

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก เพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

พริยา เบ็ญฮาวัน^{1*} กิตติพร เนาว์สุวรรณ² นกษา สิงห์วีรธรรม³

รับบทความ: 9 ตุลาคม 2567; ส่งแก้ไข: 13 มิถุนายน 2568; ตอรับ: 30 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

บทนำ : เนื่องจากการเข้าถึงโรคทางจิตเวชเด็กยังน้อย จึงพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักขึ้น เพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ พัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการใช้รูปแบบ เพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย : วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1.ศึกษาสถานการณ์ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 2. พัฒนารูปแบบ 3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กนักเรียนที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม 108 คนและ ครูประถมศึกษา เขตอำเภอรามัน 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย : 1. สถานการณ์โรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ไม่มีความรู้ ผู้ปกครองไม่ยอมรับ ครูระดับชั้นต้นๆไม่ได้ประเมินและส่งต่อเด็ก 2. รูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ตามรูปแบบ KABU Model ประกอบด้วย K: Knowledge : ความรู้เกี่ยวกับโรคและการคัดกรองโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก A : Ability : ความสามารถในการประเมินและวินิจฉัย B : Best treatment : การดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และ U : Unending attentiveness : การช่วยเหลือดูแลต่อเนื่อง 3. หลังการใช้รูปแบบ ความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ของผู้ปกครอง และความรู้ความเข้าใจของคุณครูเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระการดูแลของผู้ปกครองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และร้อยละการเข้าถึงของโรคทางจิตเวชเด็กเพิ่มขึ้น

สรุปผล : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรนำไปใช้เพิ่มอัตราการคัดกรอง โดยขยายผลลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปใช้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้และบริบทไทยมุสลิม

คำสำคัญ : เด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โรงเรียนประถมศึกษา

¹ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา 95140

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดสงขลา 90000

³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200

*อีเมล:fuyayah@gmail.com

Development of Care Model for Children at Risk of 4 Major Psychiatric Diseases for Access to Medical Services in Primary School, Raman District, Yala Province

Fureeya Benhawan^{1*}, Kittiporn Nawsuwan², Noppcha Singweratham³

Received: October 9, 2024; Received revision: June 13, 2025; Accepted: June 30, 2025

Abstract

Background: Due to the limited access, we developed Care Model for children at risk of 4 major psychiatric diseases for access to medical services in primary school

Objective: To investigate the situation, develop a model and examine the effectiveness of Care Model for children at risk of 4 major psychiatric diseases model

Materials and methods: This research was a research and development. There were 3 phases: 1 Study the current situation on access to health care service. 2 Develop Care Model. 3 Investigate the effectiveness on the model by using a quasi-experimental with one group pretest and posttest. The sample size were parents with children at risk of 4 major psychiatric diseases for 108 in each group. Elementary school teachers in Raman district were 55 persons. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test.

Results: 1. The situation of child psychiatric diseases increasing every year. Obstacles to accessing services include lack of knowledge, parental denial, and the failure of teachers to assess and refer children. 2. The model according to the KABU Model, comprises: K: Knowledge; A: Ability; B: Best treatment; and U: Unending attentiveness. 3. After the implementation of the model, parental satisfaction, teachers' knowledge and understanding increased at a statistical significance level of .01, while the care burden on parents significantly decreased and the percentage accessing services increased.

Conclusion: The improved model should be used to increase screening rate and extended to community health center in the southern border province in Thai Muslim setting.

Keywords: Children at risk of 4 major psychiatric diseases, Access to medical services, primary school

¹ Raman Hospital, Yala Province, 95140.

² Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Songkhla Province, 90000.

³ Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, 50200

*E-mail: fuyayah@gmail.com

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์โรคจิตเวช เด็กไทย ปี พ.ศ. 2565 - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคจิตเวช เด็กไทย อายุ 6-17 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาพบ 40.12 คน ต่อ 100,000 ประชากร โรคออทิสติกภาพรวมพบ 112.87 คน ต่อ 100,000 ประชากร โรคสมาธิสั้นภาพรวมพบ 106.44 คน ต่อ 100,000 ประชากร และภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ภาพรวมพบ 64.65 คน ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันเกือบทุกเขตสุขภาพ^[1] และจากรายงานการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช ทั้งประเทศเกี่ยวกับจิตเวชเด็ก พบว่า โรคที่เจอบ่อยคือ เด็กที่มีปัญหาการเรียน มี 4 โรค คือ โรคสมาธิสั้น โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ โรคบกพร่องทางสติปัญญา และโรคออทิสติก โดยสถิติในระบบการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเด็กกลุ่มนี้ ค่อนข้างน้อย^[2] ที่อาจจะส่งผลการดูแลที่จะมีผลต่อการกระตุ้นพัฒนาการต่อไป

เด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก มักจะพบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วยได้มาก เนื่องจากมีปัญหาการเรียนและได้รับการดูแลไม่ถูกวิธี ครูและผู้ปกครองไม่เข้าใจลักษณะโรคและข้อจำกัดของเด็กทำให้ผลการเรียนแย่ลง^[3] ส่วนใหญ่ผู้ปกครองหรือครูมักไม่รู้ เด็กก็เข้าสู่ระบบการเรียนเหมือนเด็กปกติทั่วไป แต่พอไปเรียนหนังสือ ตัวโรคทำให้เด็กแปลกแยกจากเด็กอื่นถูกเข้าใจผิดว่าเป็นเด็กดื้อ เด็กขี้เกียจ เด็กไม่สนใจเรียน ไม่ได้เรื่อง^[4] หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เล็ก เมื่อโตขึ้นเด็กจะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบในแง่ลบด้านต่าง ๆ มากมาย ทั้งต่อตัวเด็กและครอบครัว

เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหา ความรุนแรง อาชญากรรม และปัญหาการใช้ยาเสพติดเมื่อโตขึ้น^[2] การที่จะทำให้เด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ได้รับการตรวจประเมินและนำเข้าสู่การบริการทางการแพทย์ตั้งแต่อายุยังน้อย ต้องอาศัยการให้ความรู้สู่ชุมชน การสร้างความตระหนักรู้ในครูและผู้ปกครอง รวมถึงมีการคัดกรองที่มีคุณภาพ สามารถคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหา และสามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมตามชนิดของปัญหา^[5]

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก พบว่า มีการศึกษาสภาพการณ์ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ปกครองที่มารับบริการในคลินิก ครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและดำเนินการแก้ไข ติดตาม และประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมของผู้มารับบริการในทุกขั้นตอนตลอดกระบวนการ^[6] การสังเกตพฤติกรรมของเด็กในชั้นเรียนและที่บ้าน มีความสำคัญที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองและให้การช่วยเหลือเด็กได้เร็วยิ่งขึ้น^[7] การพัฒนาระบบบริการ ทำให้ได้แผนผังกระบวนการขั้นตอนการให้บริการที่เป็นระบบ และปฏิบัติเป็นแนวเดียวกันของทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การพบแพทย์ การบำบัดสังคม จิตใจ การนัด และการประเมินติดตามผล^[8] รวมถึงมีการออกแบบระบบการดูแลร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง และพัฒนาชุดความรู้ เครื่องมือและการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครู ในการดูแลเด็กร่วมกันแบบบูรณาการเพิ่มโอกาสด้านการเรียนและการใช้ชีวิตของ

เด็ก เกิดการดูแลเด็กร่วมกัน เกิดการค้นหาเด็กที่มีอาการในวัยเรียนอย่างรวดเร็ว เพื่อประเมินวินิจฉัยรักษา และติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐานการให้บริการเดียวกัน^[9]

โรงพยาบาลรามัน เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง มีการให้บริการคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยมีพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 คน มีกุมารแพทย์ 1 คน และมีนักจิตวิทยาที่สามารถประเมิน IQ Test และ Wrat-Thai 1 คน รวมถึงมีที่ปรึกษาจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศูนย์ยะลา 1 คน มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ที่ขึ้นกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในอำเภอรามัน ทั้งหมด 55 โรง มีจำนวนเด็กนักเรียนทั้งหมด 10,912 ราย สถิติการเข้าถึงบริการของจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ในปีงบประมาณ 2563-2565 ได้แก่ โรคสมาธิสั้น จำนวน 36 37 และ 39 ราย ตามลำดับ โรคบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 22 28 และ 39 ราย ตามลำดับ โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ปีละ 1 ราย และโรคออทิสติก จำนวนปีละ 1 ราย ซึ่งพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการยังน้อย บางโรคอัตราค่าที่ ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเลย และในรายที่เข้าถึงบริการ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงปีที่ 6 ซึ่งเป็นการเข้าถึงที่ล่าช้า ทำให้เด็กมีปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น

การเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์สำหรับเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักในระยะต้น ๆ ของชีวิต จะส่งผลกระทบต่อความพิการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น พัฒนาการทางสมองไม่เต็มที่ ส่งผลกระทบต่อทักษะการเรียนรู้ หรือทำให้มีพฤติกรรมไม่สมวัย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ ทำให้การอยู่ในระบบการศึกษาเป็นไปได้ยาก และในที่สุดก็ส่งผลกระทบต่อประกอบอาชีพ กลายเป็นภาระของสังคมใน

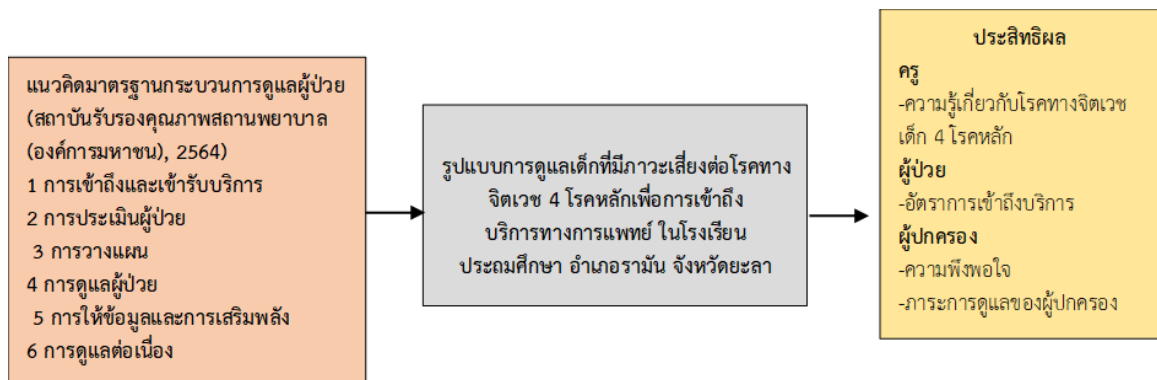
ระยะยาว^[10] จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเด็กและนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก เพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา เพื่อให้เด็กเหล่านี้ได้รับการประเมินช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที เจริญเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย^[11] มาใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2. การประเมินผู้ป่วย 3. การวางแผน 4. การดูแลผู้ป่วย 5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว 6. การดูแลต่อเนื่อง แล้วจึงนำมากำหนดเป็นรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา KABU Model



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอราษีไศล จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ค้นหาข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากบันทึกการวินิจฉัยในฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลราษีไศล ตั้งแต่ ปีพ.ศ.2562 - พ.ศ. 2566
2. นำข้อมูลที่ได้มานำเสนอเป็นความถี่ จำแนกรายปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-2566

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) คุณครูในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตอำเภอราษีไศล จำนวน 55 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ เป็นคุณครูที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กที่มีความ

บกพร่องทางการเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในเขตอำเภอราษีไศล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาของเด็กนักเรียนในโรงเรียนในด้านการเรียน และปัญหาด้านพฤติกรรม 2) ปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ในอำเภอราษีไศล
2. สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเด็ก 1 คน และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับคุณครูในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group)

จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2566 โดยจัดสนทนาเป็นกลุ่มย่อยแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 10-15 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ใช้เวลาประมาณ 30 นาที แล้วมานำเสนอในกลุ่มใหญ่ มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) เมื่อสนทนาเสร็จทุกกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญ แล้วให้ผู้เข้าร่วมทั้งหมดเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติมและตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller ในปี ค.ศ. 1992 ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

2. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

3. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 คน และนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินเด็ก 1 คน มีข้อเสนอแนะในประเด็น การวัด IQ Test และ

การประเมิน WRAT-THAI ในเด็กที่สงสัยบกพร่องทางการเรียนรู้ การส่งพบแพทย์เฉพาะทางสามารถส่งได้ทั้งกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และ ICD10 ในการวินิจฉัยโรค

4. นำรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในเขตอำเภอรามัน จังหวัดยะลา ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100

5. นำรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในเขตอำเภอรามัน จังหวัดยะลา ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในเขตอำเภอรามัน จังหวัดยะลา ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (one groups pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. เด็กนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในเขตอำเภอรามัน จำนวน 10,912 คน

2. ครูในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในเขตอำเภอรามัน ทั้งหมด 55 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง

1. เด็กนักเรียนที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียน

ระดับประถมศึกษา ในเขตอำเภอรามัน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ เด็กมีปัญหาพฤติกรรม หรือปัญหาการเรียนอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง โดยคัดกรองจากครูประจำชั้นจากประเมินจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรม 4 โรค PDDSQ ช่วงอายุ 4-18 ปี แบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV แล้วพบผลผิดปกติด้านใดด้านหนึ่ง กำหนดเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม

2. ครูในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในเขตอำเภอรามัน จำนวน 55 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นคุณครูที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในเขตอำเภอรามัน กำหนดเกณฑ์คัดออกคือ คุณครูย้ายโรงเรียนหรือเปลี่ยนงานที่รับผิดชอบ

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis^[12] ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่าการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกันสามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง^[13] ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา KABU Model ประกอบด้วย K: Knowledge หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการคัดกรองโรค

ทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก A : Ability หมายถึงความสามารถในการประเมินและวินิจฉัย B : Best treatment หมายถึง การดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และ U : Unending attentiveness หมายถึง การช่วยเหลือดูแลต่อเนื่อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกอัตราการเข้าถึงบริการของโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก

2.2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบโดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองในการเข้าถึงบริการของบุตรหลาน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

2.4 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลเด็กออทิสติก^[14-15], การประเมินภาระการดูแล ประเมินในส่วนของความต้องการใช้เวลาในการให้การดูแล และความยากลำบากในการให้การดูแล จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตั้งแต่ กิจกรรมนั้นใช้เวลาในการให้การดูแล หรือมีความยากลำบากในการให้การดูแลมากที่สุดเท่ากับ 5 จนกระทั่งถึงกิจกรรมนั้นไม่ได้ใช้เวลาในการให้การดูแล หรือไม่มีความยากลำบากในการให้การดูแลเท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก สำหรับคุณครู แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเด็ก 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน จำนวน 10 คน และผู้ปกครองในโรงเรียนเอกชน จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินความรู้ความเข้าใจได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.70 แบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72 และแบบประเมินการดูแล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ 7/2567 อนุมัติวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2567

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการจัดการตนเอง วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและ

กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินการดูแลของผู้ปกครอง (pre-test)

ขั้นตอนทดลอง

รูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา KABU Model ประกอบด้วย K: Knowledge หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการคัดกรองโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก A : Ability หมายถึง ความสามารถในการประเมินและวินิจฉัย B : Best treatment หมายถึง การดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และ U : Unending attentiveness หมายถึง การช่วยเหลือดูแลต่อเนื่อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง และแบบประเมินการดูแลของผู้ปกครอง (post-test) และจัดโปรแกรมนี้ให้แก่กลุ่มที่สนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู ความพึงพอใจของผู้ปกครอง

และภาระการดูแลของผู้ปกครอง ระหว่างก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากทดสอบข้อมูลแล้ว ไม่มีลักษณะการกระจายแบบปกติ

2. วิเคราะห์อัตราการเข้าถึงบริการ ของโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก หลังใช้ รูปแบบ

ผลการศึกษา

1. สภาพการณ์ ปัญหาการเข้าถึง บริการทางการแพทย์ของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อ โรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ในโรงเรียน ประถมศึกษา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

ตารางที่ 1 สถิติการเข้าถึงบริการของโรคทางจิต เวชเด็ก 4 โรคหลัก ปีงบประมาณ 2563 – 2566

สถิติการเข้าถึง บริการรายโรค	2563	2564	2565	2566
สมาธิสั้น	44	45	49	63
ออทิสติก	33	33	39	55
บกพร่องทาง สติปัญญา	75	81	88	100
บกพร่อง ทางการเรียนรู้	32	33	41	45

จากตาราง 1 พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - พ.ศ.2566 จำนวนเด็กโรคสมาธิสั้น มี จำนวน 44 ราย 45 ราย 49 ราย และ 63 ราย ตามลำดับ จำนวนเด็กโรคออทิสติก มีจำนวน 33 ราย 33 ราย 39 ราย และ 55 ราย ตามลำดับ จำนวนเด็กบกพร่องทางสติปัญญา มีจำนวน 75 ราย 81 ราย 88 ราย และ 100 ราย ตามลำดับ และ จำนวนผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ มีจำนวน 32 ราย 33 ราย 41 ราย และ 45 ราย ตามลำดับ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า สภาพการณ์ปัจจุบันของนักเรียนในโรงเรียน เกี่ยวกับปัญหาของเด็กนักเรียนในโรงเรียน ใน ด้านการเรียน และปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ ปัญหาด้านการเรียน คือ อ่านไม่ออก เขียน

ไม่ได้ คิดคำนวณไม่ได้ หนีเรียน ขาดเรียนบ่อย ปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ เด็กติดจอ ติดการ์ตูน ติดเกมส์ พูดภาษาการ์ตูน ขาดระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ ทำงานไม่เสร็จ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าว ขอบก้นแก้ง แดงก้น แก้ง ลักขโมย ดังคำพูดต่อไปนี้

“เคยพบเจอเด็กนักเรียนที่ก้าวร้าว ขอบก้นแก้งเพื่อนในห้อง ใครเข้าใกล้คือแก้ง เลย จนเด็กไม่มีใครคบด้วย เพราะขอบก้นแก้ง เพื่อน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“บางคนเป็นฝ่ายถูกแก้ง เป็นเด็ก เงียบ ๆ โดนเพื่อนแก้งตลอด ตามคนอื่นไม่ทัน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

“เด็กหลายคนมีปัญหาที่บ้านยากจน วันไหนไม่มีเงิน พ่อแม่ก็ให้หยุดเรียน ทำให้ขาด เรียนบ่อย ตามเพื่อนไม่ทัน”ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16

“มีเด็กที่การเรียนจะช้ากว่าคนอื่น อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ บางคนคำนวณไม่ได้ คุณครูต้องจับเด็กมาสอนแยกตอนเช้า” ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 28

“มีหลายคนที่ไม่มีความรับผิดชอบ ทำงานไม่เสร็จ ไม่ส่งการบ้าน สั่งให้ทำอะไรก็ ทำไม่เสร็จ ไม่มีความรับผิดชอบ”ผู้ให้ข้อมูลคน ที่ 30

“ปัญหาเด็กลักขโมย ขโมยของเพื่อน ขโมยของโรงเรียน อาจจะเพราะที่บ้านยากจน ด้วยเลยขโมยของ แล้วขอบพูดโกหก” ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 36

“มีเด็กที่ติดจอ ชอบดูการ์ตูน เล่นมือถือ ที่บ้านเยอะ มีภาษาเป็นของตัวเอง จะพูด ภาษาการ์ตูน ที่ติดเกมส์ก็มีเยอะ”ผู้ให้ข้อมูลคน ที่ 45

ปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการ เข้าถึงบริการของโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ในอำเภอรามัน ได้แก่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ผู้ปกครองไม่ยอมรับ ครूरระดับชั้นต้น ๆ ไม่ได้ประเมิน และส่งต่อเด็ก

มารับการรักษาที่โรงพยาบาล เด็กมีปัญหา เศรษฐกิจในครอบครัว เช่น พ่อแม่แยกทางกัน ยากจน

“ครูไม่เคยรู้ว่าเด็กแบบนี้คือมีโรคทางจิตเวชในเด็กด้วย คิดว่าเป็นเด็กซน หรือเด็กที่พ่อแม่เลี้ยงดูมาแบบนั้น” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“เด็กบางคนพอครูประเมินแล้วพบว่าเสี่ยง พ่อบอกพ่อแม่ให้พามาโรงพยาบาล เขาก็บอกว่าลูกเขาไม่ได้ป่วย เขาไม่ยอมรับ แล้วไม่ยอมพาเด็กไปโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

“ครูอนุบาลหรือครูประถมต้นตอน ป.1 ป.2 ไม่ได้ประเมินหรือว่าส่งต่อมาโรงพยาบาลเพื่อรักษา แต่ปล่อยผ่านมาเรื่อย ๆ จนเด็กมาเจอครู ป.5 ป.6 อีกที คือช้าไปแล้ว” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19

“ครอบครัวเด็กบางคนพ่อแม่แยกทางกัน บางคนอยู่กับยาย ยากจน รายได้ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สะดวกที่จะพาลูกไปโรงพยาบาล” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 24

2. รูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ตามรูปแบบ KABU Model ประกอบด้วย K: Knowledge หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการคัดกรองโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก A : Ability หมายถึง ความสามารถในการประเมินและวินิจฉัย B : Best treatment หมายถึง การดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และ U : Unending attentiveness หมายถึง การช่วยเหลือดูแลต่อเนื่อง



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอราษีไศล จังหวัดยโสธร

3.1 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู ความพึงพอใจของผู้ปกครอง และการดูแลของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบความพึงพอใจของผู้ปกครอง และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู เพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระการดูแลของผู้ปกครอง ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู ความพึงพอใจของผู้ปกครอง และการดูแลของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ตัวแปร	n	Mean	SD	IQR	Z	p-value (1-tailed)
ความพึงพอใจของผู้ปกครอง						
ก่อนการใช้รูปแบบ	108	18.97	1.78	2.00	9.268	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	108	28.69	1.60	2.00		
การดูแลของผู้ปกครอง						
ก่อนการใช้รูปแบบ	108	54.06	1.43	2.00	9.053	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	108	39.78	1.56	2.50		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครู						
ก่อนการใช้รูปแบบ	55	2.22	1.42	2.00	6.481	<.001
หลังการใช้รูปแบบ	55	10.38	1.96	3.00		

3.2 อัตราการเข้าถึงบริการของโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก หลังใช้รูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบร้อยละการเข้าถึงของโรคออทิสติกเท่ากับ 46.26 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายในขณะที่ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและบกพร่องทางการเรียนรู้ มีร้อยละการเข้าถึง 19.26 และ 4.12 ตามลำดับ ซึ่งเกือบอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย สำหรับอาการสมาธิสั้นมีร้อยละการเข้าถึงเพียง 12.98 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราการเข้าถึงบริการของโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก

โรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก	จำนวน	เป้าหมายการเข้าถึง	ร้อยละการเข้าถึง
สมาธิสั้น	121	52	12.98
ออทิสติก	75	35	46.26
บกพร่องทางสติปัญญา	114	20	19.26
บกพร่องทางการเรียนรู้	61	5	4.12

สรุปผล

1. สถานการณ์เด็กโรคสมาธิสั้น เด็กโรคออทิสติก เด็กบกพร่องทางสติปัญญา และจำนวนผู้ป่วยบกพร่องทางการเรียนรู้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นในทิศทางเดียวกับจากรายงานสถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565-พฤษภาคม พ.ศ. 2566 พบ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคจิตเวชเด็กไทย อายุ 6-17 ปี มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นในได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เกือบทุกเขตสุขภาพ^[1] โดยปัญหาของเด็กนักเรียนในโรงเรียน ในด้านการเรียน และปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ ปัญหาด้านการเรียน คือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ คิดคำนวณไม่ได้ หนีเรียน ขาดเรียนบ่อย ปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ เด็กติดจอ ติดการ์ตูน ติดเกมส์ พูดภาษาการ์ตูน ขาดระเบียบวินัย ขาดความรับผิดชอบ ทำงานไม่เสร็จ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าว ขอบกั้นแกล้ง โดนกลั่นแกล้ง ลักขโมย ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการเข้าไม่ถึงบริการหรือไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการแก้ไขปัญหาคือ ขอบกพร่องระบบการ ซึ่งพบว่า การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเด็กกลุ่มนี้ ค่อนข้างน้อย^[2] ปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ได้แก่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ผู้ปกครองไม่ยอมรับ ครูระดับชั้นต้น ๆ ไม่ได้ประเมินและส่งต่อเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เด็กมีปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เช่น พ่อแม่แยกทางกัน ยากจน ทำให้พบอัตราการเข้ารับการบำบัดน้อยในระยะแรกของการรักษา ซึ่งบทบาทของผู้ปกครอง และครูมีส่วนสำคัญต่อประสิทธิภาพของการเข้ารับการบำบัดรักษา^[16] จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากจะต้องให้เขาถึงบริการแล้ว ควรมีการทำให้เกิดการ

รักษาอย่างต่อเนื่องเพราะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ตามรูปแบบ KABU Model ประกอบด้วย K: Knowledge หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการคัดกรองโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก A : Ability หมายถึง ความสามารถในการประเมินและวินิจฉัย B : Best treatment หมายถึง การดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และ U : Unending attentiveness หมายถึง การช่วยเหลือดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการแก้ปัญหาโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ที่มีการนำผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและดำเนินการแก้ไข ติดตาม และประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมของผู้มารับบริการในทุกขั้นตอนตลอดกระบวนการ^[6] การเน้นการร่วมกันระหว่างเด็กในชั้นเรียนและที่บ้าน^[7] การพัฒนาระบบบริการ ทำให้ได้แผนผังกระบวนการขั้นตอนการให้บริการที่เป็นระบบและปฏิบัติเป็นแนวเดียวกันของทีมสหวิชาชีพ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การพบแพทย์ การบำบัดสังคมจิตใจ การนัด และการประเมินติดตามผล^[8] รวมถึงมีการออกแบบระบบการดูแลร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุข ครูและผู้ปกครอง และพัฒนาชุดความรู้เครื่องมือและการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์และครู ในการดูแลเด็กร่วมกันแบบบูรณาการ เพิ่มโอกาสด้านการเรียนและการใช้ชีวิตของเด็ก เกิดการดูแลเด็กร่วมกัน เกิดการค้นหาเด็กที่มีอาการในวัยเรียนอย่างรวดเร็ว เพื่อประเมิน วินิจฉัยรักษา และติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน

การให้บริการเดียวกัน^[9] จะเห็นได้ว่า ในการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กเป็นการดูแลที่ต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการจัดบริการ

3. หลังการใช้รูปแบบฯ ความพึงพอใจของผู้ปกครอง และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก 4 โรคหลักสำหรับคุณครูเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระการดูแลของผู้ปกครองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการที่ครูและผู้ปกครองไม่เข้าใจลักษณะโรคและข้อจำกัดของเด็ก^[3] นำสู่ระบบการเรียนเหมือนเด็กปกติทั่วไป เด็กถูกเข้าใจผิดว่าเป็นเด็กดื้อ เด็กไม่สนใจเรียน^[4] เมื่อมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้แบบประเมินแก่คุณครู ให้คุณครูสังเกตเด็ก แล้วส่งต่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษา รวมถึงให้ความรู้และปรับทัศนคติผู้ปกครองในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการดังกล่าวช่วยให้ภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพเกิดการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องกับเด็ก มีการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^[17] ส่งเสริมให้เกิดการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เล็ก ทั้งต่อตัวเด็กและครอบครัว^[2] การที่จะทำให้เด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช 4 โรคหลัก ได้รับการตรวจประเมินและนำเข้าสู่การบริการทางการแพทย์ตั้งแต่อายุน้อย ต้องอาศัยการให้ความรู้สู่ชุมชน การสร้างความตระหนักรู้ในครูและผู้ปกครอง รวมถึงมีการคัดกรองที่มีคุณภาพ สามารถคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหา และสามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมตามชนิดของปัญหา^[5] ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กลดลง^[14] ทั้งนี้การเข้าถึงอาการออทิสติก อาการบกพร่องทางสติปัญญาและ

บกพร่องทางการเรียนรู้ อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย แต่อาการสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย จะเห็นได้ว่า การที่คุณครูมีความรู้ในการประเมินทำให้เกิดความสะดวกในการสื่อสารเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลและผลการประเมิน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของเด็กในพื้นที่บริการเป็นอย่างดี^[18] แต่ทั้งนี้ควรมีการติดตามให้เข้ามารับบริการอย่างต่อเนื่องเพราะจะทำให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

บทเรียนที่ได้รับ

1. ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการเพิ่มอัตราการคัดกรองและการเข้าถึงบริการ ตลอดจนนำไปเสริมสร้างความเข้าใจให้กับผู้ปกครองที่บุตรหลานมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ตลอดจนขยายผลลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปใช้ตามบริบทในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้และบริบทไทยมุสลิม

2. การวิจัยครั้งนี้ พบว่า กระบวนการในการประเมินและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 4 โรคหลักในกลุ่มที่สงสัยบกพร่องทางสติปัญญาหรือบกพร่องทางการเรียนรู้ ต้องพบนักจิตวิทยาเพื่อทำการประเมิน IQ Test, WRAT-Thai ซึ่งมีอัตรากำลังนักจิตวิทยาเพียง 1 คน ทำให้มีระยะเวลาในการรอคอยการประเมิน ดังนั้น ควรวางแผนเพิ่มจำนวนของนักจิตวิทยา เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการประเมิน ช่วยให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและดูแลได้รวดเร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วรวรรณ จุฑา, เรวดี จายานะ, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์ และกมลลักษณ์ มากคล้าย. สถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565-พฤษภาคม พ.ศ. 2566 : การเฝ้าระวังโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจาก

- คลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center: HDC) 30 มิถุนายน 2023 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1480>.
2. ฤทัยรัศมี ก่อแก้ว. รายงานผลการดำเนินงาน โครงการจัดบริการคัดกรองและช่วยเหลือสุขภาพจิตเด็ก 6-15 ปี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://benchalakhospital.com/bch2 /images/รายงานผลโครงการ.pdf](https://benchalakhospital.com/bch2/images/รายงานผลโครงการ.pdf).
 3. บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ และธารินทร์ เพ็ญวรรณ. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2562; 33(2):327-338.
 4. นวพรรษ บุญชาญ. 4 โรค กระทบการเรียนเด็กไทย[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/groupreview0000365.pdf.
 5. ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พรอสเพอริสพลัส; 2561.
 6. นันทพร กองเงิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กโรงพยาบาลหล่มสัก แบบมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th > files>.
 7. บุญเลี้ยง ทุมทอง, อดิวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. โรคสมาธิสั้น: แนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน. วารสารครุพิบูล. 2565; 9(1):12-24.
 8. สุนทรี ศรีโกไสย, อุไรวรรณ วงศ์โปธิ, ณัฏฐ์พิมล วงศ์เมือง และอนงค์พร ต๊ะคำ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและพัฒนาการ. วารสารสภากาชาด. 2566; 38(2):88-104.
 9. ชัยวัฒน์ ดาราสีชมน์. การพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการ โดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์และครู อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562; 12(1):78-83.
 10. โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, ลือชัย ศรีเงินยวง, ณรงค์ฤทธิ์ อัครวงศ์พิภพ, ธนวรรจน์ บุณยสุขสกุล, วณิดา ชนินทยุทวงศ์, วิมลวรรณ ปัญญาว่าวอง, และธวัชรรัตน์ ศรีวิลาส. สถานการณ์ความพิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการที่จำเป็นของรัฐสำหรับเด็กพิการในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561; 12(3):469-479.
 11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่5. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).; 2565.
 12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Res Methods. 2007;39(2):175-191.

13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. จิณัฐตา ศุภศรี, อรรพรรณ หนูแก้ว และวันดี สุทธิรังสี. ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กออทิสติก: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(ฉบับพิเศษ):196-213.
15. Oberst MT. Appraisal of Caregiving Scale: AGS Revised. Madison: University of Wisconsin; 1991.
16. รัชฎาพร สีลา. การประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566; 19(2):35-48.
17. นริศรา อารีรักษ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2566.
18. นงคราญ สมเย็น. การพัฒนาระบบบริการทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2566; 2(1):23-38.