบ

งานวิจัยของไทยพบว่าเด็กที่มีความรับผิดชอบต่องานบ้าน ความรับผิดชอบจะไม่เสียเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น งานที่ควรฝึกมีดังต่อไปนี้ เรื่องส่วนตัว เช่น อาบน้ำ กินข้าว แต่งตัว จัดกระเป๋า ทำการบ้าน เก็บรองเท้า เอาเสื้อผ้าที่ใช้แล้วลงตะกร้า เรื่องงานบ้าน เช่น จัดโต๊ะอาหาร ล้างจาน รดน้ำต้นไม้ เอาขยะไปทิ้ง ให้อาหารสัตว์ เวรทำความสะอาดห้อง เรื่องเวลา เช่น การกะเวลาเดินทาง การตรงต่อเวลานัดพบ เวลาที่ต้องทำงานให้เสร็จ เรื่องเงิน เริ่มจากการฝึกใช้เงินให้ได้ 1 วัน โดยต้องมีเหลือเก็บวันละ 1 บาท จนสามารถควบคุมการใช้จ่ายได้เป็นสัปดาห์ เดือน จนเป็นการเปิดบัญชี

(6) ควบคุมตนเอง

ตัวอย่างการฝึกการควบคุมตนเองให้นั่งโต๊ะอาหารรอจนกว่าทุกคนจะลุกเดินขึ้นบันไดแบบไม่มีเสียงเปิดปิดประตูเบา ๆ ฝึกให้หยุดพูดในช่วงเวลาสำคัญ เช่น เวลาที่ผู้ใหญ่พูดแรก ๆ อาจมีการกำหนดคะแนนไว้หากพูดจะค่อย ๆ ถูกตัดคะแนนออก และหากคะแนนหมดจะไม่ได้ไปเที่ยว หรือเพิ่มทางออกในการใช้เสียงที่เหมาะสม เช่น ฝึกให้ร้องเพลง ฝึกเรื่องการรอคอย ฝึกให้เด็กคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เด็กอยากได้อะไรแต่ยังไม่ได้ทันที หรือเด็กอยากทำอะไรที่ยังไม่ควรทำก็ให้ฝึกควบคุมตนเองให้รอเวลาที่เหมาะสม หรือฝึกการรอผ่านการอดออมเงิน เช่น การฝึกสะสมเงิน อธิบายให้เด็กฟังว่าเมื่อฝากไว้ยิ่งนานก็จะได้ดอกเบี้ยเพิ่มขึ้น ยิ่งเก็บไว้ได้นานจะเป็นเงินก้อนใหญ่ขึ้น

อาจเอาไปซื้ออะไรที่ราคามากขึ้นได้ เป็นแรงจูงใจอยากสะสม และ "รอ" ผลที่จะตามมา ไม่ใจร้อนรีบใช้เงินทันที ด้านอารมณ์ ควรฝึกให้เด็กรู้จักอารมณ์ของตนเอง คำถามที่ใช้บ่อย "รู้สึกอย่างไร" ด้านความคิด หัดให้คิดมุมมองอื่น คิดโดยใช้เหตุผล เช่น "เป็นไปได้ไหมที่เพื่อนอยากเล่นกับเด็กแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร จึงเข้ามาผลัก"

(7) การเล่น

ควรฝึกให้ไปเล่นกลางสนามกับเพื่อนตั้งแต่เด็ก ไม่ตัดสินแพ้ชนะเพียงแค่ให้รู้จักกติกาเท่านั้น บรรยากาศที่สนุกจะทำให้อยากเล่นต่อไป เช่น เล่นแข่งกันโยนบอลลงตะกร้า ถ้าใครแพ้ต้องช่วยแม่ล้างจาน เด็กของคุณจะรู้สึกสนุกและยังได้ทักษะอื่น ๆ อีกด้วย

4) การสื่อสารประสานงานกับครูและแพทย์

ผู้ปกครองควรมีการสื่อสารหรือการสารประสานงานกับครู แลกเปลี่ยนข้อมูลกับครูในประเด็นต่อไปนี้

- การเรียน การบ้านของเด็ก ควรสอบถามเนื้อหาที่เด็กเรียน สิ่งที่ต้องการให้ผู้ปกครองช่วยดูแลเพิ่มเติมเมื่ออยู่ที่บ้าน รวมทั้งการเรียนพิเศษ สำหรับเด็กบางคน
- การปรับพฤติกรรม (เพื่อให้เป็นไปในทางเดียวกันกับที่บ้าน)
- การกินยา (ในกรณีที่เด็กต้องกินยามื้อเที่ยงที่โรงเรียน)

การสื่อสารประสานงานกับแพทย์ มีดังนี้

- พาเด็กไปพบแพทย์ตามนัด สม่ำเสมอ
- ดูแลเรื่องการกินยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

ผู้ปกครองหลายคนคงมีข้อสงสัยมากมายในเรื่องการกินยา เพราะเชื่อว่าไม่มีผู้ปกครองคนใดอยากให้เด็กกินยา ยาจะช่วยให้เด็กมีสมาธิดีขึ้น ชนน้อยลง ดูสงบลง มีความสามารถในการควบคุมตนเองดีขึ้น และอาจช่วยให้ผลการเรียนดีขึ้นด้วย ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ที่พบบ่อย ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดท้อง อารมณ์ขึ้นลง หงุดหงิดง่าย ใจน้อย เจ้าน้ำตา อาการข้างเคียงเหล่านี้จะไม่รุนแรงและหายไปเองเมื่อเด็กกินยา เด็กบางคนที่อาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน ถ้าได้รับการฝึกทักษะต่าง ๆ อาจจะมีโอกาสหายจากโรคนี้ได้และไม่จำเป็นต้องรับประทานยาตลอดชีวิต แต่ถ้าพบว่าเด็กหยุดกินยาแล้วยังคงอยู่ไม่นิ่ง มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นหรือยังขาดสมาธิ แสดงว่าเด็กยังไม่หายต้องกินยาต่อไป แล้วอย่าให้เด็กหยุดยาเอง มีงานวิจัยมากมาย ที่ยืนยันความปลอดภัยของยาโดยพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่กินยา (ตามที่แพทย์สั่ง) ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ มีการเจริญเติบโตเท่ากับเด็กปกติ และมีพัฒนาการทางสมองเป็นปกติ หากกินยาตามการดูแลของหมอ โอกาสที่เด็กจะใช้ยาในทางที่ผิดน้อยมาก นอกจากนี้การรักษาเด็กสมาธิสั้นด้วยยาจะเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงของเด็กที่จะไปติดสารเสพติดในอนาคต ผู้ปกครองลองใช้คำพูดเหล่านี้เพื่อสนับสนุนให้เด็กกินยา ได้แก่ "หนูจำเป็นต้องกินยาตัวนี้ เพราะยาช่วยให้หนูควบคุม

ตัวเองได้ดีขึ้นน่ารักมากขึ้น" หรือ "เวลาหนูกินยาแล้ว แม่สังเกตว่าหนูเรียนดีขึ้น รับผิดชอบทำการบ้านดีกว่าแต่ก่อนเยอะเลย"

3.3.2 บทบาทและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของครู

นอกจากผู้ปกครองแล้ว เด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากคุณครูด้วยเสมอ เนื่องจากเด็กต้องปรับตัวกับการเรียนและสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโรงเรียน การยอมรับจุดอ่อนของเด็กสมาธิสั้น และช่วยลดผลกระทบจากจุดอ่อนนั้น รวมถึง การพัฒนาจุดเด่นของเด็กสมาธิสั้น จะช่วยพัฒนาเด็กสมาธิสั้นให้สามารถปรับตัวในสังคม และประสบความสำเร็จได้ ดังนั้น บทบาทของครูจึงมีความสำคัญมากในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ดังนี้ (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560)

1) การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของครูต่อเด็กที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น

การปฏิเสธความช่วยเหลือมักเกิดจากการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง จากความไม่รู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น รวมถึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ปกครอง และมีมุมมองที่ไม่ดีต่อตนเอง ทั้งนี้ ทัศนคติทางลบจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง การปรับเปลี่ยนมุมมองที่ไม่ถูกต้องไปสู่มุมมองที่ถูกต้องจะช่วยให้มีความเข้าใจเด็กสมาธิสั้นได้มากขึ้น อีกทั้งยังลดความคาดหวัง และมุ่งเป้าหมายการดูแลเด็กตามความเป็นจริง ไม่ตำหนิตัวเอง มองปัญหาเดิมเป็นเพียงการทำหน้าที่บกพร่องหรือความไม่รู้ อันจะทำให้เกิดพลังที่จะจัดการปัญหาด้วยวิธีใหม่ ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ในการให้ความช่วยเหลือความรู้สึกเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ เช่น รู้สึกผิดหวังที่ทุ่มเทเต็มที่แล้ว แต่ผลตอบแทนกลับพบแต่ปัญหา หรือช่วยเหลือเด็กไม่ได้ หรือรู้สึกหมดหนทางที่จะควบคุมพฤติกรรมให้เด็กสงบลงได้ หรือคิดว่าปัญหาเกินความสามารถของตนเอง หากครูรู้สึกเช่นนี้ อาจใช้วิธีสร้างความรู้สึกดี ๆ มองหากำลังใจให้ตนเองจากสิ่งดี ๆ เช่น การประสบความสำเร็จของเด็ก หรือความสุขจากการที่เด็กสามารถเรียนได้ เป็นต้น

ตัวอย่างทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง

- มองว่าปัญหาพฤติกรรม ที่เด็กทำเพราะเป็นเด็กเกรไม่เชื่อฟังไม่รับผิดชอบ ไม่ตั้งใจเรียน ตั้งใจสร้างปัญหาต่าง ๆ โดยเจตนาเพื่อเรียกร้องความสนใจ
- เด็กสมาธิสั้นควรจะมีพฤติกรรมเหมือนเด็กคนอื่น ๆ ได้ โดยครูไม่จำเป็นต้องสอนว่าเขาควรประพฤติตนอย่างไร
- มองว่าครอบครัวของเด็กเลี้ยงลูกไม่เป็น ขาดการฝึกระเบียบวินัย ไม่มีเวลาดูแลเด็ก
- มองว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะช่วยเหลือเด็กได้

ตัวอย่างทัศนคติที่ถูกต้อง

- ปัญหาพฤติกรรมทั้งหลายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของโรคที่เด็กเป็น และเกินความสามารถในการควบคุมของเด็ก ซึ่งต้องร่วมมือกันช่วยเหลือเด็ก

- ไม่คาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็ก แต่เด็กจำเป็นต้องได้รับการสอนให้มีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่านี้

- ยอมรับสิ่งที่เขาเป็น ครูจะมุ่งดูแลจุดแข็ง ไม่สนใจจุดอ่อนและความล้มเหลวของเขา

2) บทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2.1) การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

การสังเกตพฤติกรรมของเด็กในชั้นเรียนและที่บ้านมีความสำคัญที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองและให้การช่วยเหลือเด็กได้เร็วยิ่งขึ้น แม้ว่าแบบสอบถามที่ใช้คัดกรองเด็กสมาธิสั้นจะมีหลากหลาย เช่น แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ), แบบคัดกรอง KUS-SI, Conners rating scale, THASS ฯลฯ แต่ที่ใช้ได้ง่ายในครูและผู้ปกครอง ได้แก่ SNAP-IV ซึ่งมีข้อคำถามใกล้เคียงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยแบบสอบถาม SNAP-IV ที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและโรคดื้อต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder) ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น ผลจากการคัดกรองโรคสมาธิสั้นนี้ จะช่วยให้ครูสามารถค้นหาเด็กสงสัยโรคสมาธิสั้นได้ และจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแล และการส่งต่อพบบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในลำดับต่อไป

2.2) แนวทางการช่วยเหลือและการดูแล

(1) การช่วยเหลือด้านการเรียน

(1.1) การจัดกิจกรรมประจำวัน กิจกรรมในแต่ละวันต้องมีลักษณะคงที่ มีตารางเรียนแน่นอน ต้องบอกล่วงหน้า และย้ำเตือนความจำทุกครั้งก่อนมีการเปลี่ยนแปลง

(1.2) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็ก

- การจัดห้องเรียน โดยหาป้าย ข้อความ สัญลักษณ์ หรือช่วยเหลือความจำเด็ก จัดหาที่วางของห้องเรียนในตำแหน่งเดิม เพื่อให้เด็กจำง่าย วางให้เป็นที่เป็นทาง ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนรู้ขอบเขตความประพฤติของตนเอง ช่วยเด็กจัดโต๊ะเรียนให้เป็นระเบียบ ภายในห้องเรียนควรหลีกเลี่ยงการตกแต่ง ด้วยสีสัน สวยหรู เพราะจะทำให้เด็กสมาธิสั้นสนใจสิ่งเร้าเหล่านั้นมากกว่าสนใจการสอนของครู

- การจัดที่นั่ง จัดให้นั่งข้างหน้า หรือแถวกลาง ไม่อยู่ใกล้ประตูหรือหน้าต่างที่มองเห็นข้างนอกห้องเรียน จัดให้นั่งใกล้ครูเพื่อดูแลได้อย่างใกล้ชิด ไม่ให้เพื่อนที่ซุกชนเล่นนั่งอยู่ใกล้ๆ จัดให้มีเด็กเรียบร้อยนั่งขนาบข้าง

(1.3) วางกฎระเบียบในห้องเรียน

- การออกกฎระเบียบในห้องต้องมีความชัดเจน ไม่เขียนขึ้นมาลอยโดยไม่ผลใดๆ ครูควรย้ำหลักเกณฑ์บ่อยๆ ก่อนเริ่มเรียนทุกคน กฎระเบียบในห้องใช้กับคนทุกคนไม่

เพียงแต่เด็กสมาธิสั้นเท่านั้น เพราะจะช่วยลดความรู้สึกว่า กำลังจ้องจับผิดแต่ตัวเองอยู่ กฎต้องชัดเจน เช่น ยกมือก่อนตอบคำถาม ทิ้งขยะในถังขยะ เก็บรองเท้าไว้ตรงชั้นรองเท้า เข้าห้องน้ำชั่วโมงละครั้ง เป็นต้น

- กฎในห้องเรียนจะศักดิ์สิทธิ์หรือไม่นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของเด็กทุกคนและต้องปฏิบัติแนวทางเดียวกันข้อแนะนำสำหรับการเขียนกฎระเบียบ คือ เขียนให้ชัดเจน อ่านแล้วไม่ต้องตีความ หากเด็กอ่านลำบากสามารถใช้การวาดรูปหรือสัญลักษณ์แทนได้

- ตัวอย่างการเขียนให้ชัดเจน เช่น "ไม่ยกโต๊ะ ไม่โยกเก้าอี้ เก็บของเมื่อเล่นเสร็จแล้ว" ตัวอย่างการเขียนที่ไม่ชัดเจน คือ"ต้องเป็นเด็กดี ไม่เกเร" อะไรคือ เด็กดี อะไรคือเด็กเกเร ข้อความไม่ชัดเจนและมีความหมายกว้างเกินไป

(1.4) จัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับความสามารถและช่วงความสนใจของเด็ก

(1.5) การเตรียมการสอน

- งานที่ให้ทำต้องเหมาะสมกับความสนใจและความสามารถของเด็ก แบ่งงานเป็นขั้นตอนย่อย ๆ ให้เหมาะสมกับช่วงสมาธิของเด็ก ให้เด็กทำทีละขั้น เมื่อเสร็จแล้วจึงให้ทำขั้นต่อ ๆ ไปตามลำดับ

- การจัดกิจกรรม ควรมีช่วงเวลาให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถ และเป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์ที่เด็กทำได้ เพื่อช่วยลดความเบื่อของเด็ก ทำให้เรียนได้นานขึ้น เช่น มอบหมายหน้าที่ให้ช่วยครูเดินแจกสมุดให้เพื่อน ๆ ในห้อง ลบกระดาน เป็นต้น

- ระหว่างการสอนเขียนงานที่เด็กต้องทำในชั้นเรียนให้ชัดเจนบนกระดาน พยายามสั่งงานด้วยวาจาให้น้อยที่สุด

- ตรวจสมุดงานของเด็กเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กจดงานได้ครบถ้วน

- ใช้การสอนแบบตัวต่อตัว เพื่อควบคุมให้เด็กมีสมาธิ โดยสามารถยืดหยุ่นการเรียนการสอนให้เข้ากับความพร้อมของเด็ก โดยเฉพาะในรายวิชาหลักหรือวิชาที่ยาก

- ให้เด็กทำงานเป็นขั้นตอน ฝึกเด็กให้ทำงานทีละอย่างให้สำเร็จให้เด็กทำงานตามเวลาที่กำหนดให้

- ฝึกให้เด็กจัดระเบียบการเรียน การทำตามคำสั่ง การตรวจสอบทบทวนผลงาน การจดบันทึกและการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

- ช่วยให้เด็กสนใจบทเรียน โดยใช้สีระบายคำสำคัญ ข้อความสำคัญ วงรอบหรือตีกรอบข้อความสำคัญที่ครูเน้น

- ใช้วิธีเตือนหรือเรียกให้เด็กกลับมาสนใจบทเรียนโดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า เช่น เคาะที่โต๊ะเด็ก หรือแตะไหล่เด็กเบา ๆ

- ให้คำชมเชย หรือรางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ เมื่อเด็กปฏิบัติตัวดี หรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณามที่จะทำให้เด็กรู้สึกอับอาย และไม่ลงโทษเด็กรุนแรง เช่น การตี

- ใช้วิธีการตัดคะแนน งดเวลาพัก ทำเวร หรืออยู่ต่อหลังเลิกเรียน (เพื่อทำงานที่ค้างอยู่ให้เสร็จ) เมื่อเด็กทำผิด

(1.6) การมอบหมายงาน

- ครูควรใช้คำพูดให้น้อยลง พูดช้าๆ ชัดเจน กระชับ ครอบคลุม ไม่ใช้คำสั่งคลุมเครือ ไม่บ่น ตำหนิ ติเตียนจนเด็กแยกไม่ถูกว่าครูให้ทำอะไร

- ให้เด็กสมาธิสั้นพูดทบทวนที่ครูสั่งหรืออธิบายก่อนลงมือทำ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กเข้าใจในสิ่งที่ครูพูด อีกทั้งเป็นการฝึกให้เด็กพูดถ่ายทอดความคิดของตนเอง

- ในกรณีที่เด็กมีสมาธิสั้นมาก ควรมอบหมายงานที่มีระยะเวลาการทำงานสั้นลงเพื่อให้เด็กสามารถใช้เวลาไม่นานนัก พยายามเน้นในเรื่องความรับผิดชอบทำงานให้เสร็จ

(1.7) การช่วยเหลือด้านทักษะเฉพาะในการเรียน

- ทักษะในการอ่านหนังสือ อาจเลือกหนังสือที่เด็กชอบมาให้เด็กอ่านเสริม ไม่จำเป็นต้องเป็นหนังสือเรียน จากนั้นควรพูดคุยสอบถามถึงสิ่งที่อ่าน ให้เล่าเรื่อง หรือให้สรุปตลอดจนการสร้างบรรยากาศในการอ่านหนังสือที่ดี และชมเชยเป็นระยะ

- ทักษะการเขียนหนังสือ เช่น ฝึกให้เขียนสิ่งที่เป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เขียนบรรยายความรู้สึกต่อพ่อแม่ เขียนแผนที่คาดว่าจะทำในช่วงปิดเรียน จนในที่สุดสามารถเขียนเรื่องราวที่มีคำขึ้นต้น เนื้อหาและสรุปได้

- ทักษะในการฟังและจับประเด็น การฝึกเด็กให้สรุปสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น ได้ลองทำตาม จะเป็นรากฐานที่ดีในการช่วยฝึกสมาธิ ถ้าทำซ้ำๆ จะคล่องขึ้นและช่วยการเรียนรู้เพิ่มขึ้นได้

- ทักษะในการวางแผนทำงาน โดยเป็นงานที่ต้องการการวางแผนและมีการบริหารจัดการจึงจะได้ผลดี ทันเวลา การฝึกฝนให้ทำงานหลายๆ อย่างที่มีแผนการชัดเจนและฝึกซ้ำๆ ในหลากหลายกิจกรรมจะช่วยให้ระบบการทำงานคล่องขึ้นรวมถึงการเรียงลำดับงานสำคัญ ก่อน-หลัง ตั้งสมาธิกับงานและลงมือทำ เลือกกิจกรรมการเรียนการสอนที่ต้องใช้ประสาทรับรู้หลายด้านทั้งด้านการฟัง การใช้สายตาหรือการลงมือปฏิบัติ เช่น การสาธิตหรือการแสดงบทบาทสมมติ ใช้สื่อทางสายตา อาจใช้เป็นรูปภาพประกอบ เพื่อให้เด็กจับประเด็นได้ง่าย

- การบ้าน การแบ่งงานให้พอเหมาะจัดแบ่งการบ้านออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้เด็กสามารถลงมือทำจนสามารถทำสำเร็จได้ในช่วงเวลาสั้นๆ เมื่อเด็กทำเสร็จเองบ่อย ๆ จะทำให้เด็กอารมณ์ดี พอใจในตนเอง เรียงลำดับความสำคัญและความยากง่ายของงานโดยช่วยจัดลำดับ

ความง่ายไว้ข้อแรกๆ หรือให้เริ่มทำจากงานด่วนก่อน มอบหมายการบ้านให้ฝึกอ่านหนังสือและทบทวนบทเรียนบ่อยๆ ทำทุกวันสม่ำเสมอจนเกิดความเคยชินและติดเป็นนิสัย

- สอนเทคนิคในการเรียนและการเตรียมตัวสอบ สอนให้เด็กใช้เทคนิคช่วยจำ เช่น การใช้แถบปากกาสี การขีดเส้นใต้ข้อความที่สำคัญ การย่อประเด็นสำคัญ การจดสูตรหรือคำยากๆ ในสมุดบันทึก รวมทั้งควรฝึกสอนเทคนิคในการทำข้อสอบ

(1.8) ช่วยเด็กจัดการเกี่ยวกับเวลา

- เตือนให้เด็กตรงต่อเวลา โดยส่งสัญญาณเตือนเมื่อใกล้ถึงเวลานัดหรือเวลาต้องส่งงาน

- ช่วยเด็กจัดทำกำหนดเวลาหรือปฏิทินงาน ทำลงกระดาษแล้วติดไว้ที่โต๊ะเรียนของเด็ก

- ใช้นาฬิกาเตือน โดยอาจใช้นาฬิการะบบสั่นสะเทือน เพื่อป้องกันการรบกวน

- ให้แรงเสริมทางบวก หรือให้รางวัล เมื่อเด็กส่งงานตามเวลา

(2) การพัฒนาทักษะทางสังคมให้เด็กสมาธิสั้น

(2.1) การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้มีเพื่อน

- การค้นหาว่าปัญหาการเข้าสังคมกับเพื่อนอยู่ที่ไหน โดยอาศัยการสังเกต การเล่นของเด็ก ทักษะต่าง ๆ ที่เด็กใช้เวลาเข้ากลุ่มกับเพื่อน

- จัดโอกาสและหาแบบฝึกหัดให้เด็กได้ฝึกฝนทักษะ การฝึกทักษะต่าง ๆ ควรเป็นแบบฝึกหัดที่หลากหลาย เพื่อฝึกให้เด็กเกิดความชำนาญ

- ควรหากิจกรรมให้เด็กได้ทำเป็นคู่หรือเป็นกลุ่ม โดยกิจกรรมเหล่านั้นต้องมีระเบียบกฎเกณฑ์ และขั้นตอนที่ชัดเจน ไม่ปล่อยให้เด็กดูแลกันเอง หรือในกรณีที่เด็กได้รับมอบหมายงานให้แสดงตนต่อหน้าสาธารณชน ครูควรช่วยเด็กฝึกซ้อมขั้นตอน การปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเด็กเกิดความชำนาญ และทำได้คล่องในวันที่ต้องปฏิบัติจริง

- แบบอย่างที่ดี ครูสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งการแสดงท่าทาง คำพูด การฟัง การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การแบ่งปัน เป็นต้น

- จัดเพื่อนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้น ครูควรจัดเพื่อนที่เด็กสนิทหรือเพื่อนที่อาสาช่วยดูแล คอยเตือนเมื่อเด็กไม่มีสมาธิ ช่วยสอนการบ้านโดยอาจจัดเป็นคู่ หรือจัดเป็นกลุ่ม เพื่อนร่วมดูแลเด็กเหล่านี้ควรเป็น คนที่เด็กชอบพอ เข้าอกเข้าใจกันและทำอะไรด้วยกันได้ ทั้งนี้ ครูควรช่วยติดตามปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดกับเพื่อนผู้ช่วยดูแล เนื่องจากของเด็กอาจสร้างความลำบากใจให้กับเพื่อนที่ช่วยดูแลเด็กได้

(2.2) สอนให้เด็กควบคุมตนเอง

- งานที่เด็กทำต้องมีการวางแผนอย่างชัดเจน และดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ มีกติกาที่ชัดเจน เช่น ไม่พูดเสียงดังขณะครูสอนให้ยกมือขออนุญาตก่อนพูด เป็นต้น และพูดคุยกันว่าถ้าเด็กทำตามข้อตกลงจะได้รับสิทธิพิเศษอย่างไร หรือหากเด็กไม่ทำตามข้อตกลงจะถูกตัดสิทธิพิเศษ อะไรบ้าง

- ตารางเวลากิจกรรมการเรียนต้องชัดเจนให้รู้ว่าเวลาไหนต้องทำอะไร หัดให้เด็กดูนาฬิกาหรือมีนาฬิกาไว้กับตัวโดยอาจใช้ระบบสั่นเพื่อลดเสียงที่อาจรบกวนสมาธิเพื่อนในชั้นเรียน หากจำเป็นต้องเปลี่ยนตารางกิจกรรมควรพูดคุยกับเด็กให้เข้าใจ

- ให้เด็กระบายอารมณ์โกรธอย่างเหมาะสมโดยเข้าไปพูดคุยกับเด็กให้เด็กเล่าถึงความรู้สึกของตนเอง โดยไม่ขัด แสดงความเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของเด็ก

- ช่วยให้เด็กจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยให้เด็กจัดการกับอารมณ์โกรธอย่างเป็นขั้นตอนและฝึกจนเป็นนิสัย

อย่างไรก็ตามหากเด็กแสดงอารมณ์รุนแรงบ่อย ๆ ทั้งที่ครูพยายามช่วยเหลือด้วยวิธีดังกล่าวแล้วภาวะอารมณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ครูควรพิจารณาเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินครอบครัวและสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา กรณีที่ครูต้องการคำปรึกษา หรือความช่วยเหลือสามารถติดต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งทั่วประเทศ

(2.3) การสื่อสารกับเด็ก ผู้ปกครอง และแพทย์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

(1) การสื่อสารระหว่างคุณครูกับผู้ปกครอง

เมื่อเด็กมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ การสื่อสารระหว่างคุณครูและผู้ปกครองเพื่อหาทางแก้ไขจึงเป็นสิ่งจำเป็น แต่เมื่อเป็นปัญหาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นอาจเป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหวต่อผู้ปกครองค่อนข้างสูง ในบางรายจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นระบบเพื่อสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยอาศัยเทคนิคการสื่อสารเพื่อลดแรงต่อต้านที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ปกครองยอมรับไม่ได้ การสื่อสารกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก ควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้เข้าใจและยอมรับกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนแรกก่อนที่จะเริ่มการสนทนานั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งต้องอาศัยคุณลักษณะภายในหรือมีทัศนคติที่สำคัญบางประการ ดังนี้

- การยอมรับและให้เกียรติ หมายถึง การยอมรับลักษณะส่วนตัวหรือลักษณะเฉพาะของบุคคลตามที่เขาเป็น มีความเป็นมิตร

- การเข้าใจข้อมูลและความรู้สึก หมายถึง การเข้าใจในเนื้อหาสาระของสิ่งที่สื่อสารระหว่างกัน และเข้าใจใน ความรู้สึกของผู้อื่นเสมือนเราเป็นตัวเขา

- มีความจริงใจ หมายถึง การไม่เสแสร้งในการแสดงออกถึงความคิดความรู้สึกและทัศนคติของตนเอง

จากหลักการข้างต้น ครูควรหาช่องทางที่จะสื่อสารกับผู้ปกครอง เมื่อพบว่า เด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้นที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับการวินิจฉัย และรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม

การสื่อสารอาจทำได้หลายช่องทางและหลายวิธี เช่น การพูดคุยต่อหน้าหรือทางโทรศัพท์ โดยมีประเด็นการสนทนา ดังนี้

- พูดคุยทักทายผู้ปกครองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

- พูดคุยเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับเด็กในทางบวกและพูดถึงพฤติกรรมดี ๆ ที่เด็กปฏิบัติได้ดีในโรงเรียนทั่ว ๆ ไป เช่น เด็กแข็งแรง เล่นกีฬาเก่ง เป็นต้น

- เริ่มสนทนาเกี่ยวกับพฤติกรรมการไม่มีสมาธิในการเรียนของเด็กที่อยู่ในโรงเรียน และแสดงถึงความห่วงใย กำลังหาทางช่วยเหลือ เช่น สังเกตเห็นว่าเด็กไม่ค่อยมีสมาธิในการเรียนผลการเรียนไม่ค่อยดี เหม่อลอย ชอบเล่นรุนแรงกับเพื่อน ๆ ไม่ส่งการบ้าน เป็นต้น

- ให้ผู้ปกครองเล่าพฤติกรรม อาการไม่มีสมาธิของเด็กขณะอยู่ที่บ้านเป็นอย่างที่คุณครูสังเกตเห็นหรือไม่

- แจ้งผลการเรียนของเด็กและร่วมหาแนวทางช่วยเหลือ ร่วมวางแนวทางช่วยเหลือเด็กเพื่อให้ผู้ปกครองให้ความร่วมมือ

- ร่วมปรึกษาหารือในการช่วยเหลือเด็กและมีสัญญาใจต่อกัน สร้างความไว้ใจ จริงใจในการร่วมมือช่วยเหลือเด็กตามคำแนะนำของแพทย์

- ติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นระยะ ๆ เกี่ยวกับอาการแสดงของเด็กทั้งในด้านที่ดีขึ้นและด้านที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

- คุณครูแสดงความจริงใจที่จะให้การช่วยเหลือเด็กและแสดงออกถึงความภาคภูมิใจให้ผู้ปกครองเห็นในกรณีพฤติกรรมของเด็กมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น

- สื่อสารให้ความมั่นใจกับผู้ปกครองเด็ก เมื่อพฤติกรรมหลังการกินยาดีขึ้น เนื่องจากผู้ปกครองไม่เห็นพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้มากเท่าที่คุณครูเมื่อเด็กอยู่ที่โรงเรียน

(2) การสื่อสารระหว่างครูกับเด็กสมาธิสั้น

การสื่อสารที่เหมาะสมระหว่างครูกับเด็ก ทำได้หลายวิธีทั้งภาษาพูดที่แสดงออกถึงความห่วงใย สีหน้าท่าทางของครูที่บ่งบอกถึงความรักความเมตตา ไม่รังเกียจ หรือดูหมิ่น ทำให้เด็กรู้สึกถึงความอบอุ่นและปลอดภัยจากคุณครูโดยมีหลักปฏิบัติดังนี้

- หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณาม ที่ทำให้เด็กอับอายขายหน้า

- ไม่ลงโทษเด็กด้วยความรุนแรง (เช่น การตี) หากเป็นพฤติกรรมจากสมาธิสั้น เช่น ซุ่มซ่าม ทำของเสียหาย หุนหันพลันแล่น เพราะเด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ควรเตือนและอบรมสั่งสอนโดยให้ความเมตตา

- ไม่ดุเด็กต่อหน้าเพื่อน ๆ เพราะเด็กจะรู้สึกอับอาย จะเป็นบาดแผลในใจของเด็ก

- ใช้ทักษะการสัมผัสโดยคอยแตะที่ไหล่เด็ก เมื่อเห็นเด็กเหม่อ ใจลอย หรือไม่ตั้งใจฟังหรือทำงาน พูดเสริมเพียงเล็กน้อยว่า "เดี๋ยวครูจะช่วยหนู" เด็กจะเชื่อฟังครูและพยายามทำตามที่คุณครูบอกจนเต็มความสามารถ

- ให้คำชมเชยหรือรางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ เมื่อเด็กปฏิบัติตัวดีหรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์

- ไม่ควรพูดด้วยคำพูดที่กระตุ้นให้เด็กเกิดความเสียใจ เช่น "ลืมการบ้านอีกละซิ" "ทำการบ้านไม่เสร็จอีกแล้วซิ" "ต้องอธิบาย กันกี่ครั้งจึงจะเข้าใจ"

- การบอกความจริงกับเด็กช่วยให้เด็กรับทราบถึงโรคที่เป็นอยู่ เช่น "โรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคจิตโรคประสาท ไม่ใช่ปมด้อย สามารถทำทุกอย่างได้เหมือนเพื่อน"

- ให้เด็กรับรู้ว่า การฝึกฝนตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มสมาธิในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งจำเป็น ครูจะช่วยฝึกร่วมกับทางบ้าน

- ถ้าเด็กได้รับการรักษาและแพทย์ได้ให้ยามารับประทาน อธิบายให้เด็กเข้าใจว่า ยาจะช่วยเพิ่มความสามารถในการตั้งใจ มีสมาธิ ความเข้าใจ ความจำ และการควบคุมตนเองได้เพิ่มขึ้นและแนะนำให้เด็กฝึกควบคุมอาการหุนหันพลันแล่นร่วมด้วย

- อธิบายให้เด็กคนอื่นเข้าใจเพื่อนที่เป็นโรคสมาธิสั้นว่า โรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคน่าอาย เป็นโรคโรคหนึ่งเช่นเดียวกับการมีโรคประจำตัวอื่น ไม่ล้อเลียนกันในห้อง

- แนะนำให้เด็กปกติให้ความช่วยเหลือเพื่อนที่สมาธิสั้นอย่างไร เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียน ชวนให้ทำงานให้ครบ เตือนเมื่อลืม เป็นต้น

- ไม่ปิดยังว่าเด็กคนไหนเป็นโรคสมาธิสั้น แต่ไม่ต้องประกาศให้เด็กอายหรือรู้สึก ว่าเป็นจุดเด่นของห้องในกรณีที่พบว่าเด็กมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในห้องเรียน คุณครูควรสื่อสารกับเด็กสั้น ๆ ให้เด็กเข้าใจ และใช้เทคนิคปรับพฤติกรรมเด็ก เช่น เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายเพื่อนในห้อง คุณครูห้ามเด็กด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจน และที่นิ่ง " หยุดทำเพื่อน" และใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมลดการให้สิ่งเสริมแรง "เธอจะไม่ได้ออกไปเล่นที่สนามตอนบ่าย ถ้าทำเพื่อนอีก"

- การสื่อสารกับเพื่อนของเด็กสมาธิสั้น อาจจะทำให้การช่วยเหลือเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจเหตุผลของการกินยา การรักษาด้วยยาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาร่วมกับการฝึกพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เขาเป็นคนเก่งขึ้น ตั้งใจทำงานหรือเรียนได้ดีขึ้น สิ่งสำคัญที่คุณครูควรสื่อสารกับการกินยาครูไม่ควรพูดถึงการกินยา หรือการเป็นโรคนี้ทางด้านลบ และไม่ควรล้อเลียนให้เด็กอาย เด็กมักลืมกินยามื้อเที่ยง คุณครูอาจช่วยเตือนเป็นการส่วนตัว ไม่จำเป็นต้องให้เด็กอื่นรับทราบ หรือประกาศให้มากินยาต่อหน้าเด็กอื่น หรือช่วยจัดยาให้เด็ก โดยประสานงานกับผู้ปกครองฝากยาไว้กับครู เมื่อถึงเวลาให้เด็กมาพบครูเพื่อรับยา ถ้าเด็กลืมให้มารับยา ดูให้เด็กกินต่อหน้า โดยเฉพาะในเด็กที่มีแนวโน้มจะหลีกเสี่ยงการกินยา ชมเมื่อเด็กรับผิดชอบการกินยา ตามที่ตกลงกันไว้ ให้ความมั่นใจกับเด็กว่า การกินยามีความปลอดภัย ได้ประโยชน์ เช่น คุณครูควรพูดให้เด็กเห็นชัดเจนว่าหลังจากกินยา เด็กตั้งใจเรียนขึ้น ทำงานเสร็จเรียบร้อย อารมณ์ดี เป็นต้น ชมเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดีให้เด็กเข้าใจว่า ดีขึ้นเนื่องจาก "ครึ่งหนึ่งจากยา อีกครึ่งหนึ่งจากการควบคุมตัวเอง" พยายามให้เด็กรับผิดชอบกินยาเอง เตือนตัวเองให้ได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่หงุดหงิดกับการลืมกินยา เพราะเป็นอาการของโรคสมาธิสั้นนั่นเอง

(3) การสื่อสารประสานงานระหว่างครูและแพทย์

การสื่อสารระหว่างครูกับแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและอาการข้างเคียงของยา รวมถึงพฤติกรรมของเด็กหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นบทบาทของแพทย์ ในขณะเดียวกันคุณครูและพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็ก ต้องมีความเข้าใจในอาการและอาการแสดงรวมถึงอาการข้างเคียงจากยาเพื่อสื่อสารให้แพทย์ผู้ให้การรักษาได้ทราบถึงผลการรักษาด้วย เช่น เมื่อเด็กรับประทานยาแล้วมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เมื่อเข้าพบแพทย์ในครั้งต่อไปจะเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในการรักษาจากแพทย์เพิ่มเติมข้อมูลว่าจะต้องเตรียมข้อมูลเพื่อสื่อสารอะไรบ้าง เช่น

- อาการเริ่มแรกก่อนกินยาดูจากแบบประเมิน SNAP-IV ครั้งแรกเพื่อเปรียบเทียบ

- รับประทานยาอะไร ขนาดเท่าไร กี่วันแล้ว

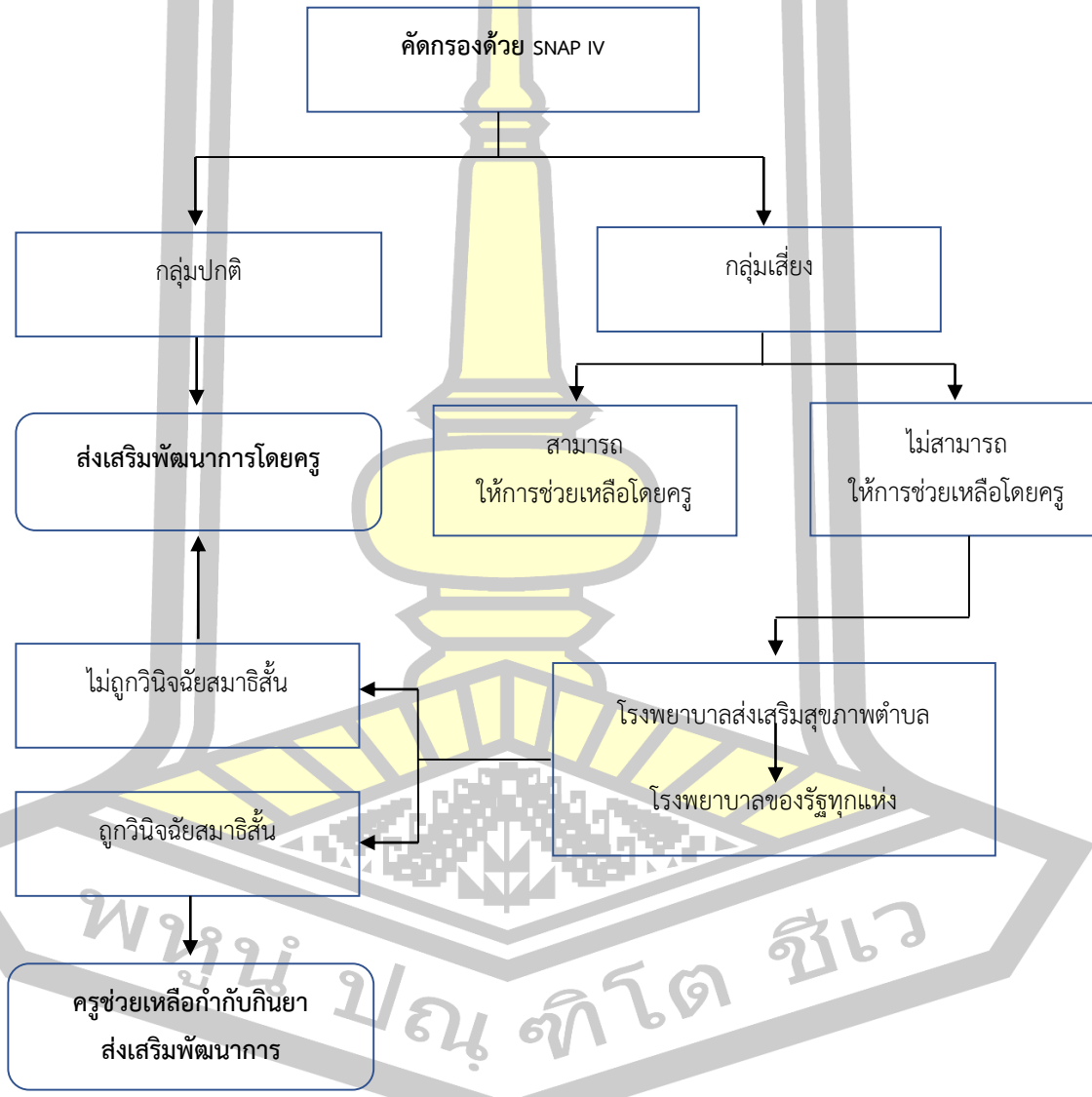
- อาการเมื่อรับประทานยาไปแล้วเป็นอย่างไร สำหรับอาการสำคัญ เช่น ซน อยู่ไม่นิ่ง รอไม่ได้ หุนหันพลันแล่น หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ เช่น ปวดท้อง ใจสั่น ไม่อยากทานอาหาร น้ำหนักตัวลด

ทั้งนี้ เมื่อมีปัญหาเด็กไม่ยอมรับประทานยาคุณครู และผู้ปกครองควรมีช่องทางประสานกับแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อค้นหาสาเหตุและร่วมกันมือหาแนวทางแก้ไข

(2.4) การส่งต่อเด็กสมาธิสั้นเพื่อรับการรักษาต่อสำหรับครู

บทบาทของครูจะเริ่มจากการคัดกรองเด็กสงสัยโรคสมาธิสั้น เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงก็จะประสานและส่งต่อข้อมูลให้กับบุคลากรสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลใกล้บ้าน และประสานต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เมื่อแพทย์วินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคสมาธิสั้น จะทำการรักษาด้วยการจ่ายยาให้กับเด็ก ซึ่งครูจะมีบทบาทในการช่วยกำกับการกินยาของเด็กในขณะที่มาโรงเรียน รวมทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือให้การช่วยเหลือดูแลเด็กในด้านต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม เด็กส่วนหนึ่งที่ไม่เข้าข่ายสงสัยหรือไม่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคสมาธิสั้นจากแพทย์ก็ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและตรวจคัดกรองซ้ำจาก ขั้นตอนการคัดกรองการส่งต่อและการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู สรุปได้ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 แนวทางการส่งต่อและการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู

โดยสรุปการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการช่วยเหลือหรือดูแลหลายด้าน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อม การรับประทานยา และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ครู และที่สำคัญคือผู้ปกครองหรือคุณพ่อคุณแม่ การดูแลประกอบด้วย ตั้งแต่การคัดกรองหรือการค้นหาเด็กสมาธิสั้น ผู้ปกครองและครูจะช่วยกันคัดกรองเด็กสงสัยโรคสมาธิสั้นที่อยู่ในการดูแล เพื่อส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์อย่างเหมาะสม เด็กบางคนอาจต้องรักษาด้วยยา ผู้ปกครองและครูจะต้องวางแผนการดูแลและกำกับการกินยาของเด็กตามคำสั่งของแพทย์ร่วมกัน และจะต้องได้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือปรับทัศนคติเพื่อขจัดความเข้าใจผิดต่าง ๆ เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น และปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่โรงเรียนให้เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น ทั้งแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข ครู และผู้ปกครองจะต้องมีการสื่อสารในการวางแผนในการดูแลเด็กร่วมกัน ผลจากการทบทวนแนวทางการช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะเป็นแนวทางในการวางแผนการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นในงานวิจัยนี้ ที่ต้องมีการผสมผสานการช่วยเหลือหลายด้านและหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน เพื่อเชื่อมโยงการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพ

2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ ความจริง โดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือ ข้อสรุปที่ต้องการ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การลดช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานที่หน่วยงานหรือบุคลากรนั้น ๆ ได้รับผิดชอบอยู่ (วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558)

2.4.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

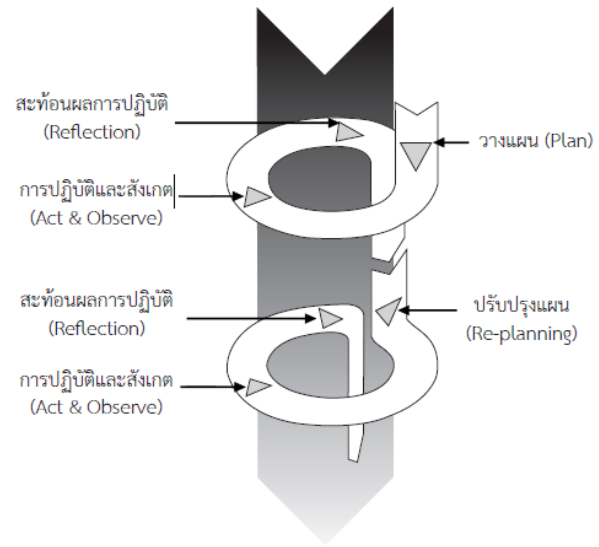
จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหาอันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนั้นต้องใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา เสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ

2.4.3 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อนความคิดพิจารณาไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่สภาวการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (Spiral of steps)

กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988: 11) อ้างถึงในวีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์, 2558: 40-41 ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพที่ 3



รูปภาพที่ 3 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1990) อ้างถึงในวีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558)

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรของกระบวนการวิจัยดังกล่าว จึงเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับ ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ไม่แยกกิจกรรมการสืบค้นหาความรู้ความจริงออกจากกิจกรรมการพัฒนา ซึ่งกิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสภาวการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2) การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาวการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3) การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไรการสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4) การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูล

พื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกรอบในการพัฒนางานหรือกิจกรรมที่ชัดเจน จึงมีความสำคัญในการพัฒนารูปแบบในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ยึดขั้นตอนของ PAOR ซึ่งมี 4 ขั้นตอน จึงได้นำหลักการมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนารูปแบบต่อไป

2.5 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

2.5.1 ความหมายและความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกัน การตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางาน เพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใส และให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาทางด้านสุขภาพหรือการเกิดโรคมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ และมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขให้ได้ผลนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะจากประชาชนหรือตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย การทำงานแบบมีส่วนร่วมนั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว ระดับโรงเรียน ระดับชุมชน ระดับองค์กร หรือระดับประเทศนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ผู้มีส่วนร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม(Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วมจะรวมถึงการให้ความสำคัญต่อมนุษย์ไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยีบนพื้นฐานว่ามนุษย์ทุกคนต่างมีความคิดและมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันมาตั้งแต่เกิด มีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของตนในระดับหนึ่ง มีความสามารถพัฒนาชีวิตให้ดีได้ถ้าได้รับโอกาสที่จะร่วมคิด ร่วมเข้าใจ และร่วมจัดการเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม (วชิรวัชร งามละม่อม, 2558)

2.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานแบบมีส่วนร่วม

วชิรวัชร งามละม่อม (2558) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วม จะต้องให้ประชาชนได้เข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะอย่างน้อยที่สุดประชาชนจะต้องได้รับรู้ขั้นตอนการดำเนินการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ

ขั้นตอนการดำเนินงาน และขั้นตอนในการประเมินผลงาน เพื่อให้รับรู้ถึงความเป็นไปในกิจกรรมสาธารณะต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน แบ่งออกได้ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการงาน และการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

2.5.3 ประเภทการมีส่วนร่วม แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รู้ความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น

3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงของประชาชน ตามแนวความคิดและหลักการพัฒนา เมื่อนำมาใช้ในด้านการสาธารณสุขจะสนับสนุน

และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของประชาชนหรือผู้ป่วยดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

หลาย ๆ งานวิจัยที่ผ่านมา ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมมาปรับใช้ในการดำเนินงานที่เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ โดยนำจุดเด่นหรือจุดแข็งในชุมชนมาต่อยอดหรือพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Development) และแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Problem-Learning Process) จะทำให้ปัญหาที่แท้จริงถูกนำมาแก้ไข ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขสามารถพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการในพื้นที่ ประชาชนและผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และการดำเนินงานจะมีความยั่งยืน (กานดา แจ่มจรัส, 2558; ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต และคณะ, 2559; พรพิไล วรรณสัมผัส, 2558) โดยเทคนิคที่นิยมใช้ในกระบวนการการมีส่วนร่วม คือ เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C) การพัฒนาที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนคือการเปิดโอกาสให้บุคคลและกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชนหรือองค์กร ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จอยู่ในระดับสูง (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543)

โดยสรุป กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ จะมุ่งให้ความสนใจถึงกระบวนการมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ครู ผู้ปกครองหรือพ่อแม่ และชุมชน ในประเด็น การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การศึกษาบริบทและความต้องการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้น

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในการวิจัยนี้ ซึ่งได้ทบทวนงานวิจัยของไทยและต่างประเทศ รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.6.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

กิตติพงศ์ มาศเกษม (2563) ได้ทบทวนความรู้ที่มีการพัฒนาแนวทางอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในด้านระบาดวิทยา สาเหตุการเกิดโรคการดูแลรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิติที่ดี เต็มตามศักยภาพ พบว่าโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการควบคุมความยับยั้งชั่งใจและความจำในการใช้งาน พบความชุกทั่วโลกร้อยละ 5.3 - 7.2 เกณฑ์การวินิจฉัยในปัจจุบันอ้างอิงตาม DSM-5 โดยอาศัยข้อมูลจากประวัติและการสังเกตอาการทางคลินิกเป็นหลัก ซึ่งได้จากผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เช่น บิดามารดา ครู และแพทย์ การดำเนินโรคช่วงวัยเด็กมักมีอาการซนไม่นิ่งเป็นหลักและลดลงเมื่อโตขึ้น แต่อาการไม่มีสมาธิจะเด่นชัดขึ้น และโรคสมาธิสั้นมักจะพบภาวะผิดปกติร่วมด้วยได้ ดังนั้น การดูแลรักษาจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยในแง่อายุของเด็ก ความผิดปกติที่พบร่วม รวมถึงความสามารถและความต้องการของเด็กและครอบครัวด้วยเสมอ หลักการรักษาโดยทั่วไปของโรคสมาธิสั้นจะประกอบด้วยการรักษาด้วยการใช้ยา และไม่ใช้ยา เช่น การปรับพฤติกรรม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ร่วมกับมีการดูแลติดตามอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ดี เนื่องจากเด็กแต่ละรายมีความต้องการเฉพาะที่แตกต่างกัน การดูแลรักษาโรคซนสมาธิสั้นจึงยังมีความจำเพาะรายบุคคล เพื่อให้ประสิทธิผลในการรักษาเต็มตามศักยภาพเด็ก

ภาสกร คุ้มศิริและอุ่นเรือน เล็กน้อย (2560) นำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการตีตราบาปทางสังคม ซึ่งเด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมที่ต่างจากเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน โดยพฤติกรรมที่สังเกตได้ชัดคือขาดสมาธิ เด็กมักมีความยากลำบากในการเรียน ดื้อ วุ่นวายไม่เชื่อฟัง เกเร ก่อกวนคนรอบตัวและครูในชั้นเรียน ไม่ทำตามกฎระเบียบ รอคอยไม่ได้มักมีเรื่องชกต่อยเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งอันเนื่องมาจากความหุนหันพลันแล่น มีอารมณ์โกรธรุนแรง หงุดหงิดง่าย ซึ่งการตีตราบาปเด็กสมาธิสั้นจากสังคมจะมีผลต่อพัฒนาการและการปรับตัว จึงต้องอาศัยผู้คนในสังคมโดยเฉพาะผู้ปกครองและครูสำหรับสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะกับศักยภาพของเด็ก ผู้ปกครองจำเป็นต้องร่วมมือกับจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือ หากไม่ได้รับการดูแลเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่โดยมากจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ เกเรก้าวร้าว อันธพาล มีปัญหาใช้สารเสพติดลักขโมย พกอาวุธขายบริการและมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยเด็กกลุ่มนี้จะมีการก่ออาชญากรรมใช้ความรุนแรง และถูกจับเนื่องจากทำผิดกฎหมายมากกว่าเด็กปกติ

2.6.2 ความชุกของโรคสมาธิสั้น

กิตติพงศ์ มาศเกษม (2563) ทำการศึกษาโรคซนสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการควบคุมความยับยั้งชั่งใจและความจำในการใช้งาน พบความชุกทั่วโลก ร้อยละ 5.29 - 7.2 เกณฑ์การวินิจฉัยในปัจจุบันอ้างอิงตาม DSM-5 โดยอาศัยข้อมูลจากประวัติ และการสังเกตอาการทางคลินิกเป็นหลัก ซึ่งได้จากผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เช่น บิดา มารดา ครู และแพทย์ การดาเนินโรคช่วงวัยเด็กมักมีอาการซนไม่นิ่งเป็นหลักและลดลงเมื่อโตขึ้น แต่อาการไม่มีสมาธิจะเด่นชัดขึ้น และโรคซนสมาธิสั้นมักจะพบภาวะผิดปรกติร่วมด้วยได้ ดังนั้น การดูแลรักษาจึงต้องคานึงถึงปัจจัยในแง่อายุของเด็ก ความผิดปรกติที่พบร่วม รวมถึงความสามารถและความต้องการของเด็กและครอบครัวด้วยเสมอ

Aboul-Ata & Amin และคณะ (2015) ศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น ใน Fayoum (อียิปต์) ในหมู่เด็กวัยเรียน: ขึ้นอยู่กับมาตราส่วนการให้คะแนนตาม DSM-5 ทำการศึกษาต่อเนื่อง 2 ครั้ง (การศึกษาที่ 1 และ 2) ในการศึกษาที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เด็ก 106 คน อายุของผู้เข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 6 ถึง 14 ปี จุดประสงค์ของการศึกษานั้นคือเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติฉบับใหม่ของความผิดปกติทางจิต (ฉบับที่ 5; DSM-5) ตามมาตราส่วนการให้คะแนน ADHD ของ ADHD ในการศึกษาที่ 2 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็ก 420 คนที่มีอายุตั้งแต่ 6 ถึง 14 ปี เราใช้มาตราส่วนการให้คะแนนใหม่เพื่อประเมินความชุกของโรคสมาธิสั้น ผลการศึกษาครั้งแรกพบว่ามาตราส่วนการให้คะแนนใหม่สำหรับ ADHD นั้นถูกต้อง การศึกษาครั้งที่ 2 เปิดเผยว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในเมือง Fayoum อยู่ที่ ร้อยละ 20.5 โดยร้อยละ 33.8 พบในเด็กผู้ชาย และร้อยละ 6.8 พบในเด็กผู้หญิง

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ (2556) ทำการศึกษาพบความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1 พบสูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 โดยพบความชุกโรคสมาธิสั้นสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 11.7 และต่ำสุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 5.1 จำแนกตามกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้น พบสูงสุดคือ combined type ร้อยละ3.8 inattentive type ร้อยละ 3.4 และต่ำสุด hyperactive/impulsive type ร้อยละ 0.9

Rae Thomas และคณะ (2015) ทำการศึกษาความชุกของความผิดปกติของสมาธิสั้น/สมาธิสั้น ด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบและ Meta-analysis ศึกษาเรื่องที่เข้าเกณฑ์ 175 เรื่อง รวมการประมาณความชุกของโรคสมาธิสั้น 179 รายการ โดยมีค่าประมาณโดยรวม ร้อยละ 7.2 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: 6.7 ถึง 7.8) และไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างรุ่น DSM ในการวิเคราะห์หลายตัวแปร การประมาณการความชุกของโรคสมาธิสั้นลดลงเมื่อใช้ DSM ฉบับปรับปรุง

ครั้งที่ 3 เมื่อเทียบกับฉบับที่ 4 (P =0.03) และเมื่อมีการศึกษาในยุโรปเมื่อเทียบกับอเมริกาเหนือ (P= 0.04) มีการศึกษาน้อยที่ใช้การสุ่มตัวอย่างประชากรด้วยการเลือกแบบสุ่ม ส่วนใหญ่มาจากเมืองหรือภูมิภาคเดียว จึงเป็นข้อจำกัดในการใช้ทั่วไป

Baggio และคณะ (2018) ทำการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในสถานที่กักกันหรือเรือนจำ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review and meta-analysis) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 1966 – 2018 ในฐานงานวิจัย PubMed/Medline, PsycINFO และ Web of Sciences ผลการศึกษาพบว่า จากการทบทวนงานวิจัย จำนวน 102 ชิ้น กลุ่มตัวอย่าง 69,997 คน พบอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ คือ ร้อยละ 26.2 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: 22.7–29.6) การประเมินย้อนหลังของโรคสมาธิสั้นในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการประมาณค่าความชุกโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ (41.1, 95% ช่วงความเชื่อมั่น: 34.9–47.2, p <0.001) ผลการศึกษานี้ยืนยันอัตราความชุกสูงของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มผู้ที่อยู่ในสถานที่กักกันหรือเรือนจำ ซึ่งสูงกว่าห้าเท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ซึ่งบ่งชี้ว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีผลกระทบต่อเนื่องไปจนถึงวันผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการละเมิดหรือทำผิดกฎหมาย

Albatti และคณะ (2017) ทำการศึกษาความชุกของโรคเด็กสมาธิสั้น ในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาทั้งของรัฐบาลและเอกชนในประเทศซาอุดิอาระเบีย เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงสังเกตของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1,000 คน นักเรียนที่ได้รับการคัดเลือกได้รับการคัดกรองโดยมาตราส่วนการให้คะแนนสมาธิสั้นโดยใช้หลายขั้นตอน แต่ละชั้นเรียน แบบประเมินโรคสมาธิสั้น ถูกกรอกโดยทั้งผู้ปกครองและครู ผลการศึกษาพบความชุกของโรคสมาธิสั้นโดยประมาณคือ ร้อยละ 3.4 อาการสมาธิสั้นส่งผลต่อเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง นอกจากนี้ โรคสมาธิสั้นยังพบได้บ่อยในเด็กของมารดาที่ไม่รู้หนังสือหรือขาดโอกาสในการศึกษา

Hoang และคณะ (2021)ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ของโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเมืองใหญ่ ของเวียดนาม เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 525 คน (อายุ 6 ถึง 7 ปี) รวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแล 525 คน และครู 28 คน ใช้ Vanderbilt Assessment Scales โดยผู้ปกครองและครูเพื่อคัดกรองเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า จากนักเรียนทั้งหมด 525 คน พบว่า 24 คน (ร้อยละ 4.6) มีอาการสมาธิสั้น พบในเด็กผู้ชาย ร้อยละ 6.5 เด็กผู้หญิง ร้อยละ 2.1 ส่วนใหญ่เป็นประเภทไม่ตั้งใจและสมาธิสั้น ร้อยละ 3.4 ทั้งนี้ ครูให้ประเมินหรือคะแนนโรคสมาธิสั้นสูงกว่าที่พ่อแม่ให้คะแนนความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นในเพศชาย (OR_{adj}=4.90, 95% CI 1.51–15.85) ผู้ที่มีญาติเป็นโรคสมาธิสั้น (OR_{adj}=85.2, 95% CI 1.66–4371.8), การสัมผัสควันบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ (OR_{adj}=4.78, 95% CI 1.31–17.44) และการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนคลอด (OR_{ad}=8.87, 95% CI 2.29–34.42) งานวิจัยนี้

เสนอแนะ ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นสำหรับนักเรียนที่เข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

2.6.3 การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

ศิรินดา จันทร์เพ็ญ และคณะ (2561) ศึกษาความตรงของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น ในเด็กและวัยรุ่นไทย (THASS) ในการคัดแยกผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม พบว่าการใช้ THASS ฉบับตนเองเพียงฉบับเดียวไม่สัมพันธ์กับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ในขณะที่ฉบับผู้ปกครองและครูมีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อใช้ THASS ร่วมกัน 3 ฉบับ ทั้งฉบับตนเอง ผู้ปกครอง และครู ในกลุ่มโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมจะมีค่าความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยแสดงด้วยค่าความไว 0.82 และค่าความจำเพาะ 0.93 ซึ่งสูงกว่าการใช้ฉบับใดฉบับหนึ่งเพียงฉบับเดียว สรุป แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นฯ มีค่าความไวและความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ดีมากหากใช้แบบคัดกรองร่วมกันทั้ง 3 ฉบับ แสดงให้เห็นว่า THASS เป็นแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นที่มีความตรง และสามารถตรวจพบโรคสมาธิสั้นทั้งกลุ่มที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วมได้

ประเวศ ปรีดาชัยกุล (2559) ศึกษาประสิทธิผลการคัดกรองช่วยเหลือเด็กที่เสี่ยง ต่อภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา 12 โรงเรียนในจังหวัดภูเก็ต พบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษามีการเปลี่ยนแปลงของอาการและผลการเรียนที่ดีขึ้น กว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา แต่พบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้ามารับการรักษามีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 18.6 ดังนั้นการคัดกรองและช่วยเหลือเด็กในอนาคตควรหาวิธีการที่จะทำให้เด็กกลุ่มเสี่ยงได้เข้ามารับการรักษามากขึ้น

ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2557) การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็ก และวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี แบบคัดกรองTHASS เป็นแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นที่มีค่าความเชื่อถือได้และค่าความแม่นตรงอยู่ในเกณฑ์ดีหากใช้ฉบับตนเอง ฉบับผู้ปกครอง หรือฉบับครู ฉบับใดฉบับหนึ่ง แบบคัดกรอง THASS จะมีค่าความไวและความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง แต่ค่าความไวและความจำเพาะจะสูงขึ้นมากหากใช้ผลของทั้ง 3 ฉบับร่วมกัน

2.6.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น

Huang และคณะ (2018) ศึกษาการสูบบุหรี่ของมารดาและความผิดปกติของสมาธิสั้น/สมาธิสั้นในลูก พบว่า การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดสมาธิสั้นในเด็ก (OR: 1.60; 95% CI: 1.45–1.76) ความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นมากสำหรับเด็กที่มารดาสูบบุหรี่มาก (OR: 1.75; 95% CI: 1.51–2.02) มากกว่าเด็กที่มารดาสูบบุหรี่เล็กน้อย (OR: 1.54; 95% CI: 1.40–1.70) ข้อจำกัดของการศึกษาของเรารวมถึงเครื่องมือการประเมิน ADHD ที่แตกต่างกันและการขาดมาตรการทางชีววิทยา สรุปจากการวิเคราะห์ มีหลักฐานสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ของมารดากับสมาธิสั้นในลูก แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจ

เกิดขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษาที่มีคุณภาพสูงขึ้นเพื่อระบุว่าความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหรือไม่

Franz และคณะ (2018) ศึกษาโรคสมาธิสั้น/สมาธิสั้น และน้ำหนักแรกเกิดน้อยมาก/คลอดก่อนกำหนดมาก แม้ว่าทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดมาก (VP), คลอดก่อนกำหนดมาก (EP), น้ำหนักแรกเกิดต่ำมาก (VLBW) และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำมาก (ELBW) ดูเหมือนจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น/สมาธิสั้น (ADHD) ในภายหลังซึ่งความเสี่ยงไม่ชัดเจนจึงทำการศึกษา พบว่า อาสาสมัคร VP/VLBW และ EP/ELBW มีความเสี่ยง ADHD สูงขึ้น (odds ratio [OR] = 3.04 สูงกว่ากลุ่มควบคุม; 95% Confident range [CI] 2.19 ถึง 4.21)) ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อย เราแสดงให้เห็นว่ายิ่งกรณีที่รุนแรงมาก OR ก็ยิ่งสูง (VP/VLBW: OR = 2.25 [95% CI 1.56 ถึง 3.26]; EP/ELBW: OR = 4.05 [95% CI 2.38 ถึง 6.87]) ดึงข้อมูลจากการศึกษา 29 เรื่อง (N = 3504) เกี่ยวกับอาการสมาธิสั้นและพบความเชื่อมโยงที่มีนัยสำคัญกับการขาดสมาธิ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐาน [SMD] = 1.31, 95% CI 0.66 ถึง 1.96), สมาธิสั้นและแรงกระตุ้น (SMD = 0.74, 95% CI 0.35) ถึง 1.13) และอาการรวม (SMD = 0.55, 95% CI 0.42 ถึง 0.68) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัคร VP/VLBW มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและอาการเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และการค้นพบเหล่านี้ชัดเจนยิ่งขึ้นในกลุ่ม EP/ELBW นักวิจัยในอนาคตควรระบุปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ก่อนกำหนดหรือน้ำหนักแรกเกิดต่ำที่นำไปสู่สมาธิสั้น

ปัทมาพร ทองสุขดี และคณะ (2563) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของมารดาและโรคสมาธิสั้นในบุตร พบว่า มารดาที่มีโรคที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงในการมีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น 3.1 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ (2562) การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น มีทั้งหมด 5 ปัจจัย แบ่งเป็น ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ สำหรับปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดา และ ประวัติเสพสารเสพติดของบิดา

นพวรรณ ศรีวงคพานิช และคณะ (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิสติก ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า เด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิสติก ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

ธัญวดี นาคมิตร และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเป็นแม่ สามารถร่วมกันทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ร้อยละ 51.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนกิจวัตรสุขภาพครอบครัว และสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ไม่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นจึงควรให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเป็นแม่ ทั้งนี้เพื่อให้มารดาสามารถให้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามอัตภาพ

นันทชา สงวนกุลชัย และจินตนา ยูนิพันธ์ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นภาคกลางตอนบน พบว่า 1) เด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมร้อยละ 69.5 โดยมีปัญหาพฤติกรรมด้านเกเรมากที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมสัมพันธภาพทางสังคม และปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์ 2) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพของเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับดีร้อยละ 79.2 พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่โดยรวม อยู่ระดับปานกลางร้อยละ 86.4 ภาวะซึมเศร้าของแม่พบร้อยละ 18.8 และภาวะพ่อติดสุราพบร้อยละ 8.4 3) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพและพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มยุรา ชัยเดช และคณะ (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัจจัยทางคลินิก โดยพบว่าปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดารุณี งามขำ และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก พบว่า 1) เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาตามลำดับคือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกเร และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม 2) การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพครอบครัว

และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิลก (2556) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่าปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เด็กเพศชายเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยง 1.6 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ เด็กที่เคยมีประวัติเรียนซ้ำชั้นหรือเคยถูกครูลงโทษเสี่ยงเป็น 1.9 และ 2.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคย ครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่หรือเป็นหม้ายเสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันปกติ พ่อที่การศึกษาจบมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินเสี่ยงเป็น 1.4 เท่า พ่อมีประวัติปัญหาพฤติกรรมชนอยู่ไม่นิ่ง เสพสารเสพติด หรือก่อกวนผู้อื่นเสี่ยงเป็น 2.0, 2.0 และ 1.5 เท่า และผู้ปกครองที่ไม่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสี่ยงเป็น 2.3 เท่า

2.6.5 การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

สมัย ศิริทองถาวร และคณะ (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ พบว่าหลักสูตรการคัดกรองและปรับพฤติกรรมที่บ้านสำหรับผู้ปกครอง และหลักสูตรการคัดกรองและปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนสำหรับครู เพิ่มระดับความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นต่อเด็กโรคสมาธิสั้นและต่อการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่อยู่ในทั้งสองหลักสูตรสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกันแบบบูรณาการ ได้ร่างแนวทางการดูแลและติดตามโดยมีศูนย์กลางการประสานงานและติดตามเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือปฐมภูมิที่พร้อมและใช้ระบบฐานข้อมูลการส่งต่อ (ADHD Refer) ติดตามเด็กร่วมกับผู้ปกครองและครู ทั้งนี้ ควรมีการทดสอบการดูแลร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ครู และผู้ปกครองต่อไป

ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์ (2562) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์และครู อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาการดำเนินการ มกราคม 2561-มกราคม 2562 กลุ่มเป้าหมาย 80 คน ได้แก่ เด็กนักเรียน 30 คน ผู้ปกครอง 30 คน ครู 7 คน บุคลากรทางการแพทย์ 13 คน ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 30 คน มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 100 หลังจากที่ได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนาผู้ปกครองเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น 30 คน เข้ารับการอบรมครบทุกหลักสูตรครบ ร้อยละ 100 สามารถทำแบบทดสอบได้ถูกต้อง ดูแลเด็กได้ถูกต้อง ร้อยละ 93 ครูเข้าอบรมจำนวน 7 คนที่เข้าร่วมโครงการและสามารถดูแลเด็กได้ตามมาตรฐาน ร้อยละ 100 บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลเด็กได้ครอบคลุมร้อยละ 100 เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

จากการติดตามผลด้านทักษะครู ครูได้สื่อสารกับผู้ปกครองเรื่องเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้น ชี้แจงพฤติกรรม สนับสนุนให้ผู้ปกครองสังเกตอาการและประเมินด้วยเครื่องมือ SNAP-IV และปรับพฤติกรรมที่บ้าน และสนับสนุนให้พาเด็กไปพบแพทย์ในกรณีที่มีอาการอยู่ในเกณฑ์ ซึ่งผลตอบรับของผู้ปกครองเป็นไปในเชิงบวก ด้านการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกันแบบบูรณาการได้ร่างแนวทางการดูแลและติดตามโดยมีศูนย์กลางการประสานงานและติดตามเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ที่โรงพยาบาลพร้อมและใช้ระบบฐานข้อมูลในการส่งต่อติดตามเด็กร่วมกับผู้ปกครองและครู หลังคำเนินการได้ระบบที่ชื่อว่า PCT system (Parent, Care team, Teacher) เป็น fast track สำหรับการดูแลเด็กสมาธิสั้นใน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

วีรยา คำเรืองฤทธิ์ (2564) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง การวิจัยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่ง 2) เพื่อสร้างโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และ 3) เพื่อทดลองใช้และปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่ง โดยสังเคราะห์งานวิจัยและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารและ 2) ประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 สร้างโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และประเด็นสัมภาษณ์ชิงลึก ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 หาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ กลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งจำนวน 2 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินหลังทำกิจกรรม ละกิจกรรมประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และขั้นตอนที่ 2 หาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งจำนวน 3 คน ผู้ปกครองจำนวน 3 คน และครูประจำชั้นจำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short form) แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร แบบประเมินหลังทำกิจกรรม และกิจกรรมประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่ง ระยะเวลา 11 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

เช่น ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) สภาพปัญหาหลัก คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งขาดความรู้ที่เกี่ยวกับการคิดเชิงบริหาร และแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่ง ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดเชิงบริหารแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรเลือกกิจกรรมที่เด็กสนใจตามวัย และได้ลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 2) โปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ประกอบด้วย คู่มือการใช้โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร โดยใช้หลักการเสริมแรงและลดการช่วยเหลือผู้ปกครองจนกระทั้งสามารถออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่ต้องการฝึกได้เอง และกิจกรรมประเมินการคิดเชิงบริหาร 3) เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาการคิดเชิงบริหารด้านการจำเพื่อใช้งานและการควบคุมความยับยั้งชั่งใจได้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพเนื่องจากเด็กมีคะแนนความก้าวหน้าสูงขึ้นหลังจากการฝึกกิจกรรมส่งเริมการคิดเชิงบริหาร

กัลยา สุวรรณสิงห์ และคณะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัด ทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขของ Pavlov และ Skinner และทฤษฎีการเลียนแบบ ของ Bandura ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาที ระยะห่าง 3 สัปดาห์ โดยมีการบ้านดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างข้อตกลงกับเด็กใส่ตารางกิจวัตรประจำวัน ครั้งที่ 2 ให้ฝึกแก้ปัญหาพฤติกรรมที่แต่ละคนเลือก ครั้งที่ 3 พูดคุยปัญหาอุปสรรคที่นำไปใช้และนัดติดตามภายหลัง จบโปรแกรม 9 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม 3 ด้าน ของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วม โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ลดลงทุกด้าน คือ พฤติกรรมขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/วู่วาม หุนหันและพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็ก สมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้

สุนทรี ศรีโกไสย และคณะ (2561) ศึกษาอาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น และระดับความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับความเครียดของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่าอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาครบของเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ในกลุ่มทดลองสูงกว่าเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ในกลุ่มควบคุม โดยสรุปโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลช่วยให้ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีระดับความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตเพิ่มขึ้น มีความเครียดลดลง เด็กมีอาการทางคลินิกดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

อธิชาดา อธิพงษ์อาภรณ์ และนิดา ลิ้มสุวรรณ (2561) ศึกษาสาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นวัยเด็กและวัยรุ่น พบว่า สาเหตุหลักของการขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันที่นัดและไม่มีอาการแล้ว หากแบ่งตามระยะเวลาของการรักษาพบว่าสาเหตุที่ขาดการติดตามการรักษาในระยะแรก (≤ 6 เดือน) คือ ทนผลข้างเคียงจากการกินยาไม่ได้ ระยะทางไกลเดินทางลำบาก ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันที่นัด และแพทย์ไม่ค่อยสื่อสารหรือให้ข้อมูล สำหรับสาเหตุที่ขาดการติดตามการรักษาระยะหลัง (> 6 เดือน) คือ ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่มีอาการแล้ว และไม่สะดวกมารับการรักษาต่อเนื่องในวันที่นัด สรุป สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาเมื่อแบ่งตามระยะเวลามีความแตกต่างกัน

วันรวี พิมพ์รัตน์ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของ ผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น คือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา การกินยา 1 ครั้งต่อวัน และบิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยว

จินิส สีห์รา และคณะ (2562) การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น อัตราการรับประทานยาที่ 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 81.8 และ 86.5 ตามลำดับ สำหรับอาการสมาธิสั้นพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการซน/วู่วามลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับอาการขาดสมาธิ และความบกพร่องทางหน้าที่ พบว่าลดลงไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม

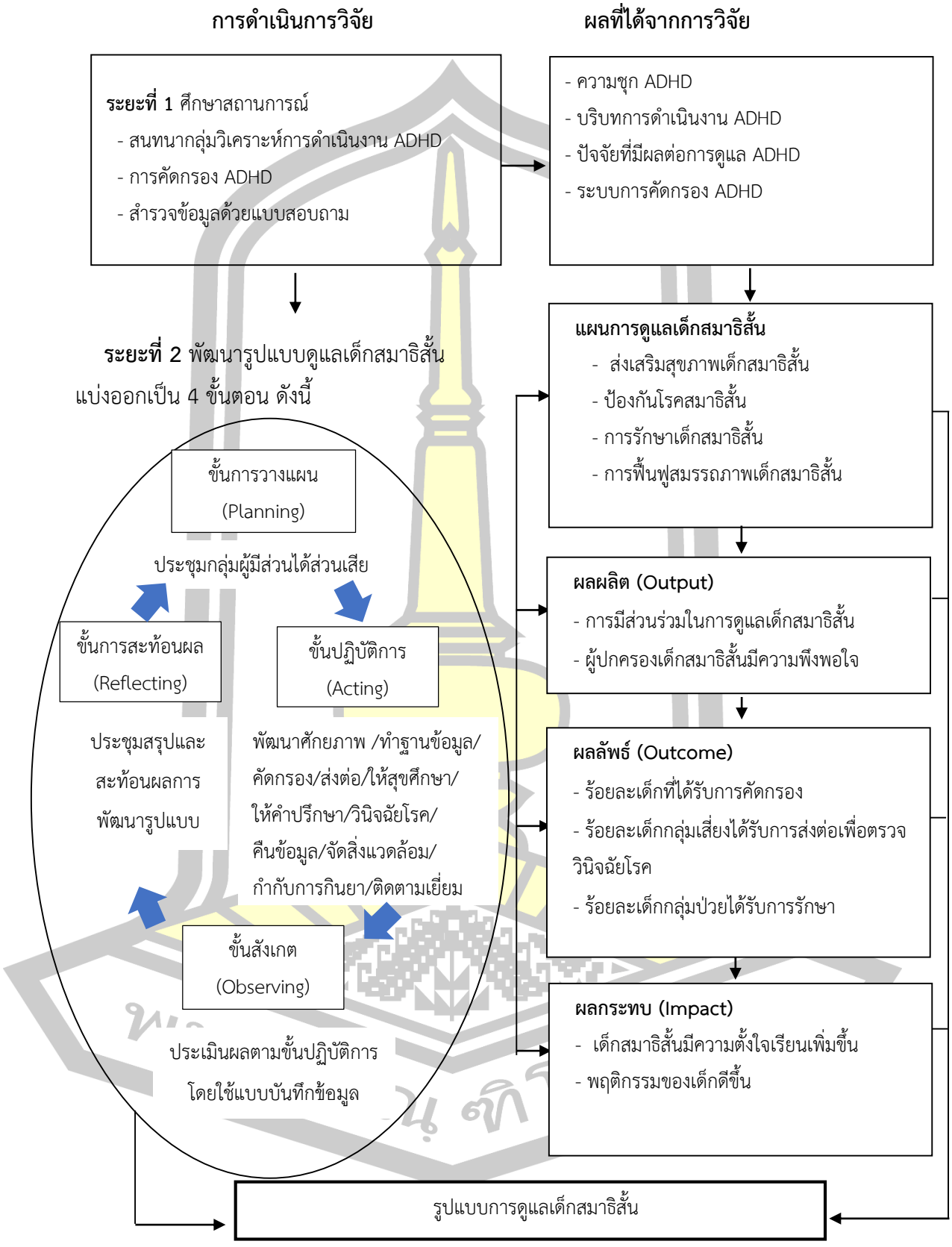
โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งงานวิจัยของไทยและต่างประเทศด้านความชุกของโรคสมาธิสั้น พบความชุกที่หลากหลาย อยู่ระหว่างร้อยละ 3.4 - 7.2 ซึ่งอาจเป็นเพราะความแตกต่างของลักษณะทางประชากร เครื่องมือการคัดกรอง ระยะเวลาในการศึกษา ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในแต่ละการศึกษาก็มีความแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่คล้ายกันได้แก่ การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ เด็กที่เป็นเพศชาย ประวัติเสพสารเสพติดของบิดา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่ต่างกัน ได้แก่ กรรมพันธุ์ การที่มารดาที่ไม่รู้หนังสือหรือขาดโอกาสในการศึกษา การสัมผัสควันบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนคลอดของมารดา ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ มารดาที่มีโรคที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประวัติถูกลงโทษของเด็กและการมีโรคอื่นๆ ของเด็ก เช่น ออทิสติก ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา การคัดกรองโรคสมาธิสั้นมีรูปแบบคัดกรองที่หลากหลาย ใช้การคัดกรองจากผู้ปกครองและครูในโรงเรียน โดยผลการคัดกรองของครูจะได้รับความน่าเชื่อถือสูงที่สุด แต่การพิจารณาจากการคัด

กรองทั้งครูและผู้ปกครองจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อทำการส่งต่อเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่วนรูปแบบการดูแลโรคสมาธิสั้นมีหลายหลาย ทั้ง การรักษาด้วยยาและการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็ก โปรแกรมให้ความรู้ โปรแกรมสุขภาพจิตสำหรับผู้ปกครอง ปัญหาสำคัญในการดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ ทัศนคติเชิงลบของผู้ปกครอง ขาดการติดตามการรักษาหรือการรับประทานยาต่อเนื่อง กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นพบว่า ต้องดำเนินการแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประเด็นสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่กล่าวถึงข้างต้น จะถูกนำไปประยุกต์ใช้หรือวางแผนในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นจังหวัดยโสธร ในการศึกษานี้

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้จะเป็นการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นจังหวัดยโสธร ซึ่งจะครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังปรากฏในรูปภาพที่ 4

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว



รูปภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual frameworks)

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งจะขออธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ มีรายละเอียดประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ขั้นตอนการวิจัย
3. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง
4. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
5. การรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้
6. ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี 2 ระยะ ได้แก่

3.1.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ บริบทการดำเนินงาน ความชุกเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น

3.1.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบดูแลเด็กสมาธิสั้นด้วยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart อ้างถึงในวีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) ขั้นการวางแผน (Planning)
2) ขั้นปฏิบัติการ (Acting)
3) ขั้นสังเกต (Observing)
4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting)

3.2 ขั้นตอนการวิจัย

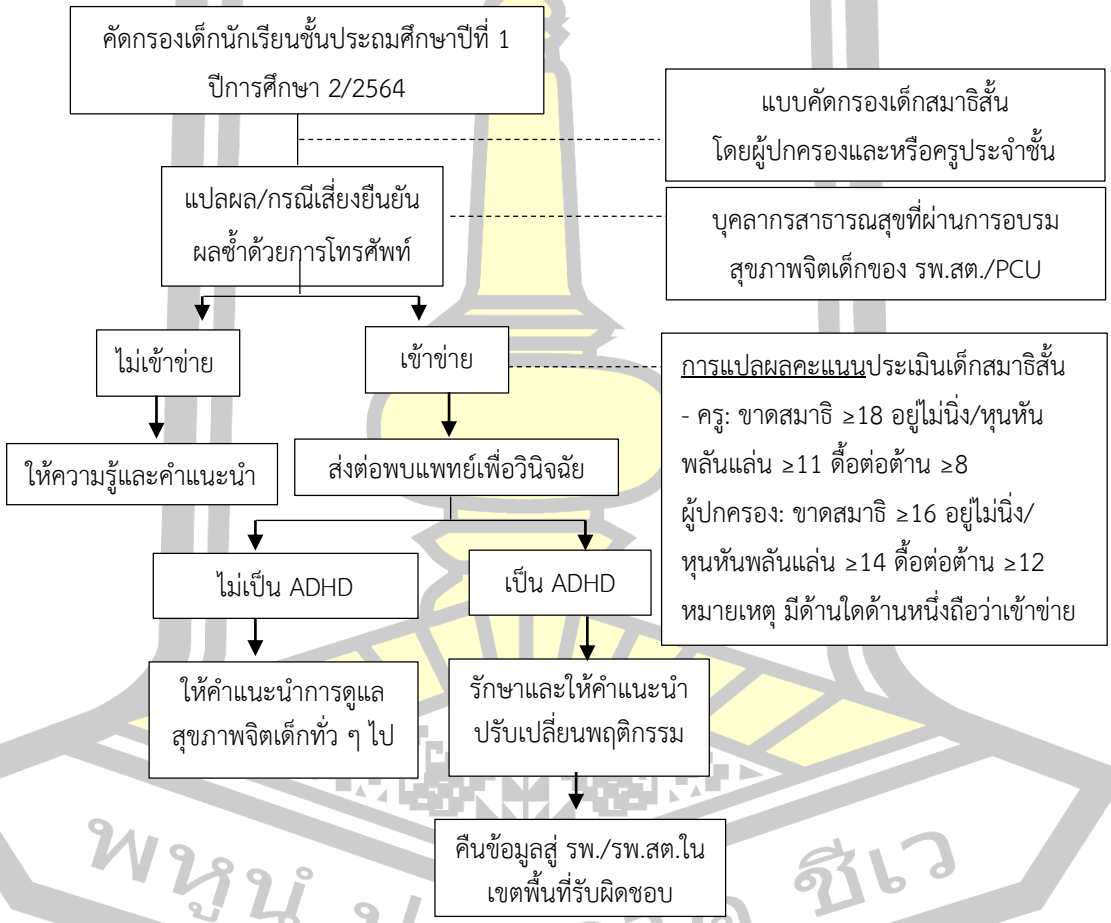
แบ่งตามระยะของการวิจัย ซึ่งมี 2 ระยะ ดังนี้

3.2.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาบริบทการดูแลสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยมีการรวบรวมข้อมูลจาก 3 ส่วน คือ

1) ศึกษาบริบทการดูแลเด็กสมาธิสั้น สภาพปัญหา กลไกการดำเนินงาน จุดเด่น จุดด้อย การมีส่วนร่วม ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักจิตวิทยา ครู ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ศึกษาความชุกเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองและครูประจำชั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 5 แห่ง โดยมีขั้นตอนคัดกรองเด็กสมาธิสั้น ดังรูปภาพที่ 5



รูปภาพที่ 5 สรุปขั้นตอนการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

3.2.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนนี้เป็นนำเอาข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ นำเข้าสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระยะที่ 2 โดยการประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น 2) ด้านการป้องกันโรคสมาธิสั้น 3) ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น 4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นวางแผน (Planning) เป็นการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำเข้าข้อมูลการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และระบบการดูแลสุขภาพจิตเด็กจากระยะที่ 1 แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผลการประชุมได้แผนการดูแลเด็กสมาธิสั้น 4 แผน ได้แก่

P1 คือ แผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

P2 คือ แผนการป้องกันโรคสมาธิสั้น

P3 คือ แผนการรักษาเด็กสมาธิสั้น

P4 คือ แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

2) ขั้นปฏิบัติการ (Acting) ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ได้จากขั้นวางแผนการดูแลเด็กสมาธิสั้น เกิดกิจกรรมครอบคลุมการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งในโรงเรียน โรงพยาบาล และครอบครัวและชุมชน แบ่งออกเป็น 4 แผน จำนวน 12 กิจกรรม ดังนี้

(1) แผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

A1 คือ การพัฒนาศักยภาพคุณครู เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

(2) แผนการป้องกันโรคสมาธิสั้น

A2.1 คือ จัดทำฐานข้อมูลนักเรียนเป้าหมายทั้งหมด ทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

A2.2 คือ การคัดกรองภาวะสมาธิสั้นโดยครูและผู้ปกครอง

A2.3 คือ กระบวนการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์

(3) แผนการรักษาเด็กสมาธิสั้น

A3.1 คือ การให้สุขศึกษารายกลุ่มกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและให้คำปรึกษารายบุคคล

A3.2 คือ การพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและมาพบแพทย์ตามนัด

A3.3 คือ ให้คำแนะนำการกินยาสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง

A3.4 คือ การคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้นให้กับโรงเรียนและ รพ.สต./PCU

(4) แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

A4.1 คือ จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เช่น จัดที่นั่งในห้องเรียน ชื่นชม ให้กำลังใจ

A4.2 คือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น ชื่นชม ให้กำลังใจ

A4.3 คือ การกำกับการกินยาโดยผู้ปกครองครูประจำชั้น

A4.4 คือ การติดตามเยี่ยมเสริมพลังโรงเรียนและครอบครัว

3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามขั้นปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 4 แผน จำนวน 12 กิจกรรม ดังนี้

(1) ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

O1 คือ ร้อยละของครูที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

(2) ด้านการป้องกันโรคสมาธิสั้น

O2.1 คือ ความครบถ้วน ถูกต้องของฐานข้อมูล

O2.2 คือ ร้อยละความครอบคลุมในการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน

O2.3 คือ ร้อยละเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการ

(3) ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น

O3.1 คือ ประเมินความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

O3.2 คือ การยอมรับการรักษาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

O3.3 คือ การกินยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

O3.4 คือ ขั้นตอนการคืนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงเรียนและรพ.สต./PCU

(4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

O4.1 คือ พฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่เป็นเด็กสมาธิสั้น

O4.2 คือ พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

O4.3 คือ พฤติกรรมการกินยาอย่างต่อเนื่อง

O4.4 คือ ความพึงพอใจของผู้ปกครอง

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) สรุปและสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบ จุดอ่อน จุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนา ปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมทั้งคืนข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ พร้อมกับรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบเพื่อให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์ที่สุด ในมิติการดูแลเด็กสมาธิสั้น 4 ด้าน จำนวน 11 ประเด็น ดังนี้

(1) ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

R1 คือ การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครอง

(2) ด้านการป้องกันโรคสมาธิสั้น

R2.1 คือ ระบบฐานข้อมูล

R2.2 คือ การคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็กและการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสมาธิสั้น

(3) ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น

R3.1 คือ ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

R3.2 คือ กระบวนการรักษาและการติดตามมาพบแพทย์ของเด็กสมาธิสั้น

R3.3 คือ แนวทางการกินยาของเด็กสมาธิสั้น

R3.4 คือ แนวทางการคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้น

(4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

R4.1 คือ พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน

R4.2 คือ ความแตกต่างของพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

R4.3 คือ การกำกับการกินยาของเด็กสมาธิสั้น

R4.4 คือ ปัญหาและอุปสรรครวมถึงข้อเสนอแนะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถสรุปความเชื่อมโยงของกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นในแต่ละขั้นตอน รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การดูแลเด็กสมาธิสั้น	ขั้นวางแผน (Planning)	ขั้นปฏิบัติการ (Acting)	ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)	ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)
1. ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น	P1 แผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น	A1 การพัฒนาศักยภาพครูเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	O1 ร้อยละของครูที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	R1 การพัฒนาศักยภาพครู

ตารางที่ 6 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

การดูแลเด็กสมาธิสั้น	ขั้นวางแผน (Planning)	ขั้นปฏิบัติการ (Acting)	ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)	ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)
2. ด้านการป้องกันโรคสมาธิสั้น	P2 แผนการป้องกันโรคสมาธิสั้น	A2.1 จัดทำฐานข้อมูลนักเรียนเป้าหมายทั้งหมดกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	O2.1 ความครบถ้วน ถูกต้องของฐานข้อมูล	R2.1 ระบบฐานข้อมูล
		A2.2 การคัดกรองภาวะสมาธิสั้นโดยครูและผู้ปกครอง	O2.2ร้อยละความครอบคลุมในการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน	R2.2 การคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็กและการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสมาธิสั้น
		A2.3 กระบวนการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์	O2.3 ร้อยละเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการ	
3. ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น	P3 แผนการรักษาเด็กสมาธิสั้น	A3.1 การให้สุขศึกษารายกลุ่มกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและให้คำปรึกษารายบุคคล	O3.1 ประเมินความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง	R3.1 ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

พหุน ปณ ฑิ โต ยิน

ตารางที่ 6 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

การดูแลเด็กสมาธิสั้น	ขั้นวางแผน (Planning)	ขั้นปฏิบัติการ (Acting)	ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)	ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)
		A3.2 การพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและมาพบแพทย์ตามนัด	O3.2 การยอมรับการรักษาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	R3.2 กระบวนการรักษาและการติดตามมาพบแพทย์ของเด็กสมาธิสั้น
		A3.3 ให้คำแนะนำการกินยาสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง	O3.3 ความเข้าใจการกินยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น	R3.3แนวทางการกินยาของเด็กสมาธิสั้น
		A3.4 การคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้นให้กับโรงเรียนและ รพ.สต./PCU	O3.4 ขั้นตอนการคืนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงเรียนและ รพ.สต./PCU	R3.4แนวทางการคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้น
4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น	P4 แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น	A4.1จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เช่น จัดที่นั่งในห้องเรียน ชื่นชม ให้กำลังใจ	O4.1 พฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่เป็นเด็กสมาธิสั้น	R4.1พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน
		A4.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น ชื่นชม ให้กำลังใจ	O4.2 พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	R4.2 พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน

ตารางที่ 6 สรุปประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

การดูแลเด็กสมาธิสั้น	ขั้นวางแผน (Planning)	ขั้นปฏิบัติการ (Acting)	ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)	ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)
		A4.3 การกำกับการกินยาโดยผู้ปกครองและครูประจำชั้น	O4.3 พฤติกรรมการกินยาอย่างต่อเนื่อง	R4.3การกำกับการกินยาของเด็กสมาธิสั้น
		A4.4 การติดตามเยี่ยมเสริมพลังโรงเรียนและครอบครัว	O4.4 กระบวนการติดตามเยี่ยมและประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง	R4.4 ปัญหาและอุปสรรครวมถึงข้อเสนอแนะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

3.3 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากร มี 2 ส่วน ได้แก่

1) ประชากรเพื่อศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 5 โรงเรียน ทั้งหมด 464 คน

2) ประชากรเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กและอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันกับเด็กของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 464 คน

3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยนี้มี 2 ระยะ ผู้วิจัยขอนำเสนอกลุ่มตัวอย่างไปตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1.1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยการประชุมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง รวมจำนวน 20 คน ได้แก่

(1) ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 คน

(2) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน

(3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน

(4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน

(5) ครู จำนวน 3 คน

(6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน

(7) ผู้ปกครอง จำนวน 3 คน

(8) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตัวอย่าง ได้แก่

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มีประสบการณ์หรือทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นมาอย่างน้อย 3 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

1.2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับศึกษาความชุกเด็กสมาธิสั้น ทำการศึกษาในประชากรซึ่งเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 464 คน ด้วยการคัดกรองพฤติกรรม (SNAP-IV)

1.3) กลุ่มตัวอย่างสำหรับศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทำการศึกษาในประชากร ซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตตำบลในเมือง อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ทั้งหมด จำนวน 464 คน โดยใช้แบบสอบถาม

อย่างไรก็ตาม เพื่อแสดงถึงขนาดตัวอย่างที่เพียงพอในการศึกษา ประกอบกับผู้วิจัยได้คำนึงถึงรูปแบบหรือลักษณะการศึกษาเพื่อหาความชุกของเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น จึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบค่าประชากร (Cochran, 1977) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 320 ราย แต่เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับประโยชน์จากการตรวจคัดกรองและส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาอย่างครอบคลุม ดังนั้น ในระยะขั้นตอนนี้ จึงจะทำการศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ทั้งหมด คือ 464 ราย รายละเอียดการคำนวณขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

$$n_o = \frac{Z^2_{\alpha/2}}{r^2}\frac{q}{p}$$

n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ กรณีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

n_0 คือ เป็นขนาดตัวอย่างเริ่มแรก

N คือ จำนวนประชากรศึกษา ซึ่งเป็นเด็ก ป.1 จำนวน 464 คน

$Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ ซึ่งกำหนด ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% โดย $Z_{\alpha/2} = Z_{0.025} = 1.96$

p คือ สัดส่วนของการเกิดโรค คือ 0.028 หรือร้อยละ 2.8 ซึ่งได้มาจากค่าความชุกของเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร (ปี 2564)

q คือ สัดส่วนของประชากรที่ได้เป็นโรค หรือ 1-p

r คือ ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ (relative standard error) กำหนดที่ร้อยละ 1 หรือ 0.01

แทนค่าในสูตรดังนี้ $n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.919}{0.01^2 \times 0.028} = 1045.5$

$$n = \frac{1045.5}{1+\frac{1045.5}{464}} \quad 20$$

ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาขั้นต่ำ จำนวน 320 ตัวอย่าง

2) กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระยะนี้ โดยเลือกจากโรงเรียนที่มีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูง และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 1 แห่ง ในเขตตำบลในเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 18 คน กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

(1) ครูประจำชั้น ป.1/ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน

(2) ผู้ปกครองเด็กนักเรียน จำนวน 3 คน

(3) นักวิชาการศึกษา จำนวน 1 คน

(4) นักจิตวิทยา จำนวน 1 คน

(5) พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 คน

(6) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็ก สสจ.ยโสธร จำนวน 1 คน

(7) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็ก สสอ.เมืองยโสธร จำนวน 1 คน

(8) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็ก รพ.ยโสธร จำนวน 1 คน
(9) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจิตเวช รพ.ยโสธร จำนวน 1 คน
(10) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็ก PCU เมืองยศ จำนวน 1 คน
(11) จิตแพทย์/กุมารแพทย์ รพ.ยโสธร จำนวน 1 คน
(12) เภสัชกร รพ.ยโสธร จำนวน 1 คน
(13) ตัวแทนท้องถิ่น จำนวน 1 คน
(14) อสม. จำนวน 2 คน

โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตัวอย่าง ได้แก่

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ก) มีประสบการณ์ ทำงานเกี่ยวข้องหรือทำงานเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นหรือสุขภาพจิตเด็กมาอย่างน้อย 3 ปี และ ข) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ก) เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

2.2) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะ จำนวน 87 คน กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

(1) เด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 คน
(2) ครูประจำชั้น จำนวน 6 คน
(3) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน
(4) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน
(5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 คน

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เป็นผู้ปกครอง จะมีการเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างผู้ปกครองกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน และผู้ปกครองกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอนำเสนอตามระยะการวิจัย ซึ่งมี 2 ระยะ ดังนี้

3.4.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการประชุมกลุ่ม เพื่อศึกษาการดำเนินงานสุขภาพจิตเด็ก เครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแบบสอบถามปลายเปิด ใช้สำหรับเป็นแนวทางในการประชุมกลุ่ม (รายละเอียดดังภาคผนวก ก) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม สถานที่จัดประชุม เวลาเริ่มและสิ้นสุดการสนทนา

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย

(1) สภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันเป็นอย่างไร แบ่งออกเป็น ด้านการบริการ ด้านบุคลากร ด้านข้อมูลและสารสนเทศ ด้านยาและเวชภัณฑ์ ด้านงบประมาณด้านอื่น ๆ

(2) กลไกการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไรบ้าง

(3) การดูแลเด็กสมาธิสั้น ใครควรมีส่วนร่วมบ้าง

(4) การดูแลเด็กสมาธิสั้น ควรเป็นอย่างไรจำนวน

2) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับครูแลผู้ปกครอง เพื่อคัดกรองเด็กสมาธิสั้น (รายละเอียดดังภาคผนวก ข และ ค) ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ชื่อ-สกุลเด็ก เพศ อายุ โรงเรียน ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อครูประจำชั้น/ผู้ปกครอง และเบอร์โทรศัพท์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (Short Form)

แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นนี้ ประยุกต์จากนพ.ณัทธร พิทยรัตนเสถียร และคณะ เป็นการประเมินที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมเด็ก ใน 1 สัปดาห์ จำนวน 26 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ซึ่งได้มีการเพิ่มรายละเอียดความหมายของแต่ละคะแนนเข้าไปในแบบประเมินดังกล่าว ได้แก่

0 คะแนน = ไม่เลย หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นเลย

1 คะแนน = เล็กน้อย หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 1-2 วัน/สัปดาห์

2 คะแนน = ค่อนข้างมาก หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 3-5 วัน/สัปดาห์

3 คะแนน = มาก หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 6-7 วัน/สัปดาห์หรือทุกวัน

เกณฑ์การแปลผล โดยใช้จุดตัดค่าคะแนน อ้างอิงจากวิจัยคุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย (ณัทธร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ, 2557) ดังนี้

อาการ	ผู้ปกครอง	ครู
ขาดสมาธิ	≥ 16 คะแนน	≥18 คะแนน
ซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลัน	≥ 14 คะแนน	≥11 คะแนน
ดื้อ / ต่อต้าน	≥ 12 คะแนน	≥ 8 คะแนน

หากเด็กนักเรียนมีคะแนนของอาการด้านใดด้านหนึ่งของผู้ปกครองหรือครูมากกว่าหรือเท่ากับจุดตัดคะแนน ถือว่ามีความเสี่ยง

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดดังภาคผนวก ง) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก อาชีพ รายได้ผู้ปกครองต่อเดือน สถานภาพสมรสของพ่อแม่เด็ก การดูแลเด็ก ประสบการณ์การอบรมหรือได้รับความรู้โรคเด็กสมาธิสั้น ประสบการณ์ในการใช้แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้น และประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เป็นลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ส่วนที่ 4 ทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

การให้คะแนน ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ส่วนที่ 4 ทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น และส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

คะแนน	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
1	น้อยมาก	มากที่สุด
2	น้อย	มาก
3	ปานกลาง	ปานกลาง
4	มาก	น้อย
5	มากที่สุด	น้อยมาก

เกณฑ์การแปลผลความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยนำคะแนนมารวมกันของแต่ละส่วนและจัดกลุ่ม (Classified) โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom และคณะ (1971) แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์	ระดับการประเมิน
ต่ำกว่าร้อยละ 0-59.9	ระดับไม่ดี (ต่ำ)
ร้อยละ 60-100	ระดับดี (ปานกลาง-สูง)

3.4.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีจำนวน 5 ชุด ดังนี้

1) แบบประเมินผลพฤติกรรมเชิงคุณภาพเด็กสมาธิสั้น โดยคุณครู เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ใช้สำหรับการบันทึกพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับการดูแล แบ่งการประเมินพฤติกรรมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน (รายละเอียดดังภาคผนวก จ)

2) แบบสรุปคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อน-หลังได้รับการดูแล ซึ่งเป็นการนำคะแนนการประเมินพฤติกรรม (SNAP-IV) ของผู้ปกครองรวมรายด้าน มาบันทึกรายบุคคลเพื่อเปรียบเทียบค่าความต่างของคะแนน (ภาคผนวก ฉ)

3) แบบประเมินพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก จำนวน 8 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (รายละเอียดดังภาคผนวก ช) ดังนี้

1	คะแนน หมายถึง	ไม่สามารถทำได้
2	คะแนน หมายถึง	ทำได้น้อย
3	คะแนน หมายถึง	ทำได้ปานกลาง
4	คะแนน หมายถึง	ทำได้ดี
5	คะแนน หมายถึง	ทำได้ดีมาก

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อการโครงการวิจัย และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัย เป็นข้อคำถามปลายเปิด

5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ (รายละเอียดดังภาคผนวก ซ) ดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง	น้อย
2 คะแนน	หมายถึง	ปานกลาง
3 คะแนน	หมายถึง	มาก

เกณฑ์การแปลผล โดยรวมคะแนนและจัดกลุ่ม (Classified) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1977) ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก ตามสูตรดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \text{ช่วงคะแนน}$$

$$\frac{3-1}{3} = 0.67$$

การแปลผลความพึงพอใจ

พึงพอใจน้อย	ช่วงค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00-1.67
พึงพอใจปานกลาง	ช่วงค่าเฉลี่ยคะแนน	1.68-2.33
พึงพอใจมาก	ช่วงค่าเฉลี่ยคะแนน	2.34-3.00

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ข้อ 2 และ 3 ก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปทดสอบคุณสมบัติ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามส่วนที่เป็นคำตอบแบบ ถูก-ผิด และมาตรวัดประมาณค่า จะนำไปทดสอบความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน

การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Contend validity) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน เลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีประสบการณ์หรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี รายละเอียดดังนี้

1) จิตแพทย์และกุมารแพทย์	จำนวน 2 คน
2) พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	จำนวน 2 คน
3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ	จำนวน 2 คน

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการหาค่า CVI (Contend validity index) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแต่ละข้อคำถามว่าสอดคล้องกับเนื้อหาการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้นหรือไม่ การกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

- ไม่สอดคล้อง ให้ 1 คะแนน
- สอดคล้องน้อย ให้ 2 คะแนน
- สอดคล้องค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน
- สอดคล้องมาก ให้ 4 คะแนน

แล้วนำมาคำนวณค่า CVI ซึ่งค่า CVI ที่ดี กรณีผู้เชี่ยวชาญ 6 คนขึ้นไป ควรมีค่าตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป (Lynn, 1986 อ้างใน Streiner & Norman, 2008) คำถามที่มีความสมบูรณ์ค่า CVI จะเท่ากับ 1 พร้อมกับขั้นตอนการประเมินความตรงนี้ จะขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำเกี่ยวกับความชัดเจนของภาษาที่ใช้ด้วย ในขั้นตอนการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา หากผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะให้มีการปรับข้อคำถาม และทำการปรับปรุงแบบสอบถามเพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ซึ่งผลจากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามในการวิจัยนี้ มีค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 โดยมีค่า CVI รวมเท่ากับ 0.99 ผลการประเมินความเข้าใจด้านภาษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) มีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเสนอให้มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้น แต่มีความหมายคงเดิม จำนวน 17 ข้อ รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สรุปรายละเอียดข้อคำถามที่ปรับปรุง

ข้อ	คำถามเดิม	คำถามที่ปรับปรุง
1	มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน	มักไม่ละเอียดรอบคอบในการทำงานต่าง ๆ เช่น งานบ้าน หรืองานที่ได้รับมอบหมาย
2	ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้	เบื่อง่าย ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้
3	ดูเหมือนไม่ค่อยฟัง เวลามีคนพูดด้วย	ไม่ค่อยฟัง เวลามีคนพูดด้วย
5	จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น	จัดตารางเรียน จัดกระเป๋าเรียน ไม่ถูกต้อง
6	มักหลีกเลี่ยงกิจกรรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ	ไม่มีความอดทนต่อความยากลำบาก

ตารางที่ 7 สรุปรายละเอียดข้อคำถามที่ปรับปรุง (ต่อ)

ข้อ	คำถามเดิม	คำถามที่ปรับปรุง
8	วอกแวกง่าย	วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ
9	ขี้ลืม	มักหลงลืม
12	วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินควรอย่างไม่รู้กาละเทศะ	วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินควร อย่างไม่เหมาะสม
13	เล่นหรือทำากิจกรรมเงียบๆไม่เป็น	เล่นหรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ ไม่เป็น
14	พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอเหมือน“ติดเครื่อง”อยู่ตลอดเวลา	พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือนตื่นตัวตลอดเวลา
16	มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ	มักจะตอบคำตอบก่อนฟังคำถามจบ
20	ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่	ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ ไม่มีเหตุผล
22	จงใจก่อกวนผู้อื่น	จงใจก่อกวนผู้อื่น แกล้งเพื่อน
23	มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด	ชอบโยนความผิดให้ผู้อื่น เมื่อตนเองทำผิด
24	ขี้รำคาญ	หงุดหงิดง่ายเมื่อผู้อื่นทำให้ไม่พอใจ
25	โกรธขึ้งบึ้งตึงเป็นประจำ	โกรธ หน้าบึ้งตึงเป็นประจำ
26	เจ้าคิดเจ้าแค้น	เจ้าคิดเจ้าแค้น จำฝังใจ

ส่วนแบบสอบถามความรู้โรคสมาธิสั้น พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น การรับรู้เกี่ยวกับโรคเด็กสมาธิสั้น ทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีการปรับข้อความเล็กน้อย จำนวน 12 ข้อ ดังนี้

- เปลี่ยนจากคำว่า ไม่เป็นระเบียบ เป็นคำว่า ขาดการวางแผน
- เปลี่ยนจากคำว่า เด็กเกเร เป็นคำว่า เด็กดื้อมีพฤติกรรมต่อต้าน
- เปลี่ยนจากคำว่า จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก เป็นคำว่า จะช่วยให้เด็กมีสมาธิทำงานได้มากขึ้น
- เปลี่ยนจากคำว่า เรียนไม่ทันเพื่อน เป็นคำว่า เรียนรู้ช้า เข้าใจช้า
- เปลี่ยนจากคำว่า ป่วยด้วยโรคอื่นๆร่วมด้วย เป็นคำว่า มีพฤติกรรมผิดปกติอื่นร่วมด้วย
- เปลี่ยนจากคำว่า เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ เป็นคำว่า เด็กเป็นโรคสมาธิสั้นเพียงโรคเดียว

- เปลี่ยนจากคำว่า ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เป็นคำว่า ไม่มีเงิน
- เปลี่ยนจากคำว่า เด็กอื่น เป็นคำว่า เด็กทั่วไป
- เปลี่ยนจากคำว่า เรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษ เป็นคำว่า เรียนเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ
- เปลี่ยนจากคำว่า การทำให้ เป็นคำว่า การกำกับ
- เปลี่ยนจากคำว่า ให้สุขศึกษา เป็นคำว่า ให้ความรู้
- เปลี่ยนจากคำว่า เด็กกลุ่มเสี่ยงโรคสมาธิสั้น เป็นคำว่า เด็กสงสัยโรคสมาธิสั้น

เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วจะได้แบบสอบถาม ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มครูในการประเมินเด็ก จำนวน 30 คน และผู้ปกครอง จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัย ตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าระดับความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้โรคสมาธิสั้น 0.74 ด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น 0.94 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเด็กสมาธิสั้น 0.94 ด้านทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น 0.77 และด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 0.89 จึงนำเครื่องมือไปใช้ในการข้อมูลงานวิจัยได้

3.5 การรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้ว รายละเอียด ดังนี้

1) จัดประชุมชี้แจงโครงการวิจัย แผนการวิจัย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลและการเก็บข้อมูลในพื้นที่แก่ครู บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

2) อบรมครูอนามัยโรงเรียนละ 1 คนและผู้ช่วยนักวิจัย 7 คน

3) ทำหนังสือแจ้งพื้นที่การวิจัยเพื่อแจ้งแผนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ กรณีเก็บข้อมูลจากครูทำการเก็บรวมรวมด้วยแบบสอบถาม ส่วนการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการโทรศัพท์สอบถามผู้ปกครองโดยผู้ช่วยนักวิจัย

4) ติดตาม รวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูล เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.5.2 การบันทึกข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นด้วยแบบสอบถามโดยครูประจำชั้น ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบคำถาม จากนั้นจะบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Excel แล้วจะทำการตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง ก่อนที่นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นด้วยแบบสอบถามจากผู้ปกครอง ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบคำถาม จากนั้นจะบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Excel แล้วจะทำการตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง ก่อนที่นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย นำข้อมูลการสนทนา การประชุมกลุ่มมาร่วมแลกเปลี่ยนกัน และทำการถอดเทป สรุปเป็นประเด็นตามหัวข้อสนทนา

3.5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อนำมาสรุปเป็นประเด็นบริบทการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค แนวทางการดำเนินงาน พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

2) ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นลักษณะทั่วไป ความพึงพอใจของตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด ส่วนความชุกของโรคสมาธิสั้น นำเสนอ จำนวน ร้อยละ และค่าความเชื่อมั่น 95% (95%CI)

3) การหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลจากแบบสอบถาม จะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ของการตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับ โดยหากแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์จะพิจารณาคัดออก รวมทั้ง การตรวจสอบค่าว่าง (Missing) โดยปรับแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และมีการปรับแก้ให้เรียบร้อยหากพบความผิดพลาด ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ใช้สถิติพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลด้านความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จะนำมารวมคะแนนและจัดกลุ่ม (Classified) โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับน้อย และ 2) ระดับปานกลางและมาก โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom และคณะ (1971) แบ่งเป็น 2 ระดับ

เกณฑ์	ระดับการประเมิน
ต่ำกว่าร้อยละ 0-59.9	ระดับไม่ดี (ต่ำ)
ร้อยละ 60-100	ระดับดี (ปานกลาง-สูง)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธี Unconditional multiple logistic regression โดยกำหนดตัวแปรดังนี้

- Dependent variables เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วม และกลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้มาจากการแบบสอบถาม ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom และคณะ (1971) กลุ่มที่ได้ 27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง คนที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และกลุ่มที่ได้ 26 คะแนนหรือต่ำกว่า หมายถึง คนที่ไม่มีส่วนร่วม

- Independent variables คือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ปกครอง ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 9 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากนำปัจจัยต่าง ๆ ที่มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate analysis) หาค่า Crude OR (95%CI) เพื่อเลือกตัวแปรที่มีค่า *p* - value น้อยกว่า 0.25 (Hosmer & Lemeshow, 2000) เข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ในโมเดลเริ่มต้น (initial regression model) จากนั้นทดสอบความสัมพันธ์กันของต้นแปรต้น (Multicollinearity) เพื่อหาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ก่อนทำการ fit model ด้วยเทคนิค Backward elimination โดยคงตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลสุดท้าย (final model) การสร้างโมเดลและการประเมินความถูกต้องเหมาะสมของโมเดล โดยการหาค่าความแม่นยำในการทำนายและค่าจุดตัด (Cut-off) ที่เหมาะสมในการจำแนกกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้วิธี Receiver operating characteristics (ROC) curve และ Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test

4) การประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้วยสถิติดังนี้

4.1) ประเมินเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 คน โดยทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Dependent t-test

4.2) ประเมินผู้ปกครอง จำนวน 60 คน โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียเทียบ จำนวน 30 คน ด้วยสถิติ Independent t-test

4.3) ประเมินคุณครู ประเมินผลเชิงคุณภาพ ด้วยกระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

4.4) ประเมินความต่อเนื่องในการกินยาสมาธิสั้น โดยใช้สถิติพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ

5) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 21.0 (SPSS®, Chicago, USA).

3.6 ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย ได้แก่

3.6.1 ก่อนดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอนผู้เก็บข้อมูลจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์โดยละเอียด พร้อมยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลว่ายินดี หรือยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจหรือไม่

3.6.2 ก่อนดำเนินการทำกิจกรรมกับเด็กนักเรียน จะต้องให้ผู้ปกครองเซ็นหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.6.3 การเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยเคร่งครัด

3.6.4 การแปลผลและการนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม

3.6.5 การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 056-413/2565 เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565

บทที่ 4
ผลการวิจัย

บทนี้นำเสนอรายละเอียดของผลการศึกษาตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถาณการณ์ และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

4.1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

ระยะนี้เป็นการศึกษาบริบทการดำเนินงานเด็กสมาธิสั้น ความชุกของเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น รายละเอียด ดังนี้

4.1.1 บริบทการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การดำเนินงานเด็กสมาธิสั้น แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) โรงพยาบาล ด้านการให้บริการ พบว่า มีคลินิกให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กทุกโรงพยาบาล แต่วันที่เปิดให้บริการยังมีน้อย มีพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นครบทุกโรงพยาบาล มีกุมารแพทย์ที่รับผิดชอบให้บริการในคลินิก 2 แห่ง และมียารักษาโรคจิตเวชเด็กครบทุกโรงพยาบาล นอกจากนี้มีระบบแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนจากโรงเรียน ชุมชนสู่โรงพยาบาล แต่การเชื่อมประสานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงเรียนบางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม ด้านระบบสารสนเทศมีการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดูแลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มีการพัฒนาครูอนามัยโรงเรียนแห่งละ 1 คน ทำให้ขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน

2) ชุมชน ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่และคุณครูบางส่วนยังไม่เข้าใจในกระบวนการคัดกรองและแบบคัดกรอง มีระบบการเชื่อมต่อประสานงานโรงเรียน ชุมชน คุณครูหรือเจ้าหน้าที่เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ครูและผู้ปกครองมีการรับรู้ข่าวสารน้อย การเข้าถึงข้อมูลยังน้อย ไม่เข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น ไม่มีระบบการคืนข้อมูลหรือการสื่อสารกับผู้ปกครอง ผู้ปกครองไม่เปิดใจยอมรับ มองว่าเป็นเรื่องปกติ และกินยาไม่ต่อเนื่องรวมทั้งมีการปรับยาเอง เด็กมาเรียนโรงเรียนข้ามเขตจังหวัด ทำให้เด็กไม่รับการรักษาซึ่งไม่มีงบประมาณการจ่ายยานอกเขตทำให้เด็กขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารสถานศึกษายังไม่เข้าใจในระบบการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก 4 กลุ่มโรค และไม่อยากให้มีการวินิจฉัยเด็กผิดปกติ ยังขาด

เครือข่ายผู้นำชุมชน อสม. อปท. เข้ามามีส่วนสนับสนุน ชุมชนการขาดมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กชุมชนตีตรา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น

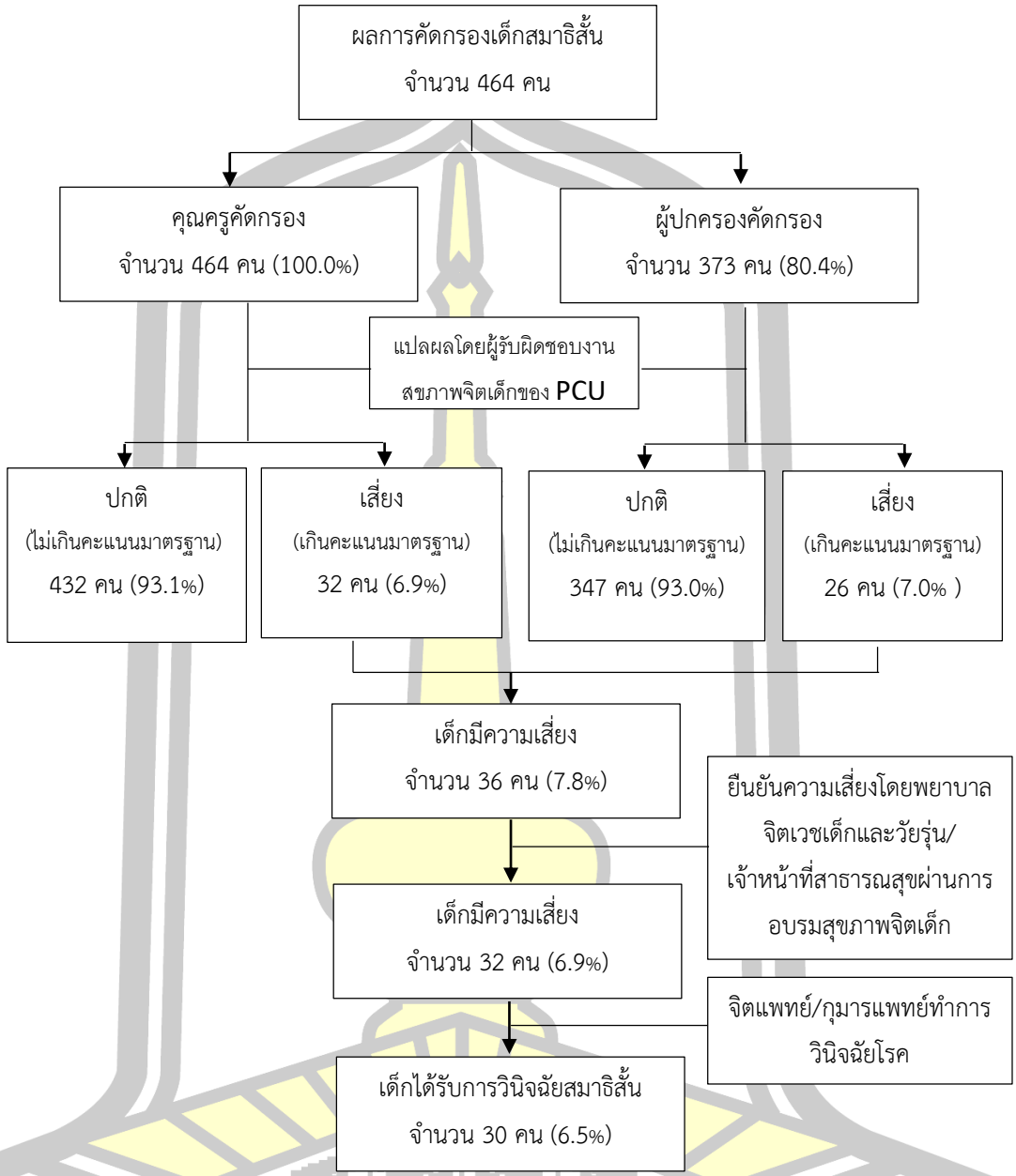
3) สถานศึกษา โรงเรียนมีหลายสังกัด เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ศึกษาธิการจังหวัด ท้องถิ่น ซึ่งระบบในการดูแลสุภาพจิตเด็กที่แตกต่างกัน ซึ่งโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา มีระบบดูแลในสถานศึกษาการคัดกรองความเสี่ยงกลุ่มเสี่ยง มีนักจิตวิทยาและนักวิชาการศึกษา/ครูผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลนักเรียน ในระดับเขตและมีส่งต่อไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล และทุกโรงเรียน แต่โรงเรียนในสังกัดท้องถิ่นและเอกชนยังไม่มีนักจิตวิทยา มีครูผู้ดูแลมีนักวิชาการศึกษาในการดำเนินงานเชิงบริหารส่วนมากเป็นระบบการดูแลแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก คุณครูในโรงเรียนบริหารจัดการส่งต่อดูแลเคสเอง ด้านระบบสารสนเทศไม่มีฐานระบบข้อมูลที่เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ยังไม่มีระบบการกินยาที่โรงเรียนในบางพื้นที่มีการตกลงคุยกันเองระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครอง โรงเรียนมีงบใช้ในระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กแต่ไม่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพจิตเด็ก มีนโยบายเน้นด้านความปลอดภัยและความเสมอภาคของนักเรียน การมีส่วนร่วมมีเฉพาะทางด้านการศึกษาร่วมมือกับทางสาธารณสุขควรเพิ่มเติมในระดับชุมชน โดยให้ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ปกครองเด็ก เข้ามามีส่วนร่วม

จากการศึกษาบริบทการดำเนินงานของโรคสมาธิสั้นจังหวัดยโสธร ด้านการให้บริการค่อนข้างดีมีความพร้อมทั้งบุคลากร ยา เวชภัณฑ์และระบบสารสนเทศ แต่ระบบการดูแลแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก และระบบการเชื่อมต่อประสานงานโรงเรียน ชุมชน ผู้ปกครองยังไม่เข้มแข็ง รวมทั้งทัศนคติของผู้ปกครองยังไม่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น และครูยังผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพน้อย

4.1.2 ความชุกของเด็กสมาธิสั้น

1) ผลการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

การโดยใช้แบบคัดกรองพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ในกลุ่มผู้ปกครองและครูของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 5 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า คุณครูประจำชั้น จำนวน 17 คน คัดกรองเด็กนักเรียน จำนวน 464 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ผู้ปกครอง คัดกรองเด็กนักเรียน จำนวน 373 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.4 รายละเอียดรูปภาพที่ 6



รูปภาพที่ 6 แสดงผลการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

2) ความชุกเด็กสมาธิสั้น

เด็กนักเรียนได้รับการคัดกรอง จำนวน 464 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 242 คน ร้อยละ 52.2 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 353 คน ร้อยละ 76.1 ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 112 คน ร้อยละ 24.1 มีรายได้ < 15,000 จำนวน 321 คน ร้อยละ 69.2 เด็กสมาธิสั้น จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 73.3 อาศัยอยู่กับ

พ่อแม่ จำนวน 24 คน คน ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 11 คน ร้อยละ 36.7 ผู้ปกครองมีรายได้ ≥ 15,000 จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.0 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง (n=464)

ข้อมูลทั่วไป	เด็กสมาธิสั้น (n=30)		เด็กปกติ (n=434)		รวม (n=464)	
	n	%	n	%	n	%
เพศ						
ชาย	22	73.3	220	50.7	242	52.2
หญิง	8	26.7	214	49.3	222	47.8
การอยู่อาศัย						
อาศัยอยู่กับพ่อแม่	24	80.0	329	75.8	353	76.1
อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย	6	20.0	105	24.2	111	23.9
อาชีพของผู้ปกครอง						
เกษตรกรรม	2	6.7	49	11.3	50	10.8
รับจ้างทั่วไป	5	16.7	87	20.0	91	19.6
พนักงานบริษัท	3	10.0	85	19.6	90	19.4
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	36.7	103	23.7	112	24.1
ข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ	5	16.7	85	19.6	92	19.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	4	13.3	25	5.8	29	6.3
รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน (บาท)						
< 15,000	12	40.0	312	71.9	321	69.2
≥ 15,000	18	60.0	122	28.1	143	30.8

เด็กนักเรียนทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองจากครูหรือผู้ปกครอง จำนวน 464 คน พบความเสี่ยงสมาธิสั้น 36 คน ร้อยละ 7.8 ได้รับการยืนยันความเสี่ยงโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม จำนวน 32 คน ร้อยละ 6.9 ได้รับการวินิจฉัยเด็กสมาธิสั้น จำนวน 30 คน ความชุกเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 6.5 (95 % CI 4.4-9.1) เพศชาย จำนวน 22 คน ความชุกเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 9.1 (95 % CI 5.8-13.4) เพศหญิง จำนวน 8 คน ความชุกเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 3.6 (95 % CI 1.6-7.0) รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความชุกของเด็กสมาธิสั้น

เพศ	จำนวนการคัดกรอง (คน) N	เสี่ยงสมาธิสั้นโดยครูและผู้ปกครอง n (%)	ยืนยันความเสี่ยง ADHD โดยบุคลากรสาธารณสุข n (%)	แพทย์วินิจฉัยเด็กสมาธิสั้น	
				n	% (95%CI)
ชาย	242	28 (11.6)	24 (9.9)	22	9.1 (5.8-13.4)
หญิง	222	8 (3.6)	8 (3.6)	8	3.6 (1.6-7.0)
รวม	464	36 (7.8)	32 (6.9)	30	6.5 (4.4-9.1)

เด็กสมาธิสั้น มีอาการขาดสมาธิ และอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น มากที่สุด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 อาการขาดสมาธิ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของโรคเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามประเภท (n=30)

ประเภทของเด็กสมาธิสั้น	เด็กสมาธิสั้น	
	n	%
อาการขาดสมาธิ	6	20.0
อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น	6	20.0
อาการขาดสมาธิ และอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น	18	60.0

4.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แบบสอบถามผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองทั้งหมด จำนวน 464 คน ตอบแบบสอบถาม จำนวน 373 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 กลุ่มอายุ 30-49 ปี ร้อยละ 75.6 (Median 37 ปี [min 22, max 69]) สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.8 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.3 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 56.8 (Median 15,000 บาท [min 2,000 max 300,000]) รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ตัวแปร	จำนวน (n = 373)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	265	71.1
ชาย	108	28.9
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	62	16.6
30 - 49	282	75.6
50 ปีขึ้นไป	29	7.8
Mean (SD), Median (min: max) 37.9 (8.5), 37 (22: 69)		
สถานภาพ		
1) หม้าย หย่า แยกกันอยู่	68	18.2
2) สมรส/อยู่ด้วยกัน	305	81.8
อาชีพ		
1) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	87	23.3
2) ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	78	20.9
3) รับจ้างทั่วไป	77	20.6
4) พนักงานบริษัท	69	18.5
5) เกษตรกรรม	41	11.0
6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	21	5.6
รายได้ต่อเดือน(บาท)		
< 15,000	212	56.8
≥ 15,000	161	43.2
Mean (SD), Median (min: max) 21,486 (24,776), 15,000 (2,000: 300,000)		

ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นระดับปานกลาง-มาก ร้อยละ 58.7 โดยผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระดับปานกลาง-มาก ร้อยละ 56.1 ส่วนผู้ปกครองที่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระดับปานกลาง-มาก ร้อยละ 67.6 ซึ่งมากกว่าผู้ปกครองเพศหญิง

อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นพบในผู้ปกครองเพศหญิง ร้อยละ 9.8 ซึ่งมากกว่าผู้ปกครองเพศชาย ที่พบร้อยละ 4.6 รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การมีส่วนร่วมและประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (n = 373)

การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	ผู้ปกครองเพศหญิง		ผู้ปกครองเพศชาย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วม						
น้อย	119	44.9	35	32.4	154	41.3
ปานกลาง-มาก	146	56.1	73	67.6	219	58.7
ประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น						
ไม่เคยมี	239	90.2	103	95.4	342	91.7
เคยมี	26	9.8	5	4.6	31	8.3

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเบื้องต้น (Bivariate analysis) หาค่า Crude OR (95%CI) เพื่อเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 (Hosmer & Lemeshow, 2000) เข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ในโมเดลเริ่มต้น (Initial regression model) ซึ่งมีจำนวน 8 ตัวแปร จากนั้นทดสอบความสัมพันธ์กันของต้นแปรต้น (Multicollinearity) เพื่อหาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ก่อนทำการ Fit model ผลปรากฏว่าทุกตัวแปรมีค่า VIF น้อยกว่า 10 (1.0 – 1.6) ซึ่งไม่เกิด Multicollinearity รายละเอียดดังตาราง ที่ 13

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Bivariate analysis)

ปัจจัย	N	มีส่วนร่วมในการดูแล ADHD n (%)	Crude OR	95%CI Of OR	*p*-value
เพศ*					0.027
หญิง	265	146 (55.1)			
ชาย	108	73 (67.6)	1.7	1.1 - 2.7	

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Bivariate analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	N	มีส่วนร่วมในการดูแล ADHD n (%)	Crude OR	95%CI Of OR	*p*-value
อายุ (ปี)*					
≤ 29	62	46 (74.2)			
30 - 49	282	156 (55.3)	0.4	0.2 - 0.8	0.007
≥ 50	29	17 (58.6)	0.4	0.2 - 1.3	0.137
สถานภาพสมรส*					0.015
สมรส/อยู่ด้วยกัน	305	170 (55.7)			
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	68	49 (72.1)	2.0	1.1 - 3.6	
อาชีพ*					
1) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	87	41 (47.1)			
2) ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	78	43 (55.1)	1.4	0.7 - 2.5	0.305
3) รับจ้างทั่วไป	77	57 (74.0)	3.2	1.7 - 6.2	0.001
4) พนักงานบริษัท	69	38 (55.1)	1.4	0.7 - 2.6	0.325
5) เกษตรกรรม	41	28 (68.3)	2.4	1.1 - 5.3	0.027
6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	21	12 (57.1)	1.5	0.6 - 3.9	0.412
รายได้ต่อเดือน (บาท)*					0.001
< 15,000	212	108 (50.9)			
≥ 15,000	161	111 (68.9)	2.1	1.4 - 3.3	
ความรู้*					0.009
ต่ำ	62	27 (43.6)			
ปานกลาง-สูง	311	192 (61.7)	2.1	1.2 - 3.6	
การรับรู้					0.130
น้อย	203	112 (55.2)			
ปานกลาง-มาก	170	107 (62.9)	1.4	0.9 - 2.1	
ทัศนคติ*					<0.001
ไม่ดี	160	57 (35.6)			
พอใช้-ดี	213	162 (76.1)	5.7	3.7 - 9.0	

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Bivariate analysis) (ต่อ)

ปัจจัย	N	มีส่วนร่วมในการดูแล ADHD n (%)	Crude OR	95%CI Of OR	*p*-value
ประสบการณ์เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น					0.761
ไม่มีประสบการณ์	342	200 (58.5)			
มีประสบการณ์	31	19 (61.3)	1.1	0.5, 2.4	

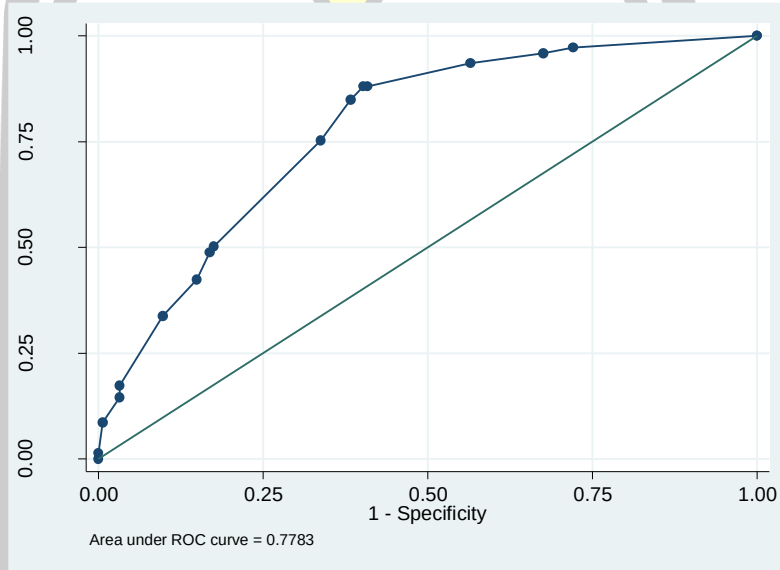
* ตัวแปรที่มีค่า *p*-value < 0.25 ที่จะนำไปเป็นโมเดลเริ่มต้น (Initial model) ในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis)

หลังจากนั้นทำการแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยวิธีถดถอยโลจิสติกพหุ (Unconditional multiple logistic regression) ฟิตโมเดล (Model fitting) ด้วยเทคนิค Backward elimination โดยคงตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลสุดท้าย (Final model) ผลการวิเคราะห์สุดท้าย (Final model) มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ (ชาย) สถานภาพสมรส (หม้าย หย่า แยกกันอยู่) รายได้ต่อเดือน (>15,000 บาท) และ ทัศนคติ (ปานกลาง-สูง) รายละเอียดดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 โมเดลทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Multivariable analysis by multiple logistic regression) N=373

ตัวแปร	Co-efficient	SE	Crude OR	Adj. OR	95% CI for OR_{adj}		*p*-value
					Lower	Upper	
เพศ(ชาย)	0.92	0.28	1.7	2.5	1.4	4.4	0.001
สถานภาพสมรส (หม้าย หย่า แยกกันอยู่)	0.76	0.34	2.0	2.1	1.1	4.2	0.025
รายได้ (>15,000 บาท)	1.12	0.26	2.1	3.1	1.8	5.1	<0.001
ทัศนคติ (พอใช้-ดี)	2.13	0.26	5.7	8.4	5.0	14.2	<0.001
Constants	-2.41	0.48	-	-	-	-	

การประเมินความเหมาะสมของ model ด้วย Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test (GOF) ได้ค่า *p*-value เท่ากับ 0.211 รวมทั้ง พื้นที่ใต้โค้ง ROC (*Receiver Operating haracteristic)* เพื่อหาความสามารถของสมการในการทำนายตัวแปรตาม พบว่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC ร้อยละ 77.8 (95%CI, 73.0 to 82.7) ที่จุดตัด 0.386 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 84.9 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 61.7 ส่วนค่าความถูกต้อง (Accuracy) ร้อยละ 95.5 รายละเอียดดังรูปที่ 7



รูปภาพที่ 7 พื้นที่ใต้โค้ง ROC (*Receiver Operating Characteristic)*

โดยทั้ง 4 ตัวแปรในโมเดลสุดท้ายมีอิทธิพลทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสามารถสร้างเป็นสมการถดถอยโลจิสติกได้ ดังนี้

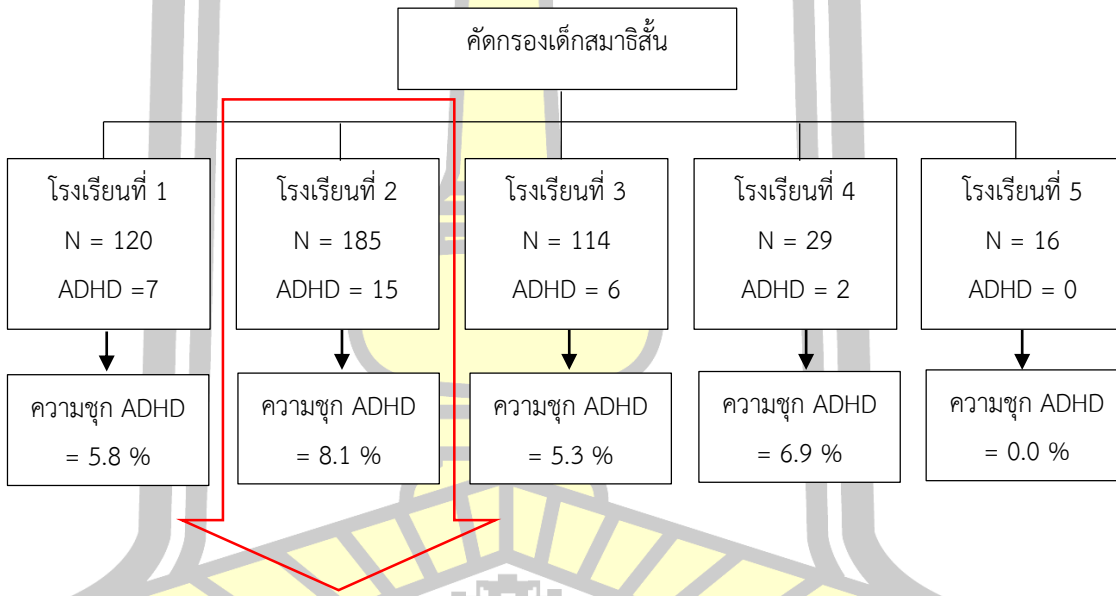
P(Y=1/X) = 1/ [1+ EXP (-2.41+ 0.92 เพศ (ชาย) + 0.34 สถานภาพสมรส (หม้าย หย่า แยกกันอยู่) + 1.12 รายได้ต่อเดือน (>15,000 บาท) + 2.13 ทัศนคติ (พอใช้-ดี)]

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 สรุปได้ว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีความชุกเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 6.5 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่เด็กสมาธิสั้น มีอาการขาดสมาธิและอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นมากที่สุด ร้อยละ 60.0 ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นระดับปานกลาง-สูง ร้อยละ 58.7 และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และทัศนคติ

ข้อมูลที่จะนำเข้าระยะที่ 2 ได้แก่ บริบทการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของโรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัว ความชุกของเด็กสมาธิสั้นที่บอกขนาดของปัญหา ระดับการรับรู้โรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อย รวมทั้งปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และทัศนคติ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

4.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนนี้เป็นนำเอาข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นนำเข้าสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระยะที่ 2 โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ซึ่งคัดเลือกโรงเรียนที่มีความชุกเด็กสมาธิสั้นมากที่สุดจาก 5 โรงเรียน รายละเอียดดังรูปภาพที่ 8



รูปภาพที่ 8 การคัดเลือกโรงเรียนในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากความชุกเด็กสมาธิสั้น โรงเรียนที่ 2 มีค่าความชุกมากที่สุด มีเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 คน จึงถูกคัดเลือกให้เป็นพื้นที่เป้าหมายในพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในระยะที่ 2 โดยการประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 ขั้นวางแผน (Planning)

ทีมผู้วิจัยประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำเข้าข้อมูลการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และบริบทการดูแลเด็กสมาธิสั้นจากระยะที่ 1 แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผลจากการวางแผนการดูแลเด็กสมาธิสั้น 4 แผน (ภาคผนวก ฏ) ดังนี้

P1 แผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพคุณครูประจำชั้นทุกคนเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นในเด็ก การคัดกรอง รวมทักษะในการสอนเด็กสมาธิสั้นและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กในโรงเรียน การกินยาของเด็กสมาธิสั้น การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นและสนับสนุนคู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนแนวทางนี้จากการศึกษาสภาพปัญหา คือ คุณครูผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพโรงเรียนละ 1 คน คือ ครูอนามัยโรงเรียน ทำให้ครูมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ

P2 แผนการป้องกันโรคสมาธิสั้น

กิจกรรมประกอบด้วย การจัดทำฐานข้อมูลนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2/2564 ทั้งหมดทุกคน ดำเนินการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นโดยครูและหรือผู้ปกครอง หากพบความเสี่ยงเข้าข่ายภาวะสมาธิสั้นจากครูหรือผู้ปกครอง นำเข้าสู่กระบวนการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนแนวทางนี้จากการศึกษาสภาพปัญหา คือ การคัดกรองเด็กสมาธิสั้นยังไม่ครอบคลุม การค้นหาเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพยังน้อย

P3 แผนการรักษาเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมประกอบด้วย การให้สุขศึกษารายกลุ่มกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและให้คำปรึกษารายบุคคลก่อนในระหว่างรอพบแพทย์ การพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค การมาพบแพทย์ตามนัด การให้คำแนะนำการกินยาของเด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง การคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้นให้กับโรงเรียนและ รพ.สต./PCU ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนแนวทางนี้จากการศึกษาสภาพปัญหา คือ ผู้ปกครองไม่เปิดใจยอมรับ มองว่าเป็นเรื่องปกติ และกินยาไม่ต่อเนื่องรวมทั้งมีการปรับยาเอง

P4 แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมประกอบด้วย จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เช่น จัดที่นั่งในห้องเรียน ชื่นชมให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่นชม การให้กำลังใจ การกำกับการกินยาโดยผู้ปกครองครูประจำชั้น และการติดตามเยี่ยมเสริมพลังในโรงเรียนและครอบครัวซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนแนวทางนี้จากการศึกษาสภาพปัญหา คือ การขาดมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ตีตราเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น รวมถึงการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น

4.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Acting)

ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามแผนที่ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันทำขึ้น (ภาคผนวก ฎ) ดังนี้

1) แผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

A1 การพัฒนาศักยภาพคุณครู เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในเด็ก

ก. ผู้อำนวยโรงเรียนประกาศนโยบายในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน

ข. โรงพยาบาลยโสธรร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จัดอบรมให้กับคุณครูประจำชั้นทุกคน และนำแนวทางไปใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในห้องเรียน

ค. คุณครูสื่อสารความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นผ่านไลน์กลุ่มผู้ปกครอง เช่น คลิปวิดีโอโรคสมาธิสั้นในเด็ก ข้อความและรูปภาพอธิบายลักษณะเด็กสมาธิสั้น

2) แผนการป้องกันโรคสมาธิสั้น

A2.1 คือ จัดทำฐานข้อมูลนักเรียนเป้าหมายทั้งหมด กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

A2.2 คือ การคัดกรองภาวะสมาธิสั้นโดยครูและผู้ปกครอง

A2.3 คือ กระบวนการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ก. ผู้รับผิดงานสุขภาพจิตเด็กของศูนย์สุขภาพชุมชน ประสานนัดหมายกับคลินิกสุขภาพจิตเด็ก โรงพยาบาลยโสธรเพื่อขอวันในการพบแพทย์ของเด็กกลุ่มเสี่ยง

ข. ประสานผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะเด็กสมาธิสั้นให้พาเด็กไปพบจิตแพทย์/กุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลยโสธรเพื่อขอรับคำแนะนำภาวะสมาธิสั้น

3) แผนการรักษาเด็กสมาธิสั้น

A3.1 คือ การให้สุขศึกษารายกลุ่มกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและให้คำปรึกษารายบุคคล

ก. พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลยโสธร เชิญผู้ปกครองเด็กที่นัดหมายมาพบแพทย์เข้าห้องประชุม

ข. ทีมเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องแนะนำตัวต่อผู้ปกครอง และทำการเปิดวิดีโอ เรื่อง ความรู้สำหรับผู้ปกครองกับโรคสมาธิสั้น โดย พญ.นันทิยา จีระทรัพย์ (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น) จัดทำโดย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ https://www.youtube.com/watch?v=stozlNh1f3k

ค. พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลยโสธร จัดมุมให้คำปรึกษารายบุคคล โดยเป็นการสื่อสารกับผู้ปกครองถึงพฤติกรรมเด็ก การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น รวมถึงข้อกังวลใจของผู้ปกครองเป็นรายกรณี

ง. พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้ผู้ปกครองลงนามในหนังสือยินยอมให้เด็กเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกและอนุญาติผู้ปกครองในการเปิดเผยข้อมูลให้กับทางโรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบ (ภาคผนวก ฌ)

จ. ส่งต่อผู้ปกครองเด็กไปพบจิตแพทย์/กุมารแพทย์ ในห้องตรวจวินิจฉัยโรค

A3.2 คือ การพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและมาพบแพทย์ตามนัด

ก. ผู้ปกครองและเด็กเข้าจิตแพทย์/กุมารแพทย์ พร้อมเอกสารแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (ANAP-IV) ของครูประจำชั้นและผู้ปกครองที่ประเมินเรียบร้อยแล้ว

ข. จิตแพทย์/กุมารแพทย์ทำการประเมินภาวะเด็กสมาธิสั้น โดยการทดสอบผ่านแบบฝึกปฏิบัติ และสังเกตพฤติกรรม พร้อมกับการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง

ค. จิตแพทย์/กุมารแพทย์แจ้งผลการวินิจฉัยและให้คำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ง. จิตแพทย์/กุมารแพทย์บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hosxp ของโรงพยาบาลเพื่อส่งข้อมูลเข้าระบบการรายงาน

A3.3 คือ ให้คำแนะนำการกินยาสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง

ก. ผู้ปกครองพาเด็กลงมารับยาที่ห้องยา

ข. ผู้ปกครองเข้าห้องให้คำปรึกษาในการกินยา เพื่อรับคำแนะนำในการกินของเด็กสมาธิสั้น

A3.4 คือ การคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้นให้กับโรงเรียนและ รพ.สต. / PCU

ก. จัดทำทะเบียนเด็กสมาธิสั้น

ข. โรงพยาบาลยโสธรประสานส่งข้อมูลให้กับโรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ที่เด็กอาศัยอยู่

4) แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

A4.1 คือ จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

ก. ครูอนามัยโรงเรียนจัดทำทะเบียนรายชื่อเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน

ก. ครูอนามัยโรงเรียนแจ้งข้อมูลผลการวินิจฉัยโรคให้กับผู้บริหารโรงเรียนและคุณครูประจำชั้นที่เกี่ยวข้องทราบ

ค. ครูประจำชั้นดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมในห้องเรียนที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เช่น จัดที่นั่งในห้องเรียนให้กับเด็กนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นนั่งบริเวณแถวหน้า ไม่นั่งริมหน้าต่าง ให้คำชื่นชมในโอกาสที่เด็กทำงานตามที่ได้รับมอบหมายสำเร็จตามเวลา แบ่งการบ้านให้ทำทีละน้อยๆ

ง. ครูประจำชั้นสอบถามผู้ปกครองถึงปัญหา อุปสรรค หรือพฤติกรรมของเด็กหลังได้รับการดูแล รวมถึงให้คำปรึกษาและกำลังใจในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง

A4.2 คือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เช่น ชื่นชม ให้กำลังใจ

A4.3 คือ การกำกับการกินยาโดยผู้ปกครองครูประจำชั้น

ก. ครูประจำชั้นวางแผนแนวทางการกินยาร่วมกับผู้ปกครองตามความสมัครใจ

ข. ครูประจำชั้นจัดทำสมุดบันทึกการกินยาของเด็กสมาธิสั้น

A4.4 คือ การติดตามเยี่ยมเสริมพลังโรงเรียนและครอบครัว

ก. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์สานติดตามเยี่ยมครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น

ข. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงพื้นที่เยี่ยมบ้านของเด็กสมาธิสั้น

ค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานผู้บริหารโรงเรียนและครูประจำชั้นเพื่อติดตามเยี่ยมให้กำลังใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้นทางไลน์และโทรศัพท์

4.2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน ดังนี้

1) ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

O1 คือ ร้อยละของครูที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ

การพัฒนาศักยภาพครู พบว่า ครูประจำชั้นผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพจำนวน 6 คน ร้อยละ 100 นอกจากนี้คุณครูยังมีความรู้ การรับรู้ ทัศนคติต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น ซึ่งบรรยายกาศการอบรมนั้นเป็นกลุ่มเล็ก ๆ มีการแลกเปลี่ยน ซักถามการอย่างเป็นกันเอง และกล้าถามคำถามที่เคยพบเจอจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

2) ด้านการป้องกันโรคสมาธิสั้น

O2.1 คือ ความครบถ้วน ถูกต้องของฐานข้อมูล

คุณครูประจำชั้นทุกห้อง จัดทำฐานข้อมูลเด็กนักเรียนเป็นรายห้องและลงข้อมูลผลการคัดกรองทั้งกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงและกลุ่มที่มีภาวะสมาธิสั้นครบถ้วน เพื่อเตรียมส่งข้อมูลต่อไปยังชั้น ป.3

O2.2 คือ ร้อยละความครอบคลุมในการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน

เด็กนักเรียนทั้งหมด 6 ห้อง จำนวน 185 คน ได้รับการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นโดยคุณครูประจำชั้นทั้งหมดทุกคน ร้อยละ 100

O2.3 คือ ร้อยละเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการ

เด็กนักเรียนที่มีภาวะเสี่ยงต่อสมาธิสั้น จำนวน 15 ราย ส่งต่อพบแพทย์ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.3 ซึ่งมีจำนวน 1 รายที่ปฏิเสธการไปพบแพทย์ตามระบบการส่งต่อจากโรงเรียนไปยังโรงพยาบาล ซึ่งสุดท้ายก็เข้าระบบการรักษาโดยการเดินทางไปพบแพทย์เอง

3) ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น

O3.1 คือ ประเมินความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

กระบวนการรักษาเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลเริ่มต้นจากการให้สุขศึกษารายกลุ่ม มีการให้ความรู้ในภาพรวมเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครองทุกราย ก่อนการเข้าพบแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษารายบุคคลกับผู้ปกครองเพื่อเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจในภาวะของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งปรับทัศนคติที่มีต่อเด็กสมาธิสั้น

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับการเกิดโรค ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้ (*p*-value 0.405) การรับการเกิดโรค (*p*-value 0.202) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น (*p*-value <0.001) และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (*p*-value 0.037) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 คะแนนความรู้ การรับการเกิดโรค ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI Mean diff	*p*-value
ความรู้						
กลุ่มทดลอง	30	6.60	1.65			
				0.36	-0.51 - 1.24	0.405
กลุ่มควบคุม	30	6.23	1.74			
การรับรู้						
กลุ่มทดลอง	30	64.47	9.98			
				2.77	-1.52 - 7.06	0.202
กลุ่มควบคุม	30	61.7	6.18			

ตารางที่ 15 คะแนนความรู้ การรับการเกิดโรค ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean	SD	Mean diff	95%CI Mean diff	*p*-value
กลุ่มควบคุม	30	61.7	6.18			
ทัศนคติ						
กลุ่มทดลอง	30	42.3	3.88			
				6.33	3.95 - 8.72	<0.001
กลุ่มควบคุม	30	35.97	5.26			
การมีส่วนร่วมในการดูแล						
กลุ่มทดลอง	30	24.23	5.17			
				2.53	0.16 - 4.91	0.037
กลุ่มควบคุม	30	21.70	3.93			

หมายเหตุ ทุกตัวแปร normal distribution (Shapiro-Wilk test, p > 0.05)

O3.2 คือ การยอมรับการรักษาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

การวินิจฉัยเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลยโสธรเป็นคลินิกเฉพาะ แยกจากคลินิกเด็กทั่วไป เปิดให้บริการทุกวันศุกร์ช่วงเช้า โดยมีกุมารแพทย์/จิตแพทย์ เป็นผู้ตรวจวินิจฉัย ซึ่งจะมีการนัดหมายมาพบแพทย์ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ ในแต่ละสัปดาห์จะรับรายใหม่ประมาณวันละ 5 ราย เพราะต้องใช้เวลาในการประเมินพฤติกรรมก่อนวินิจฉัย นอกจากนี้จะต้องเตรียมแบบประเมินพฤติกรรม (SNAP-IV) ทั้งครูและผู้ปกครองให้ครบถ้วนก่อนส่งพบแพทย์ ซึ่งหลังการวินิจฉัยผู้ปกครองยินยอมเข้าสู่กระบวนการรักษาทุกราย ร้อยละ 100

O3.3 คือ ความเข้าใจในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น

การให้คำแนะนำการกินยา หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น จะต้องไปรับยาที่ห้องยา ชั้น 1 ซึ่งผู้ปกครองทุกคนได้รับการให้คำแนะนำและมีความเข้าใจในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 100

O3.4 คือ ขั้นตอนการคืนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับโรงเรียนและรพ.สต./PCU

หลังจากเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค พบว่า เด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 คน เป็นเด็กที่อยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนในเมือง จำนวน 12 คน ชุมชนนอกเมือง จำนวน 3 คน แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

(1) การคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้นในชุมชนในเมือง หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัย โรงพยาบาลยโสธรจะคืนข้อมูลไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองทั้ง 2 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านท่าศรีธรรม และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองยศ

(2) การคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้นในชุมชนนอกเมือง หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัย โรงพยาบาลยโสธรจะคืนข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่ง ผ่านทางไลน์ส่วนตัว

4) ด้านการฟื้นฟูสุขภาพสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

O4.1 คือ พฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่เป็นเด็กสมาธิสั้น

การประเมินพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นก่อน-หลังการได้รับการดูแลของเด็กสมาธิสั้น พบว่า หลังการได้รับการรักษามีพฤติกรรมที่ดีขึ้นสูงที่สุด 3 ข้อ ได้แก่ อยู่นิ่งได้จนครบชั่วโมงเรียน ไม่พูดคุยกับเพื่อนในชั้นเรียนระหว่างที่ครูสอน มีความตั้งใจและสนใจในการทำกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย 4.6 รายละเอียดดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น ก่อน-หลังการได้รับการดูแลของเด็กสมาธิสั้น รายข้อ (n=15)

ตัวชี้วัดระดับ / พฤติกรรม	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. อยู่นิ่งได้จนครบชั่วโมงเรียน	1.3	0.6	4.6	0.7
2. ไม่พูดคุยกับเพื่อนในชั้นเรียนระหว่างที่ครูสอน	1.2	0.4	4.6	0.8
3. สามารถสรุปใจความสำคัญได้จากกิจกรรมการเรียนการสอน	1.5	0.7	4.4	0.9
4. สามารถทำงานตามลำดับขั้นตอนได้	1.3	0.5	4.4	0.8
5. สามารถแก้ปัญหาที่พบเจอ ได้ด้วยตนเอง	1.3	0.6	4.4	0.8
6. ทำงานได้เรียบร้อย รอบคอบ	1.2	0.4	4.3	0.9
7. ทำงานส่งได้ตรงตามเวลาที่กำหนด	1.0	0.0	4.3	1.1
8. มีความตั้งใจและสนใจในการทำกิจกรรม	1.5	1.1	4.6	0.7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นก่อน-หลังการได้รับการดูแลของเด็กสมาธิสั้น *p*-value <0.001 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลของเด็กสมาธิสั้น (n=15)

ตัวแปร	ความตั้งใจเรียนของนักเรียน		Mean difference	95%CI Mean difference	*p*-value
	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	10.9	0.8	26.8	5.5 - 33.7	<0.001
หลังการพัฒนารูปแบบ	37.7	0.8			

หมายเหตุ ทุกตัวแปร normal distribution (Shapiro-Wilk test, p > 0.05)

O4.2 คือ พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

จากการประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก่อน-หลังได้รับการดูแลรักษา จะเห็นได้ว่าหลังจากเด็กได้รับการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กนิ่งขึ้น มีสมาธิมากขึ้น มีระเบียบวินัยมากขึ้น ทำงานเป็นระเบียบมากขึ้น ไม่พูดแทรก ไม่แกล้งเพื่อน ไม่ก่อกวนเพื่อนในห้องเรียน ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ส่งผลให้เด็กทำงานหรือการบ้านเสร็จตามเวลา เข้าใจเนื้อบทเรียนมากขึ้น ลายมือสวย อ่านหนังสือเก่ง บวกเลขเก่งขึ้น เรียนเก่งขึ้น ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนได้ อารมณ์ดีขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 18

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 18 ข้อมูลพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก่อน-หลังได้รับการดูแลรักษา

คนที่	ก่อนได้รับการดูแลรักษา	หลังได้รับการดูแลรักษา
1	จดจ่ออะไรนานๆไม่ได้ ไม่ชอบทำงานที่ต้องใช้สมาธิหรือใช้ความพยายาม ทำงานไม่เสร็จทันเวลา เคลื่อนไหวตลอดเวลา ชอบเดินหาอะไรทำรอบ ๆ ห้อง พูดเยอะ วู่วาม อารมณ์เสียง่าย ขี้โมโห ทำลายข้าวของเมื่อมีเพื่อนทำให้โกรธ อารมณ์ขึ้นง่ายแต่ลงเร็ว ครูอธิบายเหตุผลไม่ยอมฟังร้องไห้อย่างเดียว	นิ่งขึ้น นั่งฟังครูพูด เริ่มลงมือทำงานถ้าทำไม่ได้จะเดินมาหาครูให้ครูช่วย ทำงานเสร็จทันเวลาแต่ก็ยังมีบ้างที่ยังทำไม่เสร็จ นั่งนิ่งไม่ค่อยเดินเหมือนแต่ก่อน พูดเยอะ ชอบคุยกับคุณครู ใจเย็นขึ้น รับฟังผู้อื่นมากขึ้น ไม่มีการทำลายข้าวของ อารมณ์ไม่ขึ้น ๆ ลง ๆ ครูคุยด้วยเข้าใจง่ายมากขึ้น ไม่ร้องไห้ฟูมฟายเหมือนแต่ก่อน
2	ไม่สนใจการเรียน ขี้ลืมชอบทำของหาย ซุกซน ชอบทำร้ายเพื่อน วิ่ง ปีน พูดมาก มีโมโหเพื่อนบ้าง เจ้าคิดเจ้าแค้น แกล้งเพื่อน ทำงานไม่เสร็จ	ตั้งใจเรียนมากขึ้น มีระเบียบขึ้น นิ่งดีขึ้นมาก เชื่อฟังครูใจเย็นขึ้นทำงานเสร็จ
3	ทำการบ้านไม่ได้ ขี้ลืม ทำของหาย วอกแวก หยุกหยิก หนีเรียน ไม่ชอบเรียน ชอบทะเลาะกับเพื่อน ไม่เข้าใจบทเรียน	ทำงานเสร็จ มีระเบียบขึ้น ไม่หนีเรียน ดีขึ้นมาก เชื่อฟังครูดี เข้าใจบทเรียนดีขึ้น
4	เรียนไม่เข้าใจ ไม่อดทน ไม่มีระเบียบวินัย ขี้ลืม วอกแวก หยุกหยิก ชอบปีนป่าย พูดมากวิ่งตลอด ชอบทะเลาะวิวาทและก่อกวนเพื่อน หงุดหงิดง่าย เรียนหนังสือไม่ได้ อ่านไม่ออก	เรียนรู้เรื่อง เข้าใจเนื้อหา นิ่งขึ้นดีขึ้นมาก ใจเย็น ไม่ก่อกวน เรียนเก่งขึ้น อ่านหนังสือดี บวกเลขคำนวณเก่งขึ้น
5	ขี้ลืม ทำงานไม่เสร็จ ลุกจากที่บ่อย เรียนไม่เข้าใจ	เด็กมีระเบียบวินัยขึ้น นิ่งขึ้น การเรียนดีขึ้น ทำงานเสร็จ
6	เรียนไม่ได้ ขี้ลืม ชอบทำอุปกรณ์หาย วอกแวก หยุดหยิก ชอบปีนป่าย พูดมาก พูดแทรก ลุกจากที่ตลอดเวลา เถียง ก่อกวน ไม่ตั้งใจเรียน	เรียนดีขึ้น มีความเป็นระเบียบ นิ่งขึ้น พูดน้อยลง เรียบร้อยขึ้น ไม่ปีนป่าย ไม่เถียง ไม่ก่อกวน ตั้งใจเรียน

ตารางที่ 18 ข้อมูลพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก่อน-หลังได้รับการดูแลรักษา (ต่อ)

คนที่	ก่อนได้รับการดูแลรักษา	หลังได้รับการดูแลรักษา
7	เด็กขาดระเบียบวินัย บอกว่าไม่มีความอดทน ไม่ฟัง ขี้ลืม ไม่เคยสนใจการบ้าน เล่นคุย ยุกยิกตลอดเวลา ลุกวิ่ง ปีนป่ายเคลื่อนไหวตลอดเวลา พูดมาก ไม่ชอบทำตามกฎ ก่อกวน ดื้อมาก ทำอะไรนอกกรอบตลอดเวลา สื่อสารการเรียนไม่รู้เรื่อง ทำงานไม่เป็นระเบียบ ขี้เกียจ ลายมือไม่สวย	เด็กนิ่งขึ้นมาก ไม่วอกแวก มีสมาธิ ทำงานเป็นระเบียบ ส่งการบ้านครูถูกต้อง นิ่งขึ้น รอได้ การพูดจะซักถามเมื่อสงสัยในบทเรียน ไม่พูดมาก ไม่ดื้อ เชื่อฟังขึ้น สื่อสารดีขึ้นมาก ทำงานดีมาก เป็นระเบียบ ลายมือสวย อ่านหนังสือเก่ง บวกเลขเก่ง
8	เด็กขาดระเบียบวินัย ไม่มีความอดทน จัดระเบียบวินัยไม่เป็น ทำสิ่งของกระจัดกระจายไม่จัดเก็บ ทำของหายบ่อย พูดมาก หยุกหยิก นั่งอยู่กับที่นานๆไม่ได้ เดินรอบห้องหรือพร้อมเคลื่อนไหวตลอดเวลา พูดแทรก ไม่ชอบรออะไรนานๆ อารมณ์เสียง่ายโต้เถียงครู แกล้งเพื่อน ชอบแก้ตัวเมื่อทำผิดก่อกวนเพื่อน โกรธเมื่อเพื่อนทำให้ไม่ถูกใจบึ้งตึง ไม่เชื่อฟังครู แสดงอารมณ์รุนแรงกับเพื่อน	มีระเบียบวินัยมากขึ้น มีความอดทน นั่งอยู่กับที่นานขึ้น มีสมาธิในการเรียนมากขึ้น ทำงานเป็นระเบียบ ทำการบ้านส่งตามเวลา ตอบคำถามเวลาที่ครูถามเท่านั้น ไม่พูดมาก ไม่พูดแทรกขณะที่ครูกำลังสอน รอคิวนาน ๆ ได้กว่าเดิม เลิกแกล้งเพื่อน ไม่โต้เถียง ระงับอารมณ์ได้เมื่อโดนกระทบ เชื่อฟังคำตักเตือนจากครูมากขึ้น
9	ชอบลืมทำการบ้าน ไม่มีความเป็นระเบียบจัดระเบียบไม่เป็น สิ่งของทิ้งกระจัดกระจายทำของหายบ่อย ลืมสมุดเป็นประจำแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไม่เป็น นั่งเหม่อลอยตลอดเวลา มองออกนอกหน้าต่าง ไม่สนใจครูเวลาสอน	ทำการบ้านส่งตรงตามเวลา จัดของเป็นระเบียบมากขึ้น นิ่งมากขึ้น ทำงานเสร็จตรงตามเวลา ไม่เหม่อลอย
10	วอกแวกอยู่ตลอดเวลา บางครั้งก็นั่งเหม่อลอย ไม่มีสมาธิ ในการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ขาดระเบียบวินัย ลุกออกจากที่ได้ตลอด ไม่อยู่นิ่ง พูดมาก อารมณ์เสียง่าย ชอบพูดให้เพื่อนพูดคำหยาบ ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการพูดตัวเองได้	มีสมาธิในการเรียนรู้ ตั้งใจทำงานส่งให้ทันเวลา รับผิดชอบในงานตัวเอง รู้จักการรอคอย มีมารยาทในการรอ อยู่นิ่งกับที่ รู้จักหน้าที่ตนเองมากขึ้น ควบคุมอารมณ์และการพูดตัวเองได้ดี

ตารางที่ 18 ข้อมูลพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก่อน-หลังได้รับการดูแลรักษา (ต่อ)

คนที่	ก่อนได้รับการดูแลรักษา	หลังได้รับการดูแลรักษา
11	ไม่มีระเบียบวินัย ของหายตลอด ขี้ลืม ไม่มีความอดทนต่อสิ่งรอบข้าง วอกแวก ไม่อยู่นิ่ง พร้อมเคลื่อนไหวตลอดเวลา พูดแทรกพูดมาก ปีนป่าย เล่นรุนแรง ไม่ทำตามกฎแกล้งเพื่อนแรง ๆ อารมณ์เสียง่าย	มีระเบียบวินัยมากขึ้น อดทนต่อการทำงาน จัดระเบียบตัวเองได้มากขึ้น นิ่งมากขึ้น อยู่กับที่มากขึ้น รับฟังคำสั่งและปฏิบัติตามกฎได้ รู้จักเล่นกับเพื่อนที่ไม่ใช้ความรุนแรง ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น
12	ไม่มีระเบียบวินัย ไม่อดทนต่อคำสั่งครู ทำของหายเป็นประจำ วอกแวก ไม่อยู่นิ่ง หยุกหยิกอยู่ตลอดเวลา ปีนป่ายพร้อมเคลื่อนไหวเสมอ บางครั้งนั่งเหม่อ ต้องเรียกกระตุ้นอยู่ตลอด ชอบเล่นรุนแรง แกล้งเพื่อน ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ไม่อยู่ในกฎเกณฑ์ของห้องได้	มีระเบียบวินัยมากขึ้น อดทนรอ ทำงานให้เสร็จได้ นิ่งมากขึ้น พูดตอบโต้กับครูรู้เรื่องมากขึ้น สามารถควบคุมตัวเองได้ สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดีมากขึ้น ปฏิบัติตามกฎของห้องได้
13	วอกแวก ไม่มีสมาธิ ไม่มีระเบียบวินัย ทำของหายเป็นประจำ พูดมาก พูดแทรกขณะที่ครูพูดอยู่ ไม่นิ่ง ลุกออกจากที่พร้อมเคลื่อนไหวเสมอ ชอบคิดอะไรนอกกรอบ ไม่ค่อยทำตามกฎที่ตั้งไว้ ชอบฟ้องและตำหนิเพื่อน	เด็กมีสมาธิขึ้น ทำการบ้านส่งครู มีระเบียบวินัยมากขึ้น รู้จักการรอคอย ขออนุญาตก่อนพูดและรู้จักอยู่นิ่งมากขึ้น รอฟังคำสั่ง รู้จักทำตามกฎเกณฑ์ รู้จักการพูดเป็นขั้นตอนมากขึ้น
14	ไม่ทำงาน ไม่เขียนหนังสือ คุณครูจะพูดอบรมก็ไม่สนใจฟัง ไม่มีความเป็นระเบียบชอบหยิบของเพื่อนโดยไม่ขออนุญาต อยู่เฉยๆไม่ได้ ชอบลุกขึ้นเดินทุก 5 นาที หันไปเล่นลุกไปคุยกับเพื่อน ๆ พูดจาไม่สุภาพกับเพื่อนบางคน แต่ครูถามจะไม่พูด ชอบแกล้งคนอื่น แต่พอเพื่อนทำก็จะไม่ยอม คุณครูเตือนและบอกห้ามปามแรก ๆ ก็ไม่ค่อยทำตาม	ตั้งใจทำงาน ส่งสมุดงาน ไม่เข้าใจก็ถาม สมุดงานมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยขึ้น มีความอดทนในการทำงานมากขึ้น และทำงานจนเสร็จ กิริยาสงบนิ่งขึ้น ไม่ลุกเดินออกจากที่นั่งในขณะที่คุณครูสอนอยู่ในห้องเรียน ไม่ก่อกวนเพื่อนมากแต่ก็มีบ้างเวลาคุณครูเผลอ มีอารมณ์สงบนิ่งขึ้นมาก มีปัญหาอะไรก็จะมาบอกครู แต่จะไม่ไปทำคนอื่นเหมือนที่เคยเป็น คุณครูสอนอะไรก็ทำความเข้าใจและพยายามปฏิบัติตาม

ตารางที่ 18 ข้อมูลพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก่อน-หลังได้รับการดูแลรักษา (ต่อ)

คนที่	ก่อนได้รับการดูแลรักษา	หลังได้รับการดูแลรักษา
15	ขาดการจัดระเบียบในการทำงาน มักหลีกเลี่ยงไม่ทำการบ้าน วอกแวกตามสิ่งเร้าได้ง่าย ขี้ลืมไม่ค่อยเป็นระเบียบ มักนั่งไม่ติดที่ ลุกบ่อย อารมณ์เสียง่าย เจ้าคิดเจ้าแค้น	มีสมาธิมากขึ้น สามารถทำตามที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จ เดินออกจากที่น้อยลง อารมณ์ดีขึ้น

พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นก่อนการพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ด้านขาดสมาธิ =19.5 ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน พลันแล่น =14.7 และด้านดื้อต่อต้าน = 11.2 หลังการพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ด้านขาดสมาธิ =15.1 ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน พลันแล่น =12.3 และด้านดื้อต่อต้าน = 10.4 ซึ่งพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value = 0.009) รายละเอียดดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยผู้ปกครองเปรียบเทียบก่อน – หลังการพัฒนารูปแบบ

พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	ก่อนการพัฒนารูปแบบ		หลังการพัฒนารูปแบบ		Mean difference	95 % CI Mean difference	*p*-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านขาดสมาธิ	19.5	1.1	15.1	1.6	4.4	1.3 - 7.6	0.009
ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน พลันแล่น	14.7	1.8	12.3	2.0	2.4	-1.9 - 6.6	0.263
ด้านดื้อต่อต้าน	11.2	1.7	10.4	1.8	0.8	-2.1 - 3.7	0.558

หมายเหตุ ทุกตัวแปร normal distribution (Shapiro-Wilk test, p > 0.05)

เปรียบเทียบพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 อายุระหว่างเฉลี่ย 43.2 ปี สภาพสมรส ร้อยละ 76.7 รายได้ต่อเดือน ≥ 15,000 บาท ร้อยละ 66.7 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 36.7 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุระหว่างเฉลี่ย 43.9 ปี สภาพสมรส ร้อยละ 70.0 รายได้ต่อเดือน ≥ 15,000 บาท ร้อยละ 90.0 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 53.2 รายละเอียดดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	%	n	%
เพศ				
ชาย	6	20.0	8	26.7
หญิง	24	80.0	22	73.3
อายุ (ปี)				
Mean (SD); Median (min: max)	43.2(14.3); 38(17:70)		43.9(10.6); 40(28:66)	
สถานภาพสมรส				
สมรส	23	76.7	21	70.0
หม้าย/หย่า/แยก	7	23.3	9	30.0
รายได้ต่อเดือน(บาท)				
< 15,000	10	33.3	3	10.0
≥ 15,000	20	66.7	27	90.0
อาชีพ				
รับจ้างทั่วไป	5	16.7	8	26.7
พนักงานบริษัท	2	6.7	2	6.7
ค้าขาย	11	36.7	16	53.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.2	2	6.7
อื่น ๆ	8	26.7	2	6.7

O4.3 คือ พฤติกรรมการกินยาอย่างต่อเนื่อง

กินยาอย่างต่อเนื่อง โดยการกำกับการกินยา คุณครูประจำชั้นมีหน้าที่ในการกำกับการกินยาในโรงเรียนช่วงตอนกลางวัน ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ 1) กำกับโดยการสอบถามเด็ก จำนวน 12 คน 2) กำกับโดยการเอายาให้เด็กกินยา จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างผู้ปกครองและคุณครู โดยผู้ปกครองจะฝากยาไว้กับคุณครูเป็นรายสัปดาห์

การติดตามการมาพบแพทย์ ในช่วงแรก แพทย์จะนัดทุก 1 เดือน ช่วงที่ 2 แพทย์จะนัดทุก 2 เดือน พบว่า ผู้ปกครองพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 13 คน ร้อยละ 86.7 ไม่มาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 2 คน ร้อยละ 13.3 ส่งผลให้เด็กกินยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเด็กกลุ่มนี้อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย ไม่สะดวกเดินทางและพ่อแม่เด็กไม่ยินยอมและคิดว่าไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของเด็ก หลังจากให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ พบว่าทั้ง 2 ราย กลับเข้ามารับการรักษาอีกครั้ง สาเหตุของการไม่มาพบแพทย์และแนวทางแก้ไข รายละเอียดดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 สาเหตุของการไม่มาพบแพทย์และแนวทางแก้ไข (2 ราย)

คนที่	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข
1	คุณยายเป็นลูกจ้างในหน่วยงานราชการต้องทำงานตามเวลา มีความเร่งรีบ ไม่สะดวกไปรับยาและกินแล้วก็ไม่ดีขึ้น	- มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ วางแผนแนวทางร่วมกัน พบคุณยายมีภาวะเครียด สภาพแวดล้อมในครอบครัวไม่ดี มีการใช้อารมณ์และความรุนแรง แพทย์แนะนำพบจิตแพทย์ - เด็กกินยาไม่ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้สังเกตว่าพฤติกรรมไม่ดีขึ้น จึงขอความร่วมมือมารับยาอย่างต่อเนื่องและกำกับการกินยา - คุณครูให้คำแนะนำคุณยายในการปรับอารมณ์และการเข้าใจพฤติกรรมของเด็กให้มากขึ้น
2	คุณยายเป็นผู้ดูแลเด็ก ซึ่งไม่สะดวกเดินทางพร้อมกับแม่ของเด็ก ไม่ยินยอมให้รักษา	- มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ พบว่า เกิดความกังวลทางสังคม ไม่อยากให้ตีตราเด็กและไม่อยากให้ชุมชนรับรู้ จึงได้ประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจพร้อมชื่นชมเด็กที่มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น พร้อมกับสร้างความเข้าใจกับชุมชน อสม.ร่วมสื่อสารเชิงบวกกับชุมชน

O4.4 คือ กระบวนการติดตามเยี่ยมและประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง

การติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

(1) การการติดตามเยี่ยมเด็กสมาธิสั้นในชุมชนในเมือง หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัย โรงพยาบาลยโสธรจะคืนข้อมูลไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองทั้ง 2 แห่ง และประสานติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่า ในการติดตามเยี่ยมนั้น สามารถโทรติดตามเยี่ยมได้ 8 คน แต่อีก 4 คนไม่สามารถติดตามได้ เนื่องจากโทรไม่ติด เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ และไม่รับโทรศัพท์

(2) การการติดตามเยี่ยมเด็กสมาธิสั้นในชุมชนนอกเมือง หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัย โรงพยาบาลยโสธรจะคืนข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง

จำนวน 4ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 3 ราย และเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอสม. จำนวน 1 ราย เนื่องจากกินยาไม่ต่อเนื่องและไม่ไปพบแพทย์ตามนัด

จากการดำเนินงานมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 และระดับสูง ร้อยละ 86.7 รายละเอียดดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น (n=30)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจ		
ปานกลาง	4	13.3
มาก	26	86.7
(mean 25.6, SD 3.0; median 25, min 19, max 30)		

4.2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflecting)

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น ด้านป้องกันโรคสมาธิสั้น ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น จึงได้จัดประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อคืนข้อมูล สรุปและสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผน ที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า

1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

R1 การพัฒนาศักยภาพครูและผู้ปกครอง

จากการสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่า หัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ การพัฒนาศักยภาพคุณครูให้ครอบคลุมทุกคนรวมทั้งผู้ปกครองของเด็กนักเรียน ซึ่งคุณครูมีพื้นฐานแตกต่างกัน ทำให้ไม่มั่นใจการดูแลเด็กสมาธิสั้นรวมถึงการให้คำแนะนำผู้ปกครอง จากการสัมภาษณ์ตัวแทนคุณครูและผู้บริหารโรงเรียน ให้ข้อมูลว่า

ครูคนที่ 1 กล่าวว่า “เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมาก่อน ก่อนที่จะย้ายมาสอนที่นี่ ทำให้มั่นใจในการคัดกรอง แต่ที่ดีใจมากคือมีช่องทางและระบบที่จะส่งต่อเข้าสู่การรักษา ซึ่งที่ผ่านมาทราบว่าเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น แต่ไม่สามารถแนะนำผู้ปกครองเข้าสู่การรักษาที่ชัดเจน...”

ครูคนที่ 2 กล่าวว่า “ที่ผ่านมาคุณครูไม่เคยอบรม จึงไม่กล้าประเมินเด็ก แต่เด็กที่มีพฤติกรรมตามที่ได้อบรมวันนี้มีอยู่บ้าง...”

ครูคนที่ 3 กล่าวว่า “มีลูกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนนึง มีพฤติกรรมที่เสี่ยงสมาธิสั้นชัดเจนมาก แต่ครูไม่กล้าประเมินตามจริงเพราะว่าพ่อแม่เป็นบุคลากรสาธารณสุข...”

ผู้อำนวยการโรงเรียน กล่าวว่า “เราอาจจะต้องอบรมคุณครูทั้งหมดไม่เอาแค่ ป.1/ป.2 เราจะเอาทั้งโรงเรียน ขอทำโครงการระยะยาว...”

ผู้อำนวยการโรงเรียน กล่าวว่า “อนาคตพวกเราต้องใกล้ชิดกันมากขึ้น ตอนนี้เราเริ่มจากคุณครูก่อน ต่อไปก็จะเป็นการประชุมผู้ปกครอง อยากให้ทางสาธารณสุขมาความเข้าใจผู้ปกครองเด็กนักเรียน ซึ่งเป็นผลดีระยะยาวไม่ใช่แค่โรงเรียน ส่งผลต่อผู้ปกครองและสังคมในอนาคตด้วยครับ...”

2) ด้านการป้องกันโรคสมาธิสั้น

ในด้านการป้องกันโรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

R2.1 ระบบฐานข้อมูล

จากการสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาระบบข้อมูล เป็นประเด็นแรกที่ต้องดำเนินการ ซึ่งจะเห็นได้จากการเตรียมฐานข้อมูลการคัดกรองและข้อมูลเด็กสมาธิสั้น รวมถึงแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อส่งต่อไปยังชั้นเรียนที่สูงขึ้นตามการเลื่อนชั้นเรียน จากการสัมภาษณ์ตัวแทนคุณครูและผู้บริหารโรงเรียน ให้ข้อมูลว่า

ครูคนที่ 3 กล่าวว่า “ที่ผ่านมาเราไม่ได้คัดกรอง และไม่มีข้อมูลเลย ว่ามีเด็กที่เสี่ยงสมาธิสั้นกี่คน เป็นสมาธิสั้นกี่คน ซึ่งก็เลยไม่ได้ดูแลเป็นพิเศษ...”

ผู้อำนวยการโรงเรียน กล่าวว่า “คุณครูทั้งโรงเรียนต้องรู้ว่าเราจะทำอะไรต่อ มีแนวทางที่จะดำเนินการอย่างไรในการส่งต่อ อย่าง ป.2 ขึ้นชั้น ป.3 แล้ว ป.3 จะมีแนวทางรับมืออย่างไร ครู ป.3 จะต้องมาคุยกับครู ป.2 เพื่อรับทราบข้อมูลของเด็ก เพราะฉะนั้น ป.3 ก็จะต้องรับมือต่อไปและส่งต่อ ป.4 ป.5 ป.6 รวมถึงมัธยมด้วย...”

R2.2 การคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็กและการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสมาธิสั้น

จากการสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่า การคัดกรองจะต้องครอบคลุมทุกชั้นเรียนถึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อนักเรียน และนอกจากนั้นสิ่งที่เป็นปัญหาคือความมั่นยำในการคัดกรองซึ่งจะสังเกตได้ว่าครูประจำชั้นมีความแม่นยำมากกว่าผู้ปกครอง ซึ่งการแสดงออกของพฤติกรรมเด็กในบางบริบทก็แตกต่างกัน รวมถึงหากพบความเสี่ยงจะต้องสื่อสารกับผู้ปกครองให้เปิดใจยอมรับเพื่อเข้ารับการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องใช้ทักษะในการสื่อสารเป็นอย่างยิ่ง จากการสัมภาษณ์ตัวแทนคุณครูและผู้บริหารโรงเรียน ให้ข้อมูลว่า

ครูคนที่ 2 กล่าวว่า “อยากให้มีการคัดกรองทุกชั้นเรียน และอยากให้อบรมเรื่องเด็กสมาธิสั้นกับผู้ปกครองในวันประชุมผู้ปกครองและให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินพฤติกรรมด้วย...”

ครูคนที่ 1 กล่าวว่า “มีผู้ปกครองโทรมาหาคุณครู เพื่อขอดูคะแนนการคัดกรอง ไม่เชื่อว่าลูกมีพฤติกรรมเข้าข่ายเด็กสมาธิสั้น...”

ผู้อำนวยการโรงเรียน กล่าวว่า “ในปีที่แล้วเรามีการคัดกรองเฉพาะชั้น ป.1 ซึ่งเราไม่แน่ใจว่าชั้น ป.2 3 4 5 นั้นจะมีเด็กที่มีภาวะแบบนี้หลุดไปหรือเปล่าเพราะฉะนั้นในปีหน้า เราน่าจะต้องคัดกรองกันทั้งโรงเรียนรวมถึงเด็กมัธยมด้วย...”

คุณครูคนที่ 1 กล่าวว่า “ถ้าจะให้คัดกรองทุกปีก็ไม่หนักใจค่ะยินดีให้ความร่วมมือกับทางสาธารณสุข เพราะว่าเป็นการช่วยเหลือเด็กอีกทางหนึ่งเพราะว่าถ้ามีเด็กแบบนี้คุณครูก็จัดการเรียนการสอนลำบากเหมือนกันค่ะ...”

คุณครูคนที่ 1 กล่าวว่า “มีความหนักใจกับผู้ปกครอง ผู้ปกครองไม่ยอมรับ ผู้ปกครองสอบถามว่าที่ห้องมีเด็กเหมือนลูกเขาไหม ได้กินยาเหมือนลูกเขาไหม ซึ่งเขากลัวลูกเขาโดนเพื่อนล้อในห้อง...”

คุณครูคนที่ 3 กล่าวว่า “วันนี้ก็มีเพิ่มอีก 1 เคสค่ะ แต่พอคุณครูประเมินได้คะแนนสูงแต่ในขณะที่ผู้ปกครองประเมินมาแค่ 1 คะแนน ซึ่งก็ต้องดูด้วยค่ะว่าผู้ปกครองจะเปิดใจมากน้อยแค่ไหน...”

คุณครูคนที่ 3 กล่าวว่า “ผู้ปกครองจะอยู่กับเด็กแค่ช่วงเย็นอาจจะไม่เห็นพฤติกรรมของเด็กมากเท่าไหร่ แต่คุณครูอยู่ที่โรงเรียนจะได้เห็นพฤติกรรมของเด็กในเวลาเรียนในเวลาว่างหรือในเวลาที่ได้อยู่กับเด็ก จะเห็นมากกว่าผู้ปกครองก็ไม่ใช่ว่าเขาจะไม่เปิดใจ 100% บางทีเขาอาจจะไม่เห็นในมุมที่เราเห็น...”

คุณครูคนที่ 4 กล่าวว่า “ผมเคยเจอเด็กบางคนพฤติกรรมอยู่ที่บ้านเป็นแบบนึงอยู่ที่โรงเรียนเป็นแบบหนึ่ง เพราะฉะนั้นมันก็ไม่แปลกที่คุณครูกับผู้ปกครองจะเห็นไม่เหมือนกัน เมื่อเด็กอยู่กับสิ่งแวดล้อมบางแห่งเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมอีกแบบหนึ่งออกมา...”

3) ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น

ในด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

R3.1 ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในกระบวนดูแลเด็กสมาธิสั้นทำให้เข้าใจในพฤติกรรมของเด็กมากขึ้น ยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แต่ยังมีความกังวลใจในกลุ่มผู้ปกครองที่มีบทบาทในสังคม จากการสัมภาษณ์ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ข้อมูลว่า

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวว่า “ผู้ปกครองที่เป็นชาวบ้านประกอบอาชีพค้าขายทั่วไป ค่อนข้างยอมรับและเปิดใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่วนผู้ปกครองที่รับราชการหรือมีหน้าตาในสังคมค่อนข้างเป็นกังวล...”

ผู้ปกครองเด็กที่เป็นข้าราชการ กล่าวว่า “ยังคิดว่าเด็กไม่เป็นสมาธิสั้นหรอก อาจจะเป็นเพราะแม่เองที่มีความไม่เป็นระเบียบ วุ่นวาย ขอกลับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน...”

R3.2 กระบวนการรักษาและการติดตามมาพบแพทย์ของเด็กสมาธิสั้น

กระบวนการรักษามีการดูแล ใส่ใจ ให้คำแนะที่ดี ค่อนข้างใช้เวลาเนื่องจากเป็นเรื่องละเอียดอ่อน โดยเริ่มต้นด้วยการให้สุขศึกษารายกลุ่มและคำปรึกษา แต่จะพบว่าผู้ปกครองที่ดูแลเด็กกับผู้ปกครองที่พามาพบแพทย์เป็นคนละคน การให้ข้อมูลอาจจะไม่ตรงกัน นอกจากนี้สถานการณ์โควิด - 19 ยังมีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและที่สำคัญควรมาพบแพทย์ตามนัดรวมถึงรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิผลของการรักษาและเป็นจุดแรกก่อนที่จะรักษาพฤติกรรมร่วมอื่น ๆ ของเด็กจากการสัมภาษณ์ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนผู้ปกครองให้ข้อมูลว่า

ผู้ปกครองคนที่ 1 กล่าวว่า “ไปพบแพทย์ก็ไม่ได้มีปัญหาอะไรคุณหมอให้คำแนะนำดี ช่วงแรก ๆ ก็นัดทุกเดือนแต่ตอนนี้นัดทุก 2 เดือนก็ถือว่าไม่บ่อย...”

ผู้ปกครองคนที่ 3 กล่าวว่า “คุณหมอใส่ใจดีมีการถามว่าเด็กเป็นยังไงผู้ปกครองทำยังไง มีการพูดคุยมากกว่ารักษาโรคทั่วไป...”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนที่ 2 กล่าวว่า “ผลการประเมินพฤติกรรม (SNAP-IV) ของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่จะน้อยกว่าความเป็นจริง ไม่เปิดใจ จะต้องมีการให้คำปรึกษาก่อนแล้วประเมินอีกครั้ง ส่วนผลการประเมินของครู มีความแม่นยำค่อนข้างสูง...”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนที่ 1 กล่าวว่า “ผู้ปกครองที่พาเด็กมาพบแพทย์แพทย์ส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายาย แต่ในขณะเดียวกันพ่อแม่เป็นคนประเมินพฤติกรรมเด็ก ซึ่งช่วงกลางวันก็ไปทำงานไม่สะดวกพามาพบแพทย์...”

ผู้ปกครองเด็กคนที่ 2 กล่าวว่า “จะพาเด็กมาพบแพทย์ แต่ผมยังฉีดวัคซีนโควิด -19 ไม่ครบ 2 เข็ม ไม่สามารถเข้ามารับบริการได้ ขอไปฉีดวัคซีนก่อน แล้วพาเด็กมานะครับ...”

พยาบาลจิตเวชเด็ก กล่าวว่า “อยากให้ผู้ปกครองพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด เพราะว่าการกินยาของเด็กสมาธิสั้นไม่ใช่กินแล้วหายเหมือนกับโรคอย่างอื่น ฉะนั้นอยากให้เด็กกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด ฝากคุณครูช่วยดูแลเรื่องการกินยาในช่วงเที่ยงด้วยค่ะ และในช่วงปิดเทอมอยากให้ผู้ปกครองกำชับเน้นย้ำในการกินยา...”

นักจิตวิทยา กล่าวว่า “กรณีประเมินสุขภาพจิตเด็ก 4 กลุ่มโรคแล้วเสี่ยงหลายด้านส่วนมากจะรักษาสมาธิสั้นก่อน เพราะว่าการที่จะประเมินอะไรก็แล้วแต่เด็กจะต้องมีสมาธิและให้ความสนใจเพราะกรณีที่ไม่มีสมาธิแล้วทำแบบประเมินถ้าได้คะแนนออกมาได้น้อยเราอาจจะบอกไม่ได้ว่านี่คือผลการประเมินของเด็กที่แท้จริง คุณหมอส่วนมากก็จะให้น้องได้กินยารักษาสมาธิสั้นก่อน พอเด็กมีสมาธิมากขึ้นค่อยเอามาประเมินภาวะอื่นร่วมด้วย...”

R3.3 แนวทางการกินยาของเด็กสมาธิสั้น

การกินยาของเด็กสมาธิสั้น ช่วงเช้าเด็กจะกินที่บ้าน ช่วงเที่ยงเด็กจะกินยาที่โรงเรียน ซึ่งมีทั้งถือไปกินเองและฝากไว้กับครูประจำชั้น ผู้ปกครองมีความกังวลใจต่อการกินยาของเด็กในระยะยาว เกรงว่าจะมีผลเสียต่อสุขภาพในอนาคต อย่างไรก็ตามการกินยาของเด็กนั้นเป็นการออกแบบรายบุคคลขึ้นอยู่กับการวางแผนร่วมกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง ที่สำคัญอยากให้เปลี่ยนคำในการสื่อสารของคำว่ากินยาเด็กสมาธิสั้นเป็นข้อความเชิงบวก จากการสัมภาษณ์ตัวแทนเภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนผู้ปกครองให้ข้อมูลว่า

เภสัชกร กล่าวว่า “ส่วนใหญ่ที่ผ่านมา การกินยาไม่ค่อยมีผลข้างเคียงกับเด็ก แต่ที่สำคัญยากลุ่มนี้จะต้องอยู่ในซองยาสีชาที่กันแสงอยู่ตลอด อย่าแบ่งออกไปใส่ถุงแบบอื่น...”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวว่า “ตอนที่ไปเยี่ยมบ้าน พบว่า เด็กเอายาใส่กระเป๋ากางเกงไปโรงเรียน บางทีเล่นกับเพื่อน ยามีการแตกหักอาจจะไม่ครบโด้สการรักษา ควรแนะนำให้เก็บใส่กล่องและเอาใส่ไว้ในกระเป๋านักเรียน...”

ผู้ปกครองเด็กคนที่ 1 กล่าวว่า “แรก ๆ ดูเหมือนซึม ๆ นิ่งขึ้นก็เป็นแปลก ๆ ผิดปกติ และห่วงเรื่องผลกระทบในระยะยาว...”

ผู้ปกครองเด็กคนที่ 2 กล่าวว่า “ 2 สัปดาห์แรกให้กินครึ่งเม็ด หลังจากนั้นให้กินครั้งละ 1 เม็ด เด็กสามารถกินเองได้ และถือไปกินที่โรงเรียน...”

เภสัชกร กล่าวว่า “การให้คำปรึกษาการกินยาของเด็กสมาธิสั้นนั้นค่อนข้างซีเรียสมากกว่าการให้คำปรึกษายาทั่วไปเนื่องจากว่าผู้ปกครองเป็นกังวลว่าลูกตัวเองป่วยแล้วได้กินยา ...”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนที่ 2 กล่าวว่า “บางทีการบอกให้เด็กไปกินยาทำให้เขารู้สึกว่าเขาป่วย ซึ่งเราอาจจะบอกว่าเป็นยาวิตามินบำรุงสมองคำนี้อาจจะดูดีมากกว่า...”

ครูคนที่ 2 กล่าวว่า “ผู้ปกครองไม่ได้ฝากยาไว้กับคุณครู เพราะเด็กสามารถกินเองได้ ครูก็มีหน้าที่สอบถามว่ากินยาหรือยัง...”

R3.4 แนวทางการคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้น

การคืนข้อมูลจะต้องคืนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่จริง ไม่ใช่ตามทะเบียนบ้าน และในส่วนของการเปิดเผยข้อมูล จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองยินดีให้เปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะครูในโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ไม่สะดวกเปิดเผยในระดับชุมชน จากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ปกครอง / อสม. ให้ข้อมูลว่า

ผู้ปกครองคนที่ 2 กล่าวว่า “จริง ๆ ตัวเด็กไม่ได้อาศัยอยู่ที่เขตเทศบาลตามที่อยู่ แต่ย้ายที่อยู่เข้ามาเพื่อสมัครเข้าเรียนโรงเรียนนี้...”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนที่ 2 กล่าวว่า “การลงไปเยี่ยมบ้านนั้นบางทีผู้ปกครองอาจจะเปิดเผยเฉพาะกับคุณครูและคุณหมอ ซึ่งเจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต. อาจจะรู้ แต่ถ้าเป็น อสม.อาจจะยังเข้าไม่ถึง หรือยังไม่อยากเปิดตัวกับชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเขตเมืองเลยเข้าถึงยากในบางส่วน...”

อสม.คนที่ 2 กล่าวว่า “การติดตามเยี่ยมเป็นหน้าที่ของ อสม.อยู่แล้ว แต่ถามว่าเรื่องเด็กสมาธิสั้นนี้ ชุมชนอาจจะมองเป็นเรื่องผิดปกติ ซึ่งตัวผู้ปกครองเองไม่ได้ปิดบัง แต่ไม่อยากให้สังคมรู้เป็นห่วงเด็ก น่าจะเยี่ยมเฉพาะเคสที่ซับซ้อน หรือไม่มาตามหมอนัด...”

4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

R4.1 พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน

พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น คุณครูมีการจัดสภาพแวดล้อมในห้องเรียน ที่เอื้อต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมถึงส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการสัมภาษณ์ตัวแทนคุณครู ให้ข้อมูลว่า

คุณครูคนที่ 1 กล่าวว่า “พอทราบว่าเด็กมีภาวะสมาธิสั้น คุณครูก็จะดูแลเป็นพิเศษ ส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ และให้คำชื่นชม...”

คุณครูคนที่ 2 กล่าวว่า “เด็กบางคนมีสมาธิสั้นไม่มากก็จะให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ห่างจากโทรศัพท์มือถือเขาก็ดีขึ้นสามารถแก้ได้ แต่ก็มีผู้ปกครองบางคนยอมรับว่าไม่มีเวลาดูแลจริง ๆ ก็เลยให้ดูโทรศัพท์แทน...”

คุณครูคนที่ 3 กล่าวว่า “พอได้รับการรักษาเด็กดีขึ้นมาก มีความนิ่งมากขึ้น พร้อมเรียนหนังสือ มีความตั้งใจเรียน ส่งผลให้เด็กเรียนหนังสือได้ดีขึ้น ร่วมกิจกรรม...”

R4.2 พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน

การประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจเด็กและผู้ปกครอง จะพบว่าผู้ปกครองไม่สะดวกให้เยี่ยมเนื่องจากประกอบอาชีพ แต่อย่างไรก็ตามหากจะต้องเยี่ยมควรมีการนัดหมายล่วงหน้า ในส่วนของเด็กสมาธิสั้นนั้นก็มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากเด็กจะต้องปรับตัวแล้วผู้ปกครองก็จะต้องปรับตัวด้วยเช่นกัน เพื่อเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นในครอบครัว จากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ปกครอง ให้ข้อมูลว่า

ผู้ปกครองคนที่ 1 กล่าวว่า “ที่บ้านติดโควิด ไม่สะดวกให้มาเยี่ยม...”

ผู้ปกครองคนที่ 3 กล่าวว่า “ผมไม่ได้อยู่ที่บ้าน มาขายของอยู่แถว ๆ ศาลาแดง ถ้าจะมาเยี่ยมให้มาที่ร้านได้ครับ...”

ผู้ปกครองคนที่ 1 กล่าวว่า “ต้องขอบคุณครูที่ช่วยบอกและแนะนำ บางทีก็ยอมรับว่าตัวเองเครียด กดดัน ทำให้ใส่อารมณ์กับเด็กและขอบคุณที่ส่งคลิปวิดีโอเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและการดูแลเด็ก...”

ผู้ปกครองคนที่ 2 กล่าวว่า “นอกจากจะต้องดูแลหลาน คุณยายก็ต้องหันมามองตัวเองด้วย...”

R4.3 การกำกับการกินยาของเด็กสมาธิสั้น

การกำกับการกินของเด็กสมาธิสั้น พบว่า บางครั้งเด็กลืมกินยา ซึ่งจะมีการสังเกตพฤติกรรมเด็กโดยคุณครู เพื่อช่วยตรวจสอบพฤติกรรมการกินยาของเด็ก โดยจะต้องกำกับอย่างใกล้ชิดทั้งที่บ้านและโรงเรียน จากการสัมภาษณ์ตัวแทนคุณครู ผู้ปกครอง ให้ข้อมูลว่า

ครูคนที่ 1 กล่าวว่า “บางครั้งเด็กมาโรงเรียนด้วยภาวะไม่นิ่ง ตอนเย็นช่วงเลิกเรียนคุณครูจะมีการสอบถามผู้ปกครองว่าช่วงเช้าได้กินยาไหมซึ่งก็พบว่าไม่ได้กิน และได้แจ้งให้ผู้ปกครองกำกับยาของเด็ก...”

ผู้ปกครองคนที่ 2 กล่าวว่า “พอได้กินยาก็ดีขึ้น แต่ต้องควบคุมให้กินเองก็ไม่รู้เวลากิน ลืมบ้าง เป็นห่วงตอนเที่ยงกลัวลืมก็อยากให้คุณครูช่วยเตือนที่ผ่านมาก็มีได้กินบ้างไม่ได้กินบ้างก็เลยเอายามาฝากไว้กับคุณครูพึ่งได้อาทิตย์นึง...”

R4.4 ปัญหาและอุปสรรครวมถึงข้อเสนอแนะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากการสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่า ปัญหาอุปสรรค คือ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการเปิดเผยข้อมูลในชุมชน ส่วนข้อเสนอแนะ คือ คุณครูขอร่วมติดตามเยี่ยมบ้าน การขยายผลไปยังโรงเรียนอื่น ๆ และเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น รวมถึงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้ปกครอง / อสม./ คุณครูให้ข้อมูลว่า

ผู้ปกครองคนที่ 2 กล่าวว่า “ถ้าจะไปเยี่ยมจะต้องมีการนัดล่วงหน้า ถ้าไม่นัดก็อาจจะไม่เจอกันเพราะว่าไปทำงานไม่ค่อยได้อยู่บ้าน...”

ผู้ปกครองคนที่ 3 กล่าวว่า “ถ้ามีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมก็ดีใจครับดีครับแต่ถ้าจะไปเยี่ยมต้องมีการแจ้งหรือนัดหมายก่อน...”

อสม.คนที่ 2 กล่าวว่า “การติดตามเยี่ยมเป็นหน้าที่ของ อสม.อยู่แล้ว แต่ถามว่าเรื่องเด็กสมาธิสั้นนี้ ชุมชนอาจจะมองเป็นเรื่องผิดปกติ ซึ่งตัวผู้ปกครองเองไม่ได้ปิดบัง แต่ไม่อยากให้สังคมรู้เป็นห่วงเด็ก น่าจะเยี่ยมเฉพาะเคสที่ซับซ้อน หรือไม่มาตามหมอนัด...”

ผู้อำนวยการโรงเรียน กล่าวว่า “หาก รพ.สต. จะลงไปในชุมชน ถ้าเป็นไปได้ผมอยากจะให้มีการนัดหมายกับทางคุณครูลงไปด้วย เขาจะได้เห็นปัญหาทั้งทางโรงเรียนและทางชุมชนพร้อมกันเลย ซึ่งจะเข้าถึงได้ง่ายกว่าเพราะผู้ปกครองเรารู้จักคุณครูมากกว่า...”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนที่ 3 กล่าวว่า “ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะไม่ใช่แค่โรงเรียนแห่งนี้เท่านั้น จะส่งผลกระทบไปยังโรงเรียนในเขตเทศบาล เขตอำเภอเมือง หรือจังหวัดยโสธร นี่คือจุดที่เป็นข้อดีของการพัฒนารูปแบบและเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น...”

ผู้อำนวยการโรงเรียน กล่าวว่า “โรงเรียนของเราทำแล้วประสบความสำเร็จ เรื่องนี้ผมก็จะส่งรายงานเรื่องนี้ให้กับทางกองการศึกษาของเทศบาลรับทราบและส่งต่อให้ท่านนายก โรงเรียนเรามีหน้าที่สร้างพลเมืองที่ดี เพื่อเป็นกำลังของประเทศชาติต่อไป นโยบายของเราจะต้องสอดคล้องกับทางเทศบาล ทางจังหวัดและรัฐธรรมนูญเพราะฉะนั้นเก่ง ดี มีสุข จะต้องอยู่ในนโยบายของโรงเรียน...”

ครูคนที่ 2 กล่าวว่า “โครงการนี้ดีมากค่ะ ควรมีต่อไป และต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กดีมีคุณภาพมากขึ้น...”

ครูคนที่ 3 กล่าวว่า “เป็นโครงการที่น่าสนับสนุน เพราะจะสามารถช่วยให้เด็กได้รับการดูแลอย่างถูกวิธีและทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้...”

3) รูปแบบที่ได้จากการพัฒนา

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น ด้านป้องกันโรคสมาธิสั้น ด้านการรักษาเด็กสมาธิสั้น ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น เกิดกการดูแลเด็กสมาธิสั้น 3 setting ได้แก่ ในโรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัว เกิดรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 5 ประเด็น รายละเอียดดังนี้

(1) ระบบข้อมูล (Data System) มีฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งคืนข้อมูลให้ทุก Setting

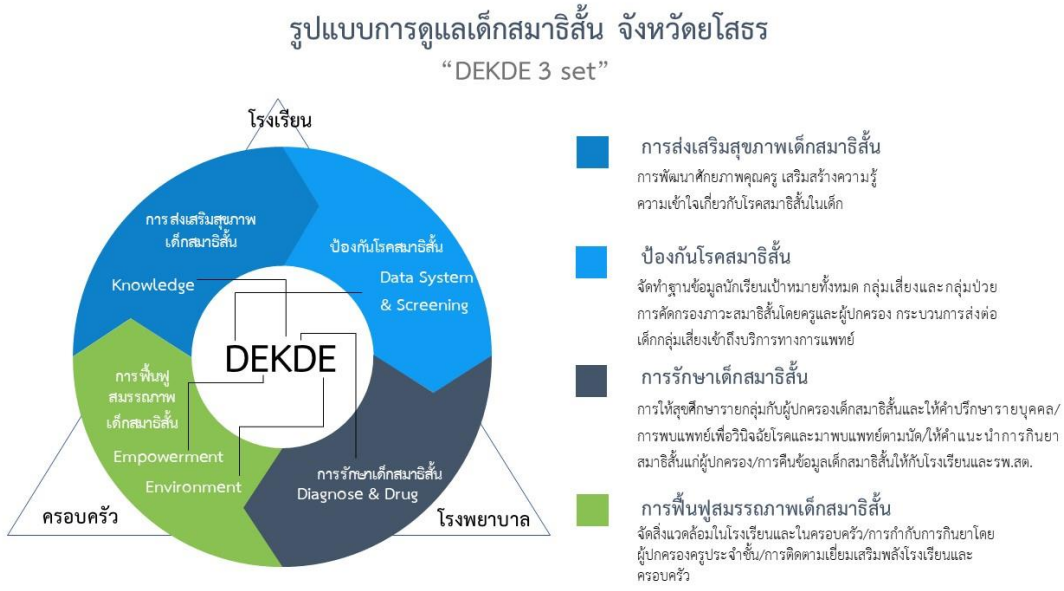
(2) การเสริมพลัง (Empowerment) เป็นการเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีกำลังใจในการดำเนินงาน รวมทั้งรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน อาจจะเป็นการติดตามเยี่ยมที่โรงเรียน เยี่ยมบ้านหรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

(3) เพิ่มพูนความรู้และการคัดกรอง (Knowledge & screening) การเพิ่มศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายให้มีความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ความเข้าใจการคัดกรองกระบวนการและการดูแล รวมถึงทัศนคติต่อเด็กสมาธิสั้น

(4) การวินิจฉัยโรคและการกำกับการกินยา (Diagnose & Drug) กระบวนการที่จะทำให้เด็กสมาธิสั้นกินยาอย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน รวมทั้งการไปพบแพทย์ตามนัดและรับยาต่อเนื่อง

(5) การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment) การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านโรงเรียน โรงพยาบาลให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

โดยดำเนินการใน 3 setting ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัว จึงเรียกว่ารูปแบบนี้ว่า “DEKDE 3 set” (เด็กดีทรีเซต) ซึ่งรูปแบบนี้จะช่วยให้ภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นอย่างครอบคลุม เด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ มีการกินยาอย่างต่อเนื่อง และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังภาพที่ 9



รูปภาพที่ 9 รูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ขอนำเสนอสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มี 2 ระยะ ดังนั้น จึงขอสรุปผลการศึกษาไปตามระยะของการศึกษา ดังต่อไปนี้

5.1.1 สรุปผลระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1) บริบทการดำเนินงานของเด็กสมาธิสั้นจังหวัดยโสธร

โรงพยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการ มีคลินิกให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก มีพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นครบทุกโรงพยาบาล และมียารักษาโรคจิตเวชเด็กครบทุกโรงพยาบาล นอกจากนี้มีระบบแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนจากโรงเรียน ชุมชนสู่โรงพยาบาล แต่การเชื่อมประสานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงเรียนบางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม มีการพัฒนาศักยภาพครูอนามัยโรงเรียนแห่งละ 1 คน ซึ่งน้อยมาก แต่ในความเป็นจริงคุณครูทุกคนมีโอกาสได้สอนเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน

ในระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่และคุณครูบางส่วนยังไม่เข้าใจในกระบวนการคัดกรองและแบบคัดกรอง รวมถึงการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม คุณครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ามีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ครูและผู้ปกครองมีการเข้าถึงข้อมูลยังน้อย ไม่เข้าใจเรื่องโรคสมาธิ ผู้ปกครองไม่เปิดใจยอมรับ มองว่าเป็นเรื่องปกติ และกินยาไม่ต่อเนื่อง ผู้บริหารสถานศึกษาบางแห่งยังไม่เข้าใจในระบบการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก 4 กลุ่มโรคและไม่อยากให้มีการวินิจฉัยเด็กผิดปกติ ยังขาดเครือข่ายผู้นำชุมชน อสม. อปท. เข้ามามีส่วนสนับสนุน ชุมชนการขาดมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ชุมชนตีตรา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น

สถานศึกษา โรงเรียนมีหลายสังกัด ซึ่งระบบในการดูแลสุภาพจิตเด็กที่แตกต่างกัน โดยโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา มีนักจิตวิทยาและนักวิชาการศึกษา/ครูผู้รับผิดชอบงานระบบดูแลนักเรียนในระดับเขตการศึกษาและมีส่งต่อไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล และทุกโรงเรียน แต่โรงเรียนในสังกัดท้องถิ่นและเอกชนยังไม่มีนักจิตวิทยามีครูผู้ดูแลมีนักวิชาการศึกษาในการดำเนินงานเชิงบริหารส่วนมากเป็นระบบการดูแลแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ยังไม่มีระบบการกินยาที่โรงเรียนในบางพื้นที่ โรงเรียนมีงบใช้ในระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กแต่ไม่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพจิตเด็ก การมีส่วนร่วมมีเฉพาะทางด้านการศึกษาร่วมมือกับทางสาธารณสุขควรเพิ่มเติมในระดับชุมชน โดยให้ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ปกครองเด็ก เข้ามามีส่วนร่วม

2) ความชุกของเด็กสมาธิสั้น

เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีความชุกเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 6.5 เพศชายมีความชุกร้อยละ 9.1 เพศหญิง มีความชุกร้อยละ 3.6 เด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.33 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.7 ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือน ≥ 15,000 ร้อยละ 60.0

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ(ชาย), สถานภาพสมรส (หม้าย หย่า แยกกันอยู่), รายได้ต่อเดือน(<15,000 บาท) และ ทัศนคติ (ปานกลาง-สูง) การประเมินความเหมาะสมของ model ด้วย Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test (GOF) ได้ค่า *p*-value เท่ากับ 0.211 พบว่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC ร้อยละ 77.8 (95%CI, 73.0 to 82.7) ที่จุดตัด 0.386 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 84.9 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 61.7 ส่วนค่าความถูกต้อง (Accuracy) ร้อยละ 95.5

5.1.2 สรุปผลระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดำเนินการในโรงเรียน 1 แห่ง โดยใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) เกิดแผนการดูแลเด็กสมาธิสั้น 4 แผน คือ

1) แผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กสมาธิสั้น

การพัฒนาศักยภาพคุณครูประจำชั้นทุกคนเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นในเด็ก การคัดกรอง รวมทักษะในการสอนเด็กสมาธิสั้นและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กในโรงเรียน การกินยาของเด็กสมาธิสั้น การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นและสนับสนุนคู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2) แผนการป้องกันโรคสมาธิสั้น

การจัดทำฐานข้อมูลนักเรียน ดำเนินการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นโดยครูและหรือผู้ปกครอง หากพบความเสี่ยงเข้าข่ายภาวะสมาธิสั้นจากครูหรือผู้ปกครอง นำเข้าสู่กระบวนการส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการทางการแพทย์

3) แผนการรักษาเด็กสมาธิสั้น

การให้สุขศึกษารายกลุ่มกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและให้คำปรึกษารายบุคคลก่อนในระหว่างรอพบแพทย์ การพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค การมาพบแพทย์ตามนัด การให้คำแนะนำการกินยาของเด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง การคืนข้อมูลเด็กสมาธิสั้นให้กับโรงเรียนและ รพ.สต./PCU

4) แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมาธิสั้น

จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและในครอบครัว เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่นชม การให้กำลังใจ การกำกับการกินยาโดยผู้ปกครอง ครูประจำชั้น และการติดตามเยี่ยมเสริมพลังได้รูปแบบดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 5 ประเด็นและ 3 setting ดังนี้ (1) ระบบข้อมูล (Data System) (2) การเสริมพลัง (Empowerment) (3) เพิ่มพูนความรู้และการคัดกรอง (Knowledge & screening) (4) การวินิจฉัยโรคและการกำกับการกินยา (Diagnose & Drug) (5) การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยดำเนินการใน 3 setting ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาลและครอบครัว จึงเรียกว่ารูปแบบนี้ว่า “DEKDE 3 set” (เด็กดีทรีเซต)

5.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการอภิปรายไปตามขั้นตอนของการศึกษา ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2.1 อภิปรายผลระยะที่ 1

1) บริบทการดำเนินงานของโรคสมาธิสั้น

การดำเนินงานเด็กสมาธิสั้นจังหวัดยโสธร มีนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุข และระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นจิตแพทย์จึงให้ความสำคัญของการเข้าถึงบริการของเด็กสมาธิสั้น จึงมีความพร้อมทั้งในด้านของบุคลากร งบประมาณและยา เวชภัณฑ์ จึงเน้นหนักในประเด็นการคัดกรองและส่งต่อเข้าถึงบริการ ซึ่งถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัด แต่ในขณะเดียวกันนั้น การดูแลรักษาหลังการวินิจฉัยโรคไม่ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายหรือตัวชี้วัด อาจจะทำให้ความเข้มข้นลดลง รวมถึงมีการบูรณาการการดำเนินการกับทางโรงเรียนแต่ยังขาดความร่วมมือจากทางชุมชน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในในการวินิจโรคใน

บางโรงพยาบาลที่ไม่มีกุมารแพทย์หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมสุขภาพจิตเด็ก 4 กลุ่มโรค ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็ก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีความเข้มแข็งในการประสานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ส่งจิตแพทย์ในการออกตรวจวินิจฉัยสัญจร

2) ความชุกของเด็กสมาธิสั้น

ความชุกของเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร อยู่ที่ 6.4% ในการศึกษานี้ใกล้กับ WHO (5-8%) (WHO, n.d.) และจีน (6.2%)(Wang et al., 2017) ต่ำกว่าสหรัฐอเมริกา (8.2-9.2%) (Danielson et al., 2018, Zablotsky & Black, 2020) อียิปต์ (20.5%) (Aboul-ata & Amin, 2015) สูงกว่าซาอุดีอาระเบีย (3.4) (Albatti et al., 2017)และเวียดนาม (4.6%) (Hoang et al., 2021) ความผันแปรเหล่านี้สามารถอธิบายได้ด้วยความหลากหลายของเครื่องมือวัดและลักษณะทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมระหว่างประเทศ ความแตกต่างในระเบียบวิธีวิจัยอาจอธิบายความผันแปรของอัตราที่รายงานได้ อย่างไรก็ตาม ความชุกของโรคสมาธิสั้นเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงในจังหวัดยโสธร สามารถสร้างผลกระทบด้านลบต่อเด็ก วัยรุ่น หรือแม้แต่ผู้ใหญ่ รวมทั้งสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างร้ายแรงต่อครอบครัวและสังคม แม้ว่าข้อมูลล่าสุดจะแสดงอัตราความชุกเช่นเดียวกันกับความชุกที่ประเมินจากการศึกษาอื่น ๆ

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่เป็นผู้หญิงสูงกว่าผู้ปกครองชาย แต่ผู้ปกครองที่เป็นผู้หญิงมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่าผู้ปกครองชาย ผลลัพธ์แสดงให้เห็นความแตกต่างของ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองระหว่างหญิงและชาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้ในการวางแผนสนับสนุน การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้

การทำนายของตัวแปร 4 ตัว ที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งเพศชาย สถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท และระดับทัศนคติในช่วงปานกลางถึงสูง ซึ่งไม่ค่อยรายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น สามารถอภิปรายได้ว่า

เพศชายบทบาททางเพศแบบความเป็นผู้นำสูง มีความเข้มแข็ง กล้ายอมรับ จะมีบทบาททางเพศแบบมีความเป็นชายลักษณะเดียว (Masculine) เป็นผู้ที่มีความกล้าหาญ เข้มแข็ง ชอบแข่งขัน ฉลาด มีพลังอำนาจ เป็นอิสระ ไม่ขึ้นกับใคร บุคคลกลุ่มนี้จะนึกถึงกฎเกณฑ์หรือความคาดหวังของสังคม ซึ่งสังคมมักคาดหวังว่าผู้ชายจะต้องมีลักษณะเป็นผู้นำครอบครัวแต่เพียงฝ่ายเดียว ทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว และทำพฤติกรรมตามที่สังคมกำหนด (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551)

คนที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่าคนที่มีสถานภาพสมรส อาจเป็นเพราะผู้ปกครองที่หม้าย หย่า แยกกันอยู่ คิดว่าตนเองเป็นจุดอ่อนที่ไม่ครบถ้วนเหมือนครอบครัวอื่นๆ จึงจะต้องใส่ใจและดูแลเด็กเป็นพิเศษ / ผู้ปกครองที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า แยกกัน มีความจำเป็นที่ต้องแสดงบทบาทของความเป็นหญิงและความเป็นชายสูงทั้งคู่จึงเป็นผู้ที่สามารถแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามสถานการณ์ (ดุลยา จิตตะยโศธร, 2551) บทบาททางเพศที่เหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบันมากที่สุดคือ บทบาททางเพศแบบความเป็นชายและหญิงสูงทั้งคู่ (จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์และคณะ, 2562)

คนที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาทมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่าคนที่มีรายได้ต่ำกว่า15,000 บาท อาจจะเป็นเพราะว่าคนที่มีรายได้สูง เป็นต้นทุนทางครอบครัวที่บ่งบอกถึงการมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวและความเพียงพอของรายได้ที่ต่างกันมีผลต่อการดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพต่างกัน (นภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ, 2563) นอกจากนี้รายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วย หากมีรายได้สูงจะมีความเพียงพอต่อการจับจ่ายใช้สอยในการดำเนินชีวิตประจำวันและการจัดการตนเองสุขภาพ (วงค์สารี ชัชวาล, 2561) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมยังมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งผู้มีรายได้น้อยจะมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากกว่าผู้มีรายได้สูง

ผู้ปกครองที่มีทัศนคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้นระดับปานกลาง-สูงมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่าคนที่มีทัศนคติต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ปกครองที่มีทัศนคติเชิงบวกจะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออกต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเพิ่มและลดปัญหาสุขภาพในอนาคต การขาดการเอาใจใส่จากผู้ปกครองตั้งแต่แรกเกิด การสร้างทัศนคติในเรื่องการดูแลสุขภาพและปรับรูปแบบการปฏิบัติ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงจะนำไปสู่ปัญหาการเกิดโรค ดังนั้นการให้ความรู้และจัดกิจกรรมแก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีในที่สุดภายใต้ความต้องการที่แท้จริงของผู้ปกครอง บริบทของครอบครัว และชุมชน

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของคนในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นเพศ สถานภาพสมรส ทัศนคติ ที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น แต่สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือรายได้ของครอบครัวหรือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่จะต้องคำนึงถึงในการออกแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นควรจะต้องออกแบบระบบการดูแลเด็กให้สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลให้มากที่สุดเพื่อคุณภาพสูงสุดของการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรด้านสุขภาพจึงควรต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยผ่านมุมมองด้านสังคม เศรษฐกิจ ความเป็นตัวตนของครอบครัว ถ้าบุคลากรด้านสุขภาพสามารถวิเคราะห์เพศภาวะผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน ก็จะช่วยให้เห็น

ประเด็นที่ต้องให้ความละเอียดอ่อนต่อผู้ป่วยแต่ละครอบครัว ซึ่งมีผลต่อความสำเร็จในการดูแลเยียวยารักษาตนเอง การเข้าถึงการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รักษา (คุณากร การชะวีและคณะ, 2561)

การประเมินความเหมาะสมของ model ด้วย GOF บ่งชี้ว่าโมเดลเข้ากับข้อมูลได้ดี (fit) และโมเดลการทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการหาพื้นที่ใต้โค้ง ROC พบว่าทั้ง 4 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระดับดี ค่า 95%CI ของ ROC ที่แคบสะท้อนว่ามีความแม่นยำในการทำนายได้ ค่าความไวและความถูกต้องอยู่ในระดับดี ส่วนค่าความจำเพาะอยู่ในระดับพอใช้ (Greiner M, Pfeiffer D, 2000) อย่างไรก็ตาม สามารถนำโมเดลดังกล่าวที่ประกอบไปด้วย 4 ตัวแปร ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองได้

5.2.2 อภิปรายผลระยะที่ 2

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน หรือ PAOR ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Acting) ขั้นสังเกต (Observing) และขั้นการสะท้อนผล (Reflecting) ประเด็นปัญหาที่สำคัญ ที่ทีมวิจัยได้นำเข้าสู่การวางแผนดำเนินงาน คือ เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นทั้ง 3 setting คือ โรงเรียน โรงพยาบาลและชุมชน ภายใต้รูปแบบ “DEKDE” หรือที่เรียกว่า “DEKDE 3 set” ขออภิปรายผลรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้น จากการศึกษานี้ใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตามตามแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต และ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตามหลักการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รายละเอียดดังนี้

1) การอภิปรายรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตามแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ที่เป็นแผนแม่บทในการขับเคลื่อนและพัฒนางานสุขภาพจิตภายในกรมสุขภาพจิต ให้มีศักยภาพและความเข้มแข็ง ตลอดจนมีความพร้อมที่จะสนับสนุน และผลักดันการพัฒนางานสุขภาพจิตในระดับประเทศ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตซึ่งในกลุ่มวัยเรียน ร้อยละ 90 ของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ตามเกณฑ์ที่กำหนด และยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช มีเป้าประสงค์ ให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต ซึ่งประเมินจากร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทั้ง 2 ยุทธศาสตร์นั้นครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เพ็งเจริญและคณะ (2557) ระบุว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า สำหรับเด็กที่มีปัญหา

ทางจิต แบ่งเป็นการป้องกัน 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่เสี่ยงต่อปัญหาทางจิต 2) การป้องกันระดับทุติภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กที่มีปัญหาทางจิต ได้แก่ กลุ่มที่มี ปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมและเด็กที่ป่วยทางจิตระยะที่มีอาการและปัญหาเฉียบพลัน และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กภายหลังได้รับ การบำบัดและมีอาการและปัญหาเรื้อรัง

2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปสอดคล้องกับแนวทางการช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งการช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องมีการช่วยเหลือหลายด้านนี้ จากหลายฝ่าย ทั้งแพทย์ ครู และที่สำคัญคือคุณพ่อคุณแม่เอง การช่วยเหลือประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านจิตใจแพทย์จะให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อขจัดความเข้าใจผิดต่างๆ ของคุณพ่อคุณแม่โดยเฉพาะความเข้าใจผิดที่คิดว่าเด็กดื้อหรือเกียจคร้าน และเพื่อให้เด็กเข้าใจว่าปัญหาที่ตนเองมีนั้นไม่ได้เกิดจากการที่ตนเองเป็นคนไม่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยให้เด็กมีสมาธิ มีความอดทน ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น การช่วยเหลือด้านการศึกษาคุณพ่อคุณแม่ควรมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับครู เพื่อจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสำหรับเด็ก การรักษาด้วยยาเด็กบางคนอาจต้องรักษาด้วยยา ซึ่งยาจะทำให้เด็กนิ่งขึ้นและมีสมาธิมากขึ้น คุณพ่อคุณแม่ควรดูแลการกินยาของเด็กตามคำสั่งของแพทย์

สอดคล้องกับแนวทางของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (National Institute of Mental Health) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่รักษาด้วยการใช้ยา การศึกษาหรือการฝึกอบรม การบำบัด หรือการรักษาแบบผสมผสาน และศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC) กล่าวว่า โรคสมาธิสั้นจะรักษาได้ดีที่สุดด้วยการบำบัดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาร่วมกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกอบรมสำหรับผู้ปกครอง สิ่งที่ดีที่สุดขึ้นอยู่กับเด็กและครอบครัว แผนการรักษาที่ดีจะรวมถึงการเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด การติดตามผล (CDC, 2021)

5.3 จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

5.3.1 จุดเด่นของการศึกษา

1) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบภายใต้บริบทของพื้นที่ และมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทำให้การวิจัยนี้มีกระบวนการวิจัยที่ชัดเจน

2) การพัฒนาแบบคัดกรองในการศึกษานี้ เป็นไปตามขั้นตอนมาตรฐานของงานวิจัยประเภทสร้างเครื่องมือ และเครื่องมือที่ได้มีคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเกิดจากการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ รูปแบบการดำเนินงานมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม

5.3.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การวิจัยนี้ศึกษาในบริบทของพื้นที่เขตเมือง โรงเรียนมีศักยภาพสูง คุณครูเพียงพอ ผู้ปกครองมีความพร้อม รวมถึงโรงพยาบาลประเภททั่วไปที่มีจิตแพทย์ กุมารแพทย์และพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในการดูแลและวินิจฉัยโรค ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทของพื้นที่ชนบทและโรงพยาบาลที่ไม่มีกุมารแพทย์ จิตแพทย์หรือแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการอบรม

2) ค่าความชุกในการศึกษานี้ ได้ศึกษาเฉพาะเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่านั้น ดังนั้นการนำค่าความชุกไปใช้เปรียบเทียบจะต้องพิจารณาเพิ่มเติม

3) การเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด – 19 อาจจะไม่สามารถเก็บข้อมูลโดยตรงกับผู้ปกครองได้ ทีมวิจัยใช้การโทรศัพท์สัมภาษณ์ ทำให้เก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ปกครองเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ โทรไม่ติด ไม่รับสายและไม่กล้าให้ข้อมูล กลัวว่าจะเป็น Call Center หลอกลวงถึงแม้จะมีการแจ้งประสานผ่านครูประจำชั้นแล้วก็ตาม

4) การศึกษานี้เก็บข้อมูลที่อยู่ของนักเรียน ตามทะเบียนราษฎร์ทำให้ไม่สามารถแยกได้ว่าเด็กมาจากพื้นอำเภออื่นๆ จังหวัดอื่นมามากน้อยแค่ไหน ดังนั้นควรเก็บข้อมูลที่อยู่อาศัยอยู่จริงเพื่อให้สามารถคืนข้อมูลและติดตามเยี่ยมได้

5) เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดี รวมถึงการผ่านอบรมการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิต พร้อมทั้งมีทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการ

6) การศึกษานี้มีการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้นเพิ่มเติม ซึ่งหากนำไปใช้จะต้องทความเข้าใจกับทุกสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันความสับสนจากแบบคัดกรองเดิมที่ใช้ในการดำเนินงานที่ผ่าน

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) รูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้นนั้น เป็นการพัฒนาอยู่ 3 setting ที่สำคัญ ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งครอบคลุมทุกระดับ ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ สามารถนำเอารูปแบบนี้ไปปรับและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

2) เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำเอาค่าความชุกและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวังป้องกันโรคในพื้นที่

3) ผู้ปกครองสามารถนำเอาขั้นตอนหรือกระบวนการ ไปใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในครอบครัวและชุมชนได้

5.4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นทั้งในโรงเรียน และชุมชน

2) ควรศึกษาการดูแลเด็กสมาธิสั้นในบริบทชนบทเพิ่มเติม และเปรียบเทียบค่าความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

3) ควรมีการศึกษาในระยะยาว ในการติดตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแล และโรคร่วมกับภาวะสมาธิสั้น เช่น การบกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นต้น

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564)*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กัลยา สุวรรณสิงห์, อรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และกัลยา โหดหีม. (2563). ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 1–15.

กานดา แจ่มจรัส. (2558). *การพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีด้วยการแพทย์แผนไทย*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

กิตติพงศ์ มาศเกษม. (2563). โรคซนสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 75–102.

คุณากร การชะวี, พิมพวัลย์ บุญมงคล, สร้อยบุญ ทรายทอง, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, สมเกียรติ ศรประสิทธิ์ และโธมัส กวาดามูช. (2561). การบูรณาการมิติเพศภาวะในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค: ประสบการณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(3), 53–65.

จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์, ธัญญลัลน์ พิมเสน, นันทิกา คบลา, นิภาวดี สีสนิท, ปิยะภาภรณ์ อ่อนวงษ์ และวราภรณ์ ม่วงโมด. (2562). การรับรู้บทบาททางเพศและทัศนคติทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*, *2562*(2), 1–13.

จินิส สีห์รา, วัลลภ อัจสริยะสิงห์, ชุติมา แจ้งจิตร และชาญวิทย์ พรนภดล. (2562). การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(1), 3–20.

ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครองบุคลากรทางการแพทย์และครู อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 12(1), 78–83.

ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จิตราภรณ์ จิตรธร และศิรินดา จันทร์เพ็ญ. (2557). การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *59*(4), 335–354.

ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, สุพัตรา สิมมาทัน และบุญทนากร พรมภักดี. (2559). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(1), 112–134.

ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บูรณะสุขสกุล, ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ และทรงภูมิ เบญญากร. (2557). คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nuttorn Pityaratstian et al. Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 97–110.

ดารุณี งามขำ และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 16–28.

ดุลยา จิตตะยโศธร. (2551). บทบาททางเพศ ในทัศนะของนักจิตวิทยา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย*, 28(1), 195–208.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). *การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิสชิ่ง.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง และธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *21*(2), 66–75. https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/10148.

ธัญวดี นาคมิตร, บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 135–149.

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง: ประชาคม ประชาสังคม.* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.

นพวรรณ ศรีวงคพานิช, จันทรอาภา สุขทัพภ์, วนิดา ชนินทยุทธวงศ และอัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. *วารสารสุขภาพจิตแหงประเทศไทย*, 27(3), 159–170.

นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, รุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์ และอัณญ์ยภัคสร ใจสมคม. (2563). ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวและความเพียงพอของรายได้ ที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน จังหวัดตรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(2), 17–33.

นันทชา สงวนกุลชัย และจินตนา ยูนิพันธ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นภาคกลางตอนบน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 83–96.

บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ และธารินทร์ เพ็ญวรรณ. (2562). การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 33(2), 327–338. https://203.157.240.48/tdj/index.php/RMJ11/article/view/7209

ประเวศ ปรีดาชัยกุล. (2559). ประสิทธิผลการคัดกรองช่วยเหลือเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา 12 โรงเรียนในจังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(3), 179–186.

ปัทมาพร ทองสุขดี, ชวนันท์ ชาญศิลป์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ของมารดาและโรคสมาธิสั้นในบุตร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(2), 141–152.

พรพิไล วรรณสัมผัส. (2558). รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(5), 1096–1105.

พอเพียง ทรัพย์อินทร์. (2551). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ ในวัด: กรณีศึกษา วัดสามชุก จังหวัดสุพรรณบุร. In *Animal Genetics*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พิศมัย พงศาธิรัตน์และพรทิพย์ วชิรดิลก. (2556). Factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school-age children. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 108–120.

ภาสกร คุ้มศิริและอุ่นเรือน เล็กน้อย. (2560). บทความฟื้นฟูวิชาการ:โรคสมาธิสั้นและการตีตราบาปทางสังคม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 302–311.

มยุรา ชัยเดช, จินตนา ยูนิพันธุ์และสุนิศา สุขตระกูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(2), 100–113.

วงค์สารี ชัชวาล. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *30*(3), 66–77.

วชิรวัชร งามละม่อม. (2558). *แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในชุมชน*. กรุงเทพฯ: สถาบัน TDRM.

วันรวี พิมพ์รัตน์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *61*(1), 15–26.

วิฐารณ บุญสิทธิ. (2554). *โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit Hyperactivity Disorder)*.

วีรยา คำเรืองฤทธิ์. (2564). *การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีอาการสมาธิสั้นและซนอยู่ไม่นิ่งโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 31.

ศิรินดา จันทร์เพ็ญ, ชาญวิทย์ พรนภดล, วัลลภ อัจสริยะสิงห์ และฑิฆัมพร หอสิริ. (2561). ความตรงของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทยในการคัดแยกผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม: การศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(3), 213–226.

ศิริพร เพ็งเจริญ, จินตนา ยูนิพันธุ์ และสุนิศา สุขตระกูล. (2557). การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(16–28).

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2560). *คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง* (สมัย ศิริทองถาวร (Ed.)). สยามพิมพ์นานา จำกัด.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2560). *คู่มือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น* (สมัย ศิริทองถาวร (Ed.)). สยามพิมพ์นานา จำกัด.

สถาบันราชานุกูล. (2559). *ผลการสำรวจไอคิวเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศเพิ่มขึ้น* (Vol. 8502, Issue 94). https://th.rajanukul.go.th/preview-3219.html.

สมัย ศิริทองถาวร, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, นุจรี คำด้วง, ภิญโญ อิสรพงศ์, สุรีรักษ์ พิลา, พัชนี พัฒนกิจโกศล, วรรณกมล สอนสิงห์, สกนธ์ สุภากุลและกชพงศ์ สารการ. (2560). *รายงานผลการวิจัยปีที่ 1 เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ*.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2564). *รายงานข้อมูล HDC*. https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/formatg.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=e0678b73197151b3f181edcb0ee76b97

สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราวดี ดอนนอก, ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา และ รัตนา สายพานิชย์. (2561). อาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นและความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(3), 227–246.

อธิชาดา อธิพงษ์อาภรณ์, & นิดา ลิ้มสุวรรณ. (2561). สาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นวัยเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *63*(1), 33–46.

Aboul-ata, M. A., & Amin, F. A. (2015). The Prevalence of ADHD in Fayoum City (Egypt) Among School-Age Children: Depending on a DSM-5-Based Rating Scale: *Https://Doi.Org/10.1177/1087054715576917*, 22(2), 127–133. https://doi.org/10.1177/1087054715576917

ADHD Epidemiology | ADHD Institute. (n.d.). Retrieved January 28, 2023, from https://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/

Albatti, T. H., Alhedyan, Z., Alnaeim, N., Almuhareb, A., Alabdulkarim, J., Albadia, R., & Alshahrani, K. (2017). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among primary school-children in Riyadh, Saudi Arabia; 2015–2016. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 4(3), 91–94. https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2017.02.003

Baggio, S., Fructuoso, A., Guimaraes, M., Fois, E., Golay, D., Heller, P., Perroud, N., Aubry, C., Young, S., Delessert, D., Gétaz, L., Tran, N. T., & Wolff, H. (2018). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in detention settings: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *9*(AUG), 1–10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00331

Bloom B. S., Hastings J. T., & M. G. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*.

Centers for disease control and prevention. (2021). What is ADHD. In *National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities*. https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html#SignsSymptoms

Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques. In *Biostatistics* (3rd ed.). John Wiley & Son.

Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *47*(2), 199–212. https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860

Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., Procianoy, R. S., Rohde, L. A., & Moreira-Maia, C. R. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *141*(1), 2021. https://doi.org/10.1542/PEDS.2017-1645

Greiner M, Pfeiffer D, S. R. D. (2000). Principles and Practical Application of The Receiver-Operating Characteristic Analysis for Diagnostic Tests. *Preventive Veterinary Medicine*, 45(1–2), 23–41.

Hoang, H. H., Ngoc Tran, A. T., Nguyen, V. H., Binh Nguyen, T. T., Phuong Nguyen, T. A., Le, D. D., Jatho, A., Onchonga, D., Van Duong, T., Nguyen, M. T., & Tran, B. T. (2021). Attention deficit hyperactivity disorder (Adhd) and associated factors among first-year elementary school students. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *14*, 997–1005. https://doi.org/10.2147/JMDH.S301091

Huang, L., Wang, Y., Zhang, L., Zheng, Z., Zhu, T., Qu, Y., & Mu, D. (2018). Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *141*(1), 2021. https://doi.org/10.1542/PEDS.2017-2465

Ilic, I., & Ilic, M. (2022). Global Incidence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder among Children. In S. D. Meriney (Ed.), *The 3rd International Electronic Conference on Brain Sciences, 1–15 October 2022 (Online)*. https://doi.org/10.3390/iecbs2022-12942

Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1990). *The action research planner*. Deakin University press.

National Institute of Mental Health. (2021). *Hyperactivity Disorder in Children and Teens: What You Need to Know* (National Institute of Mental Health (Ed.)).

Smith, M. (2017). Hyperactive Around the World? The History of ADHD in Global Perspective. In *Social History of Medicine* (Vol. 30, Issue 4).

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford University.

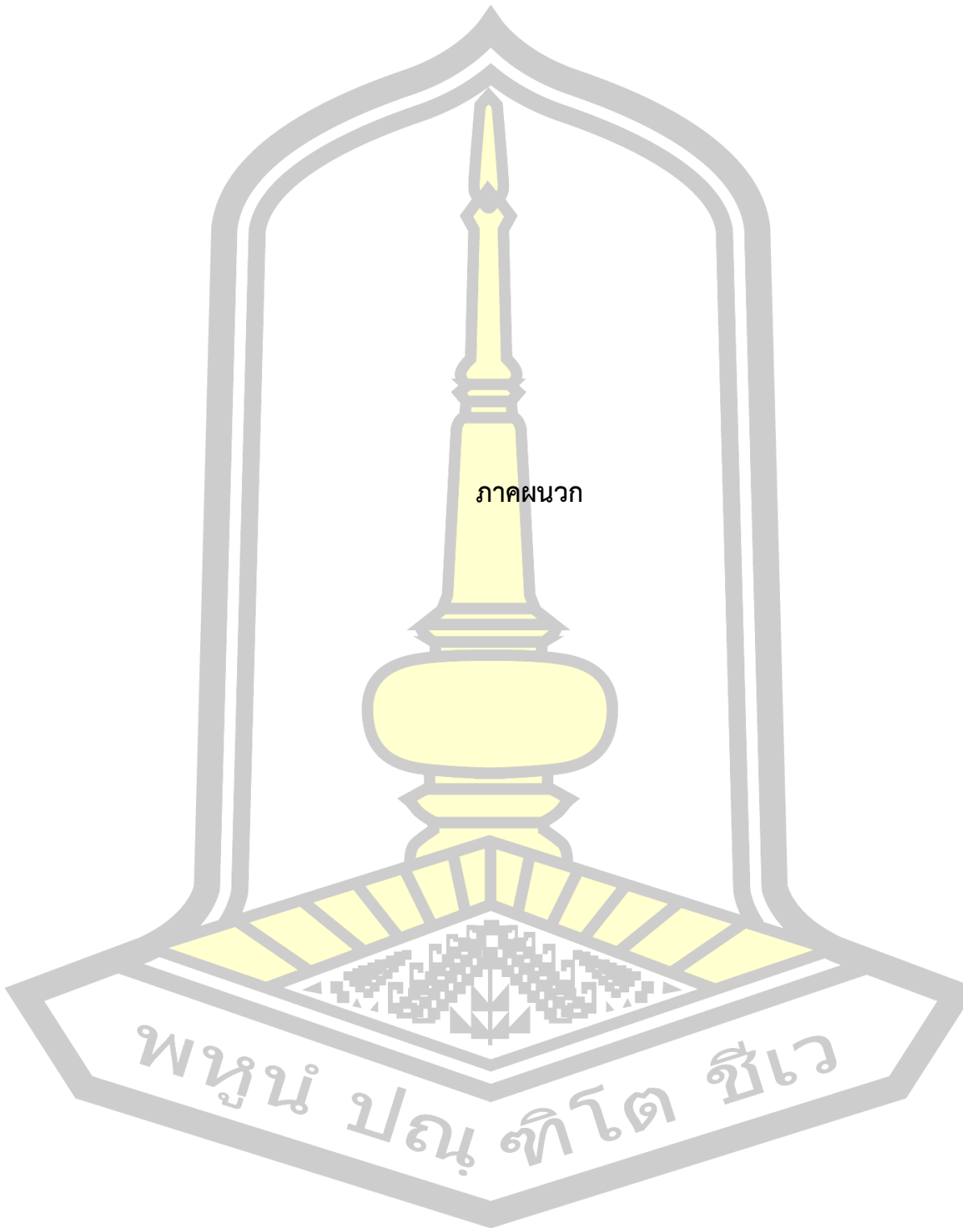
Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, *135*(4), e994–e1001. https://doi.org/10.1542/PEDS.2014-3482

Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W., & Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12888-016-1187-9

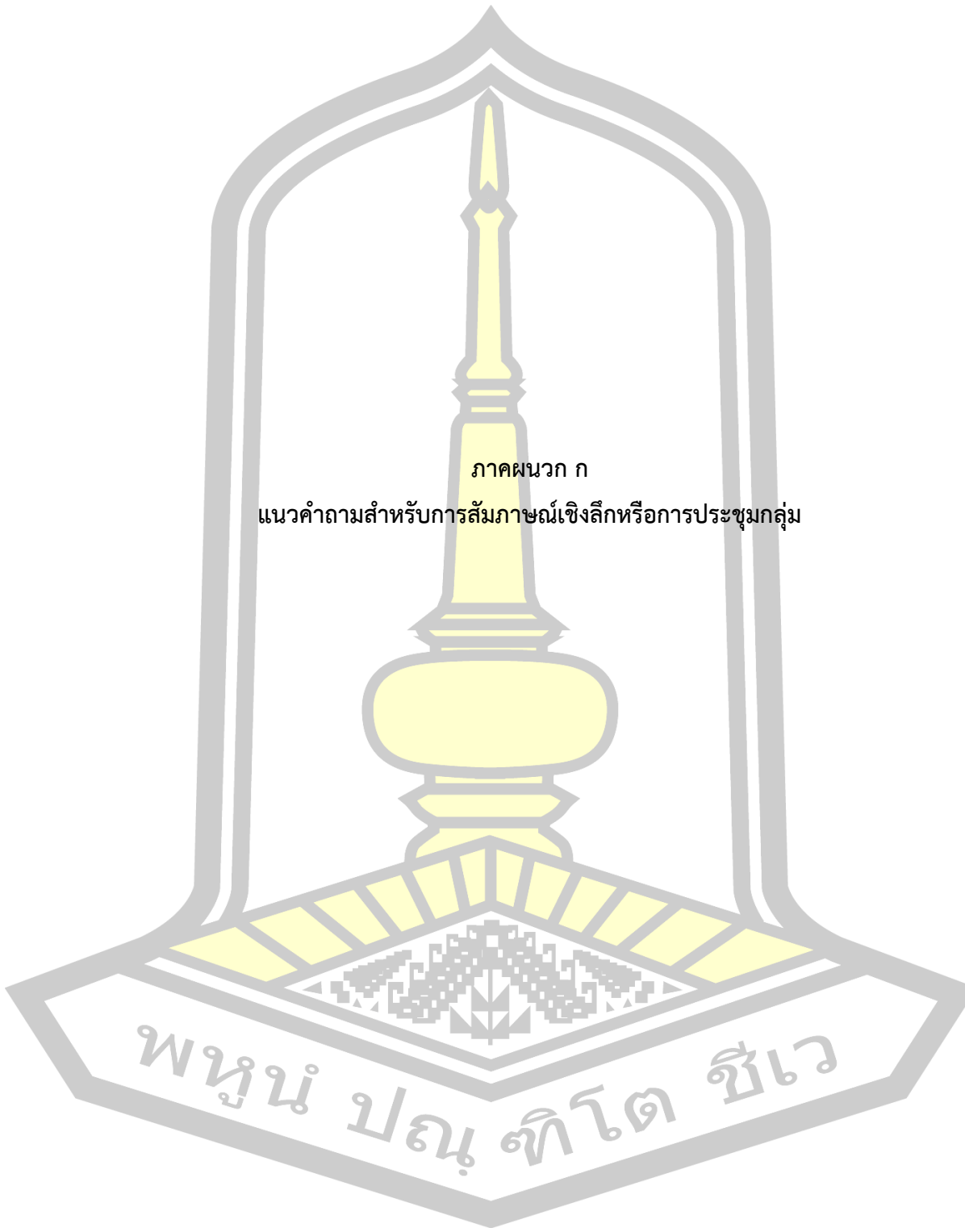
WHO. (n.d.). *WHO EMRO | Mental health action plan | Mental health*. http://www.emro.who.int/mnh/mental-health-action-plan/index.html

Zablotsky, B., & Black, L. I. (2020). Prevalence of children aged 3–17 years with developmental disabilities, by urbanicity: United States, 2015–2018. *National Health Statistics Reports*, *2020*(139), 2015–2018.

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการประชุมกลุ่ม

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการประชุมกลุ่ม
เพื่อศึกษาการดำเนินงานโรคสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ขั้นตอนของการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม

1. ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำตนเองและทีมงาน
2. อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม
3. เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ตามประเด็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกระตุ้นให้ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น
4. สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม จะทำการบันทึกเสียงโดยผู้ช่วยนักวิจัย แล้วทำการถอดเทปด้วยผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 จำนวนผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม จำนวน.....คน

1.2 สถานที่.....

1.3 เริ่มสนทนาเวลา.....สิ้นสุดการสนทนาเวลา.....

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ประเด็นดังนี้

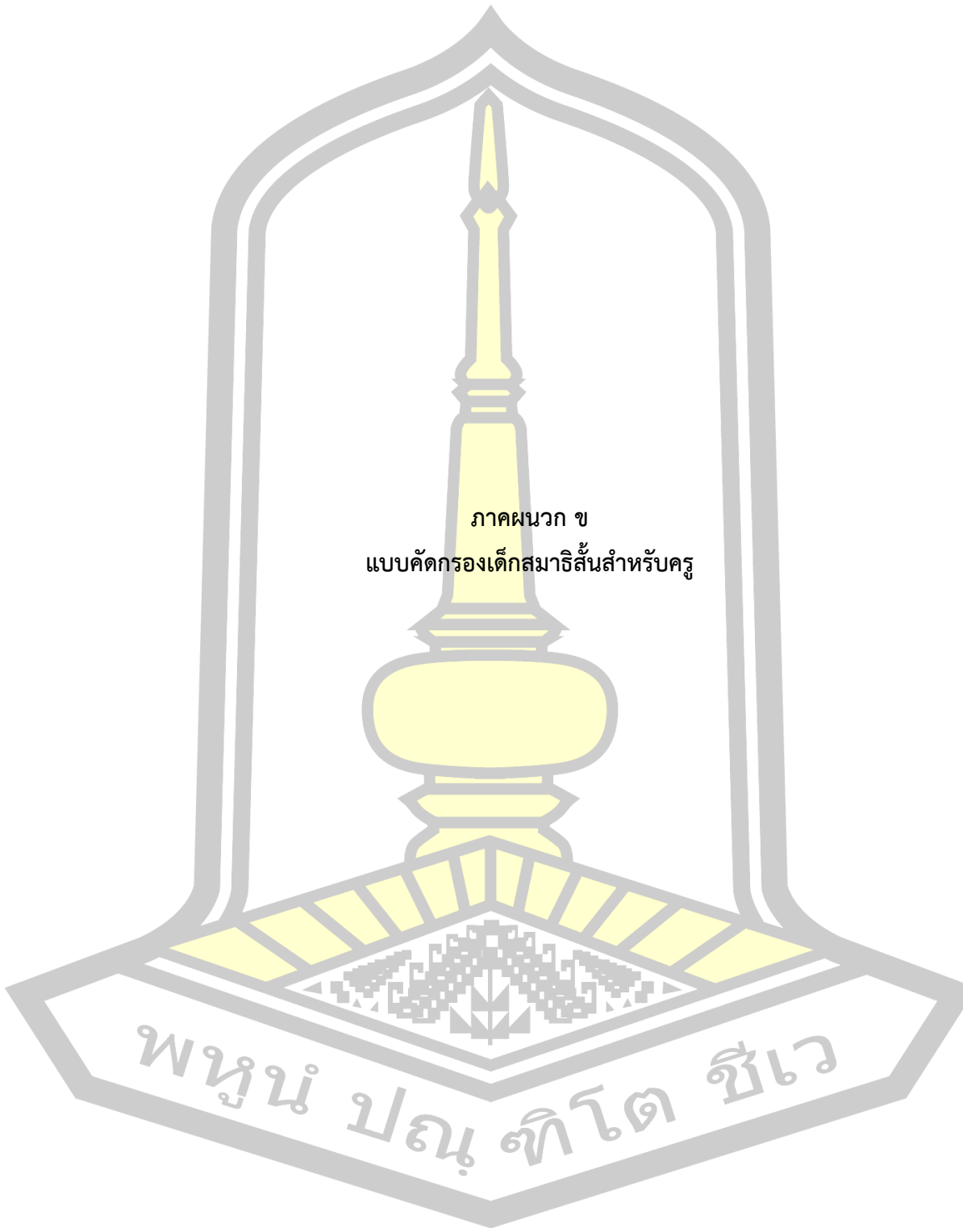
2.1 สภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันเป็นอย่างไร

- ด้านการบริการ
- ด้านบุคลากร
- ด้านข้อมูลและสารสนเทศ
- ด้านยาและเวชภัณฑ์
- ด้านงบประมาณ
- ด้านอื่น ๆ

2.2 กลไกการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไรบ้าง

2.3 การดูแลเด็กสมาธิสั้น ใครควรมีส่วนร่วมบ้าง

2.4 การดูแลเด็กสมาธิสั้น ควรเป็นอย่างไร



ภาคผนวก ข

แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู

แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

คำชี้แจง: แบบคัดกรองนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมและคัดกรองโรคสมาธิสั้น ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร โดยขอให้ท่านกาเครื่องหมาย √ หรือเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องหรือคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ-สกุลเด็ก.....

1.2 เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

1.3 อายุ ..... ปี

1.4 โรงเรียน.....ชั้น ป...../.....

1.5 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

1.6 ชื่อ - สกุล ครูประจำชั้น.....เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (Short Form) จำนวน 26 ข้อ

คำแนะนำสำหรับครู ในการประเมิน สังเกตพฤติกรรมเด็ก ใน 1 สัปดาห์

ตอบ 0 = ไม่เลย หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นเลย

ตอบ 1 = เล็กน้อย หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 1-2 วัน/สัปดาห์

ตอบ 2 = ค่อนข้างมาก หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 3-5 วัน/สัปดาห์

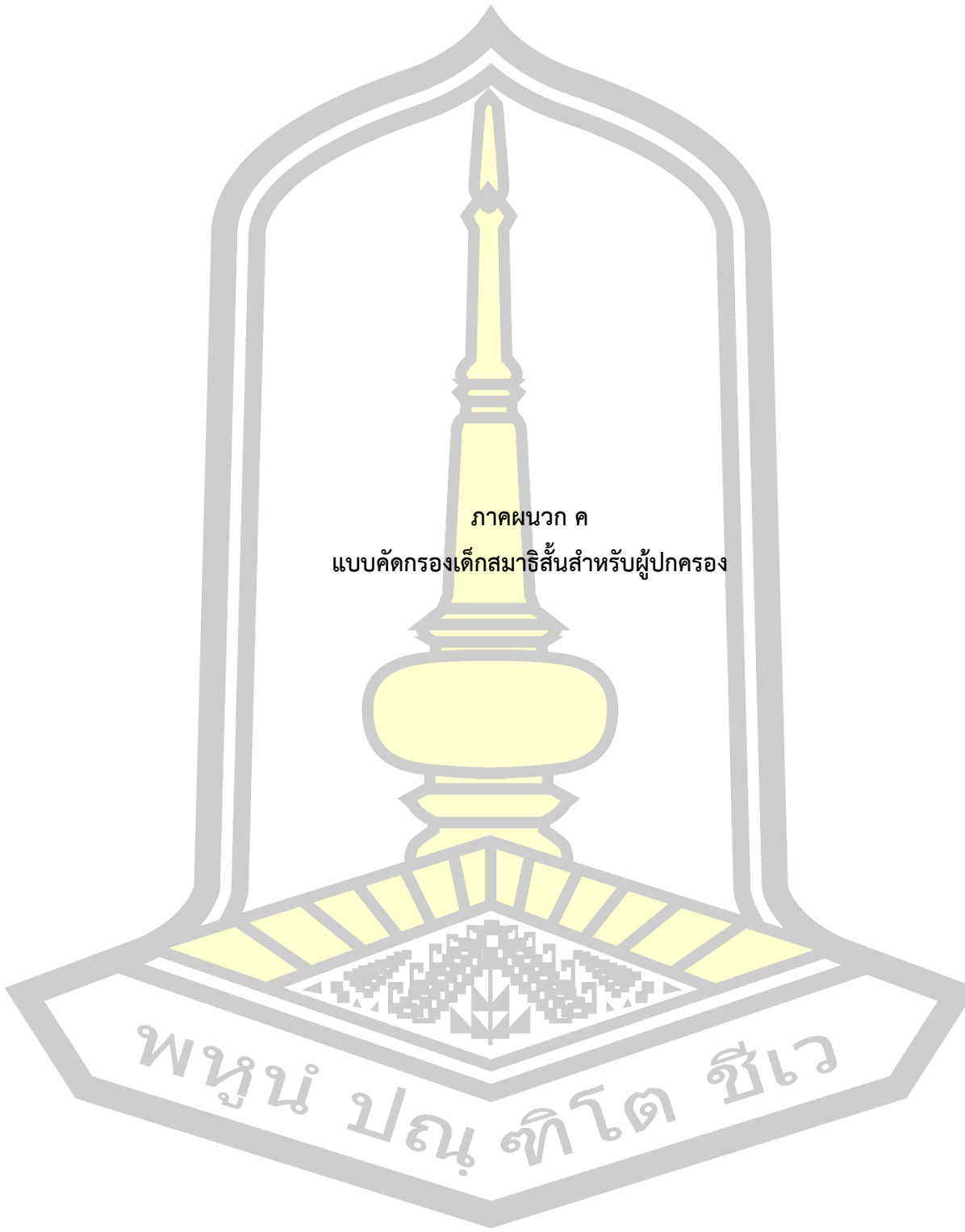
ตอบ 3 = มาก หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 6-7 วัน/สัปดาห์หรือทุกวัน

ข้อ	ประเด็นคำถาม	คำตอบ			
อาการขาดสมาธิ		**0**	**1**	**2**	**3**
1	มักไม่ละเอียดรอบคอบในการทำงานต่าง ๆ เช่น งานบ้าน หรืองานที่ได้รับมอบหมาย				
2	เบื่อง่าย ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้				
3	ไม่ค่อยฟัง เวลามีคนพูดด้วย				
4	มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ				
5	จัดตารางเรียน จัดกระเป๋าเรียน ไม่ถูกต้อง				
6	ไม่มีความอดทนต่อความยากลำบาก				
7	ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)				
8	วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ				
9	มักหลงลืม				
Total อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptom) =.....คะแนน (ผู้ปกครอง≥ 16 คะแนน ครู≥18 คะแนน)					

ข้อ	ประเด็นคำถาม				
	อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น	**0**	**1**	**2**	**3**
10	มือ เท้า ยุกยิก นั่งบิดไปบิดมา				
11	นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้น หรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย				
12	วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินควร อย่างไม่เหมาะสม				
13	เล่น หรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ ไม่เป็น				
14	พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือนตื่นตัวตลอดเวลา				
15	พูดมาก				
16	มักจะตอบคำตอบก่อนฟังคำถามจบ				
17	ไม่ชอบรอคิว				
18	ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)				
Total อาการซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/impulsivity symptoms) =.....คะแนน (ผู้ปกครอง≥ 14 คะแนน ,ครู≥11 คะแนน)					
	อาการดื้อต่อต้าน	**0**	**1**	**2**	**3**
19	อารมณ์เสียง่าย				
20	ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ ไม่มีเหตุผล				
21	ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางระเบียบกฎเกณฑ์ไว้				
22	จงใจก่อกวนผู้อื่น แกล้งเพื่อน				
23	ชอบโยนความผิดให้ผู้อื่น เมื่อตนเองทำผิด				
24	หงุดหงิดง่ายเมื่อผู้อื่นทำให้ไม่พอใจ				
25	โกรธ หน้าบึ้งตึงเป็นประจำ				
26	เจ้าคิดเจ้าแค้น จำฝังใจ				
Total อาการดื้อ / ต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) =.....คะแนน (ผู้ปกครอง≥ 12 คะแนน ครู ≥ 8 คะแนน)					

* จุดตัดค่าคะแนน อ้างอิงจากวิจัยคุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(2): 97-110 ณัทธร พิทยรัตน เสถียร และคณะ

****ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ****



ภาคผนวก ค

แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

คำชี้แจง: แบบคัดกรองนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมและคัดกรองโรคสมาธิสั้น ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร โดยขอให้ท่านกาเครื่องหมาย √ หรือเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องหรือคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียน

1) ชื่อ-สกุลเด็ก.....

2) เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

3) อายุ ..... ปี

4) โรงเรียน.....

5) ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

6) ชื่อผู้ปกครอง.....เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (Short Form) จำนวน 26 ข้อ

คำแนะนำสำหรับครู ในการประเมิน สังเกตพฤติกรรมเด็ก ใน 1 สัปดาห์

ตอบ 0 = ไม่เลย หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นเลย

ตอบ 1 = เล็กน้อย หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 1-2 วัน/สัปดาห์

ตอบ 2 = ค่อนข้างมาก หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 3-5 วัน/สัปดาห์

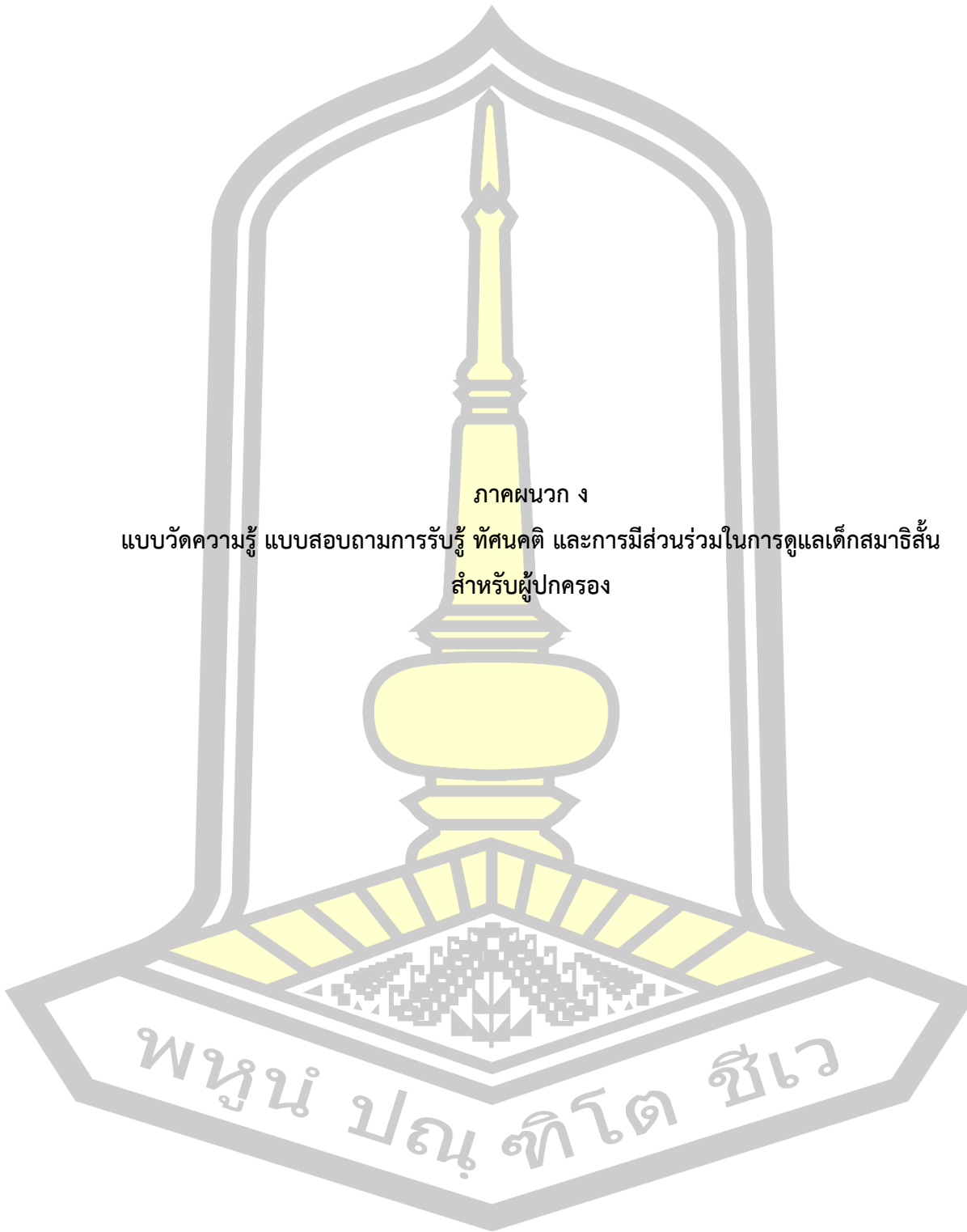
ตอบ 3 = มาก หมายถึง แสดงพฤติกรรมดังกล่าว 6-7 วัน/สัปดาห์หรือทุกวัน

ข้อ	ประเด็นคำถาม	คำตอบ			
อาการขาดสมาธิ		**0**	**1**	**2**	**3**
1	มักไม่ละเอียดรอบคอบในการทำงานต่าง ๆ เช่น งานบ้าน หรืองานที่ได้รับมอบหมาย				
2	เบื่อง่าย ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้				
3	ไม่ค่อยฟัง เวลามีคนพูดด้วย				
4	มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ				
5	จัดตารางเรียน จัดกระเป๋าเรียน ไม่ถูกต้อง				
6	ไม่มีความอดทนต่อความยากลำบาก				
7	ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)				
8	วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ				
9	มักหลงลืม				
Total อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptom) =.....คะแนน (ผู้ปกครอง≥ 16 คะแนน ครู≥18 คะแนน)					

ข้อ	ประเด็นคำถาม				
	อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น	**0**	**1**	**2**	**3**
10	มือ เท้า ยุกยิก นั่งบิดไปบิดมา				
11	นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้น หรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย				
12	วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินควร อย่างไม่เหมาะสม				
13	เล่น หรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ ไม่เป็น				
14	พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือนตื่นตัวตลอดเวลา				
15	พูดมาก				
16	มักจะตอบคำตอบก่อนฟังคำถามจบ				
17	ไม่ชอบรอคิว				
18	ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)				
Total อาการชนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/impulsivity symptoms) =.....คะแนน (ผู้ปกครอง≥ 14 คะแนน ,ครู≥11 คะแนน)					
	อาการดื้อต่อต้าน	**0**	**1**	**2**	**3**
19	อารมณ์เสียง่าย				
20	ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ ไม่มีเหตุผล				
21	ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางระเบียบกฎเกณฑ์ไว้				
22	จงใจก่อกวนผู้อื่น แกล้งเพื่อน				
23	ชอบโยนความผิดให้ผู้อื่น เมื่อตนเองทำผิด				
24	หงุดหงิดง่ายเมื่อผู้อื่นทำให้ไม่พอใจ				
25	โกรธ หน้าบึ้งตึงเป็นประจำ				
26	เจ้าคิดเจ้าแค้น จำฝังใจ				
Total อาการดื้อ / ต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) =.....คะแนน (ผู้ปกครอง≥ 12 คะแนน ครู ≥ 8 คะแนน)					

* จุดตัดค่าคะแนน อ้างอิงจากวิจัยคุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(2): 97-110 ณัทธร พิทยรัตนเสถียร และคณะ

****ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ****



ภาคผนวก ง

แบบวัดความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง

แบบวัดความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร โดยขอให้ท่านกาเครื่องหมาย √ หรือเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องหรือคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

1) เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2) อายุ ..... ปี

3) ความสัมพันธ์กับเด็ก

☐ 1) แม่ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

☐ 2) พ่อ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

☐ 3) ปู่ ย่า ตา ยาย ลุงป้า น้าอา เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

☐ 4) อื่นๆ (ระบุ) .....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ .....

4) อาชีพ ☐ 1) เกษตรกร ☐ 2) รับจ้างทั่วไป ☐ 3) พนักงานบริษัท ☐ 4) ค้าขาย

☐ 5) ข้าราชการ ☐ 6) อื่นๆ ระบุ.....

5) รายได้ของผู้ปกครอง.....บาท/เดือน

6) สถานะการสมรสของพ่อแม่เด็ก ☐ 1) สมรส ☐ 2) หย่าร้าง

7) การดูแลเด็ก ☐ 1) เด็กอยู่กับพ่อและแม่ ☐ 2) เด็กอยู่กับแม่ ☐ 3) เด็กอยู่กับแม่

☐ 4) เด็กอยู่กับปู่ย่าตายาย ☐ 5) เด็กอยู่กับญาติ

8) ประสบการณ์การอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเด็กสมาธิสั้น

☐ 1) ไม่เคย ☐ 2) เคย.....ครั้ง

9) ประสบการณ์ในการใช้แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้น

☐ 1) ไม่เคย ☐ 2) เคย

10) ประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น

☐ 1) ไม่เคย ☐ 2) เคย .....คน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น

ข้อ	ประเด็นคำถาม	คำตอบ	
		1) ใช่	2) ไม่ใช่
1	โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่		
2	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย		
3	เด็กสมาธิสั้น มักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ		
4	เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานานไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่แน่นอน		
5	เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ		
6	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร		
7	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง		
8	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด		
9	ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น		
10	การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบ จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก		

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเด็กสมาธิสั้น

โดยตอบ 1=น้อยมาก 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด

ข้อ	ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
ความรุนแรงของโรค						
1	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร หรือก้าวร้าว					
2	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด					
3	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน					
4	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะทำให้เด็กมีโอกาสป่วยด้วยโรคอื่นๆ ร่วมด้วย					

ข้อ	ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
5	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีโอกาสที่เกิดอุบัติเหตุกว่าเด็กทั่ว ๆ ไป					
ประโยชน์ในการรักษา						
6	การที่เด็กได้รับการคัดกรองโรคสมาธิสั้นจะช่วยให้เด็กสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และเป็นผลดีต่อเด็กมากยิ่งขึ้น เด็ก					
7	สมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะสามารถสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ					
8	ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น					
9	เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้					
10	การดูแลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ เด็กมีอาการดีขึ้น					
อุปสรรคต่อการรักษา						
11	ท่านไม่ค่อยมีเวลาในการนำเด็กสมาธิสั้นในการเข้ารับการตรวจและรักษา					
12	ท่านไม่ทราบช่องทางหรือวิธีการนำเด็กในการเข้ารับการตรวจและรักษา					
13	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหากต้องนำเด็กเข้ารับการตรวจและรักษา					
14	ท่านรู้สึกเป็นปมด้อยและอายเมื่อคนอื่นรู้ว่าเด็กที่อยู่ในการดูแลเป็นโรคสมาธิสั้น					
15	การพาเด็กไปขอรับการรักษาในโรงพยาบาลมีความยุ่งยากและรอคิวนาน					

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 4 ทัศคติที่มีต่อโรคสมาธิสั้น

โดยตอบ 1=น้อยมาก 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด

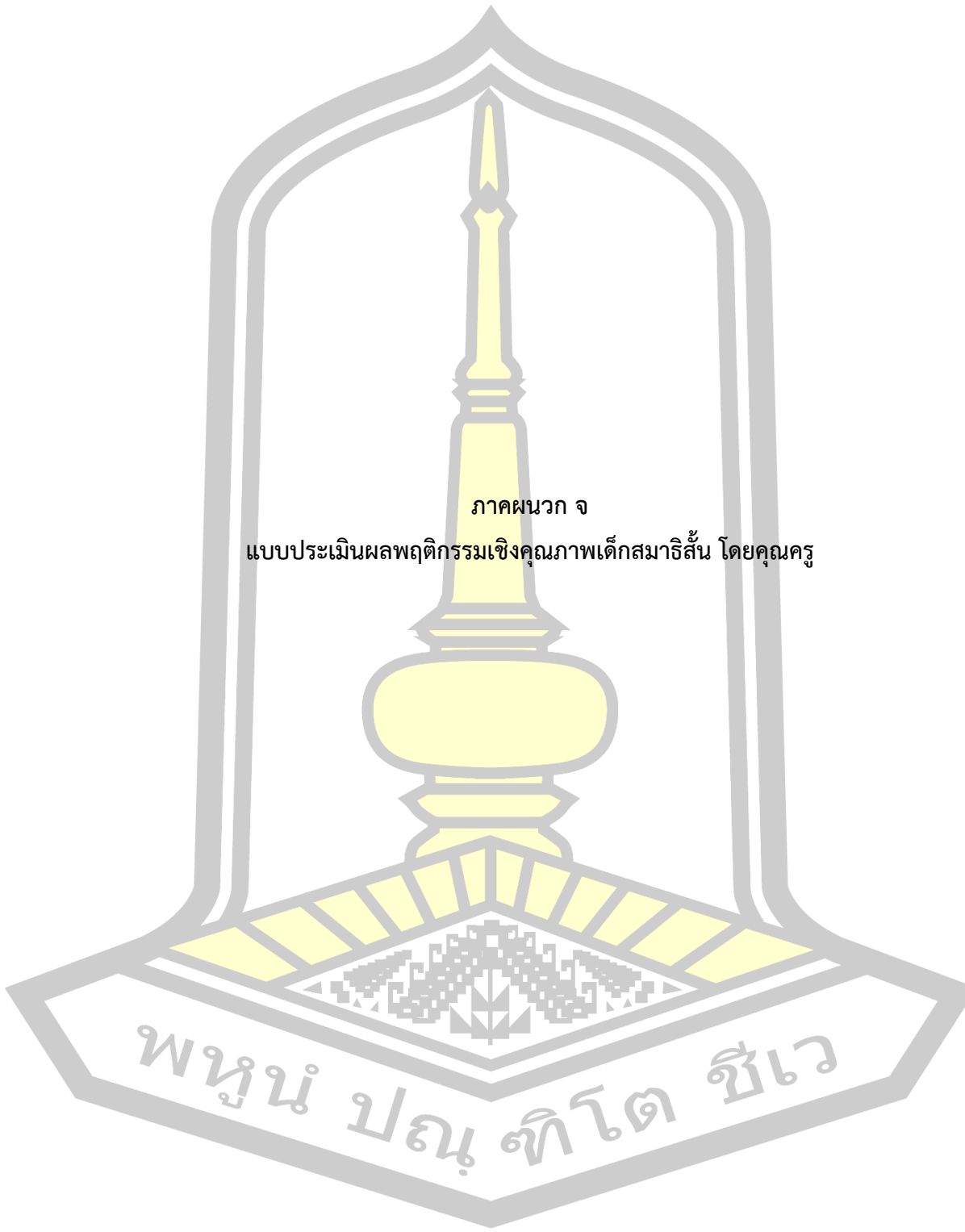
ข้อ	ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้					
2	ไม่ควรพาเด็กสมาธิสั้นเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมทั่วไป					
3	เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ					
4	เมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่น					
5	เด็กสมาธิสั้น ต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษ					
6	การทำให้เด็กสมาธิสั้นปฏิบัติตามกฎระเบียบ ควรใช้วิธีลงโทษ					
7	ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น					
8	เมื่อลูกเป็นโรคสมาธิสั้นพ่อแม่รู้สึกเป็นปมด้อยและอาย					
9	ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี					
10	ไม่จำเป็นต้องรักษาโรคสมาธิสั้นก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายซนตามวัยอยู่แล้ว					

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

โดยตอบ 1=น้อยมาก 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด

ข้อ	ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		1	2	3	4	5
1	ท่านสามารถให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นได้					
2	ท่านสามารถสังเกตความผิดปกติของเด็กสมาธิสั้นได้					
3	ท่านสามารถใช้แบบคัดกรองเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง					
4	ท่านสามารถให้คำแนะนำบุคคลอื่นในการนำเด็กกลุ่มเสี่ยงเด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาได้					
5	ท่านสามารถกำกับการกินยาของเด็กสมาธิสั้นได้					
6	ท่านสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กกลุ่มเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้					
7	ท่านสามารถขอความช่วยเหลือหรือส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสมาธิสั้นเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ					

****ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ****



ภาคผนวก จ

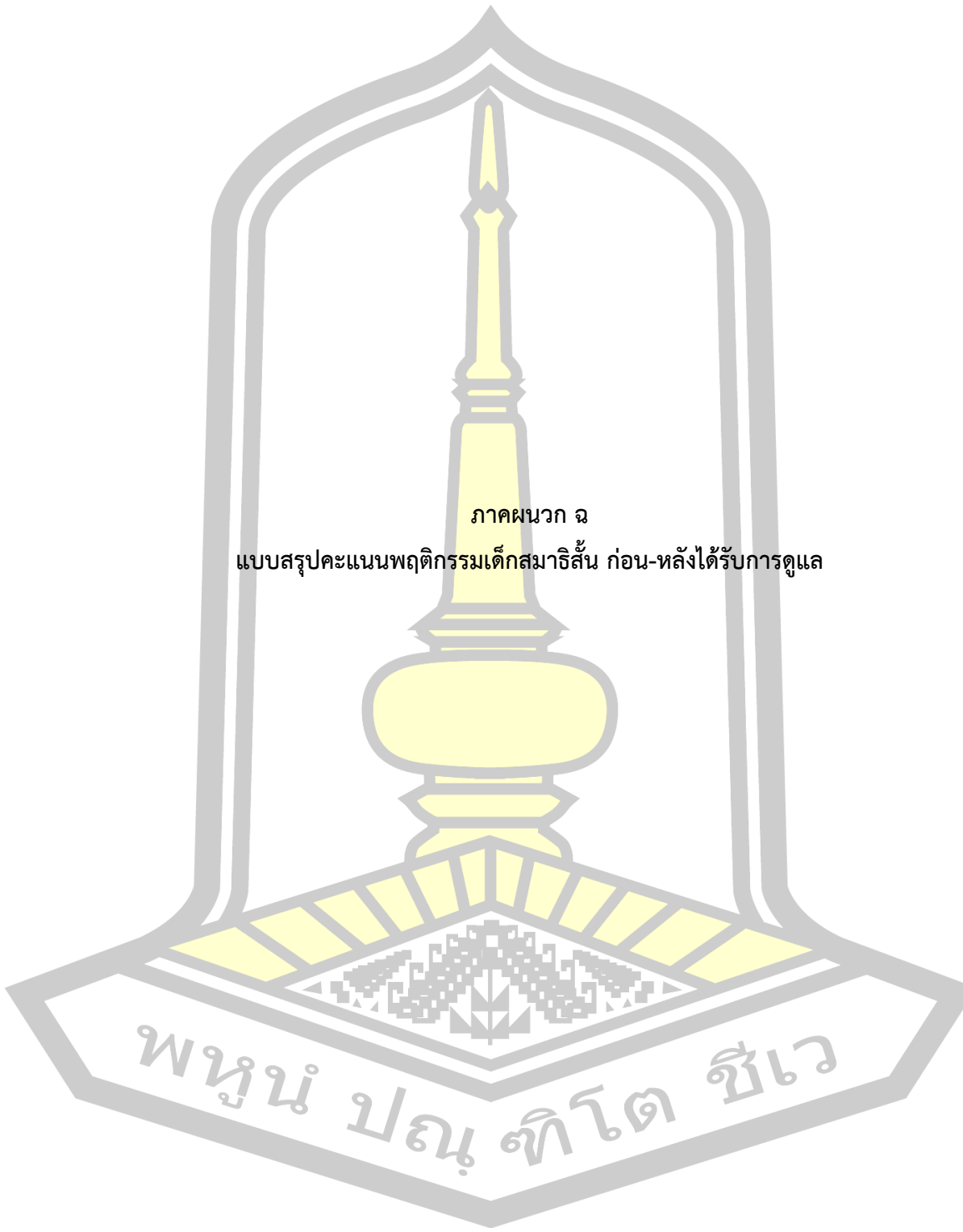
แบบประเมินผลพฤติกรรมเชิงคุณภาพเด็กสมาธิสั้น โดยคุณครู

แบบประเมินผลพฤติกรรมเชิงคุณภาพเด็กสมาธิสั้น โดยคุณครู
ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ชื่อ-สกุล เด็กนักเรียน.....ชั้น.....
ชื่อ-สกุล ผู้ประเมิน.....

พฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
ด้านขาดสมาธิ (การทำการบ้าน ความอดทน ไม่ฟัง การจัดระเบียบ ทำของหาย ขี้ลืม วอกแวก)		
ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (หยุกหยิก ลุกออกจากที่ วิ่ง ปีนป่าย พร้อมเคลื่อนไหวเสมอ พูดมาก พูดแทรก ไม่รอคิว)		
ด้านดื้อต่อต้าน (อารมณ์เสียง่าย โต้เถียง ไม่ทำตาม กฎเกณฑ์ ก่อกวนผู้อื่น ตำหนิคนอื่น ขี้รำคาญ โกรธ บึ้งตึง เจ้าคิดเจ้าแค้น)		
ด้านอื่นๆ (ถ้ามี)		

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว



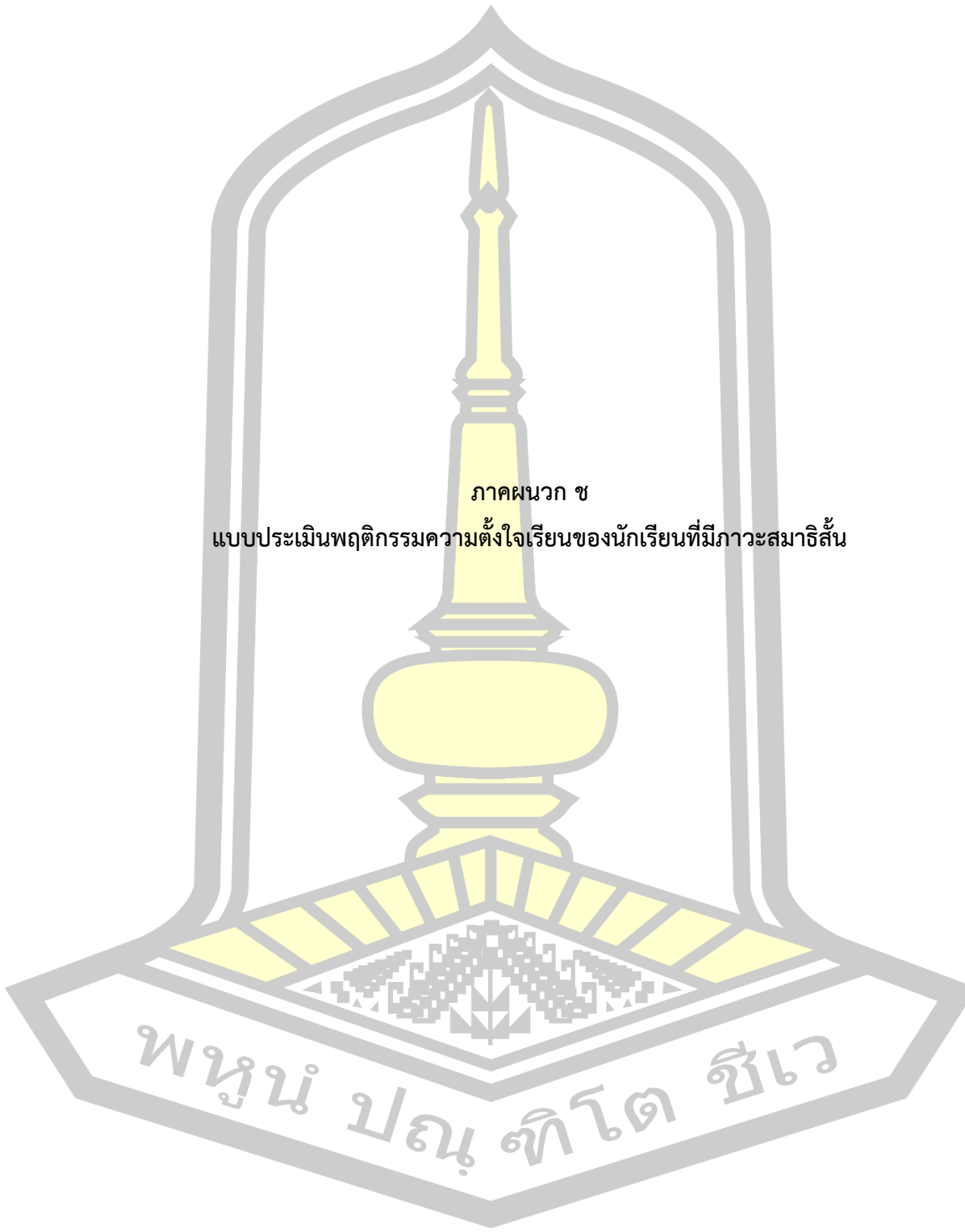
ภาคผนวก ฉ

แบบสรุปคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อน-หลังได้รับการดูแล

แบบสรุปคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อน-หลังได้รับการดูแล

คนที่	คะแนนพฤติกรรมก่อนได้รับการดูแล				คะแนนพฤติกรรมหลังได้รับการดูแล				ความต่าง
	ขาดสมาธิ	ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	ดื้อต่อต้าน	รวม	ขาดสมาธิ	ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	ดื้อต่อต้าน	รวม	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ช

แบบประเมินพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น

แบบประเมินพฤติกรรมความตั้งใจเรียนของนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น
ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

1) แบบประเมินพฤติกรรม มี จำนวน 8 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ตัวชี้วัดระดับ / พฤติกรรม	**ก่อน**เข้าพัฒนารูปแบบ					**หลัง**พัฒนารูปแบบ				
	ไม่สามารถทำได้ 1	ทำได้น้อย 2	ทำได้ปานกลาง 3	ทำได้ดี 4	ทำได้ดีมาก 5	ไม่สามารถทำได้ 1	ทำได้น้อย 2	ทำได้ปานกลาง 3	ทำได้ดี 4	ทำได้ดีมาก 5
1. อยู่นิ่งได้จนครบชั่วโมงเรียน										
2. ไม่พูดคุยกับเพื่อนในชั้นเรียนระหว่างที่ครูสอน										
3. สามารถสรุปใจความสำคัญได้จากกิจกรรมการเรียนการ สอน										
4. สามารถทำงานตามลำดับขั้นตอนได้										
5. สามารถแก้ปัญหาที่พบเจอ ได้ด้วยตนเอง										
6. ทำงานได้เรียบร้อย รอบคอบ										
7. ทำงานส่งได้ตรงตามเวลาที่กำหนด										
8. มีความตั้งใจและสนใจในการทำกิจกรรม										

2. ความรู้สึกต่อการโครงการวิจัย

.....

.....

.....

.....

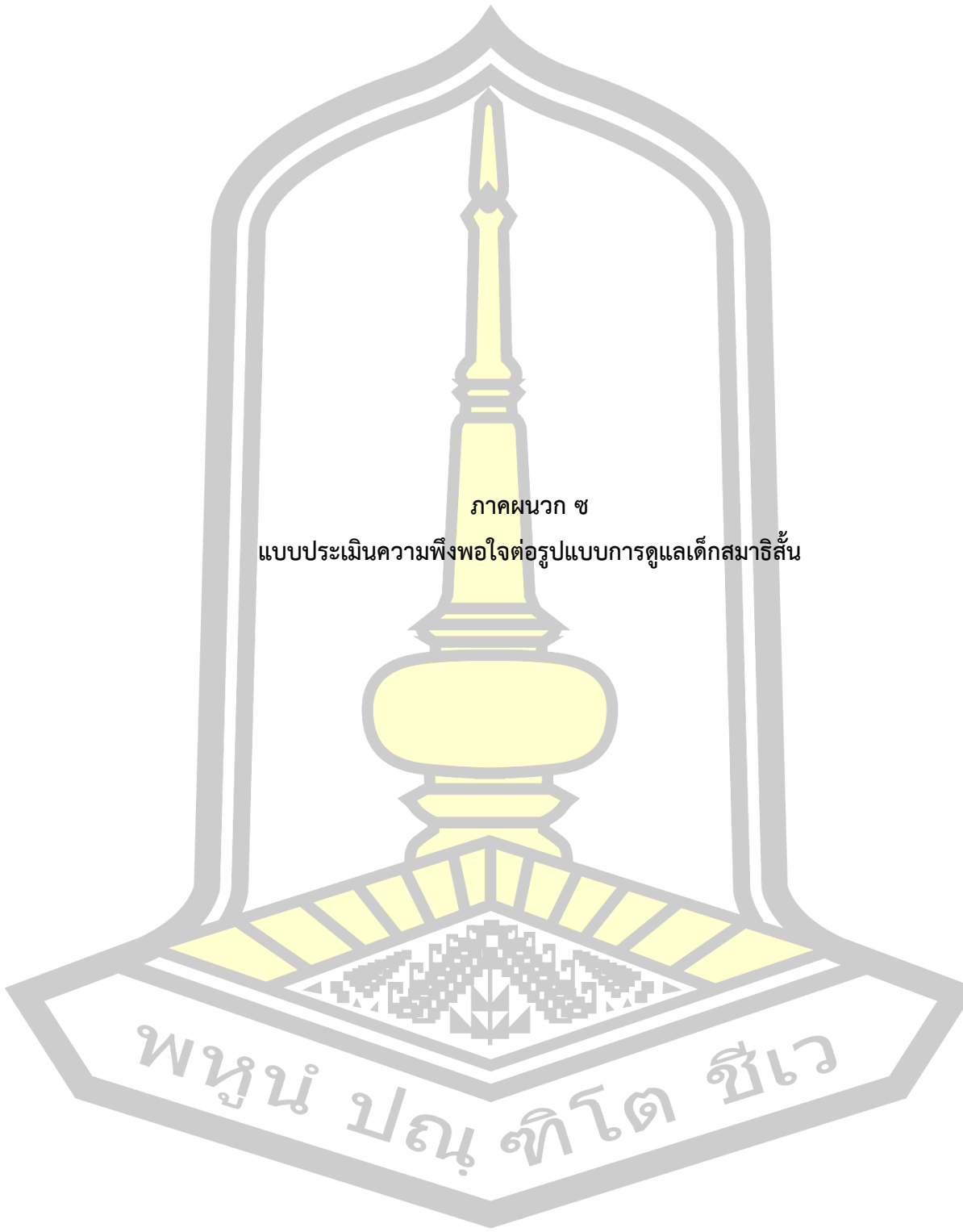
3. ข้อเสนอแนะต่อโครงการวิจัย

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือ



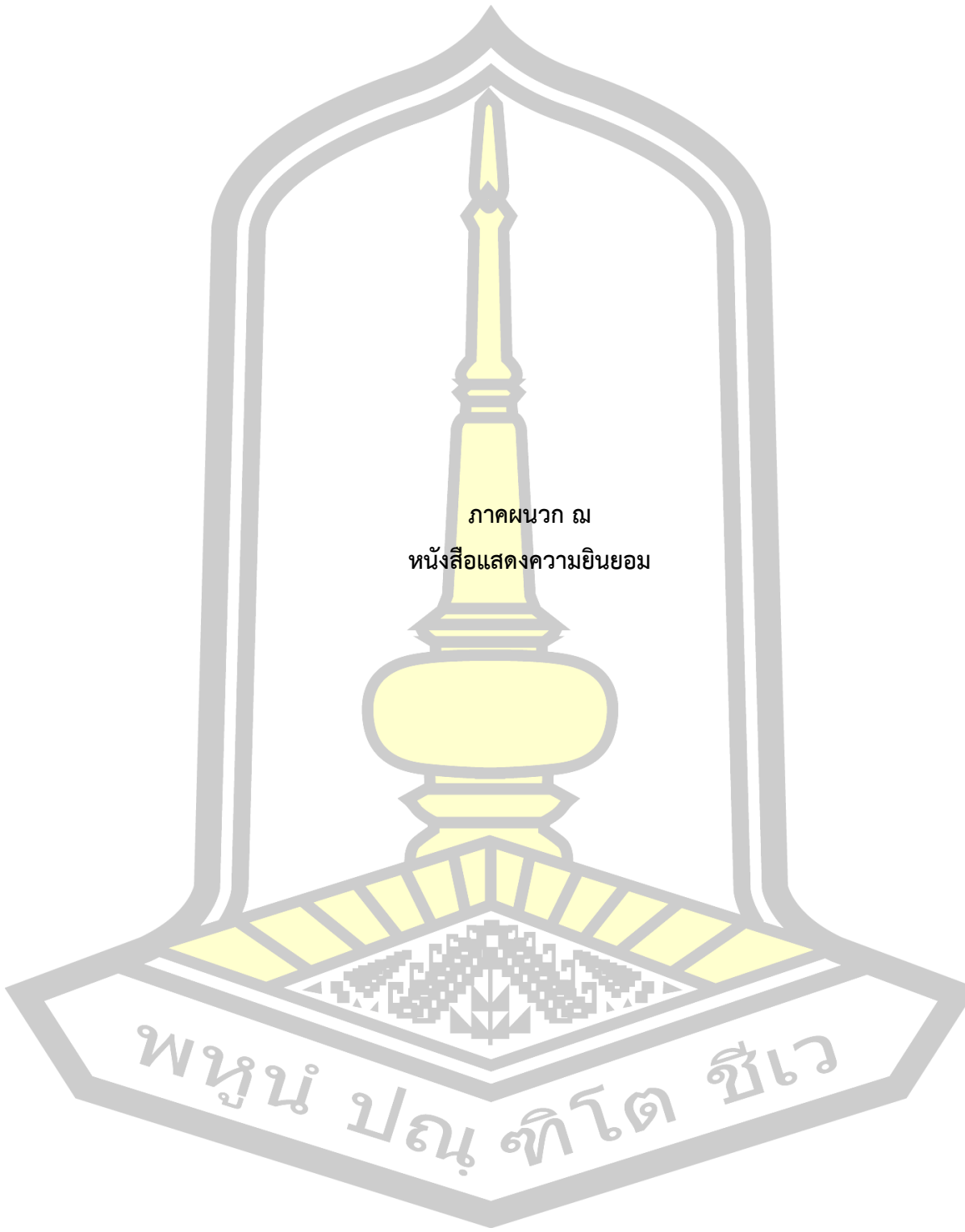
ภาคผนวก ซ

แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อ	คำถาม	คำตอบ		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
1	สามารถแก้ไขปัญหาหรือป้องกันโรคเด็กสมาธิสั้น			
2	ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน			
3	ความเหมาะสมของเนื้อหาหรือกระบวนการ			
4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม			
5	ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
6	สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กสมาธิสั้นได้			
7	ความสะดวกและสบายใจในการเข้าร่วมกิจกรรม			
8	เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ			
9	ความรู้สึกหลังการเข้าร่วมกิจกรรม			
10	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวม			

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก ฌ

หนังสือแสดงความยินยอม

หนังสือแสดงความยินยอม

โรงพยาบาลยโสธร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชน.....ออกให้ ณ .....วันหมดอายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความเกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกโดยเป็น ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) ผู้ปกครอง ( ) อื่นๆ ระบุ.....ของ ด.ญ./ด.ช. .....

( ) มีความประสงค์/ยินยอมให้เด็กเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกจากสถานพยาบาลแห่งนี้ซึ่งเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์และยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้า

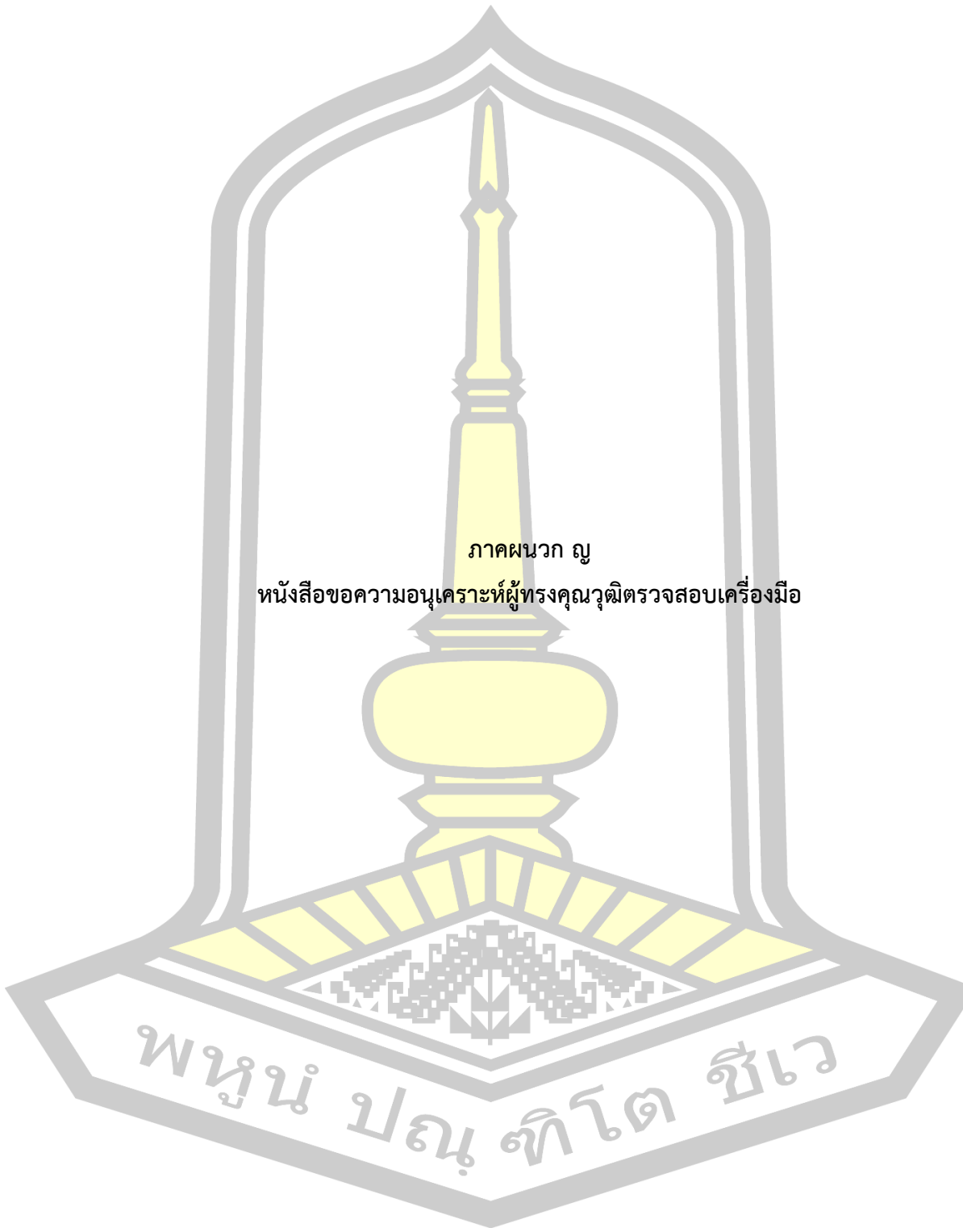
หรือ ( ) ไม่มีความประสงค์/ยินยอมให้เด็กเข้ารับการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกจากสถานพยาบาลแห่งนี้

ทั้งนี้ ข้อมูล/ผลการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลจะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคหรือฟื้นฟูสภาพของผู้รับการตรวจดังกล่าว

ลงนาม.....
(.....)
ผู้ยินยอม
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....
(.....)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....
(.....)
พยาน
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก ญ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๗๒๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน แพทย์หญิงธนาพร นิจพานิชย์

ด้วยนางสาวนริศรา อารีรักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และไอดีไลน์ ๐๘๙๖๘๖๖๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน ผู้ประสานงาน นางสาวนริศรา อารีรักษ์ โทร.๐๘๙-๖๘๖-๖๑๖๓



อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๓๒๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน แพทย์หญิงนพรัตน์ ศรีขาว

ด้วยนางสาวนริศรา อารีรักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และไอดีไลน์ ๐๘๙๖๘๖๖๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน ผู้ประสานงาน นางสาวนริศรา อารีรักษ์ โทร.๐๘๙-๖๘๖-๖๑๖๓



อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๗๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ดร.ถนอม นามวงศ์

ด้วยนางสาวนริศรา อารีรักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และไอดีไลน์ ๐๘๙๖๘๖๖๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน ผู้ประสานงาน นางสาวนริศรา อารีรักษ์ โทร.๐๘๙-๖๘๖-๖๑๖๓



อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๓๒๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน นางสุภาพร จันทร์สาม

ด้วยนางสาวนริศรา อารีรักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และไอดีไลน์ ๐๘๙๖๘๖๖๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน ผู้ประสานงาน นางสาวนริศรา อารีรักษ์ โทร.๐๘๙-๖๘๖-๖๑๖๓



อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๓๒๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ดร.สุภัทรญาณ ทองจิตร

ด้วยนางสาวนริศรา อารีรักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

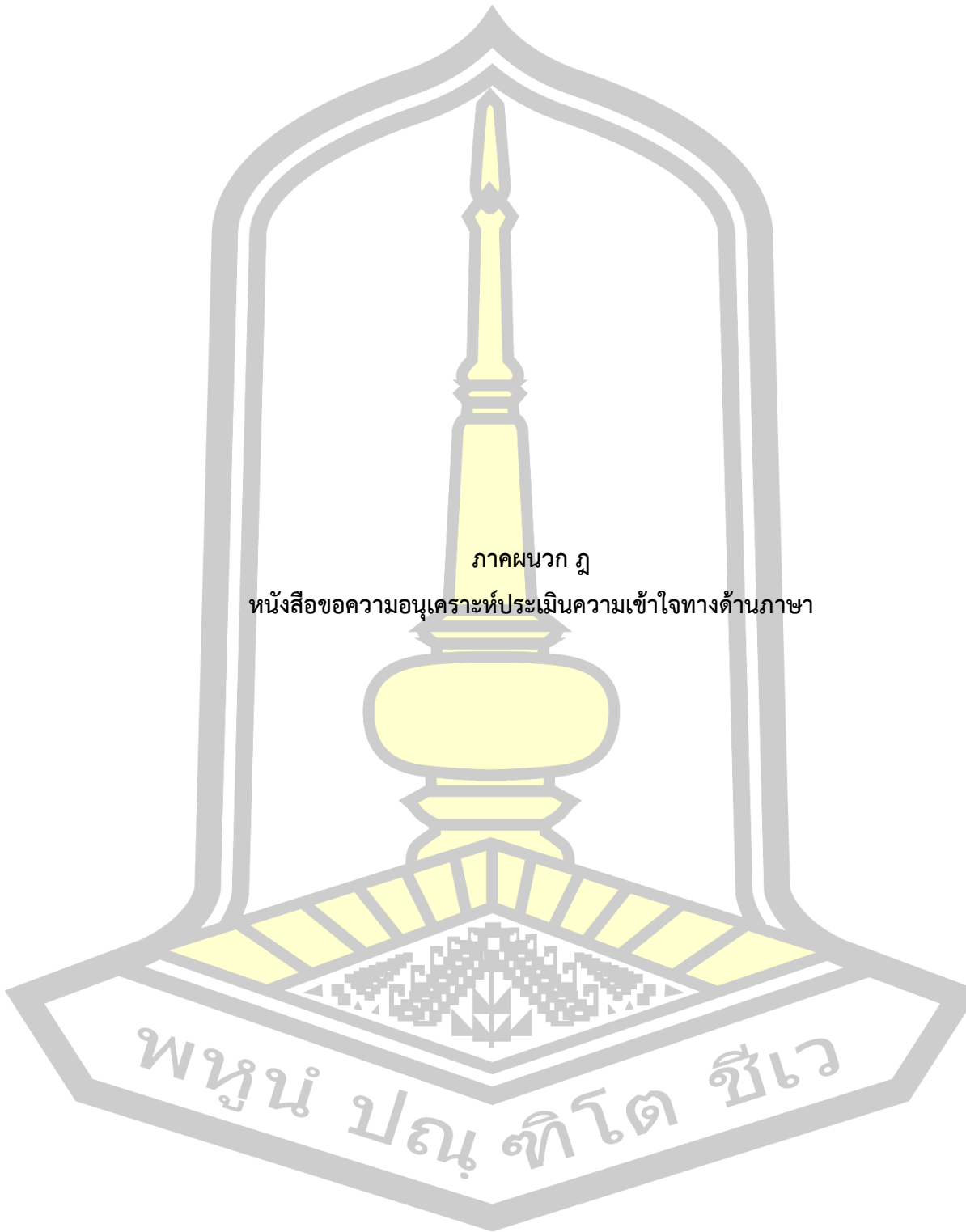
ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัยในการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และไอดีไลน์ ๐๘๙๖๘๖๖๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน ผู้ประสานงาน นางสาวนริศรา อารีรักษ์ โทร.๐๘๙-๖๘๖-๖๑๖๓



ภาคผนวก ฎ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ประเมินความเข้าใจทางด้านภาษา



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๓๐๙

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้ประเมินความเข้าใจด้านภาษาเครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลยโสธร

ด้วยนางสาวนริศรา อารีรักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวนริศรา อารีรักษ์ เก็บข้อมูลจากครูสายชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ จำนวน ๔ ท่าน ดังนี้

๑) นายสฤษดิ์ บรรลือหาญ ตำแหน่ง ครูชำนาญการพิเศษ
๒) นางอุทารวดี แก้วไสย ตำแหน่ง ครูชำนาญการพิเศษ
๓) นางดรุณี บุญจันทร์ ตำแหน่ง ครูชำนาญการ
๔) นางสาวทิพย์วิมล ณุวงษ์ศรี ตำแหน่ง ครู

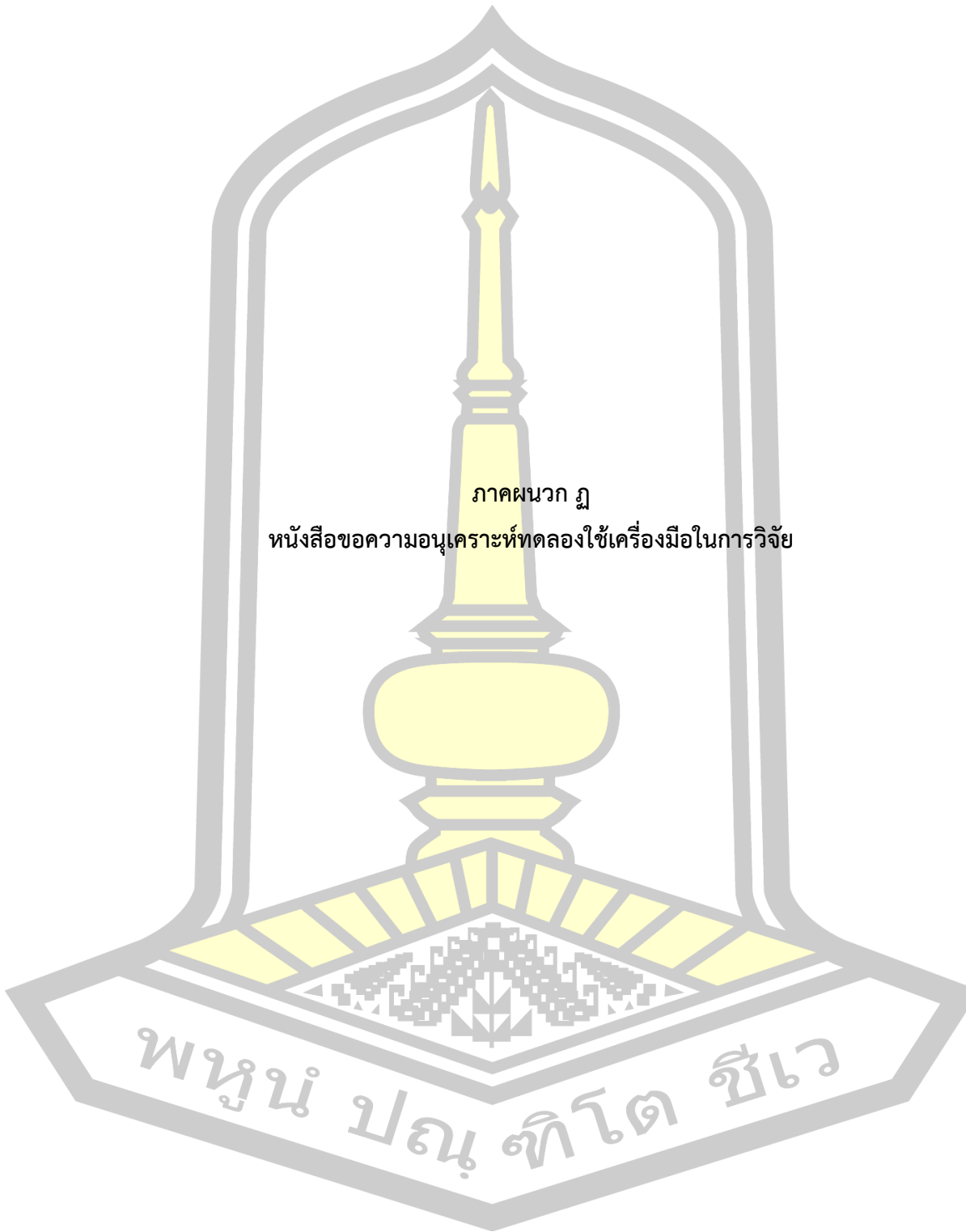
โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเป็นผู้ประเมินความเข้าใจด้านภาษาเครื่องมือในการวิจัย โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ทั้งนี้ สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์และไอดีไลน์ ๐๘๙๖๘๖๖๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวนริศรา อารีรักษ์ โทร.๐๘๙-๖๘๖-๖๑๖๓



ภาคผนวก ฏ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/ ๓๒๘

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านดงมัง ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านหนองคู

ด้วยนางสาวนริศรา อารีรักษ์ นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษานิพนธ์ในครั้งนี้

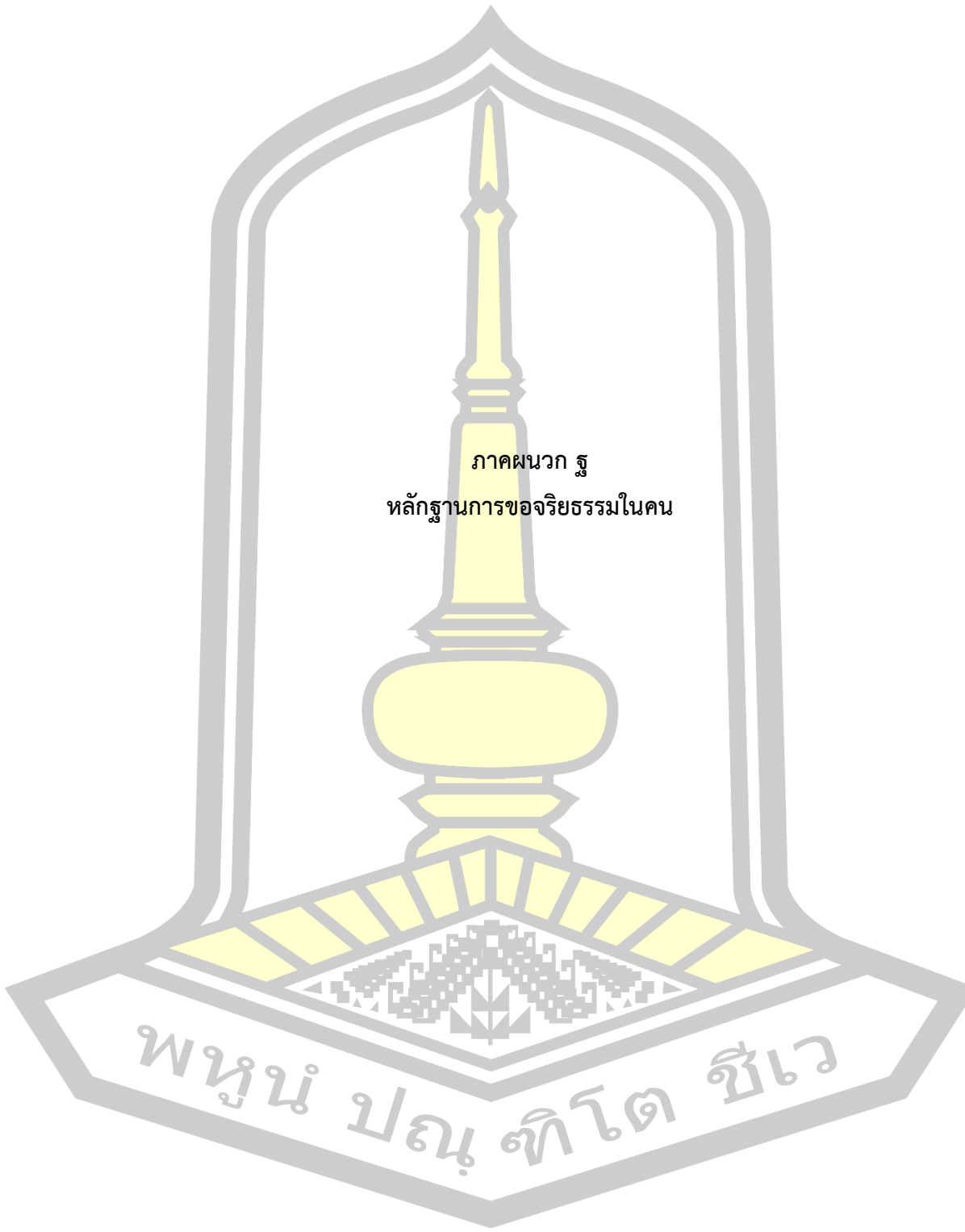
ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวนริศรา อารีรักษ์ เก็บข้อมูลจากครูสายชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเป็นการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ทั้งนี้ สามารถติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์และไอดีไลน์ ๐๘๙๖๘๖๖๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นางสาวนริศรา อารีรักษ์ โทร.๐๘๙-๖๘๖-๖๑๖๓



ภาคผนวก ฐ

หลักฐานการขอจริยธรรมในคน



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 056-413/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of Care Model for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Yasothon Province.

ผู้วิจัย : นางสาวนริศรา อารีรักษ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

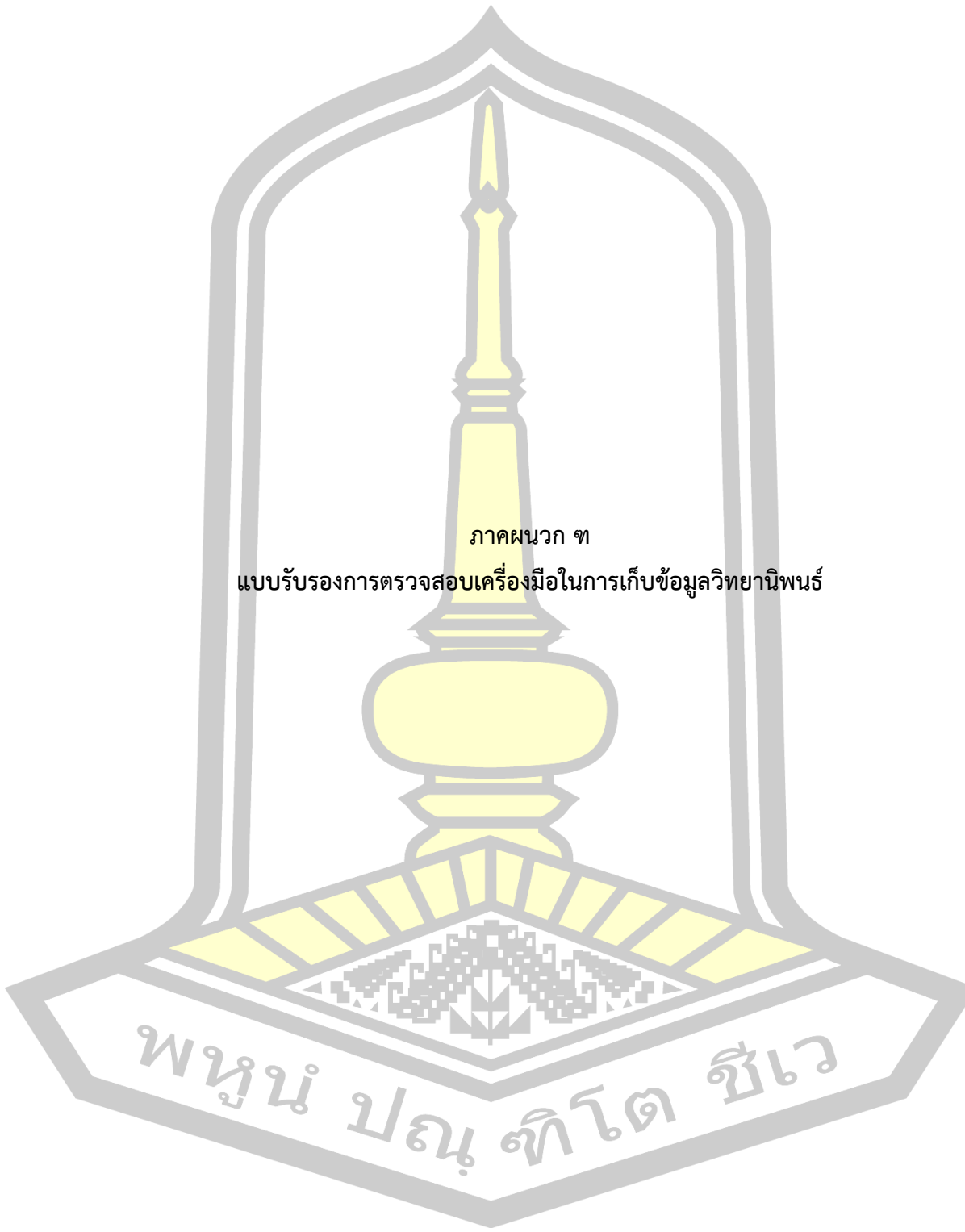
ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 18 กุมภาพันธ์ 2565 **วันหมดอายุ** : 17 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ฑ

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสาวนริศรา อารีรักษ์ รหัสนิสิต 63011490003

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมิทนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า นางนพรัตน์ ศรีขาว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษา ปริญญาโท แพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าตรวจสอบในด้านความตรงและความเที่ยงของเนื้อหา แล้ว เมื่อวันที่ 8 กพ. 2565 และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

แบบสอบถามสำหรับประเมินความคาดหวังเชิงเนื้อหา (แบบ ~~วัดผล~~ แก้ไข)
ข้อคำถามความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
สำหรับ คุ ข้อที่ 2 ความรู้เข้าใจโรคสมาธิสั้น. ท่านจะเลือกใช้คำใด
ระหว่าง เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น กับ เด็กสมาธิสั้น.

ลงชื่อ นพ. ผู้ตรวจสอบ
(นางนพรัตน์ ศรีขาว)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
วันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสาวนริศรา อารีรักษ์ รหัสนิสิต 63011490003

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า นางณาฟร นิจฟานิรย์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
หน่วยงาน กุมารเวชกรรม วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี แพทย์ศาสตรบัณฑิต
ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าตรวจสอบในด้านความตรงและความเที่ยงของเนื้อหาแล้ว เมื่อวันที่.....และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ข้อคำถามในส่วนของ ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้ง สำหรับครู / ผู้ปกครอง เสนอให้มีการปรับบางข้อคำถาม เพื่อให้ผู้ตอบ เข้าใจ ในประเด็นที่แบบสอบถาม ต้องการจะได้คำตอบ ตรงตามวัตถุประสงค์ เช่น ข้อคำถาม เด็กสมาธิสั้น จะทำให้เด็ก มีโอกาสป่วย ติดโรค ต่างๆ ง่ายขึ้น ควร ระบุ ถึง โรคทางพฤติกรรมต่างๆ ด้วย เนื่องจากคำถาม ตามจะเกิดโรค ถึง โรคเจ็บป่วย ทางกาย หรือ โรคทางพฤติกรรม

เสนอในส่วนของ ปรับ เพื่อให้ เกิด ประโยชน์ ต่อการนำไปใช้ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้ง่าย ขึ้น

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางณาฟร นิจฟานิรย์)
ตำแหน่ง กุมารแพทย์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสาวนริศรา อารีรักษ์ รหัสนิสิต 63011490003

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัฑนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า นายณอม ทมวงษ์ ตำแหน่ง พัฒนาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร วุฒิการศึกษา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าตรวจสอบในด้านความตรงและความเที่ยงของเนื้อหา แล้ว เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2565 และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

- ควรเรียบเรียงประโยค/ข้อความในบางส่วนให้มีความชัดเจนมากขึ้น
เพิ่มเติม/ลบออก เนื้อหาครบถ้วนดีแล้ว ไม่ต้องเพิ่มเติม
- บางข้อคำถามในส่วนต่างๆ ของแบบสอบถามยังไม่ชัดเจน ควรปรับปรุงใหม่

ลงชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ
(นายณอม ทมวงษ์)
ตำแหน่ง พัฒนาการสาธารณสุขชำนาญการ
วันที่ 8 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมลวิทยานิพนธ์
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสาวนริศรา อารีรักษ์ รหัสนิสิต 63011490003

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า ...ศุภพร ฮิมการัยกอ... ตำแหน่ง ...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...

หน่วยงาน.....วุฒิการศึกษา...ค.....

ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าตรวจสอบในด้านความตรงและความเที่ยงของเนื้อหา แล้ว เมื่อวันที่.....และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

...การใช้ภาษาในบางส่วนยังไม่เหมาะสม ควรใช้คำพูดให้ชัดเจน...
...- ควรใช้คำถามที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น เข้าใจง่าย + คุณลักษณะที่ชัดเจน...

ลงชื่อ...ศุภพร ฮิมการัยกอ...ผู้ตรวจสอบ
(นางศุภพร ฮิมการัยกอ)
ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสาวนริศรา อารีรักษ์ รหัสนิสิต 63011490003

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า...นายสุภัทรญาณ ทองจิตร.....ตำแหน่ง.....อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัย..... หน่วยงาน.....สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.....วุฒิการศึกษา....ปริญญาเอก ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าตรวจสอบในด้านความตรงและความเที่ยงของเนื้อหา แล้ว เมื่อวันที่.....13 มีนาคม 2565.....และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุง แก้ไข ดังนี้

-พิจารณาในส่วนข้อมูลทั่วไปบางชุดอาจจะไม่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ แต่ถ้าต้องนำไปหาความสัมพันธ์กับการที่เด็กมีสมาธิสั้นอาจจะต้องออกแบบคำถามเพิ่มเติม

-คำถามบางข้ออาจจะต้องระบุระยะเวลาให้ชัด เช่นคำว่า ทำนานๆไม่ได้ ควรระบุเวลาว่า อยู่กับสิ่งใดๆได้ไม่เกิน 1 นาที

-คำถามบางข้อกำกวม วัดยากและผู้ตอบจะตอบยากมากขึ้น มีความคลาดเคลื่อนได้

-คำถามใช้ประเมินเด็กสมาธิสั้นมีสองส่วนจะใช้เกณฑ์ใดในการประเมิน เท่าไหร่ถือว่าเป็นสมาธิสั้น และเกณฑ์ตัดสินนั้นอ้างอิงมาจากที่ใด

-ประเด็นความรุนแรงโรค น่าจะเพิ่มในส่วนของ การเข้าสังคม การเข้าเพื่อน

-คำถามบางข้อถามครู แต่คำถามอาจจะไม่สอดคล้องเพราะครูไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องเช่น ปัญหาการพาเด็กเมื่อป่วยไปรักษา ฯลฯ

-บางข้อเป็นคำเชิงลบ ถ้ามีจุดประสงค์เพื่อเป็นคำถามลวงควรปรับภาษาให้เหมาะสม

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(ดร.สุภัทรญาณ ทองจิตร)
ตำแหน่ง.....อาจารย์มหาวิทยาลัย.....
วันที่.....13.....เดือน...มีนาคม.....พ.ศ....2565....

ภาคผนวก ฒ

ภาพกิจกรรม

ภาพกิจกรรม

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์



ระยะที่ 2 ปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ขั้นวางแผน









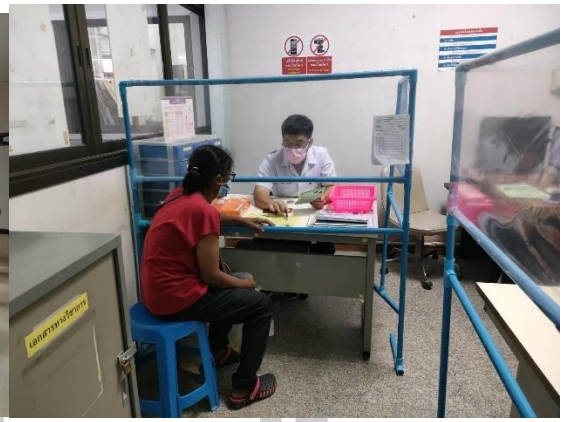


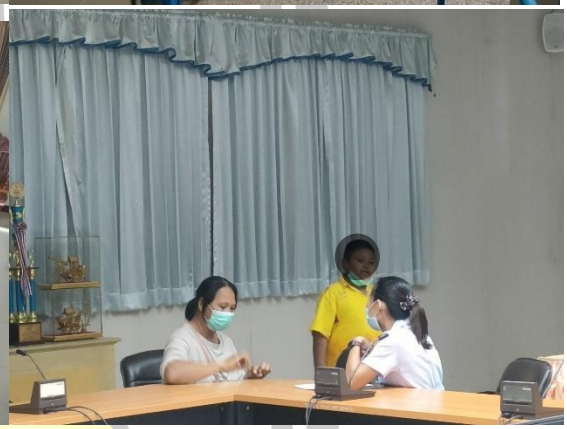






ขั้นดำเนินการตามแผน





พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ขั้นสะท้อนผล



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวนริศรา อารีรักษ์
วันเกิด	วันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดยโสธร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 294 หมู่ที่ 2 บ้านสะแนน ตำบลขุมเงิน อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร 35000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนยโสธรพิทยาคม จังหวัดยโสธร พ.ศ. 2551 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2557 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผลงานวิจัย	1. นริศรา อารีรักษ์, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และนวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์. (2558). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานต่อภาวะสุขภาพสมรรถภาพทางกาย และความคาดหวังความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, (10)2, 66-76. 2. นริศรา อารีรักษ์, รักชนก น้อยอาษา, ถนอม นามวงศ์ และณัฐทฌาย์ จรรยา. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกหรือเปลี่ยนงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, (1)2, 47-57. 3. สุวรรณี แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์ และถนอม นามวงศ์. (2565). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, (8)4, 195-204. 4. ถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่

สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค, (49)1, 158-166.

5. ถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค, (49)1, 149-157.

6. ถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, (31) ฉบับเพิ่มเติม 2, 260-268.

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว