

การพัฒนาารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Development of Care Management Model for Pediatric Patients with attention deficit hyperactivity disorder at Sophisai Hospital, Bueng Kan Province.

(Received: March 23,2026 ; Revised: March 25,2026 ; Accepted: March 29,2026)

พัชราภรณ์ จันทร์ลุน¹

Pacharaporn Junloon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้วงจรการวิจัยของ ADDIE Model วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลเด็กสมาธิสั้น พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าว อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 5 กลุ่ม จำนวน 30 คนในการสนทนากลุ่ม และผู้ปกครองพร้อมเด็กจำนวน 86 คู่ในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบวัดทัศนคติ แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแล แบบประเมินทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV และแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบ CASETHING Model ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) C-Community Understanding ชุมชนเข้าใจ 2) A-Age-bridging สะพานข้ามรุ่น 3) S-Surveillance System ระบบเฝ้าระวัง 4) E-Educational Partnership การเรียนรู้ร่วมกัน 5) T-Team Collaboration ทีมสหวิชาชีพ 6) H-Health Adherence สุขภาพนิยมนา 7) I-Integrated Follow-up การติดตามแบบบูรณาการ 8) N-Nurturing Environment พื้นที่เฉพาะ 9) G-Group Support กลุ่มสนับสนุน ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นจาก 7.39 ± 2.84 เป็น 13.73 ± 1.97 คะแนน ทัศนคติปรับปรุงจาก 51.07 ± 8.94 เป็น 59.64 ± 6.83 คะแนน พฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 29.88 ± 6.42 เป็น 37.28 ± 4.85 คะแนน ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 47.32 ± 6.84 เป็น 80.41 ± 7.23 คะแนน พฤติกรรมเด็กด้วย SNAP-IV ปรับปรุงจาก 58.39 ± 13.42 เป็น 33.62 ± 8.47 คะแนน และเปลี่ยนสถานะจากระดับต้องสงสัยเป็นระดับปกติทุกด้าน ความพึงพอใจของผู้ปกครองอยู่ในระดับมากที่สุด 4.55 ± 0.56 คะแนน การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าตัวชี้วัดทุกด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: เด็กสมาธิสั้น, การพัฒนารูปแบบ, การดูแลแบบครอบครัวและชุมชน

Abstract

This research was Research & Development study using the ADDIE Model cycle. The objectives were to study the situation and problems in caring for children with ADHD, develop a care model for children with ADHD through family and community participation, and evaluate the effectiveness of this care model in Soi Phisai District, Bueng Kan Province. The sample consisted of 5 groups of stakeholders totaling 30 people for focus group discussions and 86 parent-child pairs for quantitative study. Research instruments included qualitative tools: focus group discussion guidelines; and quantitative tools: general information questionnaire, parental knowledge assessment for ADHD care, attitude scale, care behavior scale, ADHD care skills assessment, SNAP-IV behavioral assessment, and satisfaction evaluation. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test for before-after comparisons.

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Study found that developed CASETHING Model comprised 9 core components: 1) C-Community Understanding, 2) A-Age-bridging, 3) S-Surveillance System, 4) E-Educational Partnership, 5) T-Team Collaboration, 6) H-Health Adherence, 7) I-Integrated Follow-up, 8) N-Nurturing Environment, and 9) G-Group Support. Implementation results showed parental knowledge increased from 7.39 ± 2.84 to 13.73 ± 1.97 points, attitudes improved from 51.07 ± 8.94 to 59.64 ± 6.83 points, care behaviors increased from 29.88 ± 6.42 to 37.28 ± 4.85 points, care skills improved from 47.32 ± 6.84 to 80.41 ± 7.23 points, children's SNAP-IV scores improved from 58.39 ± 13.42 to 33.62 ± 8.47 points with status changing from "suspected" to "normal" in all domains, and parental satisfaction reached the highest level at 4.55 ± 0.56 points. Statistical testing revealed significant improvements in all indicators at the .05 level. The implementation of the CASETHING Model demonstrated success in integrating family and community participation, creating community understanding and acceptance of children with ADHD, and effectively improving care outcomes across all dimensions.

Keywords: Psychiatric patients with substance use disorders, Naga Protective Care model, community participatory care

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - ADHD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการของสมองที่มีผลกระทบต่อเด็กทั้งในด้านการเรียนรู้และพฤติกรรม โดยเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมีลักษณะขาดสมาธิ วอกแวกง่าย อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาจแสดงพฤติกรรมดื้อหรือต่อต้านในบางราย¹ สถานการณ์ของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2566 พบว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 5-8² จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ในปี 2566 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคสมาธิสั้นในอัตรา 1:100,000 เท่ากับ 9.51 ซึ่งยังอยู่ระดับต่ำมาก และร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้มาตรฐาน เท่ากับ 14.59 ซึ่งต่ำกว่าแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพที่ 8 อําเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ จากข้อมูลปี 2566 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคสมาธิสั้นในอัตรา 1:100,000 เท่ากับ 8 และมีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 69.23³ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบระบบการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อําเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อําเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อําเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ เป็น การ วิ จั ย แ ละ พั ฒ น า (Research & Development) โดยใช้วงจรการวิจัยของ ADDIE Model ทำการศึกษาในระหว่าง เดือน มิถุนายน 2568 ถึง ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย และผู้นำชุมชน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ปกครองและเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ที่

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอโซ่พิสัย จำนวน 466 คน

กลุ่มตัวอย่าง เจริญคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 8 คน ผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 10 คน บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 7 คน ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 3 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน เจริญปริมาณ ได้แก่ ผู้ปกครองและเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอโซ่พิสัย จำนวน 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 4 ข้อ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 40 ข้อ แบบประเมินทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV จำนวน 26 ข้อ แบบวัดความรู้ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 ข้อ แบบวัดทัศนคติในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 ข้อ พฤติกรรมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 (เดือนแรก) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่

ระยะที่ 2 (เดือนที่ 2-3) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในพื้นที่

ระยะที่ 3 (เดือนที่ 4-5) นำรูปแบบการดูแลไปใช้ ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 4 (เดือนที่ 6-7) ติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive

Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบก่อนหลัง

จริยธรรมการวิจัย

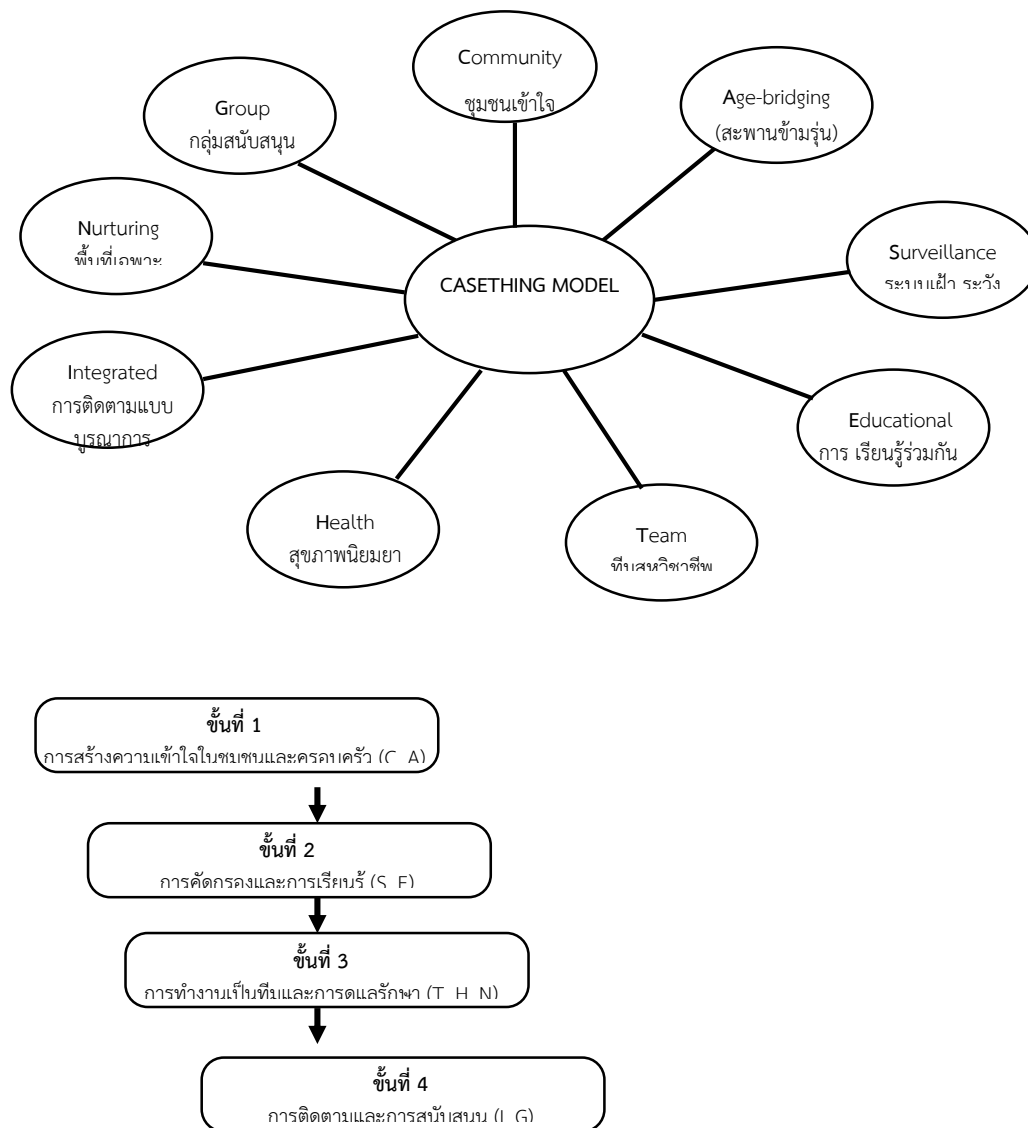
การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.00 ด้านกลุ่มอายุ ส่วนมากอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.47 ± 9.23 ปี ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเด็กจำนวน 86 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน ร้อยละ 54.65 ด้านอายุมีค่าเฉลี่ย 3.2 ± 0.8 ปี กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองจำนวน 86 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 71 คน ร้อยละ 82.56 ด้านอายุมีค่าเฉลี่ย 42.8 ± 12.3 ปี การวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบปัญหาหลัก 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การไม่ยอมรับของผู้ปกครองและชุมชน 2) ความขัดแย้งและการไม่เข้าใจข้ามรุ่น 3) ปัญหาการใช้ยาและการมาตามนัดไม่ต่อเนื่อง 4) การขาดเวลาและภาระงานของผู้ปกครอง 5) ปัญหาในระบบการให้บริการ 6) การขาดระบบสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 7) ปัญหาการประสานงานระหว่างโรงเรียนและครอบครัว 8) การขาดความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการดูแล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้พัฒนารูปแบบ CASETHING Model ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ C-Community Understanding ชุมชนเข้าใจ สร้างเครือข่าย "สมาธิสั้นใจเข้าใจ" จัดกิจกรรมให้ความรู้ในงานประเพณีท้องถิ่น A-Age-bridging สะพานข้ามรุ่น จัดอบรมพิเศษ "ปู่ย่าแก่่ง เลี้ยงหลานแบบใหม่" สร้างคู่มือการดูแลภาษาง่าย S-Surveillance System ระบบเฝ้าระวัง สร้างเครือข่าย "อสม.เฝ้าสมาธิ" ฝึกการใช้เครื่องมือคัดกรอง E-Educational Partnership การเรียนรู้ร่วมกัน จัดตั้ง "โรงเรียน

ผู้ปกครองสมาธิดี" อบรมเดือนละ 2 ครั้ง T-Team Collaboration ทีมสหวิชาชีพ สร้าง "ทีมสมาธิดี" ใช้ Line Group สำหรับการสื่อสาร H-Health Adherence สุขภาพนิยามยา พัฒนาระบบ "ยาสมาธิปลอดภัย" ให้ความรู้เฉพาะเรื่องยา I-Integrated Follow-up การติดตามแบบบูรณาการ สร้างระบบ "สมาธิติดตาม" โดย อสม.เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง N-Nurturing Environment พื้นที่เฉพาะ จัดตั้ง "ห้องสมาธิดี" แยกจากผู้ป่วยทั่วไป G-Group Support กลุ่มสนับสนุน จัดตั้งกลุ่ม "พ่อแม่สมาธิดี" แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังแสดงในภาพ 1



C - Community Understanding (ชุมชนเข้าใจ) A - Age-bridging (สะพานข้ามรุ่น)	S-Surveillance System (ระบบเฝ้าระวัง) E - Educational Partnership (การเรียนรู้ร่วมกัน)	T - Team Collaboration (ทีมสหวิชาชีพ) H - Health Adherence (สุขภาพนิยมยา) N - Nurturing Environment (พื้นที่เฉพาะ)	I - Integrated Follow-up (การติดตามแบบบูรณาการ) G - Group Support (กลุ่มสนับสนุน)
---	---	--	--

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ผลการพัฒนาพบว่า ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ (Mean ± SD = 7.39±2.84) เป็นระดับสูง (Mean ± SD = 13.73±1.97) ทักษะการปรับปรุงจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 51.07±8.94) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 59.64±6.83) พฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 29.88±6.42) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 37.28±4.85) ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (Mean ± SD =

47.32±6.84) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 80.41±7.23) พฤติกรรมเด็กด้วย SNAP-IV ปรับปรุงจากระดับต้องสงสัย (Mean ± SD = 58.39±13.42) เป็นระดับปกติ (Mean ± SD = 33.62±8.47) ความพึงพอใจของผู้ปกครองอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean ± SD = 4.55±0.56) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ตัวชี้วัดทุกด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาล โขพิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=86)

รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	d	t	95%CI	p-value
ความรู้							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	7.39	2.84	ต่ำ	6.34	18.52	5.67, 7.01	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	13.73	1.97	สูง				
ทัศนคติในการดูแลเด็กสมาธิสั้น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	51.07	8.94	ปานกลาง	8.57	7.83	6.40, 10.74	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	59.64	6.83	มาก				
พฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	29.88	6.42	ปานกลาง	7.40	9.15	5.81, 8.99	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	37.28	4.85	มาก				
ทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	47.32	6.84	น้อย	33.09	35.42	31.24, 34.94	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	80.41	7.23	มาก				

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาล โષพิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=86)

รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{d}	t	95%CI	p-value
พฤติกรรมเด็ก - ด้านขาดสมาธิ (SNAP-IV)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	20.94	4.83	ต้องสงสัย	-9.08	-15.73	-10.22, -7.94	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	11.86	3.24	ปกติ				
พฤติกรรมเด็ก - ด้านนอนไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (SNAP-IV)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	20.56	5.17	ต้องสงสัย	-9.64	-13.82	-11.01, -8.27	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	10.92	3.15	ปกติ				
พฤติกรรมเด็ก - ด้านต่อต้าน (SNAP-IV)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	16.89	4.67	ต้องสงสัย	-6.05	-11.24	-7.11, -4.99	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	10.84	2.98	ปกติ				
คะแนนรวม SNAP-IV							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	58.39	13.42	ต้องสงสัย	-24.77	-16.85	-27.67, -21.87	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	33.62	8.47	ปกติ				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ปัญหาในรูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เดิมไม่มีการควบคุมโรคล่วงหน้า ขาดกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคในรูปแบบงานประจำ ขาดงบประมาณที่บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น ขาดการกำหนดบทบาทการดูแล เนื่องจากภาคีเครือข่ายส่วนมากอยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีการศึกษาในระดับปานกลาง ทำให้การควบคุมป้องกันโรคต้องอาศัยประสบการณ์และการบูรณาการร่วมกับทุกฝ่ายจึงประสบความสำเร็จได้ การพัฒนารูปแบบ CASETHING Model ประกอบด้วย 9 มาตรการ เนื่องจากกระบวนการบูรณาการ และควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว มาตรการที่เข้มงวดจริงจัง ร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ประสบความสำเร็จได้⁴⁻⁶ ผลการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ในภาพรวมพบว่า ความรู้ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในแต่ละด้านช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล และควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ การส่งเสริมความรอบรู้ในภาคีเครือข่ายช่วยให้การดำเนินงานร่วมกันง่ายขึ้น และมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม⁷ ผลประเมินความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า การทดสอบคะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสร้างการมีส่วนร่วมเดิมมีความพึงพอใจเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และการทำงานร่วมกันที่เป็นอัตโนมัติ ด้วยความเต็มใจ จะช่วยให้งานราบรื่นไร้รอยต่อ⁸

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนานโยบายการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยบรรจุแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นเข้าในยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพ

2. ควรจัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อศึกษาบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น และปรับองค์ประกอบของรูปแบบ

CASETHING Model ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3. ควรศึกษาการขยายผลในบริบทที่หลากหลาย โดยนำรูปแบบ CASETHING Model ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทวัฒนธรรมแตกต่างกัน ควรมีการวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชัน "สมาธิติดตาม" ให้สมบูรณ์ขึ้น และควรมีการติดตามผลการใช้รูปแบบ CASETHING Model ในระยะยาว 2-3 ปี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโซ่พิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เจ้าหน้าที่และบุคลากรภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย และขอขอบคุณผู้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม ให้ข้อมูลจนครบทำให้การศึกษานี้มีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. เกศริน อินเสมียน, อรพรรณ โยเหลา. การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนประถมศึกษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(2):121-35.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์โรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ประจำปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. สาธารณสุขบึงกาฬ. รายงานสถานการณ์โรคสมาธิสั้นจังหวัดบึงกาฬ ประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2566.
4. ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จันทร์อาภา สุขทัพพ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;65(3):289-302.
5. มณฑกานต์ เชื้อมขิต, นันทวัน สุวรรณรูป, เบญจพร ตันตสุติ. ผลกระทบระยะยาวของโรคสมาธิสั้นต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2566;62(1):45-57.
6. วิมลรัตน์ ภูวราห์, วรัญญา เชื้อทอง. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(2):1-14.
7. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, นัฐพร ล้ำยหอม, สุภาวดี นวลมณี. การพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในชุมชน: บทเรียนจากพื้นที่นาร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):725-38.
8. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.