



## รายงานผลการวิจัยปีที่ 1

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากร  
ทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ

Development of Integrated Care Model for Children with  
Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Health Care  
Professionals, Parents, and Teachers in Northern Thailand

ผู้วิจัย

สมัย ศิริทองถาวร

เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ นุจรี คำดั่ง ภิญโญ อิศรพงศ์

สุรรักษ์ พิลลา พัชนี พัฒนกิจโกศล วรรณกมล สอนสิงห์

สกนธ์ สุภากุล กชพงศ์ สารการ

Samai Sirithongthaworn,

Penkarn Kanjanarat, Nootjaree Kamduang, Pinyo Itsarapong,

Sureerak Pila, Patchanee Pattanakitkosol, Wannakamol Sonsingh,

sakon supakul, Kotchamong Sarakan

โดย กรมสุขภาพจิต สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ร่วมกับ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2560



## รายงานผลการวิจัยปีที่ 1

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากร  
ทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ

Development of Integrated Care Model for Children with  
Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Health Care  
Professionals, Parents, and Teachers in Northern Thailand

ผู้วิจัย

สมัย ศิริทองถาวร

เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ นุจรี คำดั่ง ภิญโญ อิศรพงศ์  
สุรรักษ์ พิลา พชนี พัฒนกิจโกศล วรณกมล สอนสิงห์

สกนธ์ สุภากุล กชพงศ์ สารการ

Samai Sirithongthaworn,

Penkarn Kanjanarat, Nootjaree Kamduang, Pinyo Itsarapong,  
Sureerak Pila, Patchanee Pattanakitkosol, Wannakamol Sonsingh,  
sakon supakul, Kotchapong Sarakan

โดย กรมสุขภาพจิต สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ร่วมกับ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย  
มิใช่ ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2560

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอิงจากที่ปรึกษางานวิจัยทั้งในกรมสุขภาพจิตและนอกกรมสุขภาพจิต ที่กรุณาให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของการวิจัย ทั้งเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาของการวิจัยในครั้งนี้ และคณะวิทยากรทุกท่านที่เสียสละเวลาประชุม พัฒนา ปรับปรุงหลักสูตร และร่วมเป็นวิทยากรในการอบรมให้ความรู้แก่คุณครูผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ศึกษานิเทศก์ ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี ในจังหวัดต่างๆ 2 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ และลำพูน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการประสานคุณครูที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองในพื้นที่เข้าร่วมอบรมทำให้การวิจัยลุล่วงเป็นอย่างดี และขอขอบคุณคุณครูผู้เข้าร่วมการอบรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและความสนใจเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาในการอบรมทั้ง 3 รุ่น รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เสียสละเวลามาช่วยประสานตอบแบบสอบถามของโครงการฯ ทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย

## บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ** โรคสมาธิสั้นเป็นมีความชุกมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ในเด็กวัยประถมศึกษา การดูแลร่วมกันระหว่างผู้ปกครอง ครูและบุคลากรทางการแพทย์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการลดความรุนแรงของอาการและปัญหาเชิงพฤติกรรมและเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จด้านการเรียนของเด็กโรคสมาธิสั้น

**วัตถุประสงค์การวิจัย** 1) เพื่อพัฒนาและทดสอบหลักสูตรและเครื่องมือการเสริมศักยภาพผู้ปกครองและครูในการคัดกรองและดูแลปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นวัยประถมต้น 2) พัฒนาหลักสูตรการดูแลเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) พัฒนาร่างแนวทางการดูแลเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นวัยประถมศึกษาแบบองค์รวม

**วิธีการวิจัย** การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองกลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนหลัง ด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครอง และครูในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี ที่กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนที่กำหนด 3 โรงเรียน ในจังหวัดเชียงใหม่ 2) โรงเรียนและลำพูน 1 โรงเรียน และผู้ปกครองให้ความยินยอม ผู้ปกครองได้รับการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นตามหลักสูตรสำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น และครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่ได้พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้ในการปรับพฤติกรรมและการจัดชั้นเรียนที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น เป็นเวลา 2 วัน เพื่อเป็นครูต้นแบบ และครูต้นแบบเป็นผู้ฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษา 2 วัน วัดผลด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กของผู้ปกครอง และครูก่อนและหลังการฝึกอบรม สอบถามความเห็นด้านความเป็นไปได้และปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมเด็กของผู้ปกครอง 1 เดือน หลังการฝึกอบรมด้วยการสนทนากลุ่มของครู 1 เดือนหลังการฝึกอบรมโดยการให้ครูกรอกสมุดบันทึกด้วยตนเอง

**ผลการวิจัย** ผู้ปกครองเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น 78 คนเข้ารับการอบรมการใช้คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 30-39 ปี สถานะภาพสมรส ผู้ปกครองประมาณสองในสามระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมถึงปริญญาตรี ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครอง ร้อยละ 37.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมาก่อน หาข้อมูลเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้นจากหนังสือหรือตำราหรือเว็บไซต์ หลังการฝึกอบรมผู้ปกครองมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและการปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) จากการสัมภาษณ์แบบกลุ่มผู้ปกครอง 7 คน พบว่าผู้ปกครองสามารถนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมไปใช้ได้จริง เทคนิคที่ใช้ได้ผลคือการจัดตารางเวลาและการควบคุมอารมณ์

การฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาตามหลักสูตรและคู่มือที่พัฒนาขึ้นสำหรับครู จำนวน 144 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ประมาณครึ่งหนึ่งอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี และครูสองในสามมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น 1-5 ปี ครูที่ได้รับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เทคนิคและกระบวนการปรับ

พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) จากการติดตามผลด้านทักษะครูโรงเรียนประถมศึกษา ได้รับการตอบข้อมูล 32 คน จาก 144 คน (ร้อยละ 13.1) ครูได้สื่อสารกับผู้ปกครองเรื่องเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้น ชี้แจงพฤติกรรม สนับสนุนให้ผู้ปกครองสังเกตอาการและประเมินด้วยเครื่องมือ SNAP-IV และปรับพฤติกรรมที่บ้าน และสนับสนุนให้พาไปพบแพทย์ในกรณีที่มีอาการอยู่ในเกณฑ์ ซึ่งผลตอบรับของผู้ปกครองเป็นไปในเชิงบวก ด้านการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกันแบบบูรณาการ ได้ร่างแนวทางการดูแลและติดตามโดยมีศูนย์กลางการประสานงานและติดตามเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือปฐมภูมิที่พร้อมและใช้ระบบฐานข้อมูลการส่งต่อ (ADHD Refer) ในการส่งต่อติดตามเด็กร่วมกับผู้ปกครองและครู

**สรุป** หลักสูตรการคัดกรองและปรับพฤติกรรมที่บ้านสำหรับผู้ปกครอง และหลักสูตรการคัดกรองและปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนสำหรับครู เพิ่มระดับความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นต่อเด็กโรคสมาธิสั้นและต่อการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่อยู่ในทั้งสองหลักสูตรสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ควรมีการทดสอบการดูแลร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ครูและผู้ปกครองต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคสมาธิสั้น, การดูแลเด็กสมาธิสั้น

## Abstract

**Background:** ADHD is the most prevalent brain disorder in children in elementary school compared with other diseases that interferes functions and development. Integrated care among parents, teachers, and healthcare providers might improve positive behaviors and increase chances to succeed in academic performances.

**Objectives:** 1) To develop and test parent training curriculum and manuals to screen and provide behavioral adjustment for children with ADHD symptoms; 2) To develop and test elementary school teacher training curriculum and manuals on screening and classroom adjustment for children with ADHD symptoms; and 3) Draft an integrated care model among parents, teacher, and healthcare providers for children with ADHD symptoms.

**Methods:** We applied one-group pre-post test design to test knowledge and attitudes of parents and teachers before and after the training based on the curriculum and manuals. Subjects were 1) parents of children age 6-7 years, studying in elementary school level, and agreed to participate in this study, and 2) elementary school teachers who are willing to participate in this study. Both groups of subjects were recruited from 2 elementary schools in Chiang Mai Province and 1 in Lamphun Province, Thailand. Parents were trained based on the curriculum and manuals for 2 days. Elementary school teachers were trained by the teacher specialized in children with special needs for 2 days based on the curriculum and manuals. Knowledge and attitudes towards children with ADHD symptoms and behavioral adjustment were assessed before and after using questionnaires developed for this study. Feasibility data of behavioral adjustment by parents was collected using focus group interview after 1 month. Teacher skills on behavioral and classroom adjustment were assessed using self-report on report form after 1 month.

**Results:** We trained 78 parents. Most parents were female, age of 30-39 years, married, two-third were high school or college educated, and 37.2% had no experience in caring children with ADHD symptoms. Most parents relied on books or websites to search for information about ADHD. After training, parent's knowledge and attitudes improved significantly on children with ADHD and behavioral adjustment ( $p < 0.01$ ). From focus group interview, parents reported of feasible use of behavioral adjustment techniques at home, mostly time management and emotional control techniques.

We trained 144 elementary school teachers on ADHD screening and behavioral/classroom adjustment. Most teachers were female; half of them were 50-59 years of age; two-third had experience in caring children with ADHD symptoms for 1-5 years. Knowledge and attitudes of teachers on ADHD symptoms, behavioral adjustment, classroom adjustment, and ADHD medication treatment increased significantly after the training ( $p < 0.01$ ). After 1 month of follow-up, 32 teachers reported the skills and practices that they encouraged parents to screen and monitor the symptoms, using SNAP-IV and behavioral adjustment by at home. In case on children with ADHD symptoms were assessed, teachers encouraged parents to take the child to see the doctor. Teachers reported of positive feedback from parents after the interventions. This study also drafted an ADHD integrated care model using healthcare providers at primary or secondary care settings as center of referral and monitoring with the ADHD Refer database systems to assist the referral and monitoring along with parents and teachers.

**Conclusion:** The ADHD children screening and behavioral adjustment for parents and the ADHD children screening and behavioral/classroom adjustment for elementary school teachers significantly improved knowledge and attitudes of both groups on children with ADHD symptoms and behavioral adjustment. Behavioral adjustment techniques provided in both curriculum and manuals were feasible to practice at home and at schools. Test of the proposed integrated care model should be further conducted.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), care of ADHD children

## บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะ

โครงการวิจัยนี้ได้พัฒนาหลักสูตรและคู่มือสำหรับผู้ปกครองเพื่อคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กวัยประถมศึกษาที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น ที่ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ได้เอง และพัฒนาหลักสูตรและคู่มือสำหรับครูโรงเรียนประถมศึกษาในด้านการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง ปรับพฤติกรรมและจัดชั้นเรียนให้เหมาะกับการเรียนรู้ของเด็กโรคสมาธิสั้นในชั้นประถมศึกษาได้ ซึ่งครูสามารถทำตามคู่มือนี้และสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกันได้เป็นแนวทางเดียวกัน



## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อ	
สารบัญและสารบัญตาราง	
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	27
บทที่ 4 ผลการวิจัย	34
บทที่ 5 สรุป	71
เอกสารอ้างอิง	75
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	77
แบบสอบถาม	
ภาคผนวก ข	82
ร่าง แนวทางการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน และบ้าน (Integrated ADHD Care Model version 1 )	
ภาคผนวก ค	91
หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ด้านการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น	
ภาคผนวก ง	92
สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์	
ภาคผนวก จ	93
รายงานการประชุมที่ปรึกษาครั้งที่ 3 และ 4	

	หน้า
ภาคผนวก ฉ	94
ร่างหลักสูตรการฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาในเขตภาคเหนือในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น (หลักสูตรครู ก สอน ครู ข)	
ภาคผนวก ช	95
คู่มือสำหรับครูในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น	
ภาคผนวก ซ	97
วิธีทัศน์สำหรับครูโรงเรียนประถมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	
ภาคผนวก ฅ	98
คู่มือสำหรับผู้ปกครองในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ศักยภาพการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาล	35
4.2 สรุปความสอดคล้องของแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างหลักสูตรเพิ่มเติม ความรู้และทักษะบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น	43
4.3 สรุปความสอดคล้องของแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างหลักสูตรและคู่มือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับครูโรงเรียนประถม	47
4.4 แสดงผลการทดสอบความรู้ของครูที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม	48
4.5 แสดงทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครูก่อนและหลังการอบรม 10 คน	48
4.6 แสดงความพึงพอใจในการอบรมเชิงปฏิบัติการ การอบรมครูรุ่นทดลองหลักสูตรส่งเสริม ความรู้ทัศนคติ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ จากจำนวน ครูรุ่นทดลอง 10 คน	49
4.7 แสดงจำนวนข้อมูลทั่วไปของครู ก	50
4.8 แสดงผลการทดสอบความรู้ของครู ก ที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม (n = 32)	50
4.9 แสดงทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n = 32)	51
4.10 ผลการประเมินความครบถ้วนของเนื้อหาตามแผนการสอนของครูผู้สอน (ครู ก) โดย ประเมินจากวิทยากรผู้สอน	52
4.11 แสดงผลการประเมินครูผู้สอน (ครู ก) โดยประเมินจากวิทยากรผู้สอน	53
4.12 แสดงจำนวนค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามเพศ (n=144)	54
4.13 คะแนนความรู้ตามกลุ่มเนื้อหาของครูที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม	55
4.14 คะแนนทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังการอบรม	55
4.15 การดำเนินการของครูหลังการฝึกอบรม (n = 59)	56
4.16 ข้อมูลเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนที่ครูดูแลและประเมินอาการ	57
4.17 เทคนิคการจัดชั้นเรียนที่ครูนำไปใช้และผลที่เกิดขึ้นจากการรายงานของครู	58
4.18 ประเด็นการสื่อสารระหว่างครูและผู้ปกครองและผลที่เกิดขึ้น (n = 32)	59

ตารางที่	หน้า
4.19 การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในการรับประทานยาและติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียงจากยาโดยครูหลังการฝึกอบรม (n = 59)	60
4.20 หน่วยการเรียนรู้ เนื้อหา และเครื่องมือ หลักสูตรคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง	62
4.21 สรุปค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างหลักสูตรและคู่มือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง	64
4.22 แสดงผลการทดสอบความรู้ของผู้ปกครองที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม (n = 17)	64
4.23 แสดงทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n = 17)	65
4.24 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการอบรมเรื่องการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (รุ่นทดลอง) (n = 18)	65
4.25 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	65
4.26 ประสิทธิภาพของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีอาการหรือโรคสมาธิสั้น (n=78)	67
4.27 ความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรม (n=78)	68
4.28 แสดงทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n=78)	68
4.29 เทคนิคที่ผู้ปกครองใช้ในการปรับพฤติกรรมหลังจากการฝึกอบรม	69
4.30 แสดงผลการคัดกรองสมาธิสั้นของเด็กอายุ 6-7 ปี ด้วยเครื่องมือ SNAP IV	70
5.1 ร่าง การบริการ การส่งต่อ และข้อมูลที่ต้องการในการให้บริการ	89

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นโรคทางจิตเวช ที่พบบ่อยในวัยเด็ก เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมในด้าน การควบคุมตนเอง โดยมีความผิดปกติที่สำคัญอยู่ 3 ด้าน คือการมีช่วงสมาธิที่สั้นกว่าปกติ (Inattention) ชุกชอนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีอาการ ดังกล่าวติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน และเกิดก่อนอายุ 7 ปี<sup>(1)</sup> มีอาการแสดงในสถานการณ์หรือสถานที่ อย่าง น้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน จากรายงานวิจัยของ ทวีศิลป์และคณะ พบความชุกของโรคสมาธิ สั้นในเด็กประถมร้อยละ 8.1<sup>(2)</sup> ของเด็กในวัยเรียน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงสัดส่วน 3:1 จากการวิจัย พบว่าผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 50<sup>(3)</sup>

ผลกระทบที่สำคัญของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เกิดจากความผิดปกติที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ความสนใจต่ำ พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และอยู่ไม่นิ่งหรือชนผิดปกติ<sup>[4-5]</sup> หากไม่ได้รับการวินิจฉัย รักษา และปรับ พฤติกรรมอย่างถูกต้อง มีโอกาสที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน หรือเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้ มากกว่าเด็กปกติ นอกจากนั้นพฤติกรรมจากภาวะโรคทำให้มีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น<sup>[6]</sup> ทำให้เป็น ภาระของครอบครัว และเกิดปัญหาระหว่างเด็กและผู้ปกครอง<sup>[7]</sup> ปัญหาที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นเป็นปัญหา ระยะยาวและสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เช่น ต่อด้านสังคม ติดยาเสพติด และ เกิดภาวะซึมเศร้าได้<sup>[8]</sup> ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญเสียทรัพยากรบุคคลของประเทศจากโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก การคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยเร็วที่สุด เพื่อให้การบำบัดและรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

แนวทางในการรักษาโรคสมาธิสั้นเริ่มจากการวินิจฉัยโรคโดยผู้เชี่ยวชาญได้แก่ กุมารแพทย์ และจิตแพทย์ ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย วางแผนในการรักษา แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและวิธีการดูแลของ ผู้ปกครอง ประสานงานกับโรงเรียนและแนะนำครูในการช่วยเหลือผู้ป่วย แนะนำทางเลือกในการรักษาด้วย การใช้ยา หรือการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด

จากการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนประถมศึกษาในการคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้น การปรับ พฤติกรรมที่โรงเรียน และการดูแลเด็กการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาแล้ว พบว่าครูโรงเรียน ประถมศึกษาในเขตภาคเหนือ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเด็กโรคสมาธิสั้นและการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ยังขาด ความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรมและดูแลการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น เมื่อได้รับการฝึกอบรมตาม หลักสูตรการดูแลปรับพฤติกรรมและการใช้ยาแล้ว ครูมีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ อย่งไรก็ตามการคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นและการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ยังขาดความเข้าใจระดับผู้บริหาร โรงเรียน ความเข้าใจของผู้ปกครอง และการให้บริการด้านการแพทย์ที่จะรองรับความต้องการในการวินิจฉัย และรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาต้นแบบของการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น อย่างต่อเนื่องร่วมกัน 3 ฝ่ายซึ่งประกอบด้วยผู้ปกครอง ครู และบุคลากรทางการแพทย์

ครูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโรคและผลต่อพฤติกรรม ความเป็นไปของโรค การปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของครูในประเทศอิหร่านพบว่าครูมีความรู้และมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในระดับต่ำ<sup>[10]</sup> ครูประมาณร้อยละ 15-60 ไม่ทราบเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดทที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น<sup>[10-11]</sup> ผลการศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติต่อเด็กโรคสมาธิสั้นของครูโรงเรียนประถมในประเทศไทยในเขตภาคเหนือโดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์พบว่า ความรู้ของครูอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (คะแนนเฉลี่ย $10.04 \pm 3.88$  จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) ทัศนคติเชิงบวกต่อเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง และจากโครงการส่งเสริมความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดี และการฝึกทักษะให้ครูด้านโรคและการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ได้พัฒนาหลักสูตรสำหรับครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาของเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าหลักสูตรการฝึกอบรมได้เพิ่มความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรมและทัศนคติในทางบวกของครูต่อเด็กโรคสมาธิสั้น จาก  $9.99 \pm 3.14$  เป็น  $13.09 \pm 3.56$  คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.0001$  การเกิดความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลรักษาของครูทำให้เกิดร่วมมือระหว่างครูกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวเด็กสมาธิสั้น<sup>[9]</sup> ซึ่งน่าจะเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการบำบัดรักษาและเกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย

ปัจจุบันครูปฏิบัติตามแนวทางการค้นหาเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งรวมถึงเด็กโรคสมาธิสั้น ของกระทรวงศึกษาธิการ ใช้แบบคัดกรอง KUS-SI อย่างไรก็ตาม จากรายงานผลการวิจัยเรื่องการคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน<sup>[12]</sup> พบว่าเมื่อครูคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นด้วยเครื่องมือ KUS-SI แล้วพบว่าเด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ และแจ้งผู้ปกครอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ยอมรับผลการคัดกรองและไม่พาเด็กไปรับการวินิจฉัยจากแพทย์ บางส่วนยอมรับผลการคัดกรองแต่ไม่มีเวลาพาไปพบแพทย์ บางส่วนให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือและส่งเสริมปรับพฤติกรรมเด็ก

หลักสูตรสำหรับครูในการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาที่จัดการฝึกอบรมโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้พัฒนาจากงานวิจัยที่ผ่านมา นั้น จำเป็นที่จะต้องถูกนำไปใช้และถ่ายทอดให้กับครูโรงเรียนประถมอย่างกว้างขวาง เพื่อให้ครูเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกันและมีทักษะในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นไปในแนวทางเดียวกันสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งการจัดระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานปัจจุบันนี้ มีครูการศึกษาพิเศษของโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมที่เป็นวิทยากรผู้สอนในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 9 ด้าน ให้กับโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษา ร่วมกับศูนย์การศึกษาพิเศษ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลความรู้เฉพาะสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในเรื่องการดูแลและปรับพฤติกรรมและการประสานงานในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมร่วมกับผู้ปกครองที่และผู้ให้บริการทางการแพทย์

แผนยุทธศาสตร์และนโยบายของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2558-2559 กำหนดทิศทางในการเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ตั้งเป้าหมายให้ผู้ใช้มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 15 ด้วยการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลทุกระดับ พัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานที่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ สำหรับระดับโรงพยาบาลชุมชน บริการด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ต้องผ่านเกณฑ์ขีด

ความสามารถระดับ 3 ร้อยละ 30 ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ในระบบบริการสาธารณสุข<sup>(13)</sup> ที่ระบุ มาตรฐานบริการของโรงพยาบาล 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ด้านสถานบริการ ด้านระบบบริการ ซึ่งได้แก่ การวินิจฉัย การรักษาด้วยยา การให้การบำบัด โดยนักจิตวิทยา นักพฤติกรรมบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ด้านการส่งต่อในเครือข่ายผู้ให้บริการ และด้านการติดตามผลการรักษา และการสนับสนุนศักยภาพหน่วยงานและบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ และมีความเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจสำรวจศักยภาพของโรงพยาบาลดังกล่าวในเขตภาคเหนือ เพื่อวิเคราะห์ถึงศักยภาพการให้การบำบัดรักษาของโรงพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของผู้ให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นในเขตภาคเหนือ ครูและผู้ปกครองให้เข้มแข็ง ในระยะที่ 1 (Phase 1) ข้อมูลจากการสำรวจความต้องการเสริมศักยภาพของผู้ให้บริการและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะนำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง และพัฒนาชุดความรู้ เครื่องมือและการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ให้บริการสาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกันแบบบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กโรคสมาธิสั้นในด้านการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติได้เร็ว ปรับพฤติกรรมเบื้องต้นโดยครูและผู้ปกครอง การวินิจฉัย รักษา อย่างถูกต้อง ลดความแออัดในการรับบริการ และเพิ่มโอกาสที่เด็กโรคสมาธิสั้นจะประสบความสำเร็จด้านการเรียนและการใช้ชีวิต ในระยะที่ 2 (Phase II) ต่อไป สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์เป็นหน่วยงานระดับตติยภูมิที่ให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นครอบคลุมในเขตภาคเหนือ แต่เนื่องจากมีเด็กที่มีอาการและรอการวินิจฉัยและรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในเครือข่าย ครู และผู้ปกครองที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็ง การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกันเพื่อให้เกิดการค้นหาเด็กที่มีอาการในวัยเรียนอย่างรวดเร็ว ปรับพฤติกรรมเบื้องต้น ส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขเป็นลำดับขั้น ประเมิน วินิจฉัย รักษาและติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐานการให้บริการเดียวกัน

### นิยามศัพท์เฉพาะ

- 1) เด็กโรคสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่อาการขาดสมาธิ ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง และมีลักษณะหุนหันพลันแล่น โดยมีอาการติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน และเกิดก่อนอายุ 7 ปี โดยวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV-TR สามารถจำแนกกลุ่มอาการสมาธิสั้นได้ 3 กลุ่ม คือ 1. Inattentive Subtype, 2. Hyperactive-Impulsive Subtype, และ 3. Combined Subtype
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคเหนือ หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ใน 9 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ แม่ฮ่องสอนและพะเยา ซึ่งศึกษาทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย
- 3) ศักยภาพการให้บริการ หมายถึง ระดับความสามารถในการให้บริการตามแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ด้าน แยกตามระดับสถานพยาบาล  
1) ด้านบุคลากร 2) ด้านสถานที่ให้บริการ 3) ด้านระบบบริการ 4) ด้านการส่งต่อ และ 5) ด้านการติดตามผล

## วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

### ระยะที่ 1

1. สํารวจศักยภาพการให้บริการแก่โรคเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในภาคเหนือทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และวิเคราะห์ความต้องการเสริมศักยภาพในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
2. พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตร เครื่องมือ และการฝึกอบรมเพื่อเสริมศักยภาพผู้ให้บริการด้านการวินิจฉัย การส่งต่อและการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น
3. พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตร เครื่องมือ และการฝึกอบรมเพื่อเสริมศักยภาพครูโรงเรียนประถมศึกษาด้านการคัดกรองอาการเบื้องต้น ปรับพฤติกรรมเบื้องต้นที่โรงเรียน และการส่งต่อเด็กโรคสมาธิสั้น
4. พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตร เครื่องมือ และการฝึกอบรมเพื่อเสริมศักยภาพผู้ปกครองด้านการคัดกรองอาการเบื้องต้น การปรับพฤติกรรม และการส่งต่อเด็กโรคสมาธิสั้น
5. จัดทำมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นของเครือข่ายผู้ให้บริการในเขตภาคเหนือ

### ระยะที่ 2

1. พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุข ครูและผู้ปกครอง
2. การศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายผลระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุข ครูและผู้ปกครอง



## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### อาการของเด็กโรคสมาธิสั้น และความชุกของโรค

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) คือโรคที่พบบ่อยในวัยเด็ก เป็นโรคทางจิตเวช เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมในด้านการควบคุมตนเอง ซึ่งมีความผิดปกติที่สำคัญอยู่ 3 ด้าน คือ 1) มีช่วงสมาธิที่สั้นกว่าปกติ (Inattention) 2) ชุกชอนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ 3) มีลักษณะหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการดังกล่าวติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน และเกิดก่อนอายุ 7 ปี<sup>(1)</sup> โดยมีอาการแสดงในสถานการณ์หรือสถานที่ อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน สำหรับประเทศไทยพบว่า มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1<sup>(2)</sup> ของเด็กในวัยประถม พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงสัดส่วน 3:1 และยังพบว่าบุคคลสมาธิสั้นมีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 50<sup>(3)</sup>

#### สาเหตุและผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

เชื่อว่าเกิดจากหลายสาเหตุโดยสาเหตุจากพันธุกรรมพบได้ถึงร้อยละ 80-85 นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคสมาธิสั้นยังพบว่าสมองส่วน Prefrontal lobes ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ซึ่งเกี่ยวกับ executive function ในการแก้ปัญหา สมาธิ การใช้เหตุผล การวางแผน การทำงานตามขั้นตอนรวมถึงยีนที่ควบคุมการหลั่งสาร dopamine อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่เป็สมาธิสั้นยังมีขนาดของโครงสร้างทางสมองแตกต่างจากคนทั่วไป รวมถึงมีความผิดปกติสมอง ส่วนปัจจัยอื่นไม่ได้เป็สาเหตุโดยตรงแต่เป็ปัจจัยรวมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าทั่วไป เช่น การได้รับสารตะกั่ว หรือสารฆ่าแมลง รวมถึงมารดาที่สูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือติดสารเสพติดขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถทำลายการเจริญเติบโตสมองของเด็กได้<sup>(3)</sup> ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ส่งผลต่อปัจจัยหลาย ๆ อย่างในการดำรงชีวิต ทั้งปัญหาด้านการเรียน ปัญหาทางด้านสังคม ปัญหาครอบครัว รวมถึงส่งผลกระทบต่อด้านงบประมาณที่ใช้ในการรักษา

#### การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นต้องมีผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ กุมารแพทย์ และจิตแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ซึ่งประเทศไทยจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revised (DSM-IV-TR) ต้องมีอาการอย่างน้อย 6 ข้อเป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน<sup>(14)</sup> ในกลุ่มอาการ ขาดสมาธิ (inattention) และ/หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity)

##### 1. อาการขาดสมาธิ(Inattention)

- 1.1 ขาดความละเอียดรอบคอบหรือทำงานผิดจากความสะเพร่า
- 1.2 ขาดความตั้งใจที่ต่อเนื่องในการทำงานหรือการเล่น
- 1.3 ดูเหมือนไม่เชื่อฟังและไม่สนใจเมื่อมีคนพูดด้วย
- 1.4 ไม่ทำตามคำสั่งหรืองานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ
- 1.5 ขาดการจัดระเบียบในการทำงานหรือในกิจกรรมต่างๆ
- 1.6 มักหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้สมาธิ
- 1.7 ทำของที่จำเป็นหายบ่อยๆ

1. 8 วอกแวกง่าย
1. 9 ซ้ำลิ้มเป็นประจำ
2. อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity-impulsivity)
  - 2.1 นิ่งไม่นิ่งขยับไปมา
  - 2.2 มักนั่งไม่ติดที่ เช่น ลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือในที่ที่ควรนั่งอยู่กับที่
  - 2.3 มักวิ่งไปมาหรือปีนป่ายมากเกินไป (มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย)
  - 2.4 ไม่สามารถเล่นเงียบๆคนเดียวได้
  - 2.5 เคลื่อนไหวตลอดเวลา
  - 2.6 พูดมากเกินไป
  - 2.7 มักพูดโพล่งตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ
  - 2.8 มักไม่ค่อยรอจนถึงคิวของตน
  - 2.9 ขัดจังหวะผู้อื่นเช่นพูดแทรกหรือสอดแทรกการเล่นของผู้อื่น

#### การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV-TR

- A. มีอาการอย่างน้อย 6 ข้อเป็นเวลานานติดต่อกันนานอย่างน้อย 6 เดือนในกลุ่มอาการขาดสมาธิและ/หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น
- B. อาการความบกพร่องในบางข้อเริ่มปรากฏตั้งแต่ก่อนอายุ 7 ปี
- C. อาการความบกพร่องเกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป
- D. อาการที่เป็นเกิดความบกพร่องที่ชัดเจนในด้านสังคมการเรียนหรืออาชีพ
- E. ไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

#### การจำแนกกลุ่มอาการสมาธิสั้น

1. Inattentive Subtype
  - มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป
  - มีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นไม่ถึง 6 ข้อ
2. Hyperactive-Impulsive Subtype
  - มีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อไป
  - มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิไม่ถึง 6 ข้อ
3. Combined Subtype
  - มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป
  - มีอาการในกลุ่มอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป

#### การใช้ยารักษาเด็กโรคสมาธิสั้น

การใช้ยาในการรักษาโรคสมาธิสั้น ถือเป็นมาตรฐานในการรักษาในปัจจุบันร่วมกับการปรับพฤติกรรม โดยจะเริ่มใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป<sup>(14)</sup> แม้ว่ายาที่ใช้ในการรักษาไม่ได้มีผลในการรักษาโรคให้หาย แต่ช่วยลดอาการหลักของโรค ทำให้เด็กสามารถควบคุมตัวเองได้ดี มีสมาธิดีขึ้น อาการนอนอยู่ไม่นิ่งลดลง มีความตั้งใจในการเรียน และทักษะทางสังคมต่างๆดีขึ้น

ยาที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรก (First-line) คือยาในกลุ่มกระตุ้นการทำงานของสมอง ซึ่งออกฤทธิ์เพิ่มระดับของ โดปามีน (Dopamine) ในสมองส่วนนอกด้านหน้า (Prefrontal cortex) สามารถแก้ปัญหาและลด

อาการของผู้ป่วยทั้งในด้านสมาธิสั้นอยู่ไม่นิ่งและความหุนหันพลันแล่นโดยได้ผลในการรักษาถึงร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วย<sup>(14)</sup> ยาในกลุ่มนี้ได้ถูกนำมาใช้รักษาโรคสมาธิสั้นเป็นเวลานานมากกว่า 60 ปีและมีข้อมูลการศึกษาวิจัยมากมายที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย ในประเทศไทยจัดยาในกลุ่มนี้เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทสอง ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยา มีเพียงชนิดเดียวคือ ยาเมทิลเฟนิเดท (Methylphenidate) โดยมีจำหน่าย 2 ชนิด ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์สั้น มีชื่อการค้าว่า ริทาลิน (Ritalin<sup>®</sup>) และยาชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว เป็นยาที่ผลิตในรูปแบบแคปซูลชนิดที่มีการปล่อยตัวยาออกมาทีละน้อยด้วยเทคนิคที่เรียกว่า oral osmotic release system (OROS)<sup>(15)</sup> มีชื่อการค้าว่า คอนเซอร์ต้า (Concerta<sup>®</sup>)

ริทาลิน (Ritalin<sup>®</sup>) มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง จึงต้องให้วันละ 2-3 ครั้งเพื่อให้มีฤทธิ์ครอบคลุมถึงช่วงเย็น แพทย์จะเริ่มให้ยาขนาดน้อย ๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆเพิ่มขนาด โดยแพทย์มักให้กินยาตอนเช้า และ/หรือให้เพิ่มอีกครั้งในช่วงบ่าย การให้ยามื้อสุดท้ายไม่ควรเกินหกโมงเย็น เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาที่ทำให้นอนไม่หลับ

คอนเซอร์ต้า (Concerta<sup>®</sup>) เป็นยาชนิดที่ออกฤทธิ์อย่างช้าๆ ทำให้ออกฤทธิ์ได้นาน 10-12 ชั่วโมงให้รับประทานวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า โดยไม่ควรให้ยาในเวลาอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของยาที่ทำให้นอนไม่หลับ ในการรับประทานยารูปแบบนี้จะต้องกลืนยาทั้งเม็ด โดยห้ามบด เคี้ยวหรือแบ่งเม็ดยา

ยาอีกชนิดที่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยแสดงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อะโทม็อกซิทีน (atomoxetine) มีชื่อการค้าว่า Strattera<sup>®</sup> เป็นยาใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มกระตุ้นการทำงานของสมอง ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป<sup>(2)</sup> มีผลในการออกฤทธิ์ของยาที่ดี แต่ต่ำกว่ากลุ่มที่กระตุ้นการทำงานของสมองเล็กน้อย ยานี้ไม่มีผลทำให้นอนไม่หลับจึงสามารถให้ได้ทั้งช่วงเช้าหรือช่วงเย็นเพื่อช่วยควบคุมอาการผู้ป่วยตลอดทั้งวัน

ทั้งยาเมทิลเฟนิเดท (Methylphenidate) และยาอะโทม็อกซิทีน (atomoxetine) สามารถให้ได้ทั้งก่อนและหลังอาหาร แต่โดยทั่วไปนิยมให้หลังอาหารเพื่อป้องกันผลของยาที่ลดความอยากรับประทานอาหาร ผลข้างเคียงและข้อควรระวังเมื่อเด็กรับประทานยารักษาโรคสมาธิสั้น<sup>(14)</sup>

ผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ของยาเมทิลเฟนิเดท (Methylphenidate) ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะและนอนไม่หลับ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและจะลดลงหรือหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง

ผลข้างเคียงของยาอะโทม็อกซิทีน (atomoxetine) ส่วนใหญ่คล้ายกับยาเมทิลเฟนิเดท (Methylphenidate) แต่ต่างกันตรงที่ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารได้น้อยกว่า แต่อาการปวดท้องและอาเจียนพบได้บ่อยกว่าและอาจทำให้มีอาการง่วงนอน

**การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น<sup>(15)</sup>**

#### หลักในการปรับพฤติกรรม

- 1) สม่ำเสมอ
- 2) หนักแน่นแต่ไม่ก้าวร้าว
- 3) ทำมากกว่าพูด
- 4) ชมเชยเมื่อทำได้ดี
- 5) เริ่มทำทีละน้อย

## เทคนิคในการปรับพฤติกรรม

- 1) ลดพฤติกรรมเสีย
- 2) เพิ่มพฤติกรรมดี

### การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

#### 1.) การปรับพฤติกรรมที่บ้าน

- 1) จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีระเบียบแบบแผน และกำหนดเวลาสำหรับ กิจกรรมประจำวันให้ชัดเจน
- 2) จัดสถานที่ที่สงบและไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิสำหรับการทำ การบ้านหรืออ่านหนังสือ
- 3) แบ่งงานที่มากหรือที่เด็กเบื่อ ให้ทำทีละน้อย และช่วยกำกับดูแลให้ทำงานเสร็จ
- 4) ควรพูดหรือสั่งงานในขณะที่เด็กตั้งใจฟัง โดยอาจต้องเรียกให้เด็กมองหน้าผู้พูดด้วย และใช้คำพูดที่กระชับ และชัดเจน
- 5) ควรบอกล่วงหน้าให้ชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องการให้เด็กปฏิบัติ และชื่นชมทันทีเมื่อเด็กทำได้ โดยหลีกเลี่ยงการพูดบ่น หรือตำหนิถ้าเด็กทำไม่ได้ตามที่ต้องการ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นจากอาการ ความบกพร่องของโรคสมาธิสั้น
- 6) หากเด็ก มีพฤติกรรมก่อกวน ควรใช้วิธีพูดเตือนให้รู้ตัวหรือเบนความสนใจให้เด็กได้ทำกิจกรรมอื่นแทน หากเด็กยังไม่หยุดอาจแยกให้อยู่ในมุมสงบตามลำพังชั่วคราว
- 7) ให้โอกาสเด็กได้ใช้พลังงานในการทำ ประโยชน์ เช่น ช่วยเหลืองานบ้าน และให้การชื่นชมที่เด็กได้ทำเพื่อช่วยให้มีภาพพจน์ของตนเองที่ดีขึ้น
- 8) พ่อแม่เป็นตัวอย่างที่ดีและช่วยฝึกความมีวินัย อดทนรอคอย และบริหารเวลาและจัดระเบียบในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 9) ติดต่อและประสานงานกับครูอย่างสม่ำเสมอในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียน

#### 2.) การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน

- 1) ให้เด็กนั่งหน้าชั้นหรือใกล้ครู เพื่อจะได้คอยกำกับให้เด็ก มีความตั้งใจในการทำงานที่ดีขึ้น
- 2) ไม่ควรให้เด็กนั่งหลังห้องหรือใกล้ประตูหน้าต่าง ซึ่งจะมีโอกาสถูกกระตุ้นให้เสียสมาธิได้ง่าย
- 3) วางกฎระเบียบ และตารางกิจกรรมต่าง ๆ ของห้องเรียนให้ชัดเจน
- 4) ให้การชื่นชมทันทีที่เด็กตั้งใจทำงาน หรือ ทำสิ่งที่เป็ประโยชน์
- 5) เมื่อเด็กเบื่อหน่ายหรือเริ่มหมดสมาธิ ควรหาวิธีเตือนหรือเรียกให้เด็กกลับมาสนใจบทเรียนโดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า
- 6) ช่วยดูแลให้เด็กทำงานเสร็จและคอยตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กจดงานได้ครบถ้วน
- 7) ฝึกการจัดระเบียบ วางแผน แบ่งเวลาในการทำงาน และตรวจทบทวนผลงาน
- 8) เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก่อกวน อาจใช้วิธีพูดเตือน เบนความสนใจให้ทำกิจกรรมอื่น หรือแยกให้อยู่สงบตามลำพังประมาณ 5 นาที ควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ ดุว่า หรือ ลงโทษรุนแรงซึ่งเป็นการเร้าให้
- 9) เด็กเสียการควบคุมตัวเองมากขึ้น
- 10) ช่วยเหลือเป็นพิเศษทางการเรียน เช่น การสอนเสริมแบบตัวต่อตัว หรือเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ในรายที่มีความบกพร่องในทักษะด้านการเรียน
- 11) มองหาจุดดีของเด็ก สนับสนุนให้เด็กได้แสดงความสามารถ และช่วยให้เพื่อนยอมรับ
- 12) ติดต่อกับผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอเพื่อวางแผนร่วมกันในการช่วยเหลือเด็ก

## การรักษาโดยไม่ใช้ยา การบำบัดทางจิตวิทยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในกรณีที่เด็กมีอาการไม่มากนัก จนถึงอาการระยะปานกลาง การใช้วิธีรักษาจากนักจิตวิทยาจะเป็นผลดีในทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการแก้ปัญหา ถึงแม้ว่าแพทย์จะตัดสินใจรักษาด้วยวิธีใช้ยาตั้งแต่แรกก็ตาม แต่จากการค้นคว้าวิจัยยังพบว่าวิธีของนักจิตวิทยาผสมผสานกับวิธีการของจิตแพทย์ย่อมทำให้ได้ผลดีกว่า การบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำงานร่วมกับการใช้ยา ซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลมากยิ่งขึ้น

การให้ความช่วยเหลือด้านครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขพฤติกรรมของเด็กสมาชิก ให้ผู้ดูแลยอมรับในความบกพร่องของเด็ก ชมและตำหนิตัวด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งอธิบายถึงอาการของโรคให้เด็กเข้าใจและคอยเป็นกำลังใจให้เด็กในการที่จะเอาชนะปัญหาต่าง ๆ มีการให้ความรู้กับบุคคลในครอบครัวให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคสมาธิสั้นว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งให้ความรู้กับผู้ปกครองในการช่วยเหลือด้านการเรียนของเด็กที่บ้าน การฝึกอบรมผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ดูแลควรเข้าใจและมีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับและเห็นใจในอาการ และข้อจำกัดต่าง ๆ ของเด็ก ซึ่งหลักในการปรับพฤติกรรมมุ่งเน้นลดความถี่ของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความถี่ในพฤติกรรมที่เหมาะสม จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าหลังจากที่ให้คำและนำทางด้านการดูแล เด็กสามารถมีพัฒนาการในการปรับตัวอยู่กับเพื่อนได้ดีขึ้น สามารถเรียนหนังสือได้ดี มีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิมและมีพฤติกรรมที่ดีเวลากลางคืน<sup>[16]</sup>

การให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา ควรมีการให้ความรู้และแนะนำครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น มีการปรับสภาพแวดล้อมของโรงเรียนให้มีลักษณะที่เหมาะสมสำหรับเด็ก มีการสอนเสริม รวมถึงปรับแนวทางการปฏิบัติของครูต่อเด็กด้วย ซึ่งครูจะมีบทบาทมากในเวลาที่เด็กอยู่ที่โรงเรียน คอยสังเกตพฤติกรรมเด็ก คอยเตือนเรียกสมาธิของเด็กให้กลับมาในเวลาเรียน รวมไปถึงการกินยาของเด็กในช่วงเวลาพักกลางวันด้วย และรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กให้ทางผู้ดูแลที่บ้านทราบ<sup>[17, 18]</sup>

แนวทางในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นขณะอยู่ที่โรงเรียนมีดังนี้

1. ไม่ควรให้เด็กนั่งติดหน้าต่างหรือประตู เพราะเด็กจะวอกแวกเสียสมาธิง่าย ควรให้เด็กนั่งแถวหน้าสุดใกล้โต๊ะครู เพื่อคุณครูจะได้สามารถเตือนเรียกสมาธิเด็กได้และควรให้เด็กนั่งติดกับนักเรียนที่ไม่เล่นหรือคุยระหว่างเรียน
2. เมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิจริง ๆ ควรให้เด็กมีกิจกรรมที่เปลี่ยนอิริยาบถบ้าง เช่น ช่วงครึ่งหลังของคาบเรียน ควรอนุญาตให้เด็กลุกจากที่ได้บ้าง แต่เป็นทางสร้างสรรค์ เช่น ให้ไปล้างน้ำ หรือมาช่วยคุณครูลบกระดาน หรือช่วยแจกสมุดก็จะช่วยลดความเบื่อของเด็กลง และทำให้เรียนได้นานขึ้น
3. ในกรณีที่เด็กมีสมาธิสั้นมาก สามารถใช้วิธีลดระยะเวลาทำงานให้สั้นลง แต่ทำบ่อยกว่าคนอื่น โดยเน้นในเรื่องความรับผิดชอบให้ทำงานให้สำเร็จ แม้ว่าจะต้องใช้เวลาหลายครั้ง
4. หลีกเลี่ยงการใช้วาจาตำหนิ ประจาน ประณาม ที่ทำให้เด็กอับอายขายหน้า และไม่ลงโทษเด็กด้วยความรุนแรงหากเป็นพฤติกรรมจากโรคสมาธิสั้น เพราะเด็กมีความลำบากในการควบคุมตัวเอง แต่ควรจะเตือนและสอนอย่างสม่ำเสมอว่าพฤติกรรมใดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้เด็กได้แก้ไขด้วยตนเอง

5. ควรให้ความสนใจและชื่นชมเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี เช่น สนใจเรียนได้นานขึ้น ไม่รบกวนเพื่อน ช่วยงานครู พยายามทำงาน และเมื่อเด็กทำผิดพลาดโดยไม่ตั้งใจควรใช้คำพูดปลอบด้วยท่าที่เห็นใจ แนะนำวิธีแก้ไขและช่วยให้ปฏิบัติได้จริง

6. เมื่อต้องการสื่อสารกับเด็ก ควรสังเกตว่าเด็กอยู่ในภาวะที่พร้อม หรือมีสมาธิที่จะให้ความสนใจ สิ่งที่คุณกำลังจะพูดหรือไม่ หากสนใจอยู่ก็พูดกับเด็กโดยใช้คำพูดที่กระชับแต่ได้ใจความชัดเจน หากเด็กกำลังอยู่ในช่วงเหม่อ วอกแวก หรือไม่ได้สนใจ ควรเรียกหรือแตะตัวอย่างนุ่มนวลให้เด็กรู้สึกตัวและหันมาสนใจเสียก่อนจึงสื่อสารกับเด็ก

7. เด็กอาจมีปัญหาการปรับตัวเข้ากับเพื่อน เพราะเด็กมักจะใจร้อน หุนหัน เล่นแรง ในช่วงแรก อาจต้องอาศัยคุณครูช่วยให้คำตักเตือน แนะนำ เพื่อให้เด็กปรับตัวได้ และเข้าใจกฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกับผู้อื่น

8. ให้ความช่วยเหลือด้านการเรียนเป็นพิเศษ เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาการเรียนร่วมด้วย ซึ่งแนวการสอนควรเริ่มจากง่ายและจำนวนน้อยก่อน แล้วจึงเพิ่มความยากและจำนวนมากขึ้นในเวลาต่อมา ใช้คำอธิบายง่ายๆ สั้นๆ พอที่เด็กจะเข้าใจและให้ความสนใจฟังได้เต็มที่ ซึ่งหากมีการสาธิตตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรมจะช่วยให้เด็กเข้าใจได้ง่ายกว่าคำพูดอธิบายอย่างเดียว นอกจากนั้นควรสอนทีละเรื่อง หรือใช้วิธีการเปรียบเทียบ แต่ไม่ควรสอนเชื่อมโยงหลายเรื่องพร้อม ๆ กัน

9. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นควรได้รับการสอนแบบ “ตัวต่อตัว” เนื่องจากครูสามารถคุมให้เด็กมีสมาธิ และสามารถยืดหยุ่นการเรียนการสอนให้เข้ากับความพร้อมของเด็กได้ดีกว่า

10. ให้กำลังใจ และคำชม เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ดี หรือมีความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นแม้ว่าจะเป็นเพียงสิ่งเล็กน้อยหรือแม้จะยังไม่ดีนักเมื่อเทียบกับมาตรฐานในชั้นเรียนก็ตาม

11. ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนที่บ้าน โดย

- จัดหาสถานที่ที่เด็กจะทำการบ้าน หรือทบทวน ต้องเป็นมุมหรือห้องที่สงบ ไม่มีเสียงรบกวนไม่พลุกพล่าน ไม่มี TV หรือของเล่นมาดึงความสนใจ
- จัดโต๊ะเขียนหนังสือเด็กให้หันเข้าฝาผนัง ไม่ใกล้หน้าต่าง ประตู
- กำหนดเวลาทำการบ้าน ทบทวนบทเรียน ให้เป็นเวลาแน่นอน นานประมาณ 30-60 นาทีต่อวัน

- ต้องมีผู้ปกครองประกบอยู่ด้วยเพื่อเรียกสมาธิ และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ
- ผู้ปกครองต้องพยายามควบคุมอารมณ์ของตน ให้บรรยากาศสงบ เปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถ หรือหยุดพักช่วงสั้นๆ ได้ เมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิแล้ว

12. ในกรณีที่เด็กมียารักษาโรคสมาธิสั้นรับประทานในมือเพียง เด็กรับประทานสูงที่จะลืมรับประทาน ครูสามารถช่วยโดยคอยเตือนเด็กให้รับประทานยา หรือให้เด็กฝากยาไว้กับครูและกำชับให้เด็กมารับยาไปรับประทาน<sup>[17]</sup>

## ปัญหาเกี่ยวกับโรคและยาของโรคเด็กสมาธิสั้น

1) ปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กสมาธิสั้น เป็นปัญหาจากอาการหลักของโรคสมาธิสั้น 3 ประการ คือ ด้านพฤติกรรม และอารมณ์ ด้านการเรียนรู้ ด้านการเข้าสังคม ด้านพฤติกรรมและอารมณ์

เด็กสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กทั่ว ๆ ไป ซึ่งเด็กจะซน อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลา ตีเล่น ไม่ใส่ใจการเรียน ขาดสมาธิ จะไม่สามารถจดจ่ออยู่กับการทำงานได้นาน ทำงานไม่สำเร็จ เบื่อง่าย ขาดความตั้งใจที่จะทำ ไม่รับผิดชอบการทำงาน ซ้ำล้ม ขาดการยับยั้งใจตนเอง ทำตามใจตนเอง หุนหันพลันแล่น ขาดการยั้งคิด ทำไปด้วยอารมณ์ สะเพร่า ประมาท เลินเล่อ ทำงานบกพร่องผิดพลาด ดื้อ ก้าวร้าว เกรี้ยว มีพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น<sup>[19]</sup>

### ด้านการศึกษา

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้นพบว่าประมาณ 40% จะมีความพร่องด้านการเรียนรู้เฉพาะด้าน (Learning Disability) เช่น การอ่าน การสะกดคำ การคำนวณ เป็นต้น<sup>[16]</sup> มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาการเรียนรู้ในเด็กสมาธิสั้น ลักษณะทั่วไปของเด็กที่อยู่ในกรณีศึกษา พบว่าระดับสติปัญญาต่ำโดยทำการตรวจวัดสติปัญญาขณะที่มีอายุ 8 ปี 5 เดือน แต่ผลของระดับสติปัญญาเท่ากับ 57 เทียบได้กับเด็กอายุ 4 ปี 11 เดือนโดยใช้แบบทดสอบของ Stanford Binet<sup>[16]</sup>

### ด้านการเข้าสังคม

พฤติกรรมสังคมที่มีปัญหาอาจส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างตัวเด็กและคนรอบข้างเช่น พฤติกรรมที่เด็กชอบชวนเพื่อนคุยเวลาเรียน พฤติกรรมทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นชอบพูดแทรกเวลาที่ครูสอน แสดงพฤติกรรมที่เป็นกรรบกวนสมาธิการเรียนการสอนของเพื่อนและครู ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นทุกวันในห้องเรียน นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่ระบายอารมณ์ต่อคนรอบข้างเมื่อถูกขัดใจ เช่น เมื่อเด็กไม่พอใจ เขาอาจจะระบายกับเพื่อนโดยการผลักหรือชกต่อย การที่เด็กควบคุมอารมณ์ไม่ได้เช่นนี้มักจะก่อให้เกิดเหตุทะเลาะวิวาทกับเพื่อนเสมอ และมีกรรบกวนแรงจนไปถึงการใช้กำลัง นอกจากนี้ที่กล่าวมาเด็กยังมีพฤติกรรมชอบหยิบของของเพื่อนโดยที่ยังไม่ได้รับอนุญาต เมื่อเพื่อนโกรธก็ไม่เคยขอโทษ ทำให้สร้างสัมพันธภาพยากยิ่งขึ้น

ต่อมาเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น โดยเน้นเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาในเด็กโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแล

## 2) ปัญหาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีอาการที่รบกวนผู้อื่น ยากแก่การเลี้ยงดู ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางลบจากพ่อแม่และครูมาก ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น การเอาใจ การตามใจหรือช่วยเหลือเด็กมากเกินไป การดูต่ำกว่ากล่าวลงโทษรุนแรง หรือการไม่เอาจริงปล่อยเด็กเกินไป ในที่สุดกลายเป็นปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ<sup>[16]</sup> ดังต่อไปนี้

การตามใจเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กขาดการควบคุมตนเอง ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่คิด ไม่วางแผนการให้เป็นระบบ เอาแต่ใจตัว ทำตามอารมณ์ตนเอง ไม่ฟังใคร เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง

การช่วยเหลือเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กช่วยตัวเองไม่เป็น บริหารเวลาไม่เป็น ทำอะไรด้วยตัวเองไม่ได้ ขาดความมั่นใจตนเอง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในทางที่ดี ไม่แก้ปัญหาเอง พึ่งพาผู้อื่น หลบเลี่ยงปัญหา ขาดทักษะพื้นฐานในการปรับตัว

การดูค่า ต่ำหนี ประณาม ประจาน ลงโทษมากเกินไป ทำให้อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย มองตนเองไม่ดี มองโลกในแง่ร้าย ขาดความภูมิใจตนเอง ขาดความกล้าคิดริเริ่มในทางสร้างสรรค์ เก็บกดความโกรธความก้าวร้าว และอาจแสดงออกเป็นความก้าวร้าวต่อผู้อื่น อาจกลายเป็นพฤติกรรมเกรี้ยวเมื่อโตขึ้น

การปล่อยเด็กเป็นอิสระเกินไป ทำให้เด็กขาดระเบียบวินัย ขาดการควบคุมตนเอง ขาดทักษะส่วนตัว ขาดทักษะสังคม เอาแต่ใจตนเอง ตัดสินใจแบบขาดการยั้งคิด ตัดสินใจด้วยอารมณ์ ไม่ปรับตัวเข้ากับผู้อื่น ไม่อยู่ในกรอบกติกาของสังคม<sup>[19]</sup>

### 3) ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น

สำหรับการกินยานั้น ถ้าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่กินยาอาจมีโอกาสเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา มากกว่า รวมถึงการเลี้ยงดูฝึกนิสัยต่าง ๆ จะทำได้ยากมากขึ้น และที่สำคัญคือ เด็กขาดการเรียนรู้เรียนไม่สนุก ไม่อยากเรียน เบื่อเรียน จนเกิดทัศนคติด้านลบต่อการเรียน ซึ่งไม่สามารถแก้ไขเมื่อโตขึ้น ปัจจุบันนี้แพทย์จึงแนะนำให้กินยาต่อเนื่องกันทุกวัน แม้ในวันที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เพราะฤทธิ์ของยาจะช่วยด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ด้วย การหยุดยาเป็นระยะ ๆ อาจพิจารณาในบางราย เช่น หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ หรือช่วงปิดเทอม แต่ในรายที่เป็นมาก มักแนะนำให้กินทุกวัน ประโยชน์ที่ได้จะคุ้มค่ากว่าการไม่กินยาอย่างมากหากเด็กไม่ยอมรับประทานยา<sup>[20]</sup>

### วิธีการจัดการปัญหาเกี่ยวกับโรคและยาของโรคเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล

ผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งให้พวกเขาตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับตัวเด็ก มีแนวโน้มช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคสมาธิสั้นปัจจุบันการรักษา ADHD ประกอบด้วยการรักษาโดยการให้ยาและด้านจิตสังคม (psychosocial intervention) ซึ่งจะเน้นทั้งที่ครอบครัว โรงเรียน และผู้ป่วย

#### การให้ความรู้ (Psychoeducation)

##### 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

ทัศนคติของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นส่งผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเอง และการให้การรักษาในเด็กโรคสมาธิสั้น<sup>[21]</sup> ผู้ปกครองต้องพบคุณครูอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามความก้าวหน้า หรือปัญหา<sup>[22]</sup> การช่วยเหลือด้านโรงเรียน (School intervention) ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นกับครูว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อย เป็นเอง มิได้เกิดจากการเลี้ยงดู เด็กที่อาการไม่มาก อาจมีลักษณะเหมือนเด็กปกติ บางคนไม่มีอาการมากที่โรงเรียน จนครูอาจคิดว่ามีได้เป็นโรคสมาธิสั้น แพทย์จะวินิจฉัยโดยใช้ข้อมูลพฤติกรรมทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และที่อื่น ๆ ประกอบกัน ร่วมกับการประเมินทางจิตวิทยา และจิตเวช ถ้าครูไม่แน่ใจการวินิจฉัยโรค ควรปรึกษาแพทย์ที่ดูแล ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่แพทย์ส่งไปผ่านพ่อแม่ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาต่อเนื่อง สร้างทักษะที่เด็กยังขาดอยู่ ติดต่อแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย แจ้งแพทย์ผู้รักษาเมื่อมีปัญหาฉุกเฉิน หากิจกรรมใช้เวลาอยู่ไม่นั่งให้เป็นประโยชน์ เช่น บำเพ็ญประโยชน์ กีฬา ศิลปะ ดนตรี ช่วยให้เด็กหาเอกลักษณ์ของตน เมื่อเข้าสู่วันรุ่น เมื่อเด็กเลื่อนชั้น แจ้งให้ครูคนต่อไปทราบ และให้การช่วยเหลือต่อไป นอกจากนี้ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็กโรคสมาธิสั้น เช่น มีการจัดตำแหน่งโต๊ะเรียน ไม่ควรให้เด็กนั่งติดหน้าต่างหรือประตู เพราะเด็กจะวอกแวกเสียสมาธิง่าย ควรให้เด็กนั่งแถวหน้าสุดใกล้โต๊ะครู เพื่อคุณครูจะสามารถเตือนเรียกสมาธิเด็กได้และควรให้เด็กนั่งติดกับนักเรียนที่ไม่เล่นหรือคุยระหว่างเรียน และเมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิจริง ๆ ควรให้เด็กมีกิจกรรมที่เปลี่ยนอิริยาบถบ้าง เช่น ช่วงครึ่งหลังของคาบเรียน ควรอนุญาตให้เด็กลุกจากที่ได้บ้าง แต่เป็นทางสร้างสรรค์ เช่น ให้



ไปล้างหน้า หรือมาช่วยคุณครูลบกระดาน หรือช่วยแจกสมุดก็จะช่วยลดความเบื่อของเด็กลง และทำให้เรียนได้นานขึ้น ในกรณีที่เด็กมีสมาธิสั้นมาก สามารถใช้วิธีลดระยะเวลาทำงานให้สั้นลง แต่ทำบ่อยกว่าคนอื่นโดยเน้นในเรื่องความรับผิดชอบให้ทำงานให้สำเร็จ แม้ว่าจะต้องใช้เวลาหลายครั้ง<sup>[17]</sup> ไม่ควรลงโทษรุนแรงหรือทำให้อับอาย ไม่สนใจเด็ก ไม่เอาใจใส่ ทำให้เด็กเป็นจุดเด่นจากอาการของโรค ให้โอกาสเขาทำตัวให้เป็นประโยชน์ตามโอกาส

ควรมีการบอกเด็กคนอื่นที่เป็นสิ่งแวดล้อมของเด็กโรคสมาธิสั้นว่า โรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคที่น่าอาย ให้คอยช่วยเหลือ เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียน ชวนให้ทำงานให้ครบ เตือนเมื่อลืม ไม่ปิดบังว่าใครเป็นโรคสมาธิสั้น แต่ไม่ต้องประกาศให้เด็กอาย หรือรู้สึกว่าเป็นจุดเด่นของห้องเกินไป อย่าล้อเลียน ประกาศ ประชด ประชันอาการหรือโรคที่เด็กเป็น หรือส่งเสริมให้เพื่อนล้อเลียนเด็ก<sup>[19]</sup>

ในห้องเรียน ควรสร้างแรงจูงใจในการเรียน ทำให้การเรียนสนุก ตื่นเต้น ทำท่าย ให้เด็กอยากติดตาม จัดระบบการเรียนให้ชัดเจน และกำกับให้เด็กทำตามระบบอย่างสม่ำเสมอ คอยดึงความสนใจเด็กกลับมาสู่การเรียน เมื่อวอกแวกหรือขาดสมาธิ เวลาพูดกับเด็กให้แน่ใจว่าเด็กกำลังฟัง ไม่ได้สนใจสิ่งอื่นอยู่ ซึ่งแนวการสอนควรมีลักษณะดังนี้

- มีการแบ่งขั้นตอนเริ่มจากง่ายและจำนวนน้อยก่อน แล้วจึงเพิ่มความยากและจำนวนมากขึ้นในเวลาต่อมา เมื่อเด็กเรียนรู้ขั้นต้นได้ดีแล้ว

- ใช้คำอธิบายง่ายๆ สั้นๆ พอที่เด็กจะเข้าใจ และให้ความสนใจฟังได้เต็มที่ ซึ่งหากมีการสาธิตตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรม จะช่วยให้เด็กเข้าใจได้ง่ายกว่าคำพูดอธิบายอย่างเดียว

- ควรสอนทีละเรื่อง หรือเปรียบเทียบเป็นคู่ แต่ไม่ควรสอนเชื่อมโยงหลายเรื่อง<sup>[17]</sup> พร้อมๆ กับกำกับให้ทำงานสำเร็จทั้งหมด มีจังหวะพักเป็นระยะ ชมเมื่อเด็กทำได้ ทำเสร็จหรือพยายามทำ วางแผนกับอาการที่ไม่รบกวนหน้าที่ เช่น หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ลายมือไม่สวย เจ้าอารมณ์ ติดตามงานอย่าให้หลุด ให้งานเสร็จ จดการบ้านเสร็จ ติดตามการบ้านสม่ำเสมอ อนุญาตให้ใช้เทปบันทึกเสียง เพื่อกลับไปฟังซ้ำ เพิ่มเวลาในการทดสอบ หรือการทำงานที่เด็กอาจช้ากว่าเพื่อนมาก ใช้สัญญาณเตือนทุกรูปแบบ จนเด็กสามารถเตือนตนเองได้ ให้เด็กช่วยงานครู ใช้ความอยู่นิ่งให้เป็นประโยชน์ ชมเมื่อเด็กทำดี ให้เพื่อนชมเมื่อทำตัวเป็นประโยชน์ มีรางวัลเป็นครั้งคราว ใช้เทคนิค “ขอเวลานอก” เมื่อเด็กละเมียดกติกา ใช้การลงโทษอย่างระมัดระวัง หาวิธีหลายรูปแบบ เช่น ตัดรางวัล บำเพ็ญประโยชน์ และไม่ควรลงโทษกับปัญหาเหล่านี้ สะเพร่า เลินเล่อ ขาดระเบียบ ขาดความสนใจ ลายมือไม่สวย อนุญาตให้พิมพ์งานส่ง ในกรณีที่มีปัญหาหลายมือมากๆ หรือเขียนซ้ำมากๆ หากทางให้เด็กระบายพลังงาน หรือความก้าวร้าว ออกเป็นกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น กีฬา ศิลปะ ดนตรี ตามความชอบ ความถนัดของเด็ก พูดคุยเป็นส่วนตัวเป็นครั้งคราว รับฟังความทุกข์ใจ ปัญหาที่เกิดขึ้น และให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัว ชมในเรื่องที่เด็กทำได้ดี คาดหวังในทางที่ดีต่อเด็กเสมอ<sup>[20]</sup>

พ่อแม่และครูควรร่วมมือกัน โดยช่วยฝึกทักษะต่างๆ ให้สอดคล้องกับที่บ้าน โดยการติดตามกับพ่อแม่และแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ติดตามให้เด็กจัดการบ้านให้ครบ ติดตามการบ้าน งานที่ค้าง เมื่อเด็กลืมหรือไม่ส่งงาน ให้แจ้งทางบ้านทันที สอนเสริมรายบุคคล ตรวจสอบว่าเด็กมีปัญหาการเรียนเฉพาะด้านหรือไม่ ให้ความช่วยเหลือด้านการเรียน ให้ความมั่นใจพ่อแม่ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่าให้ขาดการไปพบแพทย์ตามนัด ถ้าไม่แน่ใจในการรักษาให้กลับไปปรึกษาแพทย์ผู้รักษา<sup>[20]</sup>

## 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคสมาธิสั้น

ผู้ดูแลรวมถึงครูควรเห็นความสำคัญของยาที่เด็กต้องได้รับ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครู มีความรู้เกี่ยวกับตัวยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น เช่น ยาไม่มีฤทธิ์ง่วง ไม่ซึม ไม่กดระบบประสาท ไม่ติดยา ไม่มีผลต่ออวัยวะภายในระยะยาว สามารถกินต่อเนื่องได้ เนื่องจากแพทย์จะให้ยารักษายาวจนเข้าสู่วัยรุ่น ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการกินยาทุกวันไม่จำเป็นต้องเว้นยา ควรหลีกเลี่ยงการหยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ วิธีที่ผู้ดูแลและครูสามารถใช้เพื่อให้เด็กยอมรับประทานยา<sup>[20]</sup> ได้แก่

- พูดคุยสอบถามเด็ก เรื่อง ผลข้างเคียงของยา อายุเพื่อน ลืม เบื่อ ไม่มีน้ำกิน ยาหาย รับฟังความไม่สบายใจอย่างสงบ อย่าเพิ่งสอน เตือน ดู ก่อนจะฟังจนจบ

- ชวนเด็กคิดว่า จะแก้ปัญหาได้อย่างไร ชมการคิดแก้ปัญหาที่ดี ชี้แนะ หรือ แนะนำตรงในประเด็นที่เด็กคิดไม่ออก แต่สร้างความรู้สึกได้ว่า ถึงอย่างไรคงต้องกินยา แต่จะให้เกิดปัญหาตามมาน้อยที่สุดอย่างไร

- ให้ความมั่นใจในผลของการใช้ยา ประโยชน์ในเรื่องสมาธิ และการช่วยควบคุมตนเอง ซึ่งเด็กอาจไม่ทราบว่าตนเองดีขึ้น

- ช่วยกันหาวิธีป้องกันการ “ลืม” เช่น มีการเขียนเตือนไว้ที่กล่องอาหารกลางวัน ใส่ยาไว้ในกล่องในกระเป๋า จะมีเสียงดังเวลาขยับตัว เตือนให้เด็กคิดถึงการกินยา

- เขียนตารางกิจกรรมส่วนตัว กำหนดการกินยาทุกวัน

- เมื่อเด็กลืมหินยา อย่าดูหรือลงโทษ ควรชมที่มาเปิดเผยความจริง และชวนคุยต่อ ว่าจะป้องกันปัญหานี้อย่างไร (การดู ทำโทษ ในกรณีนี้จะทำให้เด็กหลีกเลี่ยง ปกปิดเวลาลืม หรือแอบทิ้งยา เพราะกลัวถูกจับได้ว่าลืม)

- ให้ความรู้กับครูที่ดูแลว่าเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องกินยาเพื่อช่วยให้เขาควบคุมสมาธิและควบคุมตัวเองได้ ยาที่กินอาจมีมือกลางวันซึ่งเด็กมักลืม ผู้ปกครองอาจขอความร่วมมือคุณครูช่วยจัดยาให้ในมือกลางวันในเด็กเล็ก ส่วนเด็กโตอาจให้ครูช่วยเตือนเด็กให้กินยา สำหรับวิธีการเตือน ควรเตือนเป็นการส่วนตัว ระวังเด็กอายุเพื่อน นอกจากนี้ครูอาจช่วยบอกเด็กให้เด็กรับทราบโรคที่ตัวเองกำลังเป็นอยู่ เช่น บอกเด็กว่าโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคจิต โรคประสาท ไม่ใช่ปมด้อย สามารถทำทุกอย่างได้เหมือนเพื่อน อาการของโรคสมาธิสั้นทำให้การเรียนรู้ดูดีกว่าความสามารถที่แท้จริง อาการนี้สามารถรักษาได้ด้วยยา และการฝึก เพราะยาช่วยเพิ่มความสามารถในการตั้งใจ สมาธิ ความเข้าใจและความจำ การควบคุมตนเอง การฝึกต่างๆมีความจำเป็น ครูจะช่วยฝึกร่วมกับทางบ้าน โดยเฉพาะอาการหุนหันพลันแล่น จำเป็นต้องฝึกควบคุม นอกจากนี้ควรช่วยให้เด็กมีความคิดด้านบวกเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็น<sup>[20]</sup>

## ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต

จากรายงานของสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนก ครินทร์ กรมสุขภาพจิต ในปี 2559 ร้อยละการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น 2.62<sup>(23)</sup> จากงานวิเคราะห์และอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555<sup>(24)</sup> ของ นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดาผู้อำนวยการจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ระบุว่า การไม่เข้าถึงบริการมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุดังนี้

- 1) ผู้กำหนดนโยบายมองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต
- 2) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความตระหนัก มีความอับอาย/ตราบาป
- 3) ระบบบริการไม่ตอบสนองความต้องการของแต่ละพื้นที่
- 4) บุคลากรและงบประมาณที่ลงทุนไม่เพียงพอ
- 5) การติดตามและประเมินผลให้บริการไม่เพียงพอ

### ทรัพยากรด้านบุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล<sup>(25)</sup>

สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัดคือจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยาและแม่ฮ่องสอน มีโรงพยาบาล 100 แห่ง โดยแบ่งเป็น รพ.ขนาด A จำนวน 3 แห่ง รพ.ขนาด S จำนวน 5 แห่ง รพ.ขนาด M1 จำนวน 3 แห่ง รพ.ขนาด M2 จำนวน 9 แห่ง รพ.ขนาด F1 จำนวน 9 แห่ง รพ.ขนาด F2 จำนวน 68 แห่ง รพ.ขนาด F3 จำนวน 3 แห่ง โรคออทิสติกและโรคสมาธิสั้น เป็นปัญหาสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง

กรมสุขภาพจิต กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ./รพช./รพช. ปี 2560 ให้อยู่ระดับ 10 ของ รพช. (M1-F3) ในเขตสุขภาพมีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับ 1 ทุกด้าน (จำนวน รพช. (M1-F3) สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 92 รพ.จึงควรพัฒนาระดับให้อยู่ในระดับ 1 ทุกด้านจำนวนอย่างน้อย 9 แห่ง สำหรับด้านบุคลากร เขตสุขภาพที่ 1 มีโรงพยาบาลจำนวน 100 แห่ง มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 6 คน กุมารแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 14 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรจิตเวชเด็กและวัยรุ่นระยะสั้น (3-5วัน) เพียง 3 คน แพทย์/กุมารแพทย์ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเปลี่ยนบ่อยทำให้การบริการและการพัฒนาขาดความต่อเนื่อง มีพยาบาลที่จบหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 18 คน และจังหวัดที่ไม่มีพยาบาลที่จบหลักสูตรนี้เลยคือแพร่และลำปาง ทำให้ในพื้นที่ขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นมีข้อจำกัด

ด้านสถานที่ให้บริการ ส่วนใหญ่ยังไม่มีบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ชัดเจน ทั้งคลินิกบริการและสถานที่ ด้านขีดความสามารถด้านต่าง ๆ จะมีข้อจำกัดในเรื่องการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาจากการขาดแคลนบุคลากรดังกล่าวข้างต้น และระบบยาเมธิลเฟนิเดต Methylphenidate ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M จำนวน 11 แห่ง (จากจำนวนรพ.ระดับ A,S,M 19 แห่ง) มีเภสัชกรผ่านการอบรมระยะสั้นด้านยาจิตเวชจาก รพ.สวนปรุง ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M จำนวน 16 คน โรงพยาบาลระดับ F จำนวน 23 คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ และมีนักจิตวิทยาคลินิกจำนวน 33 คน ที่ช่วยในการประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญาและประเมินบำบัดทางจิตวิทยา ดังนั้นจึงส่งผลให้ระบบบริการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นใน 4 โรคหลัก (ASD ADHD LD ID) ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน

## แนวทางการพัฒนาด้านเครือข่ายและบริการสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง แนวทางบริหารจัดการกองทุน ในส่วนที่ 3 การบริหารจัดการงบประมาณบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ 2554<sup>(26)</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคทางสุขภาพจิตจึงได้มีการจัดแนวทางการดำเนินงานและกำกับติดตามการพัฒนา ระบบบริการนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยสนับสนุนการสร้างเครือข่ายเพื่อเตรียมผู้ป่วย กลับชุมชน และการพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) การจัดตั้งศูนย์พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ (Training Center) เพื่อให้เป็นหน่วยบริการที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร หน่วยบริการในพื้นที่เข้าร่วมโครงการ เป็นที่ปรึกษาให้แก่เครือข่ายบริการ มีการจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการ และการติดตามประเมินผล

2) การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงระบบบริการ และได้รับบริการจากหน่วยบริการที่เฉพาะทาง ซึ่งหน่วยบริการมีอยู่ 2 ส่วนคือ

2.1 แม่ข่าย เป็นหน่วยที่มีแพทย์เฉพาะทาง(เครือข่ายจิตเวชเด็กและวัยรุ่น : กุมารแพทย์สาขา พัฒนาการและพฤติกรรม หรือ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, เครือข่ายจิตเวชผู้ใหญ่ :จิตแพทย์)

2.2 ลูกข่าย เป็นหน่วยที่มีผู้ให้บริการในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่เครือข่ายจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มี พยาบาลกระตุ้นพัฒนาการ / นักจิตวิทยา / นักกิจกรรมบำบัดเครือข่ายจิตเวชผู้ใหญ่มี พยาบาลจิตเวช เป็นต้น โดยร่วมกับแม่ข่าย ในการพัฒนาระบบการส่งต่อ/ส่งกลับผู้ป่วยภายในเครือข่าย ต้องแต่ระดับตติยภูมิถึง ระดับปฐมภูมิ อีกทั้งติดตามและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3) การพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการ เช่น ข้อมูล การติดตามผลในภาพรวม การสนับสนุนนวัตกรรมบริการผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยพื้นที่

## กรอบแนวทางการจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชปีงบประมาณ 2554

1. โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็น training center พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ในเขตด้านข้อบังคับใช้ในการใช้ยา ในเขตด้านข้อบังคับใช้ในการใช้ยา การเข้าถึงยา CPG, จิตเวชชุมชน ทั้งจิตเวชเด็ก และผู้ใหญ่ ฯลฯ และสนับสนุน/ส่งเสริม ด้านวิชาการแก่หน่วยบริการได้ ช่วยพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการในพื้นที่ให้สามารถเบิกจ่ายยาจิตเวชตามโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาจิตเวชได้

2. โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป การมีจิตแพทย์ และเป็นแม่ข่าย ดูแล โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่เขตรับผิดชอบส่งเสริมคุณภาพการบริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งเด็กและผู้ใหญ่ อีกทั้งเน้นการสร้างเครือข่าย และระบบส่งกลับ

3. โรงพยาบาลชุมชน การมีพยาบาลจิตเวช, นักจิตวิทยา, พยาบาลกระตุ้น พัฒนาการ หรือ นักกิจกรรมบำบัดให้บริการผู้ป่วยได้ และเป็นลูกข่ายของ รพ.แม่ข่าย รับผู้ป่วยจิตเวชกลับจากแม่ข่ายเพื่อมาดูแล

ต่อเนื่อง เน้นระบบการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมกับ สอ. ชุมชน และครอบครัว ส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย  
จิตเวชทั้งเด็กและผู้ใหญ่นอกจากรูปแบบศูนย์ศึกษาเรียนรู้ดูงานการให้บริการจิตเวชชุมชน

4. หน่วยบริการปฐมภูมิ/สอ./รพ.สต. คัดกรอง ดูแลต่อเนื่อง ทั้งด้านการรักษา และมิติทางสังคม

### แนวทางพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในระบบบริการสาธารณสุข<sup>(13)</sup>

แพทย์หญิงอนัญญา สิริขัตตพันธ์ ได้ทำการรวบรวมและเรียบเรียงแนวทางพัฒนาระบบบริการ  
สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กวัยรุ่นซึ่งประกอบด้วย

1) ด้านบุคลากร ต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา และดูแลด้าน  
สุขภาพจิตแก่เด็กโรคสมาธิสั้นอย่างมีคุณภาพ โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ดังนี้ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ  
นักพฤติกรรมบำบัด ซึ่งอาจรวมถึงนักจิตวิทยา และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน เพื่อให้การรักษามี  
ประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง

2) ด้านสถานที่บริการ มีการเปิดให้บริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มี ความ  
สะดวก เป็นสัดส่วน และมีความปลอดภัยในการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก

3) ด้านระบบบริการ ครอบคลุมทั้งการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัด การให้  
คำแนะนำในการดูแลและส่งเสริมป้องกันโรคเด็กสมาธิสั้น

4) ด้านการส่งต่อไปยังเครือข่ายผู้ให้บริการ คือมีการส่งต่อข้อมูล และความต้องการของเด็กสมาธิ สั้น  
ภายในเครือข่ายเพื่อประโยชน์ในการรักษา และเป็นแนวทางในการดูแลโรคเด็กสมาธิสั้นร่วมกัน

5) ด้านการติดตาม มีการติดตามเด็กโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการเพื่อเกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มี  
การประสานกับชุมชนเพื่อร่วมกันหาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และมีกิจกรรมในการฟื้นฟูทางจิตใจของเด็กและ  
ครอบครัวที่ประสบปัญหาจากโรคเด็กสมาธิสั้นในชุมชน

### ครูกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ครูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กสมาธิสั้นมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความ  
เข้าใจเรื่องภาวะโรคและผลต่อพฤติกรรม ความเป็นไปของโรค การปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ที่  
เหมาะสมสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของครูในประเทศ  
อิหร่านพบว่าครูมีความรู้และมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในระดับต่ำ<sup>(10)</sup> ครูประมาณร้อยละ 15-60 ไม่  
ทราบเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดทที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น<sup>(10-11)</sup>

ผลการศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติต่อเด็กโรคสมาธิสั้นของครูโรงเรียนประถมในประเทศไทยในเขต  
ภาคเหนือโดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์พบว่า ความรู้ของครูอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (คะแนน  
เฉลี่ย  $10.04 \pm 3.88$  จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) ทัศนคติเชิงบวกต่อเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง  
และจากโครงการส่งเสริมความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดี และการฝึกทักษะให้ครูด้านโรคและการใช้ยาในเด็ก  
สมาธิสั้น สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ ได้พัฒนาหลักสูตรสำหรับครูโรงเรียนประถมในการดูแล  
พฤติกรรมและการใช้ยาของเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าหลักสูตรการฝึกอบรมได้เพิ่มความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วย  
ยาและการปรับพฤติกรรมและทัศนคติในทางบวกของครูต่อเด็กโรคสมาธิสั้น จาก  $9.99 \pm 3.14$  เป็น  
 $13.09 \pm 3.56$  คะแนน (เต็ม 20 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.0001$  การเกิดความเข้าใจเรื่องโรค

และการดูแลรักษาของครูทำให้เกิดร่วมมือระหว่างครูกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวเด็กสมาธิสั้น<sup>(9)</sup> ซึ่งน่าจะเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการบำบัดรักษาและเกิดการใช้จ่ายอย่างปลอดภัย

หลักสูตรสำหรับครูในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลพฤติกรรมและการใช้จ่ายที่จัดการฝึกอบรมโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้พัฒนาจากงานวิจัยที่ผ่านมา จำเป็นที่จะต้องถูกนำไปใช้และถ่ายทอดให้กับครูโรงเรียนประถมอย่างกว้างขวาง เพื่อให้ครูเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกันและมีทักษะในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นไปในแนวทางเดียวกันสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งการจัดระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานปัจจุบันนี้ มีครูการศึกษาพิเศษของโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมที่เป็นวิทยากรผู้สอนในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 9 ด้าน ให้กับโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษา ร่วมกับศูนย์การศึกษาพิเศษ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลความรู้เฉพาะสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในเรื่องการดูแลและปรับพฤติกรรมและการประสานงานในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมร่วมกับผู้ปกครองที่และผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงสนใจการทำวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมระดับประถมศึกษาเพื่อเป็นวิทยากรสำหรับครูโรงเรียนประถมในเขตภาคเหนือในด้านการดูแลปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่เด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน โดยพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทักษะครูโรงเรียนประถมศึกษาในการคัดกรองและดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ที่เหมาะสมกับการถ่ายทอดความรู้โดยครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและเกิดการถ่ายทอดความรู้โดยครูเป็นหลัก (Training for the trainer) โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการและการรับการส่งต่อเมื่อครูคัดกรองและเกิดการสื่อสารระหว่างครู ผู้ปกครองและผู้ให้บริการเมื่อมีการรักษาและปรับพฤติกรรม เป็นการส่งเสริมเครือข่ายโรงเรียนประถมศึกษาให้เกิดความเข้มแข็งของในการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ปกครองและผู้ให้บริการทางการแพทย์ และส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองทางเว็บไซต์และที่ปรึกษาทางโทรศัพท์ การวิจัยนี้จะทำให้เกิดการเสริมศักยภาพการดูแลเด็กสมาธิสั้นของครูโรงเรียนประถมศึกษาเขตภาคเหนือที่เข้มแข็งต่อไป

### เครื่องมือในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็ก

แบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น<sup>(27)</sup> ได้แก่ แบบคัดกรองนักเรียนที่มีโรคสมาธิสั้นบกพร่องทางการเรียนรู้และ ออทิสซึม หรือ KUS-SI Rating Scales: ADHD/LD/ Autism (PDDs) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยดารณี อุทัยรัตนกิจ และคณะ ในปีพ.ศ.2549 และSNAP-IV ฉบับภาษาไทย แปลโดย ณิชทรพิทยรัตน์เสถียร แบบคัดกรอง KUS-SI section ADHD มีข้อคำถาม ทั้งสิ้น 30 ข้อ ใช้สำหรับคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็ก นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 โดยมีเพียงครูเป็นผู้ประเมินและใช้แบบคัดกรอง แบบคัดกรอง KUS-SI มีค่าปกติระดับประเทศ (national norms) จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,848 ราย จากโรงเรียนต่าง ๆ ที่ กระจายอยู่ทั่วประเทศ ส่วน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย คำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการ ของโรคสมาธิสั้น และโรคคือ ต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder-ODD) โดยแยกเป็นสามส่วนย่อยคือ inattention จำนวน 9 ข้อ hyperactivity/impulsivity จำนวน 9 ข้อ และ ODD จำนวน 8 ข้อ ผู้ตอบได้แก่ ผู้ปกครองและครู ค่า psychometric properties ได้จาก การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 231 รายอายุระหว่าง 4-16 ปีในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากแบบคัดกรอง KUS-SI ถูกออกแบบมา เพื่อการใช้ในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา จึงไม่สามารถนำ KUS-SI Rating Scales ไปใช้ในระดับชั้นอื่นได้นอกจากนี้แบบคัดกรอง KUS-SI มีเพียง ครูเท่านั้นที่เป็นผู้ตอบ ทำให้ขาดข้อมูลจากส่วนของผู้ปกครองและตัวเด็กเองซึ่งมีความสำคัญในการช่วย ให้ผลการคัดกรองมีความแม่นยำยิ่งขึ้น

SNAP-IV เป็นแบบสอบถามชนิด narrow-band<sup>(28)</sup> ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham (จึงเป็นที่มาของชื่อย่อ SNAP ส่วน IV นั้น บอกถึงความสอดคล้องของข้อความในแบบสอบถามตาม DSM-IV) เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น จากฉบับดั้งเดิมความยาว 43 ข้อได้มีการตัดทอน SNAP-IV ให้สั้นลงเหลือ 26 ข้อ เพื่อใช้เป็นตัววัดหลักในการศึกษาขนาดใหญ่เกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นคือ National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study for ADHD (MTA) นอกจากนี้ยังใช้ในการศึกษาทางคลินิกอีกหลายการวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาโรคสมาธิสั้น และคัดกรองโรคสมาธิสั้นแบบสอบถาม SNAP-IV ได้รับการแปลออกมาหลายภาษาและนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเป็นแบบสอบถามที่เปิดให้นำไปใช้ได้ฟรี การทดสอบค่า psychometric properties พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงไม่ว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นผู้ปกครองหรือครู

ณัฏฐ และคณะ (2557) ได้ศึกษาความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ SNAP-IV และ SDQ ด้านปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 4-16 ปี จำนวน 231 ราย ที่มารับการตรวจที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ รพ.ศูนย์ลำปาง และ รพ.สวนสราญรมย์ ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2554 โดยให้ผู้ปกครองของเด็กที่ป่วย จำนวน 231 คน และครูของเด็กที่ป่วย จำนวน 190 คน ตอบแบบสอบถาม SNAP-IV และ SDQ เพื่อประเมินอาการก่อนจะเริ่มรักษา เปรียบเทียบกับผลการตรวจและวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถาม SNAP-IV และ SDQ-ADHD เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสำหรับใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป อย่างไรก็ตามให้พึงระมัดระวังการแปลผลแบบสอบถาม SNAP-IV ซึ่งครูเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

## ขอบเขตของโครงการวิจัยที่ 1

ขอบเขตงานวิจัยนี้ศึกษาศักยภาพการให้บริการการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นตามแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน โดยศึกษาศักยภาพของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในเขต 9 จังหวัดภาคเหนือ เนื่องจากการจัดบริการด้านสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีระบบเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายการให้บริการสุขภาพจิตของภาคเหนือมีทรัพยากรและรูปแบบการให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะ ตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในภูมิภาค

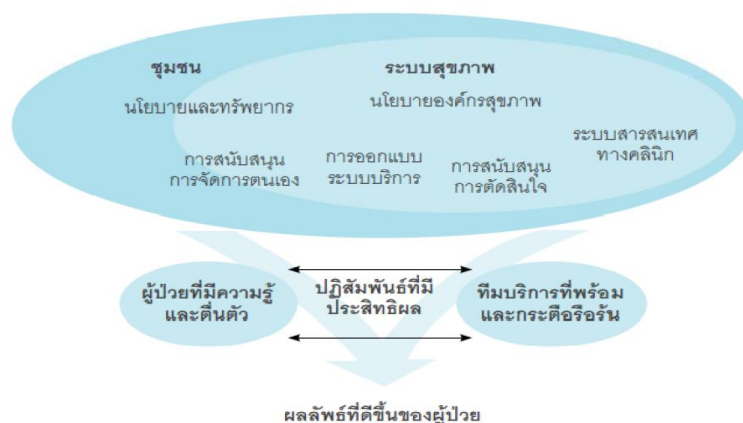
การวิจัยนี้ไม่รวมการศึกษาและส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

## ทฤษฎี สมมติฐาน และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัยที่ 1

การวิจัยนี้ นำแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหรือ Wagner model ได้กล่าวถึงแบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง ที่สามารถปรับใช้ได้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น Wagner model มีองค์ประกอบ 6 ด้านที่สัมพันธ์กันดังนี้

1. นโยบายขององค์กรสุขภาพ (Health care organization) ต้องส่งเสริมวัฒนธรรม ระบบและกลไกที่สนับสนุนการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
2. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) เพื่อจัดการข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นหมวดหมู่สามารถใช้ติดตามการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) เพื่อส่งเสริมการดูแลรักษาทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย
4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) เพื่อให้มั่นใจว่าได้ให้บริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเอง
5. การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (Self-Management support) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้พร้อมและสามารถจัดการตนเองทั้งสุขภาพและการดูแลรักษาได้
6. การเชื่อมต่อกับชุมชน (Community) เพื่อแสวงหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชนให้สนองตอบความจำเป็นของผู้ป่วย



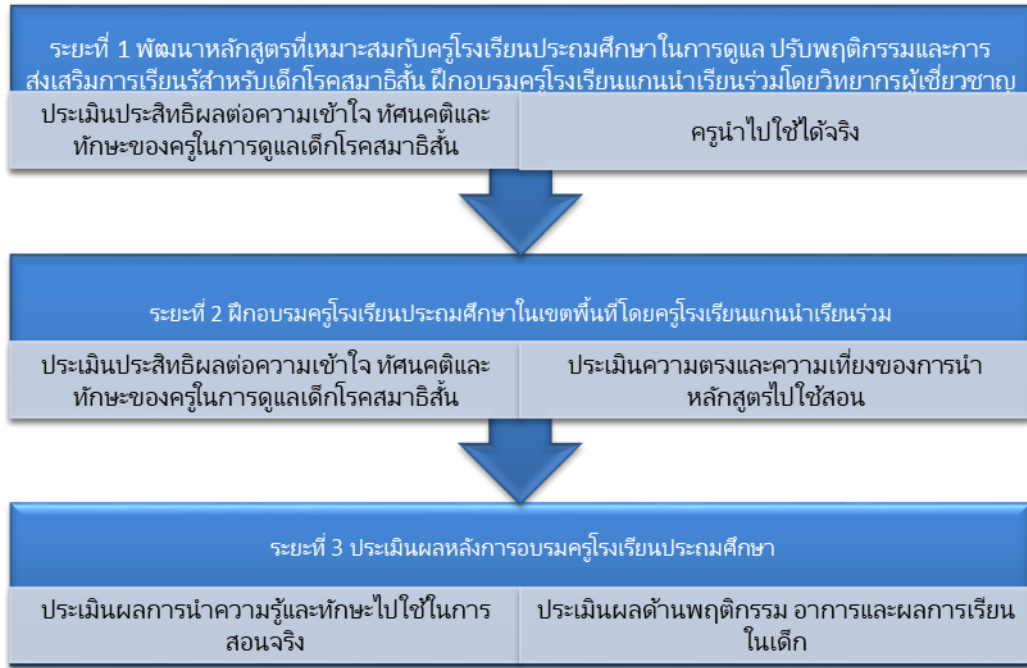


รูปที่ 1 แบบแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

แหล่งข้อมูล ICIC At Group Health’s Maccoll Institute: Does The Chronic Care Model Work

## ขอบเขตของโครงการวิจัยที่ 2

การวิจัยนี้มีเป้าหมายในการส่งเสริมศักยภาพของครูโรงเรียนประถมในเครือข่ายเขตการศึกษาระดับประถมศึกษาในเขตจังหวัดภาคเหนือ ให้สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นด้านการรักษา ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับภาวะโรคและพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น เกิดการส่งต่อข้อมูลพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นไปยังผู้ปกครองและผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อสร้างความเชื่อต่อการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นจากสถานพยาบาล บ้าน และโรงเรียนได้ โดยมีแนวคิดหลักคือการพัฒนาหลักสูตรที่เหมาะสมกับครู และการให้ครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมที่ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรเป็นวิทยากรให้ครูโรงเรียนในเครือข่ายในเขตภาคเหนือ โดยจะแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาหลักสูตรการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับครูโรงเรียนประถมศึกษา จากหลักสูตรที่ถูกพัฒนาขึ้นต้นแล้วจากงานวิจัยที่ผ่านมาโดยสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และจัดฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมในเขตพื้นที่การศึกษาภาคเหนือในด้านการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นที่ การฝึกอบรมนี้จะทำโดยทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักพฤติกรรมบำบัด ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมเด็ก ร่วมกับการสนับสนุนด้วยการมีที่ปรึกษาและการเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง เช่น เว็บไซต์เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ของครูและให้คำปรึกษาโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ และการมีที่ปรึกษาในการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ประเมินประสิทธิผลโดยการวัดความรู้ ทักษะของครู และทักษะ (knowledge, attitude, and practice, KAP) ของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้านพฤติกรรม และการส่งเสริมการเรียนรู้ และระยะที่ 2 จัดฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษาภาคเหนือโดยวิทยากรคือครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม โดยมีผู้เชี่ยวชาญในการสนับสนุนข้อมูลเชิงวิชาการและให้คำปรึกษา ร่วมกับการเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองและเครือข่ายครูผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเขตภาคเหนือ ประเมินประสิทธิผลโดยการวัดความรู้ ทักษะของครู และทักษะของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ด้านพฤติกรรม และการส่งเสริมการเรียนรู้

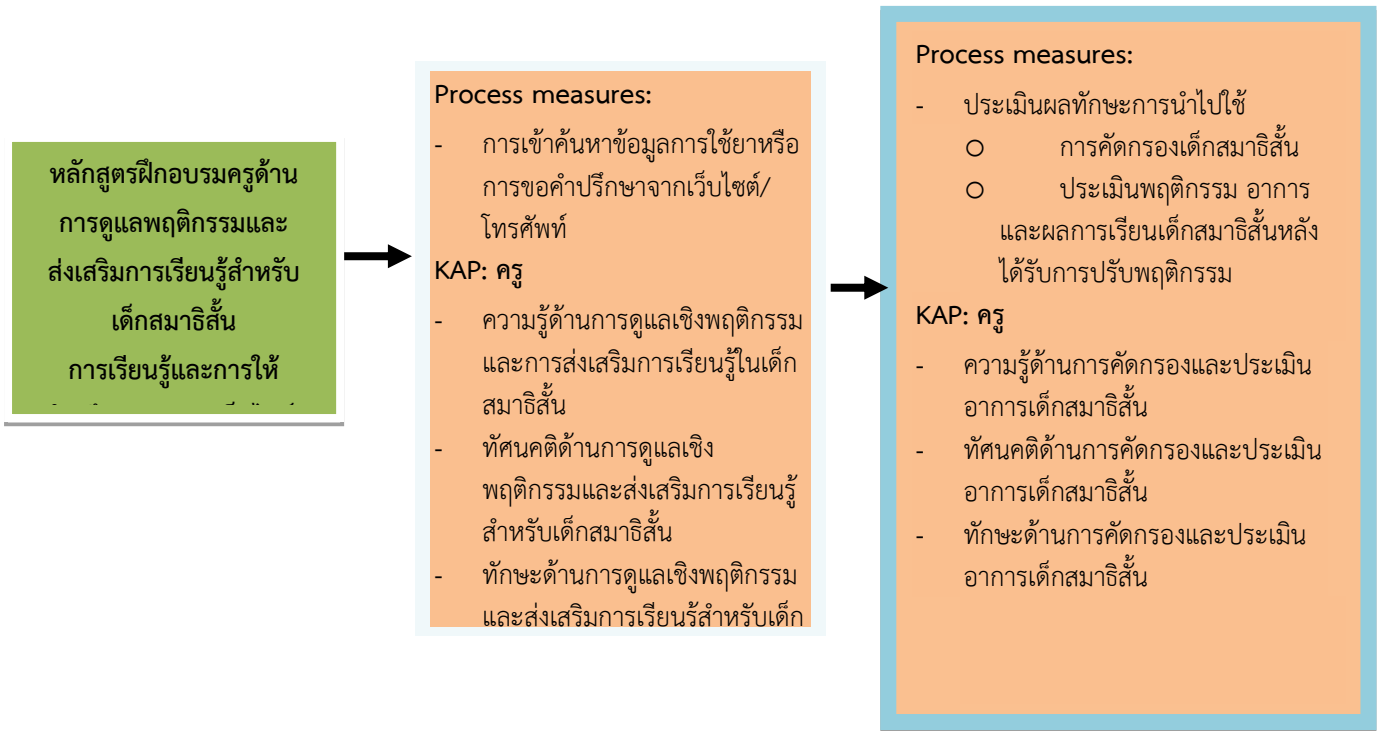


รูปที่ 1 ขั้นตอนการทำวิจัย 3 ชั้น

## ทฤษฎี สมมติฐาน และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัยที่ 2

การวิจัยนี้มีสมมติฐานว่า ครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมสามารถเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ในหลักสูตรสำหรับครูโรงเรียนประถมในเขตพื้นที่การประถมศึกษาภาคเหนือ 9 จังหวัด ในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น ร่วมกับการสนับสนุนด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านเว็บไซต์ ครูโรงเรียนประถมศึกษาจะมีความรู้ ทศนคติและทักษะด้านการดูแล ปรับพฤติกรรมและการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้กับเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียนเพิ่มขึ้น

แนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะใช้แนวคิดจากการฝึกรอบโดยครูแกนนำ และการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเสริมพลัง (empowerment) จากเครือข่ายครูโรงเรียนประถมศึกษา และการมีที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญในการช่วยทำให้เกิดความเข้าใจ เกิดทัศนคติเชิงบวก และสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้น ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กโรคสมาธิสั้น และส่งต่อข้อมูลให้ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลได้ในลักษณะเครือข่ายแบบบูรณาการ

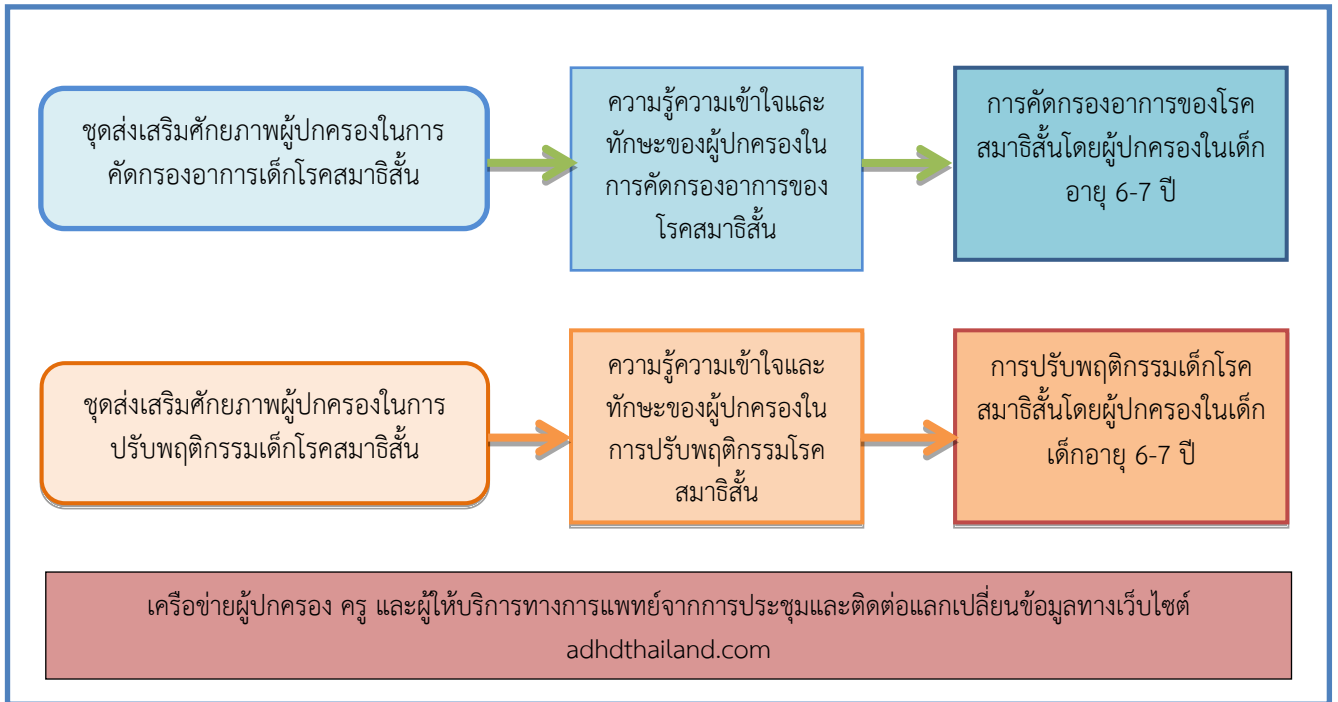


รูปที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**ทฤษฎี สมมติฐาน และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัยโครงการวิจัยที่ 3**

โครงการนี้เป็นโครงการที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากโครงการวิจัยเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะและ ทักษะครูในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น ที่พบว่าทำให้การดูแลปรับพฤติกรรมที่ โรงเรียนยังไม่เพียงพอจำเป็นที่จะต้องปรับพฤติกรรมที่บ้านโดยผู้ปกครองเป็นหลัก และให้เกิดความสอดคล้อง และต่อเนื่องระหว่างโรงเรียน บ้าน และสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการสื่อสารข้อมูลในการดูแลเด็กระหว่างกัน จนเกิดความสำเร็จในการปรับพฤติกรรม ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้อื่น ลดความเสี่ยงต่อ การไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ทันเวลาและขาดความต่อเนื่อง

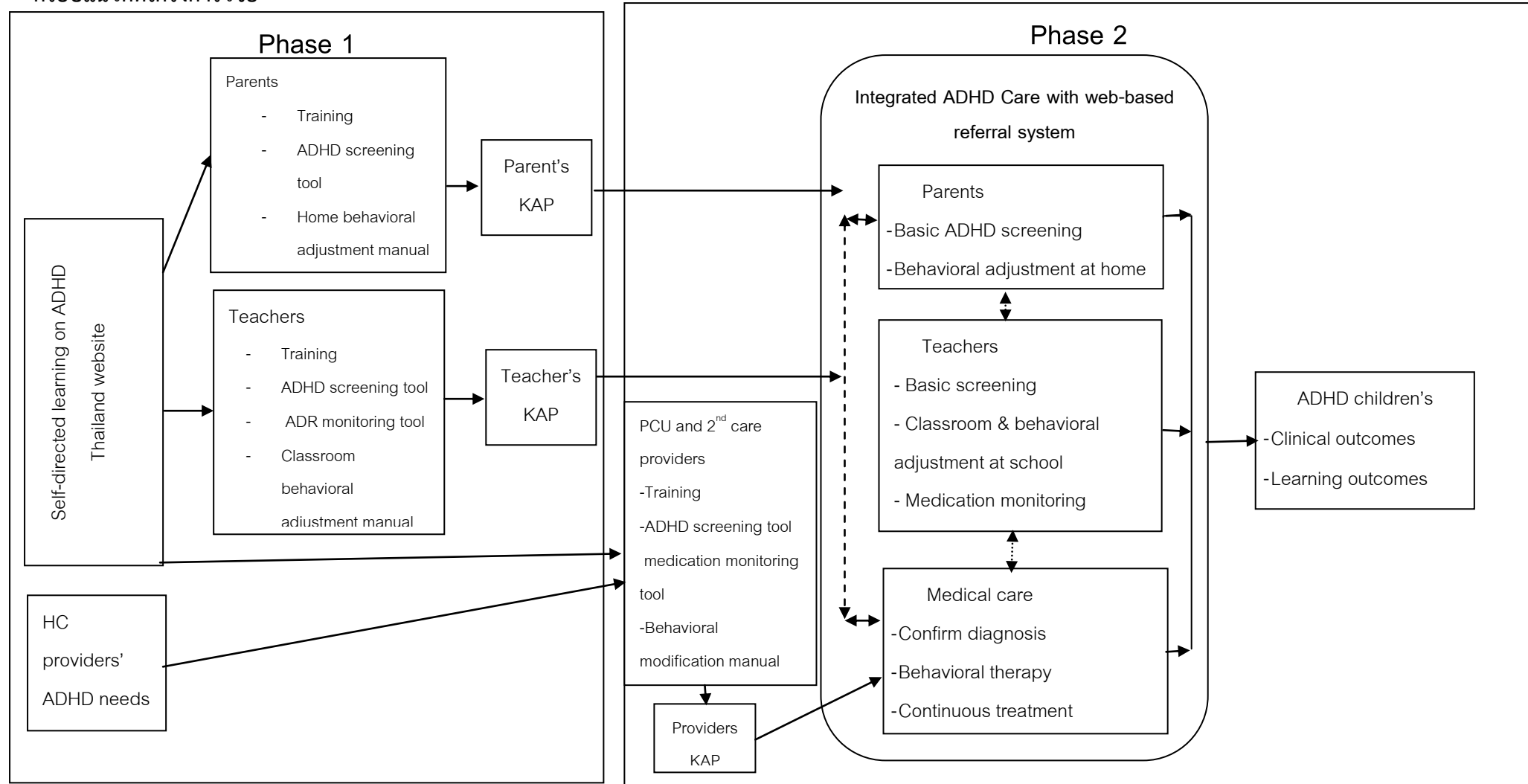
การวิจัยนี้มีสมมติฐานว่าครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมจะสามารถเป็นศูนย์กลางในการ ประสานงานและขับเคลื่อนการให้ผู้ปกครองคัดกรองเด็กอายุ 6-7 ปี ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาได้ ทันเวลาและมีประสิทธิภาพหากผู้ปกครองสามารถสังเกตอาการได้ทัน และสามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็ก โรคสมาธิสั้นปรับพฤติกรรมได้สอดคล้องเนื่องกับการปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนและจากคำแนะนำของ บุคลากรทางการแพทย์ และยังเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายบูรณาการการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นระหว่าง ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



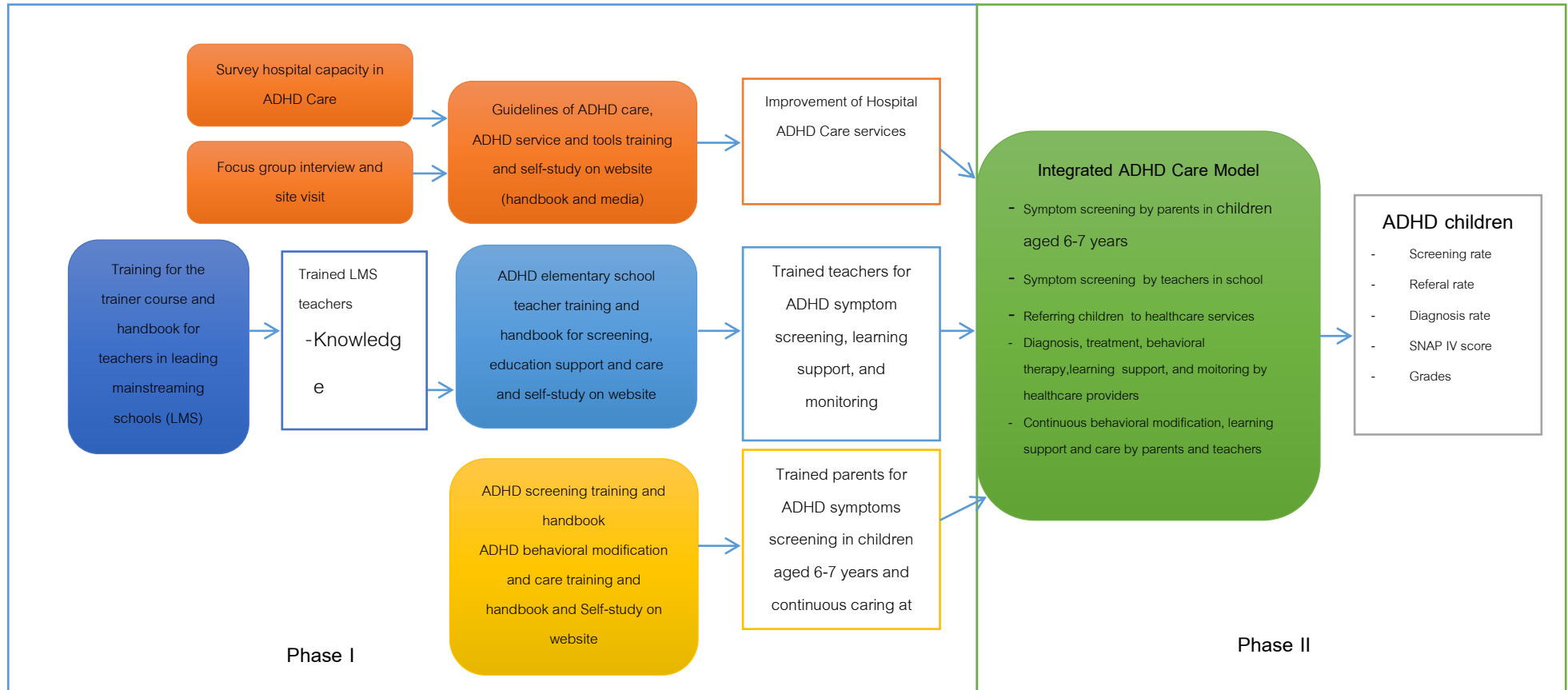
การวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ศักยภาพของผู้ให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตข้างต้น โอกาสในการเชื่อมโยงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน คือ ครู และผู้รับบริการ ในงานวิจัยนี้คือ ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด เพื่อให้เกิดระบบการดูแลเด็กโรคหอบหืดแบบบูรณาการ และนำแนวคิด 5 ด้าน ของการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง คือ การดึงชุมชนคือครูเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลคัดกรองเบื้องต้นและสามารถปรับพฤติกรรมเด็กโรคหอบหืดที่โรงเรียนได้ สนับสนุนข้อมูลและเครื่องมือเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ครู และผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืดสามารถคัดกรองได้เร็วและปรับพฤติกรรมเบื้องต้นที่บ้านและโรงเรียนได้ และให้การดูแลจากผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการ รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนดูแลเด็กโรคหอบหืดอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการพัฒนาาระบบส่งต่อทางเว็บไซต์ที่สอดคล้องกับระบบข้อมูลสารสนเทศระบบสุขภาพ (43 แพ้ม) และสร้างการเชื่อมต่อระหว่างครู และผู้ปกครองด้วย และออกแบบระบบบริการเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลเด็กโรคหอบหืด อย่างไรก็ตามกรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ไม่ได้ดำเนินการส่งเสริมเชิงนโยบายหรือวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการโดยตรง

จากงานวิจัยของสถาบันพัฒนาการเด็กเรื่องการส่งเสริมศักยภาพครูโรงเรียนประถมและผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคหอบหืด พบว่าครูและผู้ปกครองมีความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้และเครื่องมือในการสังเกตอาการหรือคัดกรองเบื้องต้น การปรับพฤติกรรมเบื้องต้นและแนวทางการส่งต่อไปสู่การรับบริการด้านสาธารณสุขที่มีแนวทางชัดเจน มีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว สำหรับด้านผู้ให้บริการทางสาธารณสุข ยังขาดข้อมูลศักยภาพและความต้องการการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลเด็กโรคหอบหืด จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ศักยภาพผู้ให้บริการในเขตภาคเหนือ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการกำหนดประเด็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลเด็กโรคหอบหืดของผู้ให้บริการสาธารณสุขในการวิจัยนี้ด้วย

กรอบแนวคิดโครงการวิจัย



ขอบเขตแผนงานวิจัย



### บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

#### การวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเพื่อหาสถานการณ์ด้านศักยภาพในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 1 การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของชุดความรู้ หลักสูตร สื่อ และเครื่องมือเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการสาธารณสุข ครู และผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น และร่างแนวทางการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการร่วมกัน เพื่อนำแนวทางไปทดสอบประสิทธิผลและความเป็นไปได้ในการนำแนวทางไปใช้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นต่อไปในระยะที่ 2 (ปีที่ 2)

#### โครงการ 1 การวิเคราะห์และส่งเสริมศักยภาพในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในภาคเหนือ

##### ส่วนที่ 1 การสำรวจศักยภาพของโรงพยาบาลในการบริการเด็กโรคสมาธิสั้น

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional descriptive survey) การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (focus group interview) และการเยี่ยมสำรวจ

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคเหนือ 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ แม่ฮ่องสอน พะเยา ลำพูน ลำปาง รวม 103 โรงพยาบาล (ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานบริการของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552) และ รพ.สต. 337 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และ รพ.สต. โดยเลือกจากจังหวัด เชียงใหม่และลำพูนเป็นการนำร่อง Integrated ADHD Care Model ร่วมกับครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและครูโรงเรียนประถมศึกษา และผู้ปกครอง ซึ่งใช้การสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลแบบขั้นภูมิ (Multi-stage random sampling) โดยมีวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งประชากรเป็น โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคเหนือ 9 จังหวัด ได้แก่

จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการ			
	รพท./รพศ.	รพช.	รพสต.	รวม
เชียงใหม่	1	23	263	287
เชียงราย	1	16	215	232
แพร่	1	7	199	207
น่าน	1	12	124	137
อุตรดิตถ์	1	8	89	98
แม่ฮ่องสอน	1	6	71	78
พะเยา	2	4	95	101
ลำพูน	1	7	71	79
ลำปาง	1	11	141	153

ขั้นที่ 2 สุ่มจังหวัดทั้งหมดในกลุ่มประชากร 2 จังหวัด โดยเป็นตัวแทนของจังหวัดที่เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่และจังหวัดที่มีขนาดเล็ก (แยกตามจำนวนหน่วยบริการในจังหวัด) อย่างละ 1 จังหวัด โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (จับสลาก) ได้จังหวัด เชียงใหม่ และจังหวัดลำพูน

ขั้นที่ 3 จากจังหวัดที่สุ่มมาได้ในขั้นที่ 2 สุ่มตามประเภทของโรงพยาบาล โดยโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 โรง โรงพยาบาลทั่วไป 1 โรง โรงพยาบาลชุมชน 30 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 337 แห่ง รวม 369 แห่ง เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรต่อไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลศักยภาพ 5 ด้าน และความต้องการเสริมศักยภาพเพื่อดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในภาคเหนือในระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ จิตแพทย์ กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาลเฉพาะทาง จิตเวช นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา
2. ด้านระบบบริการ ได้แก่ คัดกรอง วินิจฉัย ให้คำปรึกษา และรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัด
3. ด้านสถานที่ คือ คลินิกพิเศษสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น
4. ด้านการส่งต่อในเครือข่ายผู้ให้บริการ
5. ด้านการติดตาม คือการติดตามเด็กโรคสมาธิสั้นที่เคยเข้าร่วมการรักษา และกิจกรรมช่วยฟื้นฟู

### การหาคุณภาพแบบสอบถามศักยภาพการให้บริการและความต้องการพัฒนาเพื่อให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น

1. ตรวจสอบเบื้องต้นโดยผู้วิจัยเอง
2. ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
3. ทำการแก้ไข และปรับปรุงแบบสอบถาม
4. นำแบบสอบถามไปทดสอบ Face validity กับโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ 6 โรงพยาบาล
5. ปรับแบบสำรวจก่อนนำไปใช้จริง

เป็นการนำผลของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC)



## ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลจากแบบสำรวจ 3 วิธี คือ การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การส่งแบบสอบถามทางอีเมล และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสำรวจคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจะติดต่อผู้อำนวยการทางโทรศัพท์ก่อน และส่งแบบสำรวจ 2 วิธี คือ ทางไปรษณีย์และทางอีเมล ถ้าหากไม่มีการส่งแบบสอบถามคืนภายในเวลา 1 เดือน หรือข้อมูลที่ตอบมาในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพิ่มเติม

## การวิเคราะห์และประเมินผล

he Social Sciences (SPSS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในรูปของร้อยละ ความถี่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลการสำรวจความต้องการเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลในเครือข่ายที่ได้จากการวิจัยส่วนที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวิจัยส่วนที่ 2

## ส่วนที่ 2: การพัฒนาชุดคู่มือ เครื่องมือ และสื่อในรูปแบบที่เหมาะสม

พัฒนาหลักสูตร เอกสารในรูปแบบคู่มือและฉบับอิเล็กทรอนิกส์ สื่อโปสเตอร์ และสื่อวีดิทัศน์ในการเสริมศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการฝึกอบรมและเผยแพร่เพื่อเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมและอย่างต่อเนื่องจากเว็บไซต์ที่จะถูกพัฒนาขึ้น โดยคู่มือและเครื่องมือจะถูกนำมาใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อมและความสมัครใจในการเพิ่มศักยภาพการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นให้ได้ตามแนวทางฯ สร้างขึ้นเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และเป็นฐานของการส่งต่อการให้บริการ เพื่อใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 (ปีที่ 2) จะนำมาจัดการฝึกอบรมสำหรับเครือข่ายที่พร้อมในการยกระดับการบริการแก่เด็กโรคสมาธิสั้นและประเมินผลการฝึกอบรมต่อความรู้และทักษะในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมอบรม รวมถึงการประชุมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและมาตรฐานการให้บริการและส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในเขตภาคเหนือต่อไป

การพัฒนาเว็บไซต์ ADHD CARE เพื่อ แหล่งเรียนรู้ด้วยตนเองและการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นพื้นที่เชิงระบบในรูปแบบเว็บไซต์เพื่อรองรับการเชื่อมการส่งต่อและการดูแลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ครู และผู้ปกครอง ใน model of care สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในเครือข่ายการวิจัย

**โครงการที่ 2 การพัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในเขตภาคเหนือ**

**ส่วนที่ 1 พัฒนาหลักสูตรสำหรับครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรต่อครูโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น**

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรที่เหมาะสมกับครูโรงเรียนประถมศึกษาในเครือข่ายโรงเรียนประถมและโรงเรียนขยายโอกาสในเขตพื้นที่การประถมศึกษาภาคเหนือ 9 จังหวัด และทดสอบประสิทธิผลต่อ

ครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น ด้วยการวิจัยแบบ One group pre-post test design

ประชากร ครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมในเขตพื้นที่การประถมศึกษาภาคเหนือ 9 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ แม่ฮ่องสอน พะเยา รวม 25 เขตการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบขั้นภูมิ (Multi-stage random sampling) ตามลักษณะต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งประชากรครูแกนนำรวม 8 จังหวัด เป็น 4 รุ่น ตามการอบรมโครงการวิจัยปี 2556 เรื่องการส่งเสริมการเรียนรู้ ทักษะคิด และทักษะครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

รุ่นที่ 1 แม่ฮ่องสอน ลำปาง จำนวนผู้เข้าอบรม 48 คน

รุ่นที่ 2 น่าน อุตรดิตถ์ จำนวนผู้เข้าอบรม 59 คน

รุ่นที่ 3 เชียงราย พะเยา จำนวนผู้เข้าอบรม 54 คน

รุ่นที่ 4 เชียงใหม่ ลำพูน จำนวนผู้เข้าอบรม 69 คน

ขั้นที่ 2 สุ่มจังหวัดในการอบรมแต่ละรุ่น โดยเลือกรุ่นที่ 4 คือ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำพูน ซึ่งมีวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของจังหวัด โดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกกลุ่มรุ่นที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นรุ่นที่มีจังหวัดที่มีจำนวน โรงเรียนในเขตรับผิดชอบมากที่สุด
2. เป็นรุ่นที่มีจำนวนครูแกนนำร่วมที่ผ่านการอบรมเรื่องการส่งเสริมการเรียนรู้ ทักษะคิด และทักษะครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น มากที่สุด

ขั้นที่ 3 จากแต่ละจังหวัดสุ่มมาได้ขั้นที่ 2 โดยสุ่มโรงเรียนโดยการสุ่มอย่างง่าย เลือกจาก จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน เลือกมา 25 โรงเรียน ๆ ละ 2 คน รวม 50 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างประกอบได้ด้วย ข้อบ่งชี้ (inclusion criteria) ดังนี้

1. ครูอยู่ในโรงเรียนแกนนำร่วม หรือศูนย์การศึกษาพิเศษ
2. มีประสบการณ์การดูแลเด็ก ADHD อย่างน้อย 2 ปี
3. ครูที่ยินดีเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.) พัฒนาหลักสูตรและคู่มือการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับครูโรงเรียนประถมศึกษา โดยการประชุมทีมคณะทำงาน และเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อเสนอแนะทำได้

1. ร่างคู่มือสำหรับครูในการดูแลปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กสมาธิสั้น

2. ร่างหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมประถมศึกษาในการดูแลปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น (หลักสูตรสอนครู ก)

การหาคุณภาพหลักสูตรและคู่มือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับครูโรงเรียนประถม

เป็นการนำผลของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับโครงสร้างหลักสูตรที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงค่า

ความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างหลักสูตรและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC)

## ส่วนที่ 2 การฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมเพื่อเป็นครูวิทยากร

การวิจัยนี้ได้ฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม (ครู ก) ใน จ.เชียงใหม่ และ จ.ลำพูน เพื่อเป็นวิทยากรสอนหลักสูตรส่งเสริมความรู้ทัศนคติ และทักษะของครูโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ครั้งที่ 1 จำนวน 34 คน เป้าหมายที่ตั้งไว้ในงานวิจัยคือ อบรมครู ก. 50 คน แต่เนื่องจากช่วงที่ประสานและจัดอบรมอยู่ในช่วงปิดเทอม ทำให้มีคุณครูที่เข้าร่วมน้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ และประเมินผลการฝึกอบรมด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กสมาธิสั้น และการเรียนรู้ด้วยตนเองของครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม (ครู ก) และจัดฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม (ครู ก) ใน จ.เชียงใหม่ และ จ.ลำพูน เพื่อเป็นวิทยากรสอนหลักสูตรส่งเสริมความรู้ทัศนคติ และทักษะของครูโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ครั้งที่ 2 (Micro-teaching) จำนวน 11 คน เพื่อประเมินผลความตรงและความเที่ยงของหลักสูตร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติและทักษะการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ ของครู ก ก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยใช้สถิติ Paired-t test
2. ประเมินความครบถ้วนของเนื้อหาตามแผนการสอนของครู ก โดยประเมินจากวิทยากรผู้สอนจำนวน 3 ท่าน โดยใช้วิธีการ Microteaching

## ส่วนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครูโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยมีวิทยากรเป็นครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบ one group pre-post test design เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรด้านการดูแลเด็กสมาธิสั้น การปรับเชิงพฤติกรรมและการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นโดยมีครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมเป็นวิทยากร

ประชากร ครูโรงเรียนประถมและโรงเรียนขยายโอกาสในเขตพื้นที่การประถมศึกษาภาคเหนือ 9 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน อุตรดิตถ์ แม่ฮ่องสอน พะเยา รวม 25 เขตการศึกษา ที่ยังไม่เคยเข้าร่วมอบรมการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

### กลุ่มตัวอย่าง

ครูโรงเรียนประถมและโรงเรียนขยายโอกาส ที่สอนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 สนใจเข้ารับการฝึกอบรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการติดตามผล

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มครูโรงเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 โดยการสุ่มอย่างง่าย เลือกจากจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน และสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จังหวัดละ 50 คน

### ขั้นตอนการวิจัย

1.) อบรมครูโรงเรียนประถมศึกษา (ครู ข) โดยครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม (ครู ก) ที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นวิทยากรแล้ว ทั้งหมด 2 ครั้ง เป็นคุณครูใน จ.เชียงใหม่ และ จ.ลำพูน ที่เข้าร่วมทั้งหมด 144 คน โดยก่อนและหลังการฝึกอบรมจะมีการประเมินความรู้ ทักษะและทักษะการดูแล ปรับพฤติกรรม และการส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กสมาธิสั้น

2.) ติดตามผลการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้สมุดบันทึกสำหรับครู เพื่อช่วยเหลือ ปรับพฤติกรรม และจัดชั้นเรียนสำหรับเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 แล้วส่งสมุดบันทึกกลับมาทางไปรษณีย์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะและทักษะการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ ก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยใช้สถิติ Paired-t test
2. จากสมุดบันทึกสำหรับครู ที่ส่งกลับมา

### โครงการที่ 3 การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยประถมศึกษา

รูปแบบการวิจัย เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของเครื่องมือส่งเสริมศักยภาพผู้ปกครองในการคัดกรองเด็กอายุ 6-7 ปีและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น (Intervention study)

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่มใน 9 จังหวัดภาคเหนือ คือ ครูโรงเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี และเด็กอายุ 6-7 ปี เนื่องจากการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุข คุณครู และผู้ปกครอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงทั้งระบบพร้อมกันจึงเลือกพื้นที่ดำเนินการใน 2 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่และลำพูน ซึ่งใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Multi-stage random sampling) ตามโครงการพัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในเขตภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรใน 2 จังหวัดคือ เชียงใหม่และลำพูน ครูโรงเรียนประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี และเด็กอายุ 6-7 ปี

การสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Multi-stage random sampling) ตามลักษณะต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างของผู้ปกครอง โดยเลือกจากผู้ปกครองที่มีบุตรเรียนอยู่ในโรงเรียนในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อบ่งชี้ (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี
2. เป็นผู้ปกครองที่มีเด็กเรียนอยู่ในโรงเรียนที่มีครูเข้าร่วมการอบรมในโครงการที่ 2
3. เป็นผู้ปกครองที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นที่ 2 นำรายชื่อโรงเรียนทั้งหมดที่มีครูเข้าร่วมการอบรมในโครงการที่ 2 มาสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (จับสลาก) ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ 2 โรงเรียน จังหวัดลำพูน 1 โรงเรียน

ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและเด็กที่ได้จาก ขั้นตอนที่ 2 คือ จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงเรียนพุทธิ  
โศภน และโรงเรียนคำเที่ยงอนุสรณ์ จังหวัดลำพูน คือ โรงเรียนอนุบาลลำพูน โดยใช้วิธีเจาะจง (Purposive  
Sampling) โดย เป็น ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี และเด็กอายุ 6-7 ปี

#### ขั้นตอนการวิจัย

- 1) ทบทวนวรรณกรรม
- 2) ผู้วิจัยร่างโครงสร้างหลักสูตรและร่างคู่มือสำหรับผู้ปกครองในการคัดกรองดูแลและปรับพฤติกรรมเด็ก  
ที่มีอาการสมาธิสั้น
- 3) หากคุณภาพหลักสูตรและคู่มือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนให้ความเห็น  
ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่  
ต้องการวัดกับโครงสร้างหลักสูตรและคู่มือที่สร้างขึ้น ดัชนีความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างหลักสูตร  
คู่มือและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC)
- 4) การทดลองหลักสูตรและคู่มือคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นสำหรับ  
ผู้ปกครองในจังหวัดเชียงใหม่ 17 คน
- 5) จัดฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี จำนวน 2 รุ่น รวม 91 คน คัดเลือกผู้ปกครองตามโรงเรียนที่สุ่ม  
แบบแบ่งชั้น ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 6) ติดตามผลการอบรมผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี ในจังหวัดลำพูน จำนวน 7 คน โดยจัด Focus group 1  
ครั้ง ด้านการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้กับบุตรหลานที่บ้าน
- 7) แพทย์ พยาบาลร่วมกับผู้ปกครองและครูคัดกรองเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน  
จำนวนทั้งหมด 214 คน ด้วยแบบประเมิน SNAP-IV

#### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลผู้ปกครอง ความรู้และทัศนคติ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบประสิทธิผล  
ด้านความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง ใช้การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการฝึกอบรม ด้วย  
paired t-test ที่ความเชื่อมั่น 95%

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

### โครงการที่ 1 การวิเคราะห์และส่งเสริมศักยภาพในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในภาคเหนือ

#### ผลการสำรวจศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลและจากการเยี่ยมสำรวจทั้งหมด

จากการสำรวจศักยภาพการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำพูน ในระดับ รพศ. รพท. และ รพช. จำนวน 32 แห่ง ตอบกลับ 10 แห่ง (ร้อยละการตอบกลับ 31.2) โรงพยาบาล 7 แห่ง (ร้อยละ 70) มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเป็นหลัก บางแห่งมีผู้รับผิดชอบ คือ แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ รพสต. จำนวน 370 แห่ง ตอบกลับ 52 แห่ง (ร้อยละการตอบกลับ 14.1) รพ.สต. 9 แห่ง (ร้อยละ 17.3) มีพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม รพสต. 42 แห่ง (ร้อยละ 80.8) ไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านนี้ รพสต. 39 แห่ง (ร้อยละ 75.0) มีการให้บริการสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคสมาธิสั้นในด้านการคัดกรอง พัฒนาการเด็กวัย 0-5 ปี ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการดูแลและปรับพฤติกรรม ส่งต่อเด็กที่มีอาการไปยัง รพช. หรือ รพท. และติดตามหลังการบำบัดรักษา รพสต. 1 แห่ง มีการติดตามผลการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น รพสต. 10 แห่ง (ร้อยละ 19.2) ยังไม่มีการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคสมาธิสั้น

ตารางที่ 4.1 ศักยภาพการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาล

ด้าน	รพศ.รพท.และ รพช. (10 รพ.)	รพสต. (54 แห่ง)
บุคลากรทางการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพช.มีบุคลากรที่เป็นแพทย์ทั่วไป เกสัชกร อย่างไรก็ตามมีบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต เช่น พยาบาลจิตเวช รพ.2-4 คน นักจิตวิทยามี 5 รพ. นักกิจกรรมบำบัดโรงพยาบาลละ 1 คน และครูการศึกษาพิเศษ มี 1 รพ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพสต. 1 แห่งมีแพทย์ทั่วไป</li> <li>- รพสต. 2 แห่งมีพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ให้บริการ ทำการตรวจเบื้องต้น คัดกรองสุขภาพจิตวัยรุ่น และให้คำปรึกษา ผู้ปกครอง แต่ไม่มีบริการสำหรับเด็กวัยประถมศึกษา</li> <li>- รพสต. ส่วนใหญ่มีพยาบาลทั่วไป ให้บริการด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 43.2 ของพยาบาลให้บริการด้านสุขภาพจิต แต่ได้รับการศึกษาต่อเพียง ร้อยละ 6.8</li> <li>- รพสต.มีนักวิชาการสาธารณสุข แต่ไม่มีบุคลากรสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ เช่น เกสัชกร นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ</li> </ul>

ด้าน	รพศ.รพท.และ รพช. (10 รพ.)	รพสต. (54 แห่ง)
ขีดความสามารถระบบบริการ		
ด้านการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ. 6-8 แห่ง (ร้อยละ 66.7-88.9) มีบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและยืนยัน ให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- มี รพ.เพียง 2 แห่ง (ร้อยละ 22.2) มีการให้บริการด้านยาในการรักษาโรคสมาธิสั้น และ รพ.5 แห่ง (ร้อยละ 55.6) ที่สามารถให้บริการในการติดตามผลการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพสต. 23-25 แห่ง (ร้อยละ 44.2-51.9) มีบริการตรวจคัดกรอง ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเด็กแก่ผู้ดูแล และส่งต่อเด็กที่มีอาการ</li> <li>- รพสต.ส่วนใหญ่ไม่สามารถให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นด้วย SNAP-IV บำบัดเชิงพฤติกรรมและสังคม บริการด้านยา หรือติดตามการใช้ยาได้</li> </ul>
ด้านการดูแลทางสังคมและจิตใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.ทุกแห่งสามารถการดูแลทางสังคมและจิตใจ และให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น</li> <li>- รพ. 4 แห่ง (ร้อยละ 44.4) สามารถบูรณาการการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นด้านสังคมและจิตใจสู่งานบริการอื่น ๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพสต. 29 แห่ง (ร้อยละ 55.8) สามารถให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ ให้คำแนะนำผู้ดูแลได้</li> <li>- รพสต.เพียง 12 แห่ง (ร้อยละ 23.1) สามารถบูรณาการงานการดูแลทางสังคมและจิตใจสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในงานประจำได้</li> </ul>
ด้านการติดตามดูแล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ. 5 แห่ง (ร้อยละ 55.6) สามารถให้บริการในการติดตามผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกับชุมชน</li> <li>- รพ. 4 แห่ง (ร้อยละ 44.4) สามารถจัดระบบรับและส่งต่อในการติดตามผู้ป่วยไปยังชุมชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพสต. 18 แห่ง (ร้อยละ 34.6) สามารถติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ได้</li> <li>- รพสต.เพียง 11 แห่ง (ร้อยละ 21.1) ที่สามารถจัดระบบการติดตามดูแล รับส่งต่อและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกับชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้</li> </ul>



ด้าน	รพศ.รพท.และ รพช. (10 รพ.)	รพสต. (54 แห่ง)
ผลการให้บริการ	<p>รพ. 5 จาก 7 แห่ง (ร้อยละ 71.4) ให้คะแนนความพร้อม 5-6 คะแนนจาก 10 คะแนน รพ. 2 แห่ง ให้ประเมินระดับความพร้อมที่ 0 และ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ด้านความครอบคลุมของบริการ รพ. 4 จาก 6 แห่ง มีการให้บริการคัดกรองและส่งต่อมากขึ้น รพ. 1 แห่ง มีการส่งเสริม เฝ้ารอ บำบัด ฟันฟู โดยกุมารแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ รพ. 2 แห่ง มีการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมเพราะขาดจิตแพทย์ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น และขาดทักษะในการคัดกรองและการปรับพฤติกรรม</li> <li>- ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ รพ. 4 จาก 6 แห่ง สามารถตอบสนองเบื้องต้นในการคัดกรองและส่งต่อไปยัง รพ.ที่มีแพทย์เฉพาะทางได้</li> <li>- อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ทั้งหมดเนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทาง</li> <li>- ด้านความต่อเนื่องบริการ รพ. 2 จาก 6 แห่งมีการนัดผู้ป่วยตามความสะดวกของผู้ปกครองหรือตามวันที่ รพ.มีบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.สต.34 จาก 42 แห่ง (ร้อยละ 81.1) มีความพร้อมในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19 มีความพร้อมในระดับปานกลาง</li> <li>- ด้านความครอบคลุมของบริการ พบว่า รพ 16 แห่ง (ร้อยละ 29.1) ไม่เคยให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น รพ. 3 แห่ง (ร้อยละ 5.5) มีบริการครบถ้วนตั้งแต่ คัดกรอง ประเมิน ให้คำปรึกษา แนะนำแก่ผู้ปกครองและญาติ ส่งต่อ และติดตามผลหลังการรักษา ส่วน รพ สต. 3 แห่ง (ร้อยละ 5.5) มีเฉพาะการตรวจและคัดกรองโรคเท่านั้น</li> <li>- ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พบว่า มี รพสต. 5 แห่ง (ร้อยละ 9.1) เท่านั้นที่ระบุว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้</li> <li>- ด้านความต่อเนื่องของการบริการ พบว่ามีการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยระบุช่วงเวลาในการบริการชัดเจน จำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 14.5) ดูแลได้ไม่ต่อเนื่อง จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 7.3)</li> </ul>

## บริการที่พร้อมในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ข้อมูลจาก รพช. 5 แห่งที่ให้ข้อมูล มีความพร้อมด้าน

- มีพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด มีนักกิจกรรมบำบัดที่สามารถคัดกรองและให้คำปรึกษา รวมถึงสามารถติดตามในชุมชนได้ มีพยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา ผ่านการอบรมระยะสั้น แพทย์ ผ่านการอบรมเครื่องมือ (SNAP-IV)
- สามารถใช้แบบประเมิน SNAP-IV ในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น
- สามารถให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาการดูแลเด็กสมาธิสั้น แนวทางการรักษา ส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ไปยังสถานบริการในระดับถัดไป
- สถานที่ในการกระตุ้นพัฒนาการ

ข้อมูลจาก รพสต. 23 แห่ง

- มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมพร้อมให้บริการ 13 แห่ง (ร้อยละ 23.6)
- มีความพร้อมด้านสถานที่ 5 แห่ง (ร้อยละ 9.1)
- มีความพร้อมด้านการคัดกรอง ดูแลและเยี่ยมบ้าน 7 แห่ง (ร้อยละ 12.7)

## บริการด้านที่ไม่พร้อมในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ข้อมูลจาก รพช. 6 แห่ง ไม่มีความพร้อมบริการ เนื่องจาก

- ขาดบุคลากร แพทย์เฉพาะทางในการวินิจฉัยและให้คำปรึกษา จิตแพทย์ จิตวิทยาคลินิก พยาบาล จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- ไม่มีบริการยารักษาโรคสมาธิสั้น
- อุปกรณ์ในการกระตุ้นพัฒนาการยังไม่เพียงพอ
- ขาดงบประมาณในการดูแลเครือข่ายในภาพรวม เช่น การอบรมเครือข่ายการใช้เครื่องมือ ฯลฯ
- ขาดการฝึกอบรมบุคลากร ด้านความรู้ ความสามารถ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ด้านเครื่องมือ ความรู้และความสามารถในการใช้แบบประเมินอื่น ๆ
- ขาดการสร้างเครือข่ายการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ข้อมูลจาก รพสต. 41 แห่ง

- ขาดการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น การคัดกรองอาการด้วยเครื่องมือ SNAP-IV การปรับพฤติกรรมและการให้คำปรึกษาผู้ดูแล
- ขาดบุคลากรที่มีความรู้หรือผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น 40 แห่ง (ร้อยละ 72.7)
- ขาดเอกสารหรือเครื่องมือในการประเมิน คัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้น 9 แห่ง (ร้อยละ 16.4)
- ขาดระบบบริการและสถานที่ในการบริการ 5 แห่ง (ร้อยละ 9.1)

## การดำเนินการในการพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นในปีงบประมาณ 2558

ข้อมูลจาก รพช. 6 แห่ง ได้ดำเนินการดังนี้

- มีการให้ความรู้ ครูพี่เลี้ยงเด็ก อสม. ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเป็นวิทยากรในการอบรมให้ความรู้
- มีช่องทางพิเศษเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองสามารถมาตรวจคัดกรองได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย และมีการส่งต่อตามแนวทางอย่างเป็นระบบ
- การเชื่อมโยงระบบการดูแล การคัดกรอง ดูแลกลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงเรียนกับโรงพยาบาล
- มีการทำงานร่วมกับโรงเรียนในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และการเรียน
- มีการพัฒนาบุคลากรโดยให้การอบรมจากกรมสุขภาพจิต
- จัดสถานที่ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้ป่วย
- มีระบบการส่งต่อและติดตามเด็กที่มีปัญหาอาการสมาธิสั้นจากชุมชนและโรงเรียน

ข้อมูลจาก รพสต. 30 แห่ง

- มีการคัดกรองและส่งต่อไป รพช. 10 แห่ง (ร้อยละ 18.2)
- มีการพัฒนาบุคลากรที่ผ่านการอบรมคัดกรองเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น 3 แห่ง (ร้อยละ 5.5)
- มีการติดตามการรักษาที่ต่อเนื่อง และดูแลเรื่องการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น 3 แห่ง (ร้อยละ 5.5)

## ความต้องการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น

ข้อมูลจาก รพช. 6 แห่ง ต้องการการพัฒนาศักยภาพด้านต่อไปนี้

- การจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ รพ. ด้านวิชาการ/บุคลากร พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นการดูแลรวมถึงการรักษาและการให้บริการเด็กสมาธิสั้นระดับต่าง ๆ
- การอบรมเครือข่ายภาพรวมทั้งอำเภอ โดยเน้นอบรมเครือข่าย อปท. เทศบาล โรงเรียน มาช่วยคัดกรองและดูแลเด็กร่วมกัน
- ต้องการบุคลากรวิชาชีพเฉพาะที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
- ต้องการสถานที่ที่เหมาะสมในการคัดกรองรวมถึงการปรับพฤติกรรม
- ต้องการระบบการส่งต่อและข้อมูลส่งกลับที่เชื่อมโยงครอบคลุมและชัดเจน
- การบริการด้านยา

ข้อมูลจาก รพสต. 26 แห่ง ต้องการ

- การอบรมด้านความรู้ การใช้เครื่องมือคัดกรองเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น 19 แห่ง (ร้อยละ 34.5)
- ความรู้เรื่องโรค การดูแลและการปรับพฤติกรรมเด็ก และการรักษา ทั้งบุคลากร รพ.และครู
- การจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นให้แก่ชุมชน ครู และผู้ปกครอง 4 แห่ง (ร้อยละ 7.3)
- ต้องการให้มีการจัดอบรมแก่บุคลากร 5 แห่ง (ร้อยละ 9.1)
- ต้องการให้มี รพ. พี่เลี้ยงวางแนวทางในการปฏิบัติงาน 1 แห่ง (ร้อยละ 1.8)
- สื่อและอุปกรณ์ รวมถึงเครื่องมือคัดกรอง
- การพัฒนาครบทุกด้าน 3 แห่ง (ร้อยละ 5.5)

โดยสรุป ผลการสำรวจศักยภาพการให้บริการของบริการของโรงพยาบาล ผลตอบกลับ 65 โรงพยาบาล ประกอบด้วย รพศ.รพท. 1 แห่ง รพช. 9 แห่ง และ รพสต. 55 แห่ง และสัมภาษณ์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า รพ.ส่วนใหญ่มีศักยภาพการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง รพสต.สามารถประสานงานกับโรงเรียนในการคัดกรองเด็ก และประสานงานการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกับชุมชนได้ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามขาดบุคลากรเฉพาะทางในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น การให้บริการด้านยารักษาโรคสมาธิสั้นยังมีจำกัดบุคลากรต้องการการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในด้าน 1) การคัดกรองด้วยเครื่องมือ 2) ต้องการให้มีระบบการรับและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีความชัดเจน 3) สื่อและเอกสารเพื่อให้คำแนะนำกับครูและผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

จากข้อมูลการสำรวจดังกล่าว ทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ได้พัฒนาร่างแนวทางการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน และบ้าน และหลักสูตรสำหรับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ระดับ รพช.และ รพสต.ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพิ่มศักยภาพ ในการให้คำแนะนำครูและผู้ปกครองเรื่องอาการและการดูแลปรับพฤติกรรมเบื้องต้น และสามารถสังเกตอาการของเด็ก และใช้เครื่องมือ SNAP-IV ในการประเมินอาการของเด็กได้ หลังจากนั้นจึงส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องให้ความเห็น

### การพัฒนาแนวทางทางการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน และบ้าน : Integrated ADHD Care Model Version 1 (ภาคผนวก ข)

ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรม ผลการสำรวจและการสัมภาษณ์ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล ในเขตภาคเหนือ และทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติในการจัดทำระบบบริการฯ ในขั้นตอนต่อไปจะเป็นการให้ความเห็นและข้อเสนอแนะโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานการศึกษาพิเศษ ครู ตัวแทนผู้ดูแล และบุคลากรระดับนโยบายด้านสุขภาพจิตของจังหวัด แห่งข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นมีดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสำหรับ รพศ. , รพท.,รพช. และ PCU โดยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2556.
2. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์ พ.ศ. 2553.
3. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. 2011.
4. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Clinical Practice Guidelines. AMS-MOH Singapore. 2014.
5. Screening, Referral and Treatment for Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) – Pediatric – Ambulatory Clinical Practice Guideline (CPG). 2014.
6. ผลการสำรวจศักยภาพการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในภาคเหนือ พ.ศ. 2558.
7. ผลการสัมภาษณ์โรงพยาบาลและกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พ.ศ. 2558.
8. ข้อมูลจากโครงการวิจัยการส่งเสริมความรู้ ทักษะคิดและทักษะครูโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาภาคเหนือในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยารักษาเด็กโรคสมาธิสั้น พ.ศ. 2557.

## การพัฒนาหลักสูตรเพิ่มศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ผู้วิจัยร่างหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ด้านการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย เนื้อหาและโครงสร้าง รายละเอียดดังภาคผนวก ค และสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ รายละเอียดดังภาคผนวก ง

### หลักสูตรการคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้น

#### สำหรับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริม

#### สุขภาพตำบล

##### หลักการของหลักสูตร

เป็นหลักสูตรเรียนรู้ด้วยตนเองระบบ e-learning เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการคัดกรองและดูแลเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นและเด็กโรคสมาธิสั้นของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

##### จุดประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่มีความรู้และทักษะในการคัดกรองเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น
2. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตมีทักษะในการดูแลและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นและเด็กโรคสมาธิสั้น
3. เพื่อให้เด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นและเด็กโรคสมาธิสั้นได้รับการคัดกรอง ปรับพฤติกรรม ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

##### กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

##### โครงสร้างหลักสูตร

หลักสูตรการคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย 4 รายวิชา (modules) ระยะเวลาเรียนแบบ e-learning 1 เดือน

รายวิชาที่ 1 โรคสมาธิสั้นในเด็กและผลต่อการดำเนินชีวิต 1 สัปดาห์

รายวิชาที่ 2 การประเมินเพื่อคัดกรองและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กเพื่อการบำบัดรักษา 1 สัปดาห์

รายวิชาที่ 3 การบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนและที่บ้าน 1 สัปดาห์

รายวิชาที่ 4 การรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น 1 สัปดาห์

## กิจกรรมการเรียนรู้

1. การฟังบรรยายจากวิทยากรและสื่อนำเสนอแบบ PowerPoint ในรูปแบบวีดิทัศน์
2. เอกสารความรู้ด้านวิชาการที่เป็นปัจจุบัน
3. การถกแถลงกรณีศึกษาทางไกลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

## เวลาเรียน

หลักสูตรการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น ใช้เวลาเรียนทั้งหมด 40 ชั่วโมง 2 หน่วยกิต 1 เดือน แบ่งเป็น

1. รายวิชาภาคทฤษฎี 30 ชั่วโมง
2. ฝึกปฏิบัติด้วยกรณีศึกษาและการถกแถลงทางไกล 10 ชั่วโมง

## แหล่งเรียนรู้และสื่อประกอบการเรียน

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ประเภทเอกสาร เช่น แนวปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น เครื่องมือคัดกรอง ประเภทวีดิทัศน์ ภาพ แผนภาพ PowerPoint เอกสารวิชาการประกอบการเรียน

## การวัดผลและประเมินผลการเรียน

วิธีการวัดผลและประเมินผลการเรียน ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบวัดความรู้หลังจบแต่ละรายวิชา
2. แบบสอบถามประเด็นสำคัญที่ได้เรียนรู้ในแต่ละรายวิชา

## การจบหลักสูตร

ต้องผ่านเกณฑ์การทดสอบ โดยมีคะแนนผ่านของแต่ละรายวิชา ร้อยละ 80 ขึ้นไป และเป็นไปตามเกณฑ์กิจกรรมและงานมอบหมายของหลักสูตร

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิบัตรรับรองความรู้ ในนามสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาสามารถนำความรู้และทักษะ เพื่อนำไปพัฒนาศักยภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้

## โครงสร้างหลักสูตร

หลักสูตรการคัดกรองและดูแลเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นและเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 4 รายวิชา 1 เดือน รายละเอียดของหลักสูตร

รายวิชาที่ 1 โรคสมาธิสั้นและผลกระทบ (1 สัปดาห์)

เรื่องที่ 1.1 อาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กและระบาดวิทยาของโรค

เรื่องที่ 1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้นและโรคที่พบร่วมได้บ่อย

เรื่องที่ 1.3 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

รายวิชาที่ 2 การประเมินเพื่อคัดกรองและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กเพื่อการบำบัดรักษา (1 สัปดาห์)

เรื่องที่ 2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองเด็กวัยประถมที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น

เรื่องที่ 2.2 วิธีการประเมินด้วยเครื่องมือคัดกรองและคำแนะนำ

เรื่องที่ 2.3 เครื่องมือและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กและโรคร่วมที่พบบ่อย

- รายวิชาที่ 3 การบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนและที่บ้าน (1 สัปดาห์)
- เรื่องที่ 3.1 การบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน
- เรื่องที่ 3.2 การบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่บ้าน
- เรื่องที่ 3.3 การประเมินและติดตามผลการบำบัดเชิงพฤติกรรม
- รายวิชาที่ 4 การรักษาด้วยยาในเด็กโรคสมาธิสั้น (1 สัปดาห์)
- เรื่องที่ 4.1 การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก
- เรื่องที่ 4.2 อาการข้างเคียงของการใช้ยาและการติดตามอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก
- เรื่องที่ 4.3 การติดตามผลการรักษาด้วยยารักษาโรคสมาธิสั้น

### ผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาจากความเห็นผู้เชี่ยวชาญ

จากการหาคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า ประเด็นเรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กและผลต่อการดำเนินชีวิต และการบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนและที่บ้าน ทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.0 ดังนั้น หลักสูตรบุคลากรทางการแพทย์ใน 2 ประเด็นนี้สามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ

ส่วนประเด็นเครื่องมือและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็ก และการรักษาด้วยยาในเด็กโรคสมาธิสั้น มีอย่างละ 1 หัวข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 0.33 ซึ่งจะต้องนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ตารางที่ 4.2 สรุปความสอดคล้องของแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างหลักสูตรเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น

หัวข้อ	จำนวนข้อ	จำนวนข้อที่	
		ใช้ได้ (IOC 0.67-1.0)	ปรับปรุง (IOC = 0.33)
รายวิชาที่ 1 โรคสมาธิสั้นในเด็กและผลต่อการดำเนินชีวิต	3	3	-
รายวิชาที่ 2 การประเมินเพื่อคัดกรองและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กเพื่อการบำบัดรักษา	3	2	1
รายวิชาที่ 3 การบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนและที่บ้าน	3	3	-
รายวิชาที่ 4 การรักษาด้วยยาในเด็กโรคสมาธิสั้น	3	2	1

## ความเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขระดับ รพช. และ รพสต.ในการให้บริการเด็กสมาธิสั้น

1. ปรับด้านเวลาการเรียนในหลักสูตร เสนอ 2-3 วันต่อรายวิชา
2. ปรับด้านเนื้อหา ให้กระชับ ตรงประเด็น เนื้อหาบางส่วนละเอียดเกินไป ไม่เหมาะกับผู้ทำหน้าที่ดูแล และคัดกรองเบื้องต้น เนื้อหาไม่ระบุพฤติกรรมที่ต้องการแก้ไข บางส่วนอาจไม่ใช่บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข
3. การสอนควรเป็นรูปแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม มีตัวอย่างกรณีศึกษาหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ผู้เรียนเห็นภาพจริงมากกว่าการบรรยายเป็นหลัก การสอนควรเริ่มต้นจากการประเมินความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ของผู้เรียนก่อน เพื่อจะได้ให้ความรู้ แก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้เรียนแต่ละคนได้ตรงประเด็น
4. ควรแยกการประเมินเป็นแต่ละกลุ่มด้วย เช่น กรณี ADHD อย่างเดียว ADHD และLD เป็นต้น

### รูปแบบการเรียนรู้แบบ E-learning module

1. เนื้อหาควรจัดทำให้เป็นหมวดหมู่เข้าใจง่าย
2. การนำเสนอ ควรมีการใช้เทคนิค Infographic ที่สวยงาม
3. ระยะเวลาเรียนด้วยตนเอง 1 เดือนอาจนานเกินไปสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การเรียนด้วยตนเองในรูปแบบ E-learning มีโอกาสที่ผู้เรียนจะเรียนไม่ครบหลักสูตร หากไม่มีแรงจูงใจให้เรียน เสนอแนะให้ออกแบบหลักสูตรที่มีแรงจูงใจในการเรียน มีการติดตามผลการเรียนรู้ตลอดการเรียน อาจต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและงบประมาณมาก

### สื่อการเรียนรู้

1. รูปแบบออกแบบไว้ได้ดี สวยงาม มีสาระ
2. ตัวอย่างกรณีศึกษาในวีดิทัศน์ แสดงอาการโรคที่มีความชัดเจน ควรนำเสนอกรณีศึกษาของเด็กที่มีอาการไม่ชัดเจนด้วย

### การประเมินผลการเรียนรู้

1. มีการสร้างแรงจูงใจในการเข้ามาเรียนรู้ เช่น หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
2. วิธีการประเมินผลหลักสูตรด้วยแบบทดสอบความรู้ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์หลักของโครงการ ต้องการให้มีทักษะการดูแล การคัดกรอง ให้สามารถส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ใช้วิธีการสอบข้อเขียน ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นการวัดความรู้ และความจำระยะสั้น ไม่ได้วัดทักษะหรือการปฏิบัติจริง เสนอปรับวิธีการวัดทักษะการปฏิบัติด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย

ทีมวิจัยปรับกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์การฝึกอบรมจากอายุรแพทย์ระดับ รพช. ไปสู่การหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับ รพช. และ รพสต. โดยมุ่งเน้นให้เกิดความเข้าใจเรื่องโรค แนวทางการปรับพฤติกรรม และความสามารถในการให้คำแนะนำผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมและติดตามอาการของเด็กที่มีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น และให้คำแนะนำในการดูแลการใช้ยาเมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาเมทิลเฟนนิเดท ได้

ดังนั้น หลักสูตรฯ ประกอบด้วยบทเรียน 4 เรื่อง

- 4.1 โรคสมาธิสั้นในเด็กและผลต่อการดำเนินชีวิต



4.2 การประเมินเพื่อคัดกรองและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กเพื่อการบำบัดรักษา

4.3 การบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนและที่บ้าน

4.4 การรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น

ผลการหาคุณภาพโครงการสร้างหลักสูตรการคัดกรองและการดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1 ประเด็นการบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน และประเด็นการบำบัดเชิงพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่บ้าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.67 (เอกสารหลักสูตรสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ระดับ รพช.และ รพสต.ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น เป็นเอกสารแนบ)

การวิจัยนั้ระยะที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ศักยภาพการให้บริการและความต้องการเสริมศักยภาพของ รพช.และ รพสต.ด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น และการประชุมเพื่อรวบรวมคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพัฒนาร่างเนื้อหา หลักสูตรฝึกอบรม เครื่องมือ เพื่อสนับสนุนการปรับระบบบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและเอื้อให้ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งต่อ ติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีการทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ให้บริการสาธารณสุขในระยะที่ 1 นี้

## โครงการที่ 2 การพัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในเขตภาคเหนือ

### การพัฒนาหลักสูตรและคู่มือการเสริมศักยภาพครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและครูโรงเรียนประถมในการคัดกรองและการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

หลักสูตรสำหรับครูฯ พัฒนาต่อยอดจากหลักสูตรครู ที่เป็นผลผลิตของโครงการวิจัยเรื่องการส่งเสริมความรู้ ทักษะและการจัดการเรียนการสอนในเขตภาคเหนือในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยารักษาเด็กโรคสมาธิสั้น พ.ศ.2556 โดยมีการปรับหลักสูตรที่สำคัญ 2 ประเด็น คือ

- 1) เนื้อหาและเครื่องมือของหลักสูตรเน้นการปรับพฤติกรรมและเทคนิคการจัดชั้นเรียนสำหรับเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นวัยประถมชั้นปีที่ 1 จาก 5 โมดูลเป็น 4 โมดูล โดยปรับการเรียนรู้จากเว็บไซต์เพื่อวัตถุประสงค์การทบทวนเนื้อหาเท่านั้น
- 2) การฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาปรับจากผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้การฝึกอบรม เป็นการฝึกอบรมโดยครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม

### หลักสูตรการฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาในเขตภาคเหนือในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น (หลักสูตรครู ก สอนครู ข) ประกอบด้วย

1. หลักสูตรการฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาในเขตภาคเหนือในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น (หลักสูตรครู ก สอน ครู ข) (ภาคผนวก ฉ)
2. คู่มือสำหรับครูในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น (ภาคผนวก ช)
3. วัสดุทัศนสำหรับครูโรงเรียนประถมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ภาคผนวก ซ)

## หลักสูตรสำหรับครูโรงเรียนประถมศึกษาในการคัดกรองและปรับพฤติกรรม เด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน

### วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ครูโรงเรียนประถมศึกษาที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการดูแลในโรงเรียนตามศักยภาพที่เหมาะสม

โดยมีเนื้อหาหลักสูตร แบ่งเป็น 4 โมดูล ได้แก่

### 1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

- 1.1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของครูต่อเด็กที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น
- 1.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
- 1.3 บทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
  - 1.3.1 การคัดกรองเด็กสมาธิสั้นด้วย SNAP-IV
  - 1.3.2 แนวทางการช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการรักษา
  - 1.3.3 การสื่อสารกับเด็ก ผู้ปกครอง และแพทย์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

### 2. เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน

- 2.1 เทคนิคการจัดการอารมณ์และการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็ก
  - 2.1.1 ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมทางอารมณ์เด็กสมาธิสั้น
  - 2.1.2 เทคนิควิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์เด็กสมาธิสั้น
- 2.2 การสื่อสารระหว่างครูกับเด็กเพื่อสร้างความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม
  - 2.2.1 ปัญหาการสื่อสารในเด็กสมาธิสั้นที่พบบ่อย
  - 2.2.2 เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น
- 2.3 การสร้างเงื่อนไข และการออกแบบกิจกรรมเพื่อฝึกวินัยเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียน

### 3. การรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้นและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็ก

- 3.1 ทัศนคติของครูและความจำเป็นในการใช้ยารักษาเด็กโรคสมาธิสั้น
- 3.2 ชนิดและการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคสมาธิสั้น และผลต่อพฤติกรรมของเด็ก
- 3.3 ผลข้างเคียงและการติดตามอาการข้างเคียงของยารักษาโรคสมาธิสั้น
- 3.4 เทคนิคการสื่อสารเรื่องยารักษาโรคสมาธิสั้น

#### 4. การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน

- 4.1 การสร้างแรงจูงใจในการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน
- 4.2 การจัดตารางเวลา
- 4.3 เทคนิคการนั่งร้าน
- 4.4 เทคนิคการสอนอ่านโดยใช้ความคิดแวบแรก
- 4.5 เทคนิคการอ่านแบบ Sight words
- 4.6 เทคนิคการสอน Number follow
- 4.7 การสอนบวกโดยใช้ตารางหมุดบวกเลข
- 4.8 หลักการสอนแบบ Task Analysis
- 4.9 เทคนิคการสอน words group

#### การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันด้านเนื้อหา ในประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และเรื่องพื้นฐานและเทคนิคในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ทุกเรื่องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.0 ดังนั้น หลักสูตรและคู่มือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับครูโรงเรียนประถมใน 2 ประเด็นนี้สามารถนำไปใช้ได้ทุกข้อ

ส่วนประเด็นความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น จำนวน 2 หัวข้อ และประเด็นการจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นทุกหัวข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 0.33 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า เทคนิคการสอนเหล่านี้ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับเด็กโรคสมาธิสั้น

ตารางที่ 4.3 สรุปความสอดคล้องของแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างหลักสูตรและคู่มือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับครูโรงเรียนประถม

หัวข้อ	จำนวน ข้อ	จำนวนข้อที่	
		ใช้ได้ (IOC 0.67-1.0)	ปรับปรุง (IOC = 0.33)
รายวิชาที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	6	6	-
รายวิชาที่ 2 พื้นฐานและเทคนิคในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	3	3	-
รายวิชาที่ 3 ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น	3	1	2
รายวิชาที่ 4 การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น	10	-	10

## ความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจจากการทดลองหลักสูตร

ผู้วิจัยปรับเนื้อหาในหลักสูตรฯ ตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ และนำหลักสูตรไปทดลอง (pilot test) ในครูประถมศึกษา พบว่าความรู้ของครู ที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังจากที่สุด โดยมีผลรวมความรู้เรื่องเด็กโรคสมาธิสั้น 4 ด้าน ซึ่งหมายถึง ผลรวมคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น และการจัดการชั้นเรียน และเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น คะแนนรวมความรู้เรื่องเด็กโรคสมาธิสั้น 4 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.4 แสดงผลการทดสอบความรู้ของครูที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม (10 คน)

ความรู้เกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้น	Pre-Test		Post-Test		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	3.90	0.88	4.10	0.88	<0.001
ความรู้เรื่องยา และการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น	2.90	1.08	4.90	1.43	<0.001
เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน	3.60	1.52	3.60	0.32	<0.001
การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น	4.00	0.67	4.10	0.57	<0.001
ผลคะแนนรวมความรู้เรื่องเด็กโรคสมาธิสั้น 4 ด้าน*	14.40	2.27	16.70	2.16	<0.001

ทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครูก่อนและหลังการอบรมในเรื่อง การรักษาด้วยยารักษาโรคสมาธิสั้น มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการอบรมมากที่สุดเมื่อเทียบกับเรื่องอื่น โดยภาพรวมครูมีทัศนคติในด้านดีขึ้นต่อเด็กโรคสมาธิสั้นและการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นหลังผ่านการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.5 แสดงผลทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครูก่อนและหลังการอบรม (10 คน)

ทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น	Pre-Test		Post-Test		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
โรคสมาธิสั้น	18.50	4.01	22.30	2.54	<0.001
การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นพฤติกรรมบำบัด	16.80	1.62	20.10	2.56	<0.001
การรักษาด้วยยารักษาโรคสมาธิสั้น	16.20	3.26	21.30	2.79	<0.001
การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครูและการจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียน	18.60	2.06	22.30	2.45	<0.001
ภาพรวมทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครูก่อนและหลังการอบรม**	70.10	7.89	86.00	9.57	<0.001

ครูมีความพึงพอใจในการอบรมเชิงปฏิบัติการสูงทุกด้าน โดยเฉพาะเรื่องการจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.87 รองลงมาคือความพึงพอใจในเรื่องความรู้เรื่องยา และการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 แสดงความพึงพอใจในการอบรมเชิงปฏิบัติการ การอบรมครูรุ่นทดลองหลักสูตรส่งเสริมความรู้ทัศนคติ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ จากจำนวนครูรุ่นทดลอง (10 คน)

หน่วยการเรียนรู้เรื่อง	ค่าเฉลี่ย	SD
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	4.44	0.36
ความรู้เรื่องยา และการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น	4.79	0.37
เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน	4.64	0.45
การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น	4.87	0.24

ครูที่เข้าร่วมการทดลองหลักสูตรฯ ให้ข้อเสนอแนะให้มีการจัดอบรมเกี่ยวกับเด็ก ออทิสติก หรือโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้นด้วย เนื่องจากเด็กโรคสมาธิสั้นมักมีโรคร่วมด้วย และให้เพิ่มเวลาในส่วนของ การปรับพฤติกรรมและการจัดการในชั้นเรียนมากขึ้น จะทำให้ครูสามารถนำเทคนิคไปใช้ได้จริง โดยผลจากการทดสอบหลักสูตรเบื้องต้นได้นำมาปรับปรุงหลักสูตร โดยเพิ่มเวลาส่วนการปรับพฤติกรรม และให้ข้อมูลเรื่องโรคที่มีอาการคล้ายกับโรคสมาธิสั้น และโรคร่วมที่พบบ่อยในหลักสูตรด้วย

ผลการทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรและคู่มือการฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม (ครู ก) ระดับประถมศึกษาในเขตภาคเหนือในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น (หลักสูตรสอนครู ก) ครั้งที่ 1

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนข้อมูลทั่วไปของครู ก

ข้อมูลทั่วไป	รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ (n=33)	ชาย	4	12.1
	หญิง	29	87.9
อายุ (n=33)	20-29 ปี	3	9.1
	30-39 ปี	10	30.3
	40-49 ปี	6	18.2
	50-59 ปี	14	42.4
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=33)	ปริญญาตรี	17	51.5
	ปริญญาโท	16	48.5
ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n=25)	น้อยกว่า 1 ปี	5	15.12
	1-5 ปี	10	30.3
	5-10 ปี	7	21.3
	10 ปีขึ้นไป	3	9.1
ประสบการณ์การอบรมด้านการดูแลเด็กสมาธิสั้น (n=31)	ไม่เคย	13	39.4
	เคย	18	54.5

ตารางที่ 4.8 แสดงผลการทดสอบความรู้ของครู ก ที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม (n = 32)

เนื้อหาที่ใช้สอน	Pre-Test		Post-Test		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าเฉลี่ย	SD.	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	4.45	0.72	4.69	0.59	<.01
เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน	3.55	0.88	4.31	0.86	<.01
การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครูและการจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียน	3.60	1.10	4.38	0.61	<.01
ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น	3.90	0.66	4.41	0.91	<.01

\*หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ครูที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมเพื่อเป็นวิทยากรสอนหลักสูตร ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทักษะของครู โรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.45 ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.69 เทคนิคและ กระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.55 ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น คิด เป็นค่าเฉลี่ย 4.31 การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครูและการจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.60 ผ่านการ อบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.38 ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น คิดเป็น ค่าเฉลี่ย 3.90 ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.41 ตามลำดับ ซึ่งผลการประเมินความรู้ก่อน อบรมและหลังผ่านการอบรมทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4.9 แสดงทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n = 32)

ทัศนคติของครู	Pre-Test		Post-Test		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าเฉลี่ย	SD.	
โรคสมาธิสั้น	20.48	3.19	22.68	2.32	<.01
การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นพฤติกรรมบำบัด	22.03	2.92	22.97	2.57	<.01
การรักษาด้วยยารักษาโรคสมาธิสั้น	17.79	3.59	21.03	3.08	<.01
การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครูและการจัด สิ่งแวดล้อมในการเรียน	20.58	2.37	22.44	2.24	<.01

\*หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ครูที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมเพื่อเป็นวิทยากรสอนหลักสูตร ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทักษะของครู โรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทัศนคติเกี่ยวกับโรค สมาธิสั้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 20.48 ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 22.68 การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พฤติกรรมบำบัด คิดเป็นค่าเฉลี่ย 22.03 ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 22.97 การรักษาด้วยยา รักษาโรคสมาธิสั้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 17.79 ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น คิดเป็นค่าเฉลี่ย 21.03 การดูแลเด็ก สมาธิสั้นโดยครูและการจัดการสิ่งแวดล้อมในการเรียน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 20.58 ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น คิด เป็นค่าเฉลี่ย 22.44 ซึ่งผลการประเมินทัศนคติก่อนอบรมและหลังผ่านการอบรมทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรและคู่มือการฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม (ครู ก) ระดับประถมศึกษาในเขตภาคเหนือในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น (หลักสูตรสอนครู ก) ครั้งที่ 2 (Micro-teaching)

ตารางที่ 4.10 ผลการประเมินความครบถ้วนของเนื้อหาตามแผนการสอนของครูผู้สอน (ครู ก) โดยประเมินจากวิทยากรผู้สอน

รายวิชา	ผลการประเมิน	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	สอนได้ครบถ้วนตามแผนการสอน	ต้องศึกษาแผนการสอน ไม่ต้องจำความรู้ แต่ฝึกเกริ่นนำ ใช้ความคิดและสรุปตอนท้ายในแผนการสอน
2. การรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้นและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็ก	สอนได้ครบถ้วนตามแผนการสอน	ควรบอกจุดประสงค์และการแยกกิจกรรมย่อย ๆ ให้ชัดเจน โดยยกตัวอย่างเพิ่มเติม นอกเหนือจาก Power point
3. เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน	สอนได้ครบถ้วนตามแผนการสอน	ควรศึกษาคู่มือแผนการสอนก่อนแล้วจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนจริง
4. การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน	สอนได้ครบถ้วนตามแผนการสอน	มีการใช้เทคนิคการสอนส่วนบุคคลมาแทรกกับกระบวนการสอนทำให้เกิดความสนุกสนานมากขึ้น

การสอนของครู ก สอนได้ครบถ้วนตามแผนการสอนทุกหัวข้อของหลักสูตรส่งเสริมความรู้ ทักษะคติ และทักษะของครู โรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น



ตารางที่ 4.11 แสดงผลการประเมินครูผู้สอน (ครู ก) โดยประเมินจากวิทยากรผู้สอน

สิ่งที่ประเมิน	การปฏิบัติจริง					ค่าเฉลี่ย
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
<b>ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน</b>						
การวางแผนการสอน	-	1 (4.2)	4 (16.7)	12 (50.0)	7 (29.2)	4.04
- มีการแจ้งวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ของแต่ละหน่วยอย่างชัดเจน	-	2 (8.3)	1 (4.2)	10 (41.7)	11 (45.8)	4.25
- มีการเตรียมเอกสารประกอบการบรรยายและ/หรืออุปกรณ์การฝึกปฏิบัติล่วงหน้า	-	-	3 (12.5)	17 (70.8)	4 (16.7)	4.04
วิธีการสอน	-	-	3 (12.5)	17 (70.8)	4 (16.7)	4.04
- สามารถอธิบายเนื้อหาวิชาและ/หรือ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการได้อย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กัน	-	1 (4.2)	2 (8.3)	17 (70.8)	4 (16.7)	4.00
- ดำเนินการสอนอย่างเป็นลำดับตามขั้นตอนของแผนการสอน	-	-	7 (29.2)	12 (50.0)	5 (20.8)	3.92
- สอนครอบคลุมเนื้อหาครบตามแผนการสอน	-	-	3 (12.5)	18 (75.0)	3 (12.5)	4.00
- ใช้ภาษาในการสอนที่เหมาะสมเข้าใจง่าย	-	-	1 (4.2)	18 (75.0)	5 (20.8)	4.17
- มีอุปกรณ์การสอน สื่อ / เอกสาร ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น	-	-	2 (8.3)	20 (83.3)	2 (8.3)	4.00
- วิธีการสอนทำให้ผู้เรียนสนใจเรียนตลอดเวลา	-	-	5 (20.8)	16 (66.7)	3 (12.5)	3.92
- ครูผู้สอนสามารถตอบคำถามได้อย่างชัดเจน	-	-	5 (20.8)	16 (66.7)	3 (12.5)	3.92
- มีการยก ตัวอย่าง/ กรณีศึกษา/ เหตุการณ์ ในเนื้อหาบทเรียน	-	-	3 (12.5)	17 (70.8)	4 (16.7)	4.04
- เปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น ซักถามปัญหา และสรุปประเด็นร่วมกันในห้องเรียน	-	-	-	-	-	-
<b>ด้านพฤติกรรมการสอนทั่วไป</b>						
- ความรู้ ความสามารถของครูผู้สอน	-	-	3 (12.5)	7 (29.2)	14 (58.3)	4.46
- ให้ออกาสผู้เรียนได้ซักถาม	-	-	3 (12.5)	11 (45.8)	10 (41.7)	4.29
- เข้าสอนและเลิกสอนตรงเวลา	-	-	5 (20.8)	12 (50.0)	7 (29.2)	4.08
- มีความตั้งใจสอน	-	-	1 (4.2)	15 (62.5)	8 (33.3)	4.29
- อาจารย์มีบุคลิกภาพเหมาะสม	-	-	2 (8.3)	14 (58.3)	8 (33.3)	4.25
สรุปรวมด้านการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน	-	-	2 (8.3)	15 (62.5)	7 (29.2)	4.21
สรุปรวมด้านพฤติกรรมการสอนทั่วไป	-	-	1 (4.2)	15 (62.5)	8 (33.3)	4.29

การประเมินครูผู้สอน (ครู ก) โดยประเมินจากวิทยากรผู้สอน ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน มีค่าเฉลี่ยสรุปรวม เท่ากับ 4.21 และด้านพฤติกรรมการสอนทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสรุปรวมเท่ากับ 4.29 และพบว่าด้านพฤติกรรมการสอน ในเรื่องความรู้ ความสามารถของครูผู้สอน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.46 รองลงมาคือ ให้ออกาสผู้เรียนได้ซักถาม และมีความตั้งใจสอน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.29 ตามลำดับ

### ผลการประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรและคู่มือต่อความรู้ครูและการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

การประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรฯ ดำเนินการทดลองด้วยการฝึกรอบมครูโรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 144 คน ครูส่วนใหญ่เพศหญิง มาจากโรงเรียนประถมศึกษา ครูประมาณครึ่งหนึ่งอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี และครูสองในสามมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น 1-5 ปี ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวนค่าร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามเพศ (n=144)

ลักษณะทั่วไปของครูโรงเรียนประถมศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศหญิง (n=140)	132	94.3
อายุ (n=143)		
20-29 ปี	25	17.4
30-39 ปี	23	16.0
40-49 ปี	22	15.3
50-59 ปี	73	50.7
ลักษณะโรงเรียน		
โรงเรียนประถมศึกษา	113	78.5
โรงเรียนขยายโอกาส	24	16.7
โรงเรียนเรียนร่วม	5	3.5
ประเภทอื่น ๆ	1	0.7
ระดับการศึกษา (n=143)		
ปริญญาตรี	111	77.1
ปริญญาโท	29	20.1
ปริญญาเอก	1	0.7
อื่น ๆ	2	1.4
ประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิโรคสมาธิสั้น		
น้อยกว่า 1 ปี	1	0.7
1-5 ปี	33	64.7
5-10 ปี	10	19.6
10 ปีขึ้นไป	7	13.7
เคยมีประสบการณ์การอบรมด้านการดูแลเด็กสมาธิสั้น	113	78.5

**ประสิทธิผลของหลักสูตรและคู่มือฝึกอบรมครูด้านความรู้และทัศนคติในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (ครู ก สอนครู ข)**

ตารางที่ 4.13 คะแนนความรู้ตามกลุ่มเนื้อหาของครูที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม

เนื้อหา	จำนวน (คน)	Pre-Test		Post-Test		p-value
		ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าเฉลี่ย	SD.	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	143	4.18	0.75	4.87	0.35	<0.01
เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน	143	3.09	1.06	4.14	0.98	<0.01
การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน	143	3.30	0.85	4.73	0.46	<0.01
ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น	141	3.29	0.79	4.73	0.57	<0.01

จากตารางพบว่า ครูที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.14 คะแนนทัศนคติของครูเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังการอบรม

ทัศนคติของครู	จำนวน (คน)	Pre-Test		Post-Test		Sig.
		ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าเฉลี่ย	SD.	
โรคสมาธิสั้น	142	20.12	2.80	22.02	2.96	<0.001
การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นพฤติกรรมบำบัด	143	20.65	3.65	23.04	4.10	<0.001
การรักษาด้วยยารักษาโรคสมาธิสั้น	143	17.74	3.08	21.05	2.45	<0.001
การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครูและการจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียน	143	19.33	2.83	21.44	3.10	<0.001

ครูที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการฯ มีทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นด้วยพฤติกรรมบำบัด การรักษาด้วยยารักษาโรคสมาธิสั้น การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครู และการจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียน มีนัยสำคัญทางสถิติ

ครูที่เข้าอบรมฯ มีความพึงพอใจระดับสูง 4.4 จาก 5 คะแนน ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น การรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้นและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็ก เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน โดยเฉพาะด้านประโยชน์ของการนำไปใช้หลังจบการอบรม

### ผลการติดตามด้านทักษะครูในการคัดกรอง ปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่โรงเรียน และสื่อสารกับผู้ปกครองหลังการฝึกอบรม

จากการติดตามผลด้านทักษะครูโรงเรียนประถมศึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมในการนำไปปฏิบัติ เพื่อคัดกรอง ปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น และสื่อสารกับผู้ปกครอง โดยการให้ครูกรอกสมุดบันทึกด้วยตนเอง ได้รับการตอบข้อมูล 59 คน จาก 144 คน (ร้อยละ 41.0) ครูในจังหวัดเชียงใหม่ตอบกลับ ร้อยละ 66.1 และลำพูนตอบกลับ ร้อยละ 33.9

ตารางที่ 4.15 การดำเนินการของครูหลังการฝึกอบรม (n = 59)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การคัดกรองโรคสมาธิสั้นด้วย SNAP-IV		
- 1-10 คน	31	52.5
- 11-20 คน	7	11.9
- 21-30 คน	5	8.5
- 31-40 คน	6	10.2
- 41 คนขึ้นไป	4	6.7
- ไม่ได้ดำเนินการ	6	10.2
การดูแลเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น		
- 1-5 คน	25	42.4
- 6-10 คน	5	8.5
- 11 คนขึ้นไป	3	5.0
- ไม่ได้ดูแล	26	44.1
การดำเนินการของครูหลังจากฝึกอบรม		
- พุดคุยกับผู้ปกครอง	32	76.3
- บริโภคแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์	4	6.8
- ยังไม่ได้ดำเนินการ	9	13.6

## การปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน

ตารางที่ 4.16 ข้อมูลเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนที่ครูดูแลและประเมินอาการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนเด็กสมาธิสั้นที่มีอยู่ในชั้นเรียน (n =28)		
- 1-5 คน	22	78.6
- 6-10 คน	4	14.3
- 10 คนขึ้นไป	2	7.1
ระดับความรุนแรงของอาการ (n = 134)		
- รุนแรงน้อย	114	85.1
- รุนแรงปานกลาง	13	9.7
- รุนแรงมาก	7	5.2

## การปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน

### พฤติกรรมที่พบในชั้นเรียน

- ไม่นิ่ง ไม่สนใจ วอกแวกง่าย
- ลูกเดินบ่อย เดินออกนอกห้องเรียน
- แกล้งเพื่อน พูดคุยตลอด พูดหยาบคาย ก่อกวนผู้อื่นไม่ฟัง
- ไม่มีระเบียบในการทำงาน ทำงานไม่เสร็จ ทำงานนาน
- ขาดความรับผิดชอบ
- ต่อต้านคำสั่งครู สร้างความรำคาญ ชอบเถียง ไม่ทำกิจกรรม ก่อกวนผู้อื่น พูดคำหยาบ หนีกลับบ้าน
- ชอบถามคำถามซ้ำ ๆ บ่นมากเมื่อไม่ได้รับความสนใจ
- ลืม
- ทำลายข้าวของ
- โมโห ร้องไห้ เมื่อถูกเพื่อนล้อ

### เทคนิคที่ใช้ในการปรับพฤติกรรม

- สร้างแรงจูงใจ พูดจาโน้มน้าว ใช้วิธีพูดคุยกับเด็ก พูดคุยอย่างใกล้ชิด พูดจาด้วยความอ่อนโยน ใช้ความอดทนและใจเย็น
- เพื่อนช่วยเพื่อน
- แยกตัวมาควบคุมก่อนทำงาน ให้อยู่ใกล้ ๆ คุณครู
- สร้างเงื่อนไขให้เด็ก
- มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็ก จัดการพฤติกรรม 5 ขั้นตอน การจัดการกิจกรรม กำหนดเงื่อนไข เพิกเฉย ควบคุมอารมณ์
- ใช้คำสั่งให้ทำอย่างชัดเจนและเน้นย้ำบ่อย ๆ จุดสิ่งที่ต้องทำให้

- เข้าไปหาเด็กเพื่อจัดการแก้ไขเมื่อทะเลาะกัน แยกเพื่อนออก
- มอบหมายงานที่เหมาะสมกับความสนใจและความสามารถของเด็ก ลดจำนวนงานลง
- ให้อ่างเวลาทำงานเสร็จ ให้มานั่งทำงานใกล้โต๊ะครู
- ให้เด็กทำตามตารางทุกวัน
- ฝึกสมาธิก่อนเริ่มเรียน จับคู่ให้กับเด็กที่เรียนเก่ง
- ให้กิจกรรมประกอบจังหวะในการสอน เล่านิทาน เรื่องช้างน้อยซีโมโห หมายเลข 1-10 ในใจ
- แจ้งพฤติกรรมให้ผู้ปกครองทราบ ชื่นชมเด็กเมื่อเด็กทำงานเสร็จ ให้อ่างเวลาแก่เด็กเมื่อตั้งใจเรียน
- ใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวก เช่น ชมเชย ให้อ่างเวลาบ้าง ไม่ใช่เสียงดังในการเตือน จะเตือนโดยเดินไปแตะที่ตัวเบาๆ

#### ผลเชิงพฤติกรรม

จากบันทึกของครูหลังจากใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมพบว่า เด็กมีพฤติกรรมดีขึ้นเล็กน้อย ไม่ดีขึ้น และเหมือนเดิม ในส่วนที่ดีขึ้น เด็กสามารถทำงานเสร็จ มีความรับผิดชอบ ตั้งใจเรียนมากขึ้น นิ่งขึ้น

#### เทคนิคที่ใช้ในการจัดการชั้นเรียนที่ครูนำไปปฏิบัติหลังจากการฝึกอบรม

ตารางที่ 4.17 เทคนิคการจัดการชั้นเรียนที่ครูนำไปใช้และผลที่เกิดขึ้นจากการรายงานของครู

เทคนิคจัดชั้นเรียน	ผลที่เกิดขึ้น
การสร้างแรงจูงใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กสนใจมาก</li> <li>- นักเรียนมีความสุขในการเรียน</li> <li>- เด็กสามารถปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้น</li> </ul>
ความคิดแวบแรก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กสนใจ</li> </ul>
เทคนิคนั่งร้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กสามารถทำงานได้ดี</li> <li>- เด็กทำงานตามขั้นตอนงาน และเสร็จทันเวลา</li> </ul>
การจัดตารางเวลา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จ</li> <li>- เด็กชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดให้</li> </ul>
การสร้างแรงจูงใจ+การจัดตารางเวลา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพฤติกรรมดีขึ้น เด็กสามารถปฏิบัติตามตารางได้</li> <li>- เด็กรู้จักการแบ่งเวลา</li> <li>- นิ่งและสนใจงานมากขึ้น</li> </ul>
การสร้างแรงจูงใจ+เทคนิคนั่งร้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถเรียนกับผู้อื่นได้</li> <li>- เด็กภูมิใจกับผลงานตัวเอง</li> </ul>
ความคิดแวบแรก+เทคนิค Sight words	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นักเรียนชอบ เกิดการตั้งคำถาม</li> <li>- นักเรียนเข้าใจและความหมายของคำมากขึ้น</li> </ul>
เทคนิคนั่งร้าน+เทคนิค Sight words	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำงานได้ตามขั้นตอนที่ครูมอบหมาย</li> <li>- พัฒนาด้านการอ่าน เขียนดีขึ้น</li> </ul>

เทคนิคจัดชั้นเรียน	ผลที่เกิดขึ้น
หลายเทคนิคร่วมกัน (การสร้างแรงจูงใจ,ความคิดแวบแรก,การจัดตารางเวลา,เทคนิคนั่งร้าน,เทคนิคการบวกเลขโดยใช้ตารางหมุด,เทคนิค Sight words,เทคนิค Number follow, Task Analysis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำงานได้ตรงเวลา ส่งงานตามเวลา</li> <li>- ทำงานได้ดีขึ้น เด็กทำงานเป็นขั้นเป็นตอน</li> <li>- จดจำและอ่านได้ดีขึ้น</li> <li>- พอใจ และมีความพยายามในการทำงาน</li> <li>- เข้าใจคำสั่งมากขึ้น อ่านคำได้มากขึ้น บวกเลขได้ดีขึ้น</li> <li>- ทำกิจกรรมตามเวลาที่ได้มอบหมาย ทำงานเรียบร้อย</li> <li>- บวกเลขได้เร็ว</li> <li>- ทำงานเสร็จ แต่ไม่ถูกต้อง</li> <li>- ตื่นเต้น อ่านคำจากรูปภาพได้</li> <li>- มีความตั้งใจมุ่งมั่น</li> <li>- ชอบสิ่งที่ตัวเองทำ</li> <li>- เด็กกล้าแสดงออก</li> </ul>

### การสื่อสารระหว่างครูและผู้ปกครองและผลที่เกิดขึ้นหลังการฝึกอบรม

จากการติดตามการสื่อสารของครูและผู้ปกครองหลังการฝึกอบรม จากแบบสอบถามที่ตอบกลับมา 32 ชุดที่บันทึกข้อมูล พบว่าครู 32 คน จาก 59 คน ได้ดำเนินการสื่อสารกับผู้ปกครองเรื่องเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้น ทั้งด้านชี้แจงพฤติกรรม การอ้างอิงถึงผลการประเมินด้วยเครื่องมือ SNAP-IV การสนับสนุนให้ผู้ปกครองสังเกตอาการและประเมินด้วยเครื่องมือ SNAP-IV การปรับพฤติกรรมที่บ้าน และการสนับสนุนให้พาไปพบแพทย์ ซึ่งผลตอบรับของผู้ปกครองที่ครูรายงาน พบว่าผลส่วนใหญ่เป็นไปในเชิงบวก อย่างไรก็ตามยังมีผู้ปกครองบางรายที่อาจยังไม่ได้ดำเนินการพาเด็กไปพบแพทย์ และได้มอบหมายให้ครูเป็นผู้ดูแลดำเนินการแทน

ตารางที่ 4.18 ประเด็นการสื่อสารระหว่างครูและผู้ปกครองและผลที่เกิดขึ้น (n = 32)

ประเด็นการสื่อสารของครูกับผู้ปกครอง	ผลที่เกิดขึ้นหลังจากครูสื่อสารกับผู้ปกครอง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครูชี้แจงเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหา เช่น เด็กอยู่ไม่นิ่ง ทำงานไม่เสร็จ ลุกไปลุกมา ระหว่างเรียน ไม่มีสมาธิ ไม่ยอมเขียน ไม่ตั้งใจเรียน โดยติดต่อผู้ปกครองทางโทรศัพท์หรือเชิญผู้ปกครองมาพูดคุย</li> <li>- พูดคุยกับผู้ปกครองโดยอ้างอิงจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กและคัดกรองโรคสมาธิสั้นด้วยเครื่องมือ SNAP-IV</li> <li>- ครูขอความร่วมมือผู้ปกครองให้ร่วมประเมินและขอความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปกครองบางรายยังไม่มีเวลาพาเด็กไปพบแพทย์ ส่วนใหญ่จะทำงาน บางรายมอบให้ครูเป็นผู้ดูแล</li> <li>- ผู้ปกครองให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และได้ซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กที่เกิดขึ้นในโรงเรียน ทำให้ครูและผู้ปกครองเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น</li> <li>- ผู้ปกครองสนใจและใส่ใจเด็กมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการสังเกตพฤติกรรมที่บ้าน</li> <li>- ผู้ปกครองเห็นความสำคัญในการดูแลพฤติกรรมเด็กและจะช่วยเหลือให้เด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น</li> <li>- ผู้ปกครองขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็ก</li> </ul>

ประเด็นการสื่อสารของครูกับผู้ปกครอง	ผลที่เกิดขึ้นหลังจากครูสื่อสารกับผู้ปกครอง
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พูดสนทนากับผู้ปกครองให้เข้าใจและยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น</li> <li>- ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เอาใจใส่พูดคุย</li> <li>- แนะนำวิธีการปรับพฤติกรรมเด็กให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง เช่น กำหนดเวลาให้ ใช้วิธีการเสริมแรงทางบวก ให้คำชม และการให้รางวัล</li> <li>- ให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น และแนะนำให้พบแพทย์ และติดตามผลการไปพบแพทย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปกครองช่วยดูแลในด้านการเรียน การทำงาน มอบหมายของนักเรียน</li> <li>- ยังมีผู้ปกครองบางรายเพิกเฉย ยังไม่ดำเนินการใด ๆ</li> <li>- เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น มีความตั้งใจเรียน และทำงานได้เสร็จตามเวลาที่กำหนด บางรายผู้ปกครองพาเด็กไปปรึกษาโดยหาปรึกษาแพทย์</li> </ul>

### การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในการรับประทานยาและติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียงจากยาโดยครู

ตารางที่ 4.19 การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในการรับประทานยาและติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียงจากยา โดยครูหลังการฝึกอบรม (n = 59)

ข้อมูลทั่วไป	รายละเอียด	จำนวน (คน)
จำนวนการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น	1 คน	9
	2 คน	7
ผลที่เกิดขึ้น	สอบถามการรับประทานยาของเด็กโรคสมาธิสั้น	9
	ดูแลการรับประทานยามื้อกลางวันสำหรับเด็ก	11
	ติดตามผลการรักษาด้วยยาด้วยแบบประเมิน	4
	ติดตามอาการข้างเคียงจากยาเมทิลเฟนิเดทด้วยแบบประเมิน	4
	พูดคุยกับผู้ปกครองหรือแพทย์เรื่องผลการรักษาหรืออาการข้างเคียงจากยาที่พบ	5

#### เทคนิคของครูในการดูแลการรับประทานยาของเด็กมื้อกลางวัน

ครูมีใช้การสอบถามจากเด็กว่าวันนี้ทานยาหรือยัง หรือเตือนเด็กให้ทานยาทุกวันอย่างสม่ำเสมอ มอบหมายให้หัวหน้าห้อง หรือเพื่อนสนิทของเด็ก เป็นผู้คอยเตือนให้เด็กทานยา ให้เด็กรับผิดชอบตนเองในการทานยา ให้เด็กนำยามาฝากไว้ที่ครู และครูจะเป็นผู้รับผิดชอบการกินยาของเด็ก หลังทานข้าวเสร็จ ให้เด็กมารับยาที่ครูประจำชั้น เมื่อเด็กรับประทานยามื้อกลางวัน ใช้คำชมกับเด็กในความรับผิดชอบ

#### ผลการดูแลการรับประทานยารักษาโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนโดยครู

ครูรายงานว่าเด็กจะนิ่งและตั้งใจเรียนมากขึ้น ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง มีความรับผิดชอบมากขึ้น ทำงานเสร็จเร็ว มีสมาธิมากขึ้น ไม่ค่อยคุยในเวลาเรียน ครูยังรายงานว่ายังมีบางรายนิ่งเกินไป



การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเมทิลเฟนิเดท

ครูสังเกตอาการข้างเคียง ส่วนใหญ่ไม่พบอาการข้างเคียง บางรายมีอาการเบื่ออาหาร เวียนหัว ทานอาหารได้น้อยลง บางรายมีอาการข้างเคียงมากแนะนำให้ ผู้ปกครองพาไปพบแพทย์ บางรายที่รับประทานยาแล้วนิ่งเกินไป ครูจะกระตุ้น เรียกชื่อเด็ก มอบหมายงานให้ช่วยครูเพื่อเป็นการกระตุ้น และคอยดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

## 5. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. ความเห็นเพิ่มเติมเรื่องบทบาทครูในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
  - บทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
  - ให้มีการเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ยอมรับเด็กมากขึ้น
  - บทบาทของครูในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ครู ต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมเด็ก ไม่ใช่ความรุนแรงกับเด็ก
  - ครูต้องมีความรักความเมตตา ดูแลอย่างจริงใจ มีเวลาให้เด็กมากกว่าเด็กคนอื่น ๆ
  - มีการสื่อสารติดต่อกับผู้ปกครองบ่อยขึ้น
  - ครูควรดูแลเพิ่มเติมจากเด็กปกติ เอาใจใส่สังเกตพฤติกรรมเด็กมากขึ้น
  - ใช้คำพูดสื่อสารให้เด็กเข้าใจ
  - ครูยังขาดประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
  - การดูแลเด็ก ต้องร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับที่บ้าน ถึงจะประสบความสำเร็จ
2. ปัญหาอุปสรรคในการนำความรู้ เทคนิค และเครื่องมือไปใช้ดำเนินการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นหรือเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน
  - ขาดอุปกรณ์ในการสอนเด็กในการเรียนแต่ละประเภท อยากรได้สื่อการสอนที่คงทน
  - ครูมีภาระงานมาก ไม่มีเวลาในการดูแลเด็กทำให้ยากต่อการสอนเด็กตัวต่อตัว
  - ครูได้ดำเนินการนำเทคนิคไปใช้สอนในชั้นเรียน เนื่องจากเวลาจำกัดทำให้ดูแลไม่ครบทุกคน
  - พัฒนาในเรื่องการจัดทำเครื่องมือเพื่อนำไปใช้กับเด็ก
  - ได้นำความรู้ที่ได้อบรมไปใช้ในชั้นเรียน
  - เวลาในการพบผู้ปกครองมีน้อย
  - ระดับความรุนแรงและพฤติกรรมแตกต่างกันไป ทำให้ยากต่อการจัดการกับพฤติกรรม
  - เวลาในการทำกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง
  - ผู้ปกครองบางคนไม่เข้าใจ และไม่สนใจเด็ก
  - บุคลากรในโรงเรียนไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร
  - เนื่องจากต้องดูแล 2 ชั้นเรียน และมีเด็กปกติมากกว่า จึงยากต่อการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น
  - ครูมีเวลาไม่เพียงพอในการจัดสื่ออุปกรณ์ให้กับเด็ก โรงเรียนขาดบุคลากรครูการศึกษาพิเศษ
  - เด็กในความคิดแลมีปัญหหลายด้าน โดนเฉพาะด้านการเรียน

3. ข้อเสนอแนะในการดูแลและปรับพฤติกรรมเด็กที่โรงเรียนโดยครู
  - ครูต้องมีความเข้าใจ และคอยดูแลเอาใจใส่ดูแลเด็กมากขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้
  - ครูต้องทุ่มเทและเสียสละเวลาให้แก่เด็กสมาธิสั้น
  - การฝึกหัดนักเรียนปฏิบัติตามข้อตกลงของห้องเรียน
  - การดูแลเด็กต้องควบคู่ไปกับการกินยา เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมเด็กได้เป็นอย่างดี
  - ให้สร้างกิจกรรม ใบงานให้เด็กโดยตรง
  - ควรมีการสื่อสารให้ผู้ปกครองเข้าใจในเรื่องของเด็กสมาธิสั้น
  - สร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรในโรงเรียน ครูต้องศึกษาหาความรู้ เพื่อรับมือเด็กสมาธิสั้นและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
  - ครูควรสังเกตพฤติกรรมเด็กในความดูแลและรับผิดชอบ เพื่อจะได้ทราบพฤติกรรมเด็กเป็นรายบุคคล
  - ควรจัดครูที่เป็นครูที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กพิเศษ เข้ามาช่วยดูแลเด็ก

### โครงการที่ 3 การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยประถมศึกษา

#### การพัฒนาคู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

การพัฒนาคู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-7 ปี (ภาคผนวก ฉ) ประกอบด้วย 2 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้และสื่อในรูปแบบวีดิทัศน์การบรรยายและรูปการ์ตูนประกอบเพื่อให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ประกอบด้วยเนื้อหาและสื่อในรูปแบบวีดิทัศน์ด้านเทคนิคและการบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่บ้าน

ตารางที่ 4.20 หน่วยการเรียนรู้ เนื้อหา และเครื่องมือ หลักสูตรคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

หน่วยการเรียนรู้	เนื้อหา	เครื่องมือและสื่อการเรียนรู้
1. ความรู้ เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น	1.1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น	1. เอกสารประกอบการสอน คู่มือ การคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง เรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ในหัวข้อ
	1.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	
	1.3 บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	- การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น
	1.3.1 การคัดกรองเด็กสมาธิสั้น	- ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น - การคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้น

หน่วยการเรียนรู้	เนื้อหา	เครื่องมือและสื่อการเรียนรู้
	1.3.2 การติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น	- การติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเด็กโรคสมาธิสั้น
	1.3.3 แนวทางการช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการรักษา	- แนวทางการช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการรักษา
		2. สื่อ VDO
		3. สื่อ power point
		4. ใบงานและกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. เทคนิคและการบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่บ้าน	2.1 เทคนิคการจัดการอารมณ์และการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์เด็กที่บ้าน	1.เอกสารประกอบการสอน คู่มือ การคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง เรื่อง เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่บ้าน ในหัวข้อ
	2.2 การสื่อสารเพื่อสร้างเงื่อนไขและข้อตกลงให้เกิดความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม	- เทคนิคการจัดการอารมณ์และการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์เด็กที่บ้าน ประกอบด้วยระดับความรุนแรงของพฤติกรรมทางอารมณ์เด็กสมาธิสั้น เทคนิควิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์ และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์เด็กสมาธิสั้น
	2.3 การใช้กิจกรรมเป็นเรื่องราวต่อเนื่อง (Story) มาฝึกสมาธิและทำภารกิจให้สำเร็จ	- การสื่อสารเพื่อสร้างเงื่อนไขและข้อตกลงให้เกิดความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม ประกอบด้วยเรื่อง ปัญหาการสื่อสารในเด็กสมาธิสั้นที่พบบ่อย และเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น
		- การใช้กิจกรรมเป็นเรื่องราวต่อเนื่อง (Story) มาฝึกสมาธิและทำภารกิจให้สำเร็จ
		2.สื่อ VDO
		3.สื่อ power point
		4.ใบงานและกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
		5.ฝึกปฏิบัติ และประยุกต์ความรู้ตามสถานการณ์จำลอง

## คุณภาพเชิงเนื้อหาของหลักสูตรผู้ปกครอง

ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างหลักสูตรและคู่มือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง ในประเด็น ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และ บทบาทของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ ประเด็น เทคนิคการจัดการอารมณ์และการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็กสมาธิสั้นที่บ้านมีค่า IOC เท่ากับ 1 ประเด็นการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ปกครองต่อเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและการเรียน ประเด็น การสื่อสารเพื่อสร้างเงื่อนไขและข้อตกลงให้เกิดความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม และประเด็น การใช้กิจกรรมที่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง (Story) มาฝึกสมาธิและทำภารกิจให้สำเร็จ มีค่า IOC เท่ากับ 0.67

ตารางที่ 4.21 สรุปค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างหลักสูตรและคู่มือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง

ประเด็นที่	หัวข้อ	ผลรวมของคะแนน	ค่า IOC	ผลการพิจารณา
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ปกครองต่อเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและการเรียน	2	0.67	ใช้ได้
	ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	3	1	ใช้ได้
	บทบาทของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	3	1	ใช้ได้
	2. เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน			
	เทคนิคการจัดการอารมณ์และการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็กสมาธิสั้นที่บ้าน	3	1	ใช้ได้
	การสื่อสารเพื่อสร้างเงื่อนไขและข้อตกลงให้เกิดความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม	2	0.67	ใช้ได้
	การใช้กิจกรรมที่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง (Story) มาฝึกสมาธิและทำภารกิจให้สำเร็จ	2	0.67	ใช้ได้

## ผลการทดสอบเบื้องต้น (pilot test) หลักสูตรต่อความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจของผู้ปกครอง

ตารางที่ 4.22 แสดงผลการทดสอบความรู้ของผู้ปกครองที่เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม (n = 17)

เนื้อหาที่ใช้สอน	Pre-Test		Post-Test		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าเฉลี่ย	SD.	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	3.33	1.10	15.88	1.93	<0.01*
เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน	2.22	1.03	15.88	1.93	<0.01*

\*หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผู้ปกครองที่เข้ารับการฝึกอบรมเรื่องการคัดกรองและการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครอง มีระดับความรู้และทัศนคติด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และด้านเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และ เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสมาธิสั้น โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ 4.54 และ 4.37 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.23 แสดงทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n = 17)

ทัศนคติ	Pre-Test		Post-Test		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าเฉลี่ย	SD.	
เด็กโรคสมาธิสั้น	18.94	2.96	20.88	3.06	<0.01*
การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น	17.55	2.79	17.64	1.92	<0.01*

\*หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 4.24 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการอบรมเรื่องการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (รุ่นทดลอง) (n = 18)

ประเด็นความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	ค่าเฉลี่ย	SD
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสมาธิสั้น	4.37	0.55
- เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน	4.54	0.50

### ผลการทดสอบประสิทธิผล คู่มือสำหรับผู้ปกครองในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปกครองที่เข้าร่วมอบรมการใช้คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง 78 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 30-39 ปี สถานะภาพสมรส ผู้ปกครองประมาณสองในสาม ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมถึงปริญญาตรี ประมาณครึ่งหนึ่งทำอาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัท มีรายได้ 10,000-20,000 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 4.25 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ลักษณะของผู้ปกครอง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศหญิง	60 (76.9)
อายุ	
น้อยกว่า 20 ปี	3 (3.9)
20-29 ปี	10 (12.8)

ลักษณะของผู้ปกครอง	จำนวน (ร้อยละ)
30-39 ปี	39 (50.0)
40-49 ปี	12 (15.4)
50-59 ปี	11 (14.1)
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	3 (3.8)
<b>การศึกษาสูงสุด</b>	
ประถม	11 (14.1)
มัธยม	25 (32.0)
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	24 (46.2)
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (5.1)
ไม่ระบุ	2 (2.6)
<b>สถานภาพสมรส</b>	
โสด	7 (9.0)
สมรส	64 (82.0)
หม้าย	2 (2.5)
หย่าร้าง	4 (5.2)
ไม่ระบุ	1 (1.3)
<b>อาชีพ</b>	
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	40 (51.3)
ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว	18 (23.0)
ทำอาชีพอื่น ๆ	11 (14.1)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (7.7)
ว่างงาน	2 (2.6)
เกษตรกร	1 (1.3)
<b>รายได้ต่อเดือน</b>	
น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	30 (38.5)
10000-20000 บาทต่อเดือน	37 (47.3)
20001-30000 บาทต่อเดือน	6 (7.7)
มากกว่า 30000 บาทต่อเดือน	3 (3.9)
ไม่ระบุ	2 (2.6)

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครอง ร้อยละ 37.2 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมาก่อน หาข้อมูลเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้นจากหนังสือหรือตำรา เว็บไซต์ และสอบถามจากเพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางการแพทย์ และหาข้อมูลจากวารสารทั่วไป ตารางที่ 4.26 ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีอาการหรือโรคสมาธิสั้น (n=78)

ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น	จำนวน (ร้อยละ)
เป็นผู้ปกครองเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้น (n=67)*	17.9
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก	
มารดา	22 (28.2)
บิดา	11 (14.1)
บิดา	6 (7.6)
ไม่ระบุ	39 (50.0)
จำนวนปีที่ดูแลเด็ก	
น้อยกว่า 1 ปี	3 (3.9)
1-5 ปี	3 (3.9)
5-10 ปี	4 (5.1)
ไม่ระบุ	68 (81.1)
ประสบการณ์การอบรมด้านการดูแลเด็กสมาธิสั้น	
ไม่เคย	29 (37.2)
เคย	4 (5.1)
ไม่ระบุ	45 (57.7)
แหล่งความรู้เรื่องการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n=125)	
หนังสือ/ตำรา	20 (16.0)
เว็บไซต์ทั่วไป	20 (16.0)
สอบถามจากเพื่อนร่วมงาน	18 (14.4)
สอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์	16 (12.8)
วารสารทั่วไป	16 (12.8)
โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี/วิทยุ	15 (12.0)
วารสารวิชาการ	5 (4.0)
แผ่นพับ	5 (4.0)
เว็บไซต์ของหน่วยงานราชการ	5 (4.0)
แหล่งอื่น ๆ เช่น ครู	5 (4.0)

\*ไม่ระบุว่าเป็นผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดยแพทย์ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 ตามลำดับ

## ผลการทดสอบความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการอบรม

ผู้ปกครองที่เข้าการใช้คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง มีความรู้เพิ่มขึ้นและทัศนคติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.27 ความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังการอบรม (n=78)

	ก่อนการฝึกอบรม		หลังการฝึกอบรม		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	2.88	1.00	3.20	0.75	<0.01
เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน	3.15	1.00	3.79	0.92	<0.01

ตารางที่ 4.28 แสดงทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (n=78)

ทัศนคติ	Pre-Test		Post-Test		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ทัศนคติต่อเด็กโรคสมาธิสั้น	17.49	2.33	19.10	2.64	<0.01
ทัศนคติต่อการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น	19.76	2.84	20.85	2.52	<0.01

## ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

ผู้ปกครองที่เข้ารับการฝึกอบรมการใช้คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจการฝึกอบรมฯ ด้านโรคสมาธิสั้นและบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสมาธิสั้น และเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้านอยู่ในระดับสูง จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (4.44±0.45 และ 4.57±0.40 ตามลำดับ) ด้านประโยชน์ของการนำไปใช้หลังจบการอบรม มีค่าเฉลี่ย 4.64 รองลงมาเป็นเรื่องการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงหลังการบรรยาย 4.55 เรื่องความน่าสนใจของหัวข้อบรรยาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 เรื่องความสามารถในการนำเสนอของวิทยากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 เรื่องความน่าสนใจของกิจกรรม/ฝึกปฏิบัติในหัวข้อนี้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 เรื่องความน่าสนใจของสื่อประกอบการบรรยาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 และเรื่องความเหมาะสมของเวลาบรรยาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 ตามลำดับ

## ผลการติดตามผู้ปกครองในการนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอบรมไปปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์แบบกลุ่มผู้ปกครอง 7 คนที่เป็นผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้น โดยผู้ปกครองให้ข้อมูลเบื้องต้นเรื่องอาการของเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย การทะเลาะกับคนในบ้าน เสียงดังไม่สามารถรอได้ อยู่ไม่นิ่ง ยุกยิก หงุดหงิดบ่อย ร้องไห้ งอแง และชอบต่อรอก



ผู้ปกครองให้ความเห็นว่าหลักสูตรการฝึกอบรมมีประโยชน์ ในด้านเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง ความรู้เรื่องโรคและอาการเพื่อจะใช้ในสังเกตอาการและติดตามอาการของเด็กได้ ส่วนความรู้เรื่องยาเป็นความรู้ใหม่ ทำให้เห็นความสำคัญว่ายาที่มีทั้งประโยชน์และอาการข้างเคียง

### เทคนิคที่ผู้ปกครองใช้ในการปรับพฤติกรรมหลังจากการฝึกอบรม

ตารางที่ 4.29 เทคนิคที่ผู้ปกครองใช้ในการปรับพฤติกรรมหลังจากการฝึกอบรม

การแสดงออกหรือวิธีการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองก่อนฝึกอบรม	เทคนิคการปรับพฤติกรรม	ผลที่เกิดขึ้นต่อลูก/ผู้ปกครอง
ดูว่า เมื่อลูกดูทีวีหลังเลิกเรียนเป็นระยะเวลานาน	การจัดตารางเวลา	จัดตารางเวลา ให้ดูทีวีได้วันละครึ่งชั่วโมงหลังกลับจากโรงเรียน
ตะโกนใส่เวลาจะคุยกับลูก	การสัมผัส	เดินเข้าไปหาจับตัวลูกมาพูดคุย ลูกรับฟัง ไม่แสดงอารมณ์
ทำโทษ	การให้รางวัลด้วยคำชม การมอบหมายงานบ้านให้ทำ การพูดคุยอธิบายด้วยเหตุผล การระงับอารมณ์ การให้เวลาลูก	ลูกเกิดแรงจูงใจในการทำงานบ้าน จากการได้รับคำชม พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและนอนดึกดีขึ้น
อารมณ์หงุดหงิด	การจัดการอารมณ์	แม่จัดการอารมณ์ตนเองได้ดีขึ้น ลูกปรับอารมณ์ได้บ้างไม่ได้บ้าง

### ความเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคและการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

#### ทัศนคติต่อการโรคสมาธิสั้น

“มุมมองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นดีขึ้น คือเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เป็นลูกที่ไม่ได้ติดเชื้อ เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เกิดจากกลไกของสมองที่ทำงานไม่สมบูรณ์ การที่เรามารับฟังแล้วนำไปปรับพฤติกรรม ปรับจนพฤติกรรมของลูกเป็นพฤติกรรมที่เราดูแลลูกไม่ถูกวิธี หรือเราทำถูกวิธีแล้ว แต่ยังมีพฤติกรรมชุกชอนอยู่ เพื่อหาแนวทางว่าเราจะมีแนวทางเราจะรักษาอย่างไร เมื่อก่อนกลัวเรื่องโรคสมาธิสั้น แล้วก็ยิ่งขัดแย้งที่ผู้ใหญ่บอกว่าโตมาก็ดี เราเวลาเราไปหาข้อมูล ถ้าโตมาก็ดี แต่ทำไมพ่อแม่ผู้ปกครองบางคนพาลูกไปรักษา การรักษาที่ปล่อยไว้ให้โต อันไหนถูกอันไหนผิด พอมีโครงการนี้เข้ามาเราจึงอยากจะมาหาความรู้ เราจะได้นำมาวินิจฉัยพฤติกรรมของลูกเรา นำมาปรับพฤติกรรม เพราะฉะนั้นสนใจถึงเขาจะอยู่ในเกณฑ์สมาธิสั้น แต่เราก็อุ่นใจว่ายังไงก็หาย”

“ตอนแรกคิดว่าโรคสมาธิสั้นเหมือนเด็กออทิสติก แต่พอได้มาอบรมแล้วมันต่างกันโดยสิ้นเชิง ถ้าเด็กออทิสติกอาจจะเรียนรู้ยาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ลูกเราก็เหมือนเด็กปกติแค่เขาไม่ค่อยมีสมาธิสั้น รอคอยอะไรไม่ค่อยได้ แต่เขาไม่ได้มีอารมณ์รุนแรงต่อต้าน”

“การที่เราลงโทษเด็กแรงๆ เด็กจะเก็บกด การที่เราเข้าอบรมเป็นประโยชน์มากเลย ทำให้ปรับอะไรหลายๆอย่างได้ จากที่เด็กใช้ความรุนแรงปรับได้ มีประโยชน์มาก”

“มีทัศนคติต่อเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น ตอนแรกคิดว่าเด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะไม่ใช่ภาวะของสังคม ตามความเชื่อที่เราฟังมาจากผู้ใหญ่ โตมาก็หายเอง เพราะว่าเด็กก็ชุกชอนอยู่แล้วไม่นิ่ง โตมาก็นิ่งเอง แต่พอมารับอบรมก็รู้สึกว่

เป็นโรคๆหนึ่ง ที่จะต้องรักษาเป็นไปตามขั้นตอน จะทำให้เด็กดีขึ้น อยู่ในสังคมและจะต้องแก้ปัญหาสังคม เป็นโรคๆหนึ่งที่ไม่ได้ร้ายแรงอะไร มีประโยชน์มาก”

#### วิธีการดูแลเด็กของผู้ปกครองหลังการฝึกอบรม

“เทคนิคที่ได้นำไปใช้นั้น ได้ใช้เกือบครบทุกวิธี เพราะต้องการเทคนิคต่าง ๆ มาช่วยในการฝึกเด็กที่บ้าน พอได้นำเทคนิคไปใช้ ผลที่ได้ ดีมาก เช่น การใช้เงื่อนไขกับเด็ก แต่สำหรับเทคนิคนี้อาจจะมีความซ้ำซาก จำเจ เด็กเบื่อ”

“การจัดตารางเวลา เช่น กลับมาจากโรงเรียน (เปลี่ยนเสื้อผ้า ทานข้าว ทำอะไรเสร็จทุกอย่างแล้ว อาบน้ำ ให้เด็กเล่น ดูทีวีครึ่งชั่วโมง) ปัญหาที่เจอเวลาเราคุยกัน แกเป็นเด็กที่อแง ไปโรงเรียนอยู่บ้าง แต่ไม่เคยร้องไห้ ข้อเสนอแนะ คือ ถ้าเด็กไม่มีปัญหาทางอารมณ์ ลองเปลี่ยนไปใช้เทคนิคการสื่อสารกับเด็กก่อน ก็ให้ทางครอบครัวปรับเปลี่ยนตัวเองด้วย เด็กมีพฤติกรรมนิ่งขึ้น นิ่งคือนิ่งทางอารมณ์แต่ไม่ใช่ทางร่างกาย”

“การปรับพฤติกรรม การวางเงื่อนไข เด็กอยู่ ๒.5 แล้วนะคะ รู้สึกมีการต่อรองเยอะขึ้น ความรู้เยอะขึ้น มีการต่อรองมากกว่าเด็กปกตินะคะ ตอนนี้เริ่มการปรับเรื่องการนอน มีการขอตื่นสาย แต่ก็ต้องมีข้อแม้ว่า ตื่นมาแล้วต้องทำอะไรบ้าง ตื่นมาเขาต้องซักผ้า เอาผ้าไปใส่เครื่อง ความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือเด็กจะดีใจที่สามารถได้ทำอะไรเอง ถึงแม้จะไม่ค่อยเรียบร้อยแต่ก็ภูมิใจที่ได้เป็นผู้ใหญ่ขึ้น เฉพาะวันนี้ย่างเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว อะไรก็ค่อยๆเปลี่ยนแปลง นำเทคนิคไปใช้ได้ ปรับคุณพ่อคุณแม่ด้วย เด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นจะมีข้อต่อรองเยอะมากขึ้น”

“การสร้างข้อตกลงร่วมกัน ในเรื่องการเล่นเกม การเล่นแท็บเล็ต ก่อนที่เด็กจะเล่นเกมจะต้องทำการบ้านให้เสร็จก่อนต้องอ่านหนังสือ สร้างข้อตกลง เริ่มก็ทำไม่ค่อยได้ เราต้องคุยในครอบครัว ตอนแรกใช้วิธีการสั่ง แต่เขาก็ไม่ทำตาม เสียงต้องเรียบ ต้องธรรมดา ตอนนี้คุณพ่อคุณแม่ดีขึ้น พูดกับเด็กไม่ดุๆ อันนี้ก็เป็นผลดีของการอบรม”

#### ความกังวลใจเรื่องการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

“กังวลในตัวลูก คือ ปรับพฤติกรรมลูกแล้ว ระยะเวลาที่เราปรับพฤติกรรมลูก เราคิดว่าลูกไม่ได้อยู่ในข่ายที่จะเป็นเด็กสมาธิสั้น ข้อเสนอแนะ คือ การฝึกวินัยให้กับเด็กควรทำอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ”

“ข้อกังวลใจเกี่ยวกับลูกเราเป็นเด็กสมาธิสั้น แต่ไปเรียนกับเด็กปกติ ก็จะมีคุณครูจะดูว่าลูกเรามากกว่าคนอื่น”

#### ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน SNAP-IV โดยผู้ปกครองและครู และวินิจฉัยโดยแพทย์

จากการใช้เครื่องมือ SNAP-IV คัดกรองโดยผู้ปกครองและครู และวินิจฉัยโรคโดยแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น 20 คน จากการคัดกรอง 214 คน ความชุกในเด็กวัย 6-7 ปี ร้อยละ 9.3

ตารางที่ 4.30 แสดงผลการคัดกรองสมาธิสั้นของเด็กอายุ 6-7 ปี ด้วยเครื่องมือ SNAP IV

รายละเอียดเด็ก	จำนวน (คน)
เด็กที่ได้รับการคัดกรองด้วย SNAP IV โดยผู้ปกครองและครู	214
เด็กที่มีความเสี่ยงว่าจะเป็น ADHD จากแบบประเมิน SNAP IV	44
เด็กที่เข้ารับการวินิจฉัยสมาธิสั้น โดยแพทย์	20
เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้น โดยแพทย์	20

## บทที่ 5 สรุป

การวิจัยในระยะที่ 1 ได้ดำเนินการขั้นต้นเพื่อศึกษาสถานการณ์ศักยภาพการให้บริการสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ การดำเนินการรวบรวมองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญและพัฒนาหลักสูตรสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ครูโรงเรียนประถมศึกษา และผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสังเกตอาการเบื้องต้น คัดกรองด้วยเครื่องมือ SNAP-IV ที่ได้มาตรฐาน รวมถึงการดูแล การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นในกรณีที่เด็กจำเป็นต้องใช้ยา การพัฒนาหลักสูตร รวมถึงสื่อการเรียนรู้ได้พัฒนาในรูปแบบคู่มือ เช่น คู่มือการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น และสื่อรูปแบบอื่น ๆ ที่สนับสนุนการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เช่น สื่อวีดิทัศน์สำหรับหัวข้อด้านความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคสมาธิสั้น กรณีศึกษาการใช้ยาโรคสมาธิสั้น การออกฤทธิ์ของยารักษาโรคสมาธิสั้น

ผลการสำรวจศักยภาพการให้บริการสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ขณะนี้ มีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบหลัก แต่อย่างไรก็ตามยังขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ขณะนี้ยังมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมน้อย และขาดเครื่องมือในการดูแลและให้คำแนะนำครูและผู้ปกครองของเด็กในการสังเกตอาการ การปรับพฤติกรรมเบื้องต้น และเครื่องมือจำเป็นในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ เช่น เครื่องมือคัดกรอง และแนวทางปฏิบัติในการดูแล โรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการการฝึกอบรมบุคลากรด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ด้านการพัฒนาหลักสูตรสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขระดับ รพช. และ รพ.สต. ที่มุ่งไปยังบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตเด็ก เนื่องจากต้องการสนับสนุนให้ รพช. และ รพ.สต. สามารถเป็น case manager ดูแลติดตาม ส่งต่อ และให้คำแนะนำครูและผู้ปกครอง เรื่องการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้ โดยหลักสูตรประกอบด้วย 4 หน่วยการเรียนรู้ เรื่อง โรคและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น การคัดกรองและการวินิจฉัย การปรับพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา หลักสูตรได้ผ่านการทบทวนและให้คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ว่าเป็นหลักสูตรที่น่าจะเกิดประโยชน์ การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองตามหน่วยการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ (online course) กำลังดำเนินการ และการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข มีแผนจะดำเนินการต่อเนื่องไปยังการวิจัยปีที่ 2

สำหรับโครงการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของหลักสูตรสำหรับครูโรงเรียนประถมศึกษา ได้พัฒนาหลักสูตรขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 4 หน่วยการเรียนรู้ด้านโรคและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น การคัดกรองโรคสมาธิสั้นด้วยเครื่องมือ SNAP-IV การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนและการจัดชั้นเรียน และการรักษาด้วยยา โดยหลักสูตรพัฒนาขึ้นเพื่อให้ถ่ายทอดความรู้โดยครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วม จากการทดสอบและฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและครูโรงเรียนประถมศึกษา พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นและทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) จากการติดตามผลด้วยสมุดบันทึกการดูแลเด็กด้วยตนเอง ครูสามารถนำเทคนิคไปดูแลเด็กที่มีอาการของโรคและเด็กโรคสมาธิสั้นได้และให้ความเห็นว่าการจัดชั้นเรียนและปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน

สำหรับผู้ปกครอง การวิจัยนี้ได้พัฒนาการคู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง โดยมี 2 หน่วยการเรียนรู้ ประกอบด้วย ความรู้ เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น และเทคนิคและการบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิ

สิ้นที่บ้าน การทดสอบประสิทธิผลของคู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง พบว่าสามารถเพิ่มความรู้และเพิ่มคะแนนทัศนคติที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับการฝึกอบรม การใช้คู่มือสำหรับผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากสนทนากลุ่มผู้ปกครองพบว่า ก่อนการอบรมผู้ปกครองมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นที่ผิด และมีความกังวลใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของลูก แต่หลังจากเข้ารับการอบรมแล้วได้นำเทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านไปใช้จริง และพบว่าลูกมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และแนะนำว่าควรจะมีการขยายการอบรมในครั้งนี้อย่างไรให้ผู้ปกครองท่านอื่นที่ไม่ได้เข้ามาอบรม ดังนั้นควรพัฒนาเป็นหลักสูตรฝึกอบรมผู้ปกครองในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ในปี 2 ต่อไป

การวิจัยในปีที่ 1 นี้ เป็นการพัฒนาเครื่องมือพื้นฐานเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้น 3 ส่วนสำคัญ คือ บุคลากรทางการแพทย์ ครู และผู้ปกครอง และร่างแนวทางการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการแล้ว ผลที่ได้จากการวิจัยนี้ ควรนำไปดำเนินการทดสอบประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของระบบบริการฯ ในการวิจัยปีที่ 2 ต่อไป

### สรุปผลผลิตของการวิจัย 3 โครงการ

ผลผลิต	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
<b>โครงการวิจัยที่ 1</b>		
คู่มือ เครื่องมือ และแนวทางมาตรฐานในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลเครือข่าย	1 ชุด	ถูกต้องตามหลักวิชาการ
หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการวินิจฉัย รักษาและดูแลเด็กสมาธิสั้น	1 หลักสูตร	ตรงกับความต้องการของโรงพยาบาล
สื่อการเรียนรู้เพิ่มเติมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	1 ชุด	เนื้อหาถูกต้องและรูปแบบน่าสนใจ
เว็บไซต์เพื่อเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์	1 เว็บไซต์	ใช้ได้ง่าย
ระบบฐานข้อมูลเพื่อเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นระหว่างสถานบริการในเครือข่าย	1 ชุด	มีโครงสร้างข้อมูลที่เหมาะสมกับการส่งต่อและติดตามในการดูแลรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น
<b>โครงการวิจัยที่ 2</b>		
หลักสูตร Training for the Trainer สำหรับครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมประถมศึกษาในการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น	1 หลักสูตร	หลักสูตรมีประสิทธิผลดีในการเพิ่มความรู้ครูโรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นและทัศนคติเชิงบวกต่อเด็กโรคสมาธิสั้น

ผลผลิต	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
คู่มือสำหรับครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมประถมศึกษาในการดูแล ปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กโรคสมาธิสั้น	1 ชุด	คู่มือถูกต้องเข้าใจง่ายสามารถใช้ได้จริง
ครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร Training for the trainer	34 คน เป้า 50 คน	ครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น
ครูโรงเรียนประถมศึกษาได้รับการฝึกอบรมจากครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น	143 เป้า 100 คน	ครูโรงเรียนประถมศึกษามีความรู้และทัศนคติเชิงบวกในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น
<u>โครงการวิจัยที่ 3</u>		
คู่มือส่งเสริมศักยภาพผู้ปกครองในการคัดกรอง ดูแลและปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	1 ชุด	ได้ชุดส่งเสริมศักยภาพฯ ที่มีประสิทธิภาพ ความน่าเชื่อถือสูงและเป็นที่ยอมรับของผู้ปกครอง
ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-7 ปี ได้รับการส่งเสริมศักยภาพด้านการคัดกรอง ดูแลและปรับพฤติกรรมของเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น	91 คน เป้า 300 คน	ผู้ปกครองมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นในการคัดกรองและดูแลเด็กสมาธิสั้น
<u>แผนงานวิจัย</u>		
คู่มือ เครื่องมือ แนวทาง Integrated ADHD Care Model	1 รูปแบบ	คู่มือ เครื่องมือ และแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทการให้บริการของภาคเหนือ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ถึงแม้การวิจัยในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาองค์ความรู้ สื่อและเครื่องมือเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข ครู และผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นตามบทบาท และการวางระบบการดูแลแบบบูรณาการต่อเนื่องระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3 ส่วนดังกล่าวข้างต้น การทดลองระบบการดูแลแบบบูรณาการมีแผนดำเนินการในระยะที่ 2 ข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 ชี้ให้เห็นแนวทางการนำผลการวิจัยด้านองค์ความรู้ หลักสูตร สื่อและเครื่องมือ ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลเด็กสมาธิสั้น ไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรและสถานพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีตัวชี้วัดเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ได้มาตรฐาน โดยสามารถผลักดันผ่านนโยบาย Service Plan สาขาสุขภาพจิตได้ ดังนั้นหากมีการทดลองใช้ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้พัฒนาในงานวิจัยปีที่ 2 จะเป็นแนวทางไปกำหนดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของหน่วยบริการ รพช. รพท. รพช. และรพสต. ต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2

จากการวิจัยระยะที่ 1 ที่เน้นการสร้างศักยภาพของผู้มีส่วนร่วมในระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครู และพ่อแม่ โดยการพัฒนาชุดความรู้ สื่อ และรูปแบบการฝึกอบรมและการเรียนรู้ด้วยตนเองบนเว็บไซต์ และทดสอบประสิทธิผลในครูและผู้ปกครอง ยังขาดการดำเนินการทดสอบประสิทธิผลในบุคลากรสาธารณสุข และการจัดระบบการดูแลร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครู และพ่อแม่ ผู้วิจัยเสนอให้แผนการดำเนินการในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้านคุณภาพอย่างเป็นระบบ ในแง่ความเชื่อของพ่อแม่ครู ทศนคติของบุคลากรด้านสุขภาพต่อปัญหาเด็กสมาธิสั้น เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก
2. ทำการศึกษาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้อในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 เพิ่มเติม โดยเน้นศักยภาพหรือความเข้มแข็งที่มีอยู่ เพื่อจัดระบบบริการที่ใช้ศักยภาพเดิม และเสริมศักยภาพในส่วนที่จำเป็นหรือต้องการในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง
3. การทดสอบประสิทธิผลของชุดความรู้ สื่อ และรูปแบบการฝึกอบรมและเรียนรู้บนเว็บไซต์สำหรับผู้ใช้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านความรู้ ทศนคติ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
4. การบูรณาการการดูแลระหว่าง 3 ฝ่ายอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้หลักการคุณภาพบริการที่ดี (Quality of Care) โดย WHO 2006 6 ด้าน คือ
  - 1) ประสิทธิภาพบริการ (effective) ตามข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการในระดับบุคคลและระดับชุมชน ตามความต้องการ
  - 2) ประสิทธิภาพ (efficient) การให้บริการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเกิดประโยชน์มากที่สุดและลดการสูญเสีย
  - 3) การเข้าถึง (accessible) โดยเน้นการได้รับบริการทันเวลา ตามศักยภาพของพื้นที่ ผู้ให้บริการและทรัพยากรในการให้บริการ และตามความต้องการ
  - 4) การยอมรับของผู้ป่วยหรือการมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (acceptable/patient-centered) เน้นการยอมรับของผู้ป่วยและตามแนวทางความคิดความเชื่อหรือวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น ๆ
  - 5) ความเท่าเทียม (equitable) การให้บริการต้องไม่แบ่งแยกตามเพศ เศรษฐฐานะ เชื้อชาติ พื้นที่ หรือสิทธิประกันสุขภาพ
  - 6) ปลอดภัย (safe) เน้นการให้บริการที่มีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดกับผู้ใช้บริการ การประเมินผลระบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นต้องใช้หลักการคุณภาพทั้ง 6 ด้านเช่นเดียวกัน
5. ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบการดูแลแบบบูรณาการระหว่างผู้ใช้บริการด้านสาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง ไปขยายผล เช่น ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคการดำเนินการ

## เอกสารอ้างอิง

1. ผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2553
2. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;22(2):66-75.
3. สมัย ศิริทองถาวร. โครงการวิจัยการส่งเสริมความรู้ทัศนคติและทักษะครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น. สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์; 2556; บทคัดย่อ]. Available from: [https://docs.google.com/gview?url=http://www.adhdthailand.com/files\\_doc/ความชุกและสาเหตุของโรคสมาธิสั้น.pdf&chrome=true](https://docs.google.com/gview?url=http://www.adhdthailand.com/files_doc/ความชุกและสาเหตุของโรคสมาธิสั้น.pdf&chrome=true).
4. Faraone SV, Biederman J, Lehman BK, Spencer T, Norman D, Seidman LJ, Kraus I, Perrin J, Chen WJ, Tsuang MT. Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *J Abnorm Psychol* 1993;102:616–23.
5. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000;9(3):541–55.
6. Fischer M, Barkley RA, Fletcher KE, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:324–32.
7. Barkley RA. The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:336–41.
8. Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:77–83.
9. Jerome L, Washington P, Laine CJ, Segal A. Is teachers' knowledge regarding attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) increasing? *Child Adolesc Psychiatry, on-Line*; Version 1.0 Published 9.11.99.
10. Ghanizadeh A, Bahreda MJ, Moeini SR. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling* 63 (2006) 84–88.
11. Brook U, Waternberg N, Geva D. Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Educ Couns* 2000;40:247–52.
12. ภาสุรี แสงสุภาวนิช และคณะ. 2554. การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. จังหวัดนนทบุรี.
13. อนุญา สินรัชตานันท์ (2555). (ร่าง) แนวทางพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในระบบบริการสาธารณสุข. สมุทรปราการ, โรงพยาบาลอุบลประสาธน์ไวทยโยธิน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
14. นุจรี คำด้วง, เจนวรา พิสิฐสุกมิตร. โครงการวิจัยการส่งเสริมความรู้ทัศนคติและทักษะครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น. สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์; 2556; บทคัดย่อ].

Available from: [https://docs.google.com/gview?url=http://www.adhdthailand.com/files\\_doc/ความจำเป็นในการใช้ยารักษาเด็กโรคสมาธิสั้น.pdf&chrome=true](https://docs.google.com/gview?url=http://www.adhdthailand.com/files_doc/ความจำเป็นในการใช้ยารักษาเด็กโรคสมาธิสั้น.pdf&chrome=true).

15. อัครวิน นาคพงศ์พันธุ์. โครงการวิจัยการส่งเสริมความรู้ทัศนคติและทักษะครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น. เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์; 2556; บทคัดย่อ).

Available from: <http://www.adhdthailand.com/pdf.php?files=การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น.pdf>.

16. ศิริรัตน์ เฉลิมไทย. พฤติกรรมทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น: กรณีศึกษา. (วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546. 103 หน้า.

17. ชาตรี วิฑูรชาติ. โรคสมาธิสั้น Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. สถาบันแห่งชาติพัฒนาการเด็กและครอบครัว. 2553. [cite 2011 June 15]; Available from:

<http://www.cf.mahidol.ac.th/autopage/file/MonAugust2008-12-32-45-Copy%20of%203.pdf>

18. ชมัยพร จันทศิริ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต; 2553. 81 หน้า.

19. Umaporn Trangkasombat. Clinical characteristics of ADHD in Thai children. Journal of the Medical Association of Thailand. 2008; 91(12): 1894-1899.

20. พนม เกตุมาน. สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น : คู่มือพ่อแม่และครูสำหรับการฝึกเด็ก. กรุงเทพฯ : เรือนปัญญา; 2552.

21. Susan D, Matthew PM. The Meaning of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Parents' Initiation and Continuity of Treatment for Their Child. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology ; 2009. p.377-383.

22. อรวรรณ เล่าห์เรณู. โรคสมาธิสั้น [monograph on the Internet]. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/etc/princefund/file/4.pdf>.

23. รายงานประจำปี 2559 ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

24. จุมภฏ พรหมสีดา. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2555; Available from: <http://dmhc12.punvalee.com/>.

25. แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ : สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 1 วันที่ 16 มกราคม - 22 กุมภาพันธ์ 2560

26. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.

27. ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จิตราภรณ์ จิตรธรร, ศิริจินดา จันทร์เพ็ญ. การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(4): 335-354

28. ณิชธร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, ทรงภูมิ เบญญากร. คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง /สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(2): 97-110



ภาคผนวกภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

ศักยภาพการให้บริการและความต้องการพัฒนาเพื่อให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น

แบบสอบถามนี้มีข้อความตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ข้อคำถามออกเป็น 8 ตอน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านสถานที่บริการ 4) ชีตความสามารถระบบบริการ 5) ผลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาล และความต้องการพัฒนาระบบการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น

**คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม** กรุณาให้ข้อมูลตรงกับสถานการณ์ของโรงพยาบาลของท่านมากที่สุด ตอบเฉพาะขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบการบริการของระดับหน่วยงานของท่าน

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล/รพสต.**

1. ชื่อโรงพยาบาล.....
2. จำนวนเตียง.....
3. จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน.....
4. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด.....
4. โรงพยาบาลของท่านมีการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างไร ด้านการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การให้คำแนะนำ/ปรึกษา การรับยา การส่งเสริมป้องกัน การดูแลทางสังคมและจิตใจ ระบบยา การส่งต่อ และการติดตามดูแล หรือบริการอื่น ๆ กรุณาเขียนอธิบายสั้น ๆ
5. สถิติผู้มาขอรับบริการหรือได้รับการส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาลของท่าน ปีงบประมาณ 58

ประเภทผู้มารับบริการ	ปีงบประมาณ 58	ประเภทของบริการ เช่น คลินิกพิเศษ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน หรืออื่น ๆ
คัดกรอง		
ตรวจวินิจฉัย		
บำบัดรักษา		
ส่งต่อ		
ให้คำปรึกษา		
การขอรับการดูแลทางสังคมและจิตใจ*		
ผู้มารับบริการด้านอื่น ๆ โปรดระบุ		

\* การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ หมายถึง การใช้ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ เข้าใจ ถึงปัจจัยต่างๆ ทางสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และมีแนวทาง ในการแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

## ตอนที่ 2 ด้านบุคลากรทางการแพทย์

6. โรงพยาบาลมีบุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

มี จำนวน.....คน กรุณาระบุ

วิชาชีพ.....

ไม่มี

7. กรุณาระบุจำนวนผู้ให้บริการ การศึกษาต่อและการฝึกอบรมและความรับผิดชอบหรือลักษณะการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคสมาธิสั้น

ประเภทบุคลากร	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่ให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น	จำนวนที่ได้รับการศึกษาต่อหรือการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช	ความรับผิดชอบในการให้บริการหรือลักษณะการให้บริการ
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น				
จิตแพทย์				
แพทย์ทั่วไป				
พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น				
พยาบาลจิตเวช				
พยาบาลทั่วไป				
เภสัชกร				
นักจิตวิทยา				
นักกิจกรรมบำบัด				
ครูการศึกษาพิเศษ				
บุคลากรสาขาอื่น ๆ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข ธุรการ ระเบียบ หรือการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ				

### ตอนที่ 3 ด้านสถานที่บริการ

8. โรงพยาบาลมีการเปิดคลินิกสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น หรือคลินิกพัฒนาการและคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เด็กและวัยรุ่น

มี หากมี รพ.มีสื่อหรืออุปกรณ์ในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างไรบ้าง.....

ไม่มี

ระบบบริการ	บริการ	การให้บริการ		อธิบายเพิ่มเติมการให้บริการ วิธีการ เครื่องมือ และ ผู้รับผิดชอบบริการ
		มี	ไม่มี	
การตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษา	9.1 การตรวจคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้น			
	9.2 การตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือ SNAP-IV			
	9.3 การวินิจฉัยยืนยันโรคสมาธิสั้นโดยใช้เครื่องมือ SNAP-IV			
	9.4 ให้การบำบัดเชิงพฤติกรรมและสังคม			
	9.5 ให้บริการรักษาด้วยยา ถ้ามีการให้บริการ รพ.มียาประเภทใดบ้าง <input type="checkbox"/> methylphenidate immediate release <input type="checkbox"/> methylphenidate sustained release <input type="checkbox"/> Atomoxetine			
	9.6 ติดตามการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นในข้อ 9.5 เช่น ด้านอาการไม่พึงประสงค์ การแพ้ยา การแพ้ยาซ้ำ ให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือครู			
	9.7 ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นแก่พ่อแม่หรือผู้ดูแล			
	9.8 ส่งต่อเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นหรือมีปัญหาการเรียนและพฤติกรรมไปยัง รพ.ระดับถัดไป			
การดูแลทางสังคมและจิตใจ	9.9 การดูแลทางสังคมและจิตใจ ให้คำแนะนำแก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น			
	9.10 บูรณาการงานการดูแลทางสังคมและจิตใจสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในงานประจำของบริการทุกส่วน			
การส่งเสริมป้องกัน	9.11 ให้คำปรึกษาครูในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น			

ระบบบริการ	บริการ	การให้บริการ		อธิบายเพิ่มเติมการให้บริการ วิธีการ เครื่องมือ และ ผู้รับผิดชอบบริการ
		มี	ไม่มี	
การส่งต่อ	9.12 การส่งต่อผู้ป่วยแบบทางเดียว			
	9.13 การส่งต่อและการตอบกลับหนังสือส่งตัวแบบสองทาง			
	9.14 การรับและส่งต่อเด็กโรคสมาธิสั้น และสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้สถานบริการที่รับหรือส่งต่อ			
การติดตามดูแล	9.15 ติดตามดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ (หากมีการติดตามทุกรายกรณีระบุด้วย)			
	9.16 การจัดระบบการติดตามดูแล รับและส่งต่อไปยังชุมชน			
	9.17 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกับชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง			

#### ตอนที่ 4 ชีตความสามารถระบบบริการ

9. กรุณาประเมินการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น 5 ด้าน โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องการให้บริการ และเขียนอธิบายเพิ่มเติม

#### ตอนที่ 5 ผลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาล

10. กรุณาอธิบายผลของการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลของท่านในปีงบประมาณ 2558

ด้านความครอบคลุม	การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	ความต่อเนื่องของการให้บริการ

11. กรุณาประเมินความพร้อมในการให้บริการแก่เด็กโรคสมาธิสั้นในภาพรวม (โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้น)

ไม่พร้อมเลย

พร้อมมากที่สุด



12. กรุณาระบุด้านที่พร้อมและไม่พร้อมในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น

ด้านที่พร้อม	ด้านที่ยังไม่พร้อม

13. โรงพยาบาลของท่านมีการพัฒนาระบบการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นในปีงบประมาณ 2558 ที่ผ่านมาอย่างไรบ้าง

14. โรงพยาบาลของท่านต้องการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นด้านใดบ้าง กรุณาระบุเป็นข้อ ๆ

**ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามครั้งนี้**

## ภาคผนวก ข

### ร่าง แนวทางการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน และบ้าน (Integrated ADHD Care Model version 1)

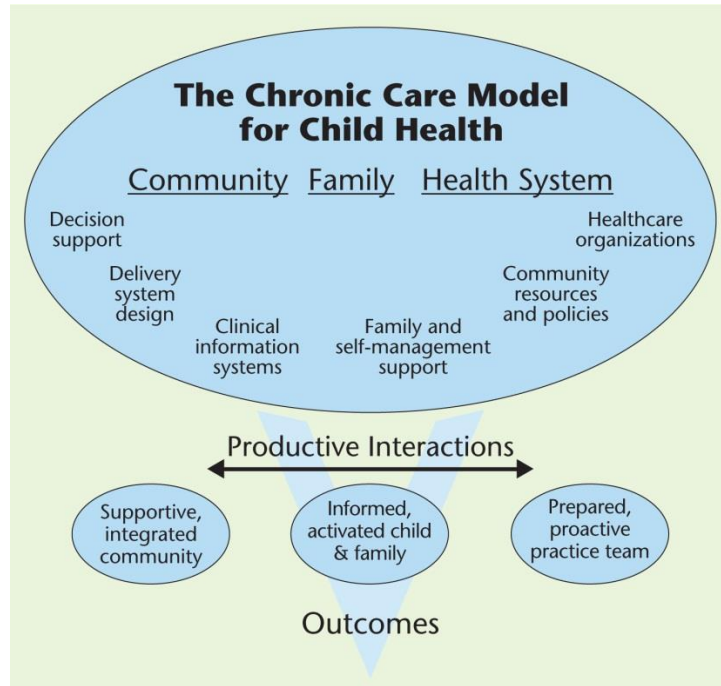
โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความชุกสูงเมื่อเทียบกับโรคด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ในเด็กวัยประถมศึกษา ระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด เนื่องจากกำลังคนด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นอยู่ที่โรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีอายุรแพทย์ กุมารแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น หรือด้านจิตเวชศาสตร์ แต่เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนน้อย อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินวินิจฉัย และรักษา การขาดการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะให้กับบุคลากรสาธารณสุข ครู พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก และชุมชน เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การบำบัดรักษา การติดตามผลและการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมียังขาดความรู้และทักษะ สื่ออุปกรณ์ ให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับพฤติกรรมเด็ก การให้คำแนะนำแก่ครูและผู้ดูแลเด็กที่มีอาการหรือโรคสมาธิสั้นยังไม่ได้ทำหรือทำได้จำกัด ด้านระบบการส่งต่อผู้รับบริการในเครือข่ายขาขึ้นเป็นไปได้ดี การรับส่งต่อผู้ป่วยขาลงเพื่อติดตามและดูแลต่อเนื่องร่วมกับ โรงเรียน ที่บ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่องยังทำได้น้อยหรือยังไม่ได้ทำ ด้านระบบสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นและติดตามผู้ป่วยในเครือข่ายบริการยังมีจำกัด

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้เกิดระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นตั้งแต่การคัดกรอง ส่งต่อ วินิจฉัย บำบัดรักษาและติดตามที่ชัดเจน สอดคล้องต่อเนื่องกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสิทธิภาพ
- 2) ลดช่องว่างของระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ณ ปัจจุบัน ได้แก่ ขาดการคัดกรองก่อนวัยเรียน ระยะเวลาการวินิจฉัยและบำบัดรักษานาน ขาดการปรับพฤติกรรมเด็กที่โรงเรียนและที่บ้าน ขาดการติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ผลและอาการไม่พึงประสงค์ที่บ้านและโรงเรียนในเด็กที่ได้รับ การวินิจฉัยและรักษาด้วยยา

#### กรอบแนวคิด

การพัฒนาแนวทางการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นใช้แนวคิดบริการสุขภาพโรคเรื้อรัง โรคสมาธิสั้นในเด็กเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ แบบบูรณาการและต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้านและชุมชน



รูปที่ 1 The Chronic Care Model for Child Health

การพัฒนาบริการอยู่บนฐานของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทูตียภูมิ และตติยภูมิ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู รวมถึงทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพและบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาโรคสมาธิสั้นในเด็กของพื้นที่ภาคเหนือ ที่มีความเป็นไปได้ บทบาทของผู้ให้บริการไม่ซ้ำซ้อน เน้นการขยายบทบาทและศักยภาพการให้บริการของสถานบริการระดับปฐมภูมิและทูตียภูมิ 3 ด้านหลัก คือ 1) การให้คำแนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้นและการดูแลเด็กเบื้องต้น โดยรพศ. 2) การคัดกรองอาการสมาธิสั้นโดยครู ผู้ดูแล และบุคลากรที่รับผิดชอบใน รพช. 2) การตรวจและวินิจฉัยโรคโดยแพทย์และระบบยาเมทิลเฟนิเตด โดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ รพท. 3) ระบบส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลของเครือข่ายบริการโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศ

**วิธีการพัฒนาแนวทางฯ**

ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรม ผลการสำรวจและการสัมภาษณ์ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ และทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติในการจัดทำร่างระบบบริการฯ ในขั้นตอนต่อไปจะเป็นการให้ความเห็นและข้อเสนอแนะโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด เกษัชกรผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานการศึกษาพิเศษ ครู ตัวแทนผู้ดูแล และบุคลากรระดับนโยบายด้านสุขภาพจิตของจังหวัด แห่งข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นมีดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสำหรับ รพศ. , รพท.,รพช. และ PCU โดยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2556.
2. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์ พ.ศ. 2553.

3. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. 2011.
4. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Clinical Practice Guidelines. AMS-MOH Singapore. 2014.
5. Screening, Referral and Treatment for Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) – Pediatric – Ambulatory Clinical Practice Guideline (CPG). 2014.
6. ผลการสำรวจศักยภาพการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในภาคเหนือ พ.ศ. 2558.
7. ผลการสัมภาษณ์โรงพยาบาลและกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พ.ศ. 2558.
8. ข้อมูลจากโครงการวิจัยการส่งเสริมความรู้ ทักษะและทักษะครูโรงเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาภาคเหนือในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยารักษาเด็กโรคสมาธิสั้น พ.ศ. 2557.

### กลุ่มเป้าหมายการนำไปใช้

โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ สำนักงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน โรงเรียน ครู พ่อแม่หรือผู้ดูแล ชุมชน

### เป้าหมายระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นตามระดับบริการ

#### ระดับปฐมภูมิ

1. พ่อแม่หรือผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และสามารถสังเกตพฤติกรรมและประเมินอาการภาวะสมาธิสั้นเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ SNAP-IV สามารถช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นที่บ้านโดยจัดกิจกรรมและปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และสามารถดูแลเด็กต่อเนื่องและสอดคล้องกับโรงเรียนและโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์เมื่อได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยา
2. ครูโรงเรียนประถมศึกษาผู้รับผิดชอบในการดูแลเด็กที่มีอาการและเด็กโรคสมาธิสั้น สามารถสังเกตพฤติกรรมและประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ SNAP-IV และเครื่องมือคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บทพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึม (KUS-SI Rating Scale) สามารถปรับพฤติกรรมและจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กที่มีอาการและเด็กโรคสมาธิสั้น สามารถสื่อสารประสานงานกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลและโรงพยาบาลในการนำเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเพื่อรับการวินิจฉัยรักษาและดูแลต่อเนื่องได้ โดยสามารถประเมินอาการของเด็กเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามผลการรักษา และดูแลการใช้ยาของเด็กที่โรงเรียนในกรณีที่ได้มีการวินิจฉัยและรักษาด้วยยา
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) พยาบาลวิชาชีพสามารถคัดกรองอาการเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ SNAP-IV ประเมินพัฒนาการของเด็ก สามารถให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมแก่ครูและพ่อแม่หรือผู้ดูแล ส่งต่อและรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ พร้อมกับสื่อสารข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ สามารถติดตามดูแลเด็ก ด้วยการประเมินอาการเป็นระยะ ๆ และสามารถสร้างเครือข่ายในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องร่วมกับโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และผู้เกี่ยวข้องได้



## ระดับทุติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน (รพท.)

1. รับส่งต่อจากบริการปฐมภูมิ รพสต. พ่อแม่หรือผู้ดูแล/หรือครูโดยตรง
  - 1.1 พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หรือพยาบาลจิตเวช ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น สามารถให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมกับครูและผู้ปกครองในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สามารถติดตามประเมินอาการของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้นได้ ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การรักษาและการดูแล สามารถให้ความรู้เรื่องโรคด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิตแก่ครูและผู้ปกครองได้
  - 1.2 เกสัชกรโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยและผู้ดูแล และครูโรงเรียนประถมศึกษาได้ มีระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์และผลการใช้ยา สามารถใช้เครื่องมือในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ใช้ยา
  - 1.3 บุคลากรด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ร่วมทีมการประเมินอาการและบำบัดทางสังคมจิตวิทยา และกิจกรรมบำบัด และสามารถให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ดูแล และครูในการปรับพฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียนได้ และให้การบำบัดหรือปรับพฤติกรรมได้ โดยไม่ต้องรอการวินิจฉัย
2. การติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่อง

## ทุติยภูมิและตติยภูมิ (รพท.และ รพศ.)

1. การตรวจวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษา
  - 1.1 แพทย์สามารถประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กผู้มารับบริการ อายุ 4-18 ปี ได้โดยดูจากผลการเรียนและพฤติกรรม สามารถวินิจฉัยโรคตามแนวทาง DSM-IV-TR ได้ สามารถประเมินโรคร่วมทางอารมณ์ พฤติกรรม หรือทางพัฒนาการได้ เช่น Learning disorder สามารถแนะนำรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยครูและผู้ปกครอง ในเด็กอายุ 4-5 ปี และสั่งยาเมทิลเฟนิเดทเพื่อใช้ในการรักษาร่วมกับการปรับพฤติกรรมในกรณีที่อาการหรือพฤติกรรมไม่ดีขึ้นหรือมีผลต่อการดำเนินชีวิต สามารถประเมินความเสี่ยงของการเริ่มต้นการรักษาด้วยยาและผลเสียจากการรักษาล่าช้าได้ สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี สามารถสั่งยาเมทิลเฟนิเดทร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยครูและผู้ปกครอง หรือสั่งยาสั่งยาเมทิลเฟนิเดทในการรักษาอย่างเดียว หรือแนะนำการรักษาการปรับพฤติกรรมโดยครูและผู้ปกครองอย่างเดียว สำหรับเด็กอายุ 12-18 ปี สามารถสั่งยาเมทิลเฟนิเดทเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น หรืออาจรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยครูและผู้ปกครอง โดยแนะนำการรักษาร่วมระหว่างยาและการปรับพฤติกรรมเป็นหลัก แพทย์สามารถปรับขนาดยาตามอาการและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ได้
  - 1.2 พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หรือพยาบาลจิตเวช ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น สามารถให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมกับครูและผู้ปกครองในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สามารถติดตามประเมินอาการของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้นได้ ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การรักษาและการดูแล สามารถให้ความรู้เรื่องโรคด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิตแก่ครูและผู้ปกครองได้
  - 1.3 มีระบบยาเมทิลเฟนิเดทในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย

- 1.4 เกสัชกรโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์กับผู้ดูแล และครูโรงเรียนประถมศึกษาได้ มีระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์และผลการใช้ยา สามารถใช้เครื่องมือในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ใช้ยา
  - 1.5 บุคลากรด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ร่วมทีมการประเมินอาการและบำบัดทางสังคมจิตวิทยา และกิจกรรมบำบัด และสามารถให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ดูแล และครูในการปรับพฤติกรรมที่บ้านและที่โรงเรียนได้
2. การติดตามผลและดูแลอย่างต่อเนื่อง

# ภาพรวมกระบวนการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

เด็กอายุ 4-18 ปี ที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น

บ้าน: พ่อแม่หรือผู้ดูแลคัดกรองด้วยการสังเกตอาการและประเมินเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ SNAP-IV สังเกตความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ และติดตามผล

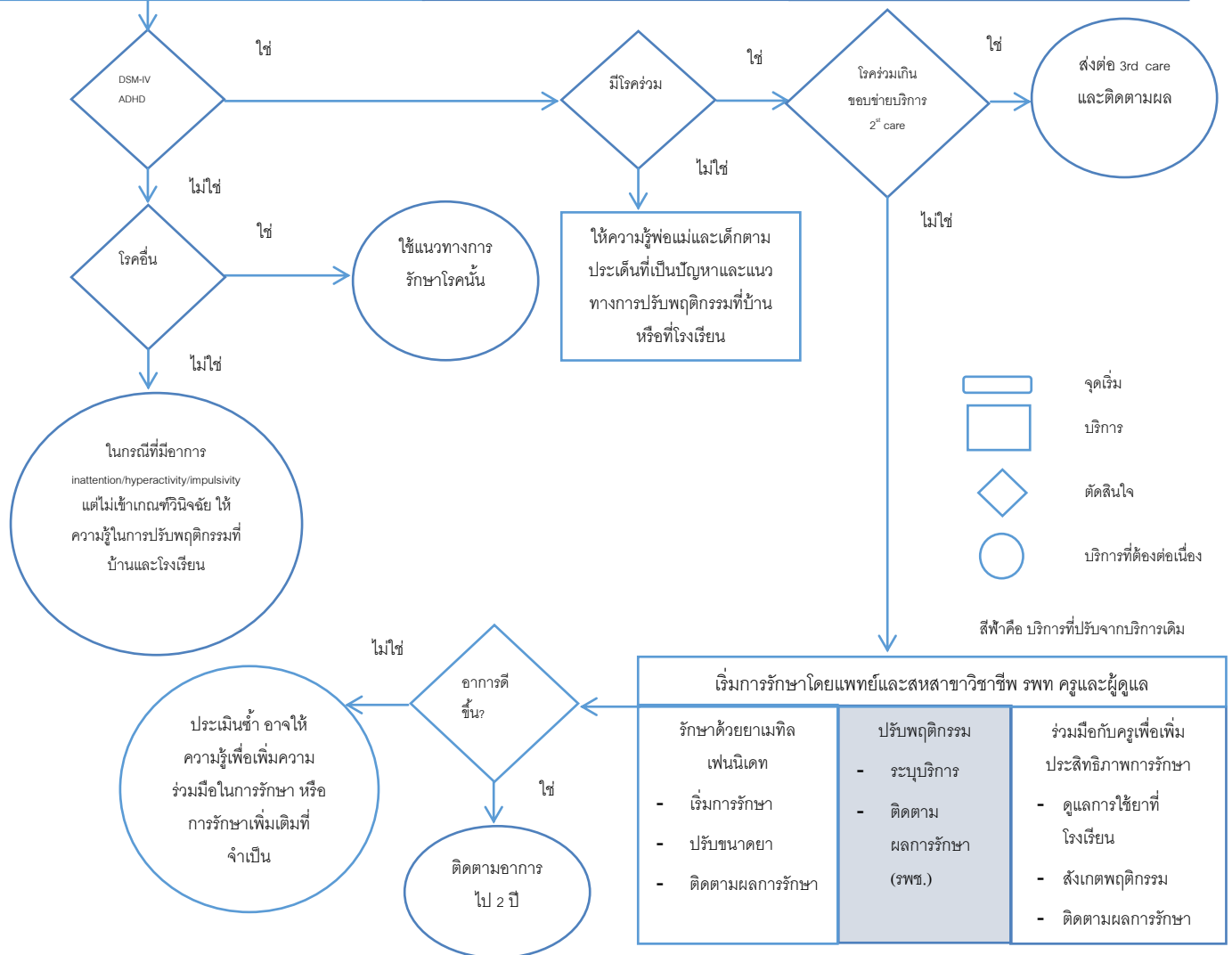
โรงเรียน: ครูคัดกรองด้วยการสังเกตอาการและประเมินเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ KUS-SI และ SNAP-IV สังเกตความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ และติดตามผล

รพสต.: ประเมินอาการ ให้คำแนะนำเบื้องต้นเรื่องโรคและการปรับพฤติกรรมที่บ้านและโรงเรียน การลดปัจจัยเสี่ยง และการติดตามอาการ และส่งต่อ

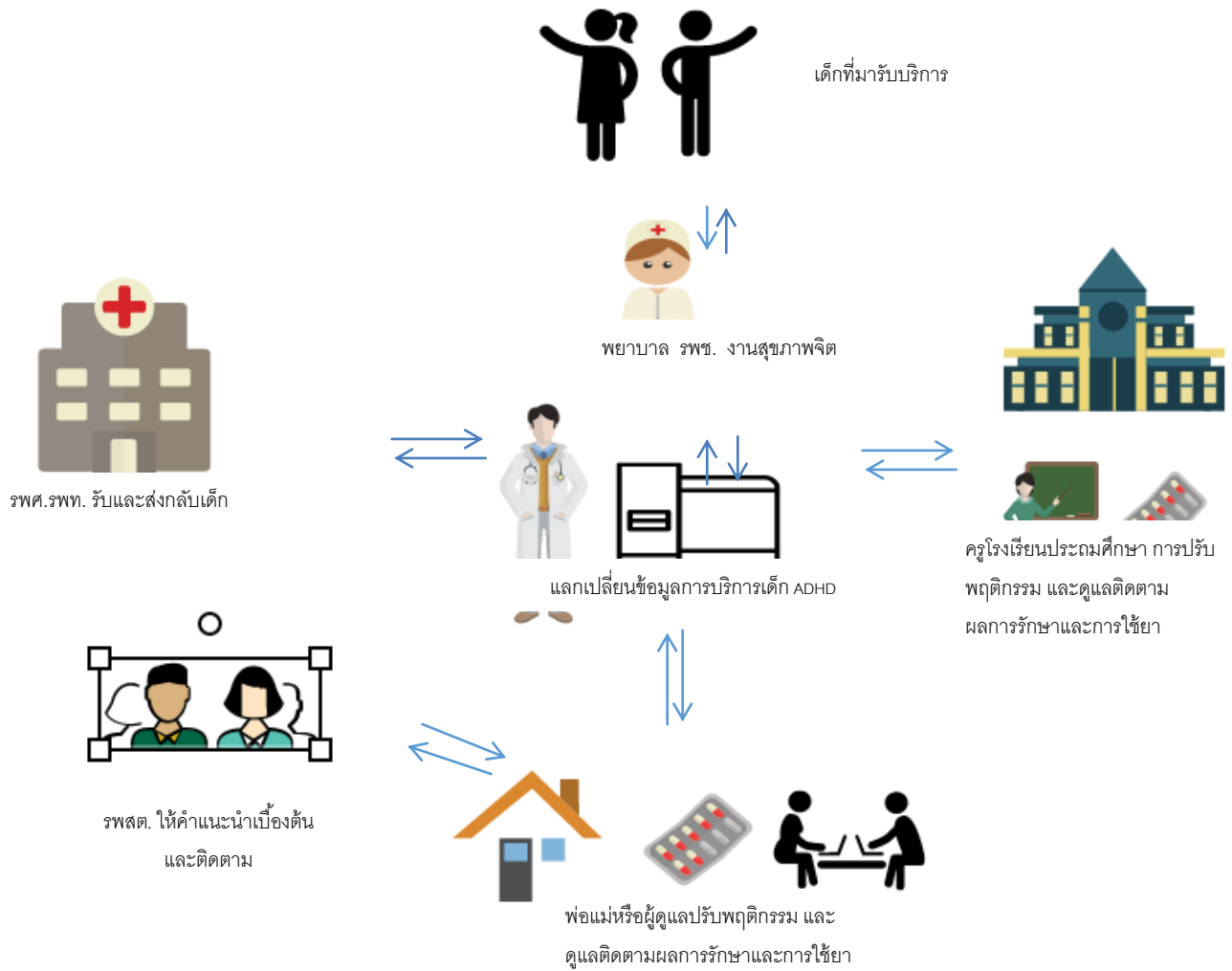
รพช.: ประเมินอาการ ให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปรับพฤติกรรมที่บ้านและโรงเรียน การลดปัจจัยเสี่ยง และการติดตามอาการ และส่งต่อ ปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยา

รพท/รพศ. โดยแพทย์ ตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น และประเมินหรือคัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ

ประเมินจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล ด้านข้อกังวลใจ, ประวัติครอบครัว ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติด้านสังคมจิตวิทยา ข้อมูลจากการประเมินด้วย SNAP-IV	ประเมินจากครู ข้อกังวลใจ, ข้อมูลจากการประเมินด้วย SNAP-IV, การประเมินโรคร่วม, ผลการเรียน การทำงาน การ เข้าสังคม พฤติกรรม	ประเมินจากเด็ก ใช้การสัมภาษณ์ การประเมินพฤติกรรม การตรวจ ร่างกายและระบบประสาท สอบถามความสัมพันธ์กับ ครอบครัว กับเพื่อน โรงเรียน
--	---	--



## ระบบสารสนเทศในการส่งต่อและติดตามที่มีอาการและเด็กโรคสมาธิสั้น



หมายเหตุ: ลูกศรไปกลับ หมายถึงมีการส่งต่อและรับข้อมูลที่สำคัญในการประเมินและติดตามผลการรักษา

ตาราง 5.1 ร่าง การบริการ การส่งต่อ และข้อมูลที่ต้องการในการให้บริการ

ขั้นตอนบริการ	ผู้ให้บริการ	การบริการ	ข้อมูลที่ต้องเก็บและส่งต่อ	ผู้ใช้ข้อมูล
1	พ่อแม่หรือผู้ปกครอง	<ol style="list-style-type: none"> <li>สังเกตอาการที่บ้าน</li> <li>คัดกรองด้วยเครื่องมือ SNAP-IV สำหรับผู้ปกครอง</li> <li>ปรับพฤติกรรมที่บ้าน</li> <li>กรณีเด็กได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยา               <ol style="list-style-type: none"> <li>ดูแลการรับประทานยา</li> <li>ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>SNAP-IV score รายด้านและคะแนนรวม</li> <li>บันทึกการปรับพฤติกรรม</li> <li>บันทึกพฤติกรรม</li> <li>4a. Score ความร่วมมือในการรับประทานยา</li> <li>4b. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ครู</li> <li>พยาบาลรับผิดชอบงานจิตเวช รพช.</li> <li>จิตแพทย์ผู้วินิจฉัย รพท./รพศ.</li> <li>นักจิตวิทยา รพช/รพท./รพศ.</li> </ol>
2	ครู	<ol style="list-style-type: none"> <li>สังเกตพฤติกรรมและผลการเรียนที่โรงเรียน</li> <li>คัดกรองด้วย KUS-SI</li> <li>คัดกรองด้วย SNAP-IV</li> <li>การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน</li> <li>การจัดการศึกษาพิเศษที่โรงเรียน</li> <li>กรณีเด็กได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยา               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การดูแลการรับประทานยาที่โรงเรียน</li> <li>2) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่โรงเรียน</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พฤติกรรมและผลการเรียน</li> <li>ผล KUS-SI</li> <li>ผล SNAP-IV</li> <li>การให้การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน</li> <li>6a. ความร่วมมือการรับประทานยาที่โรงเรียน</li> <li>6b. อาการไม่พึงประสงค์จากยา</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พ่อแม่หรือผู้ปกครอง</li> <li>พยาบาลรับผิดชอบงานจิตเวช รพช.</li> <li>จิตแพทย์ผู้วินิจฉัย รพท./รพศ.</li> <li>นักจิตวิทยา รพช/รพท./รพศ.</li> </ol>

ขั้นตอน บริการ	ผู้ให้บริการ	การบริการ	ข้อมูลที่ต้องเก็บและส่งต่อ	ผู้ใช้ข้อมูล
4	นักจิตวิทยา <u>รพช.</u>	1. ประเมินอาการทางจิตวิทยา 2. ให้คำแนะนำแก่พ่อแม่หรือครูในการปรับพฤติกรรม 3. ปรับพฤติกรรม	1. ผลการประเมินทางจิตวิทยา 2. การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่หรือครูในการปรับพฤติกรรม 3. การปรับพฤติกรรมและผลการปรับพฤติกรรม	1. พ่อแม่หรือผู้ปกครอง 2. ครู 3. จิตแพทย์ผู้วินิจฉัย รพท./รพศ. 4. นักจิตวิทยา รพท/รพศ. 5. สหสาขาวิชาชีพ รพท/รพศ.
5	จิตแพทย์ หรือ จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น ร่วมกับทีมสห สาขาวิชาชีพ <u>รพท.</u>	1. วินิจฉัย 2. บำบัดและรักษา 3. ปรับพฤติกรรม 4. ให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครอง หรือครูในการดูแล ปรับพฤติกรรม ดูแลการใช้ยาและติดตามผลการรักษา 5. ส่งต่อเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ และการรักษาที่ รพศ.	1. ผลการวินิจฉัย 2. คำสั่งการบำบัดและรักษา 3. การปรับพฤติกรรม 4. การให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือครู การนัดติดตามและ ประเมินผล 5. บันทึกการส่งต่อไปยัง รพศ.	1. พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือครู 2. สหสาขาวิชาชีพ รพท/รพศ.
6	จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น ร่วมกับทีมสห สาขาวิชาชีพ <u>รพศ.</u>	1. การประเมิน วินิจฉัย และการบำบัดรักษาโรคมาริ สั้นและโรคร่วม กรณีที่โรคและอาการซับซ้อน	1.บันทึกการประเมิน วินิจฉัย และการ บำบัดรักษาโรคมาริสั้นและโรคร่วม กรณี ที่โรคและอาการซับซ้อน	1. พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือครู 2. สหสาขาวิชาชีพ รพท/รพศ.

ภาคผนวก ค

หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ด้านการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น



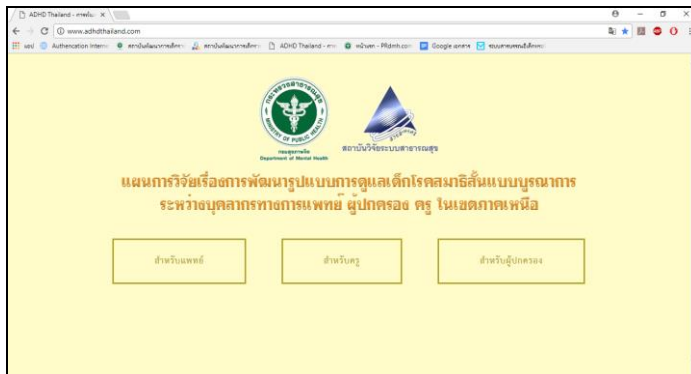
## ภาคผนวก ง

### สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์



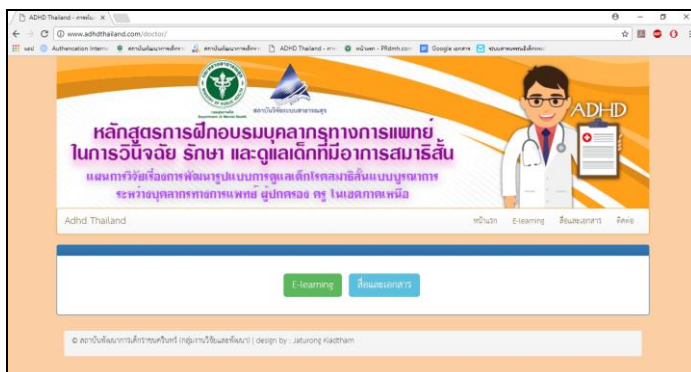
### สื่อวีดิทัศน์

หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์  
ในการวินิจฉัย รักษา และดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น



### เว็บไซต์

<http://www.adhdthailand.com/>





ภาคผนวก จ  
รายงานการประชุมที่ปรึกษาครั้งที่ 3 และ 4



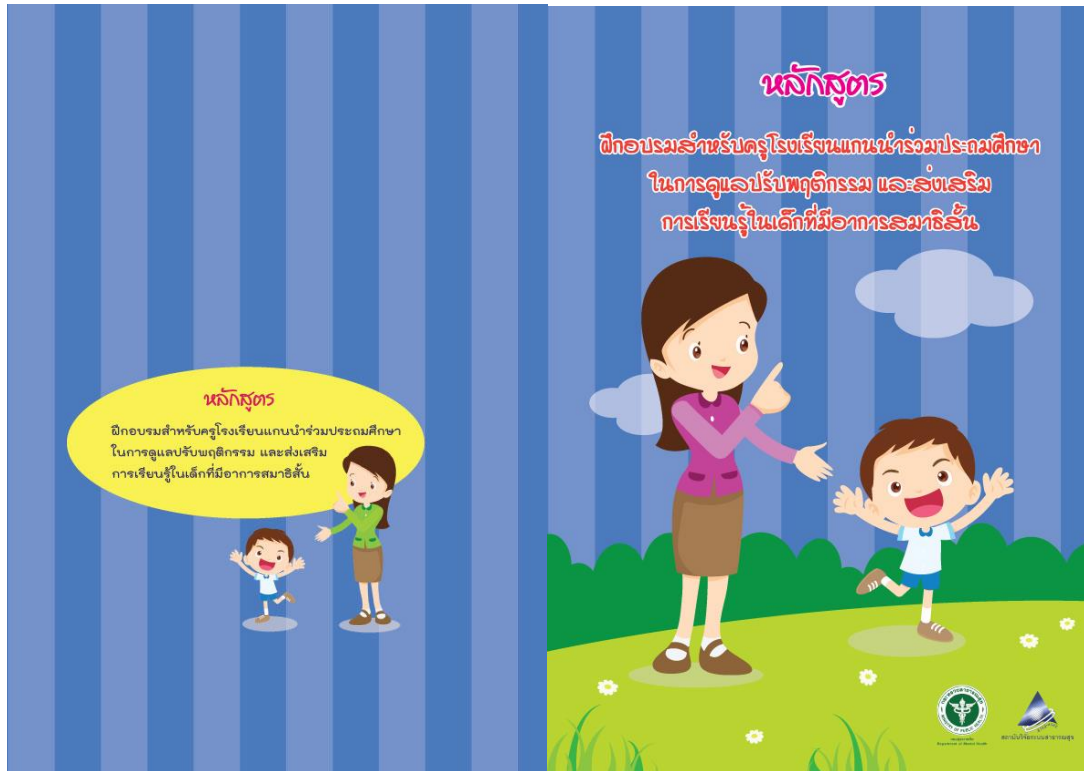
รายงานการประชุมที่ปรึกษาครั้งที่ 3



รายงานการประชุมที่ปรึกษาครั้งที่ 4

ภาคผนวก ฉ

ร่างหลักสูตรการฝึกอบรมครูโรงเรียนประถมศึกษาในเขตภาคเหนือในการดูแลและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น (หลักสูตรครู ก สอน ครู ข)



ภาคผนวก ช

คู่มือสำหรับครูในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น





แผนงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น  
แบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์  
ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ  
สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์  
196 หมู่ 10 ต. ดอนแก้ว อ. แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180  
โทรศัพท์ 053-908300-45 โทรสาร 053-908330  
www.adhdthailand.com



### คู่มือ

#### การรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้นและการติดตาม การตอบสนองต่อยาของเด็ก





แผนงานวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น  
แบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์  
ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ  
สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์  
196 หมู่ 10 ต. ดอนแก้ว อ. แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180  
โทรศัพท์ 053-908300-45 โทรสาร 053-908330  
www.adhdthailand.com



### คู่มือ

#### ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และบทบาทของครูในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น



ภาคผนวก ซ

วีดิทัศน์สำหรับครูโรงเรียนประถมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น



## ภาคผนวก ฅ

### คู่มือสำหรับผู้ปกครองในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น



