

การพัฒนารูปแบบในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



นายรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DEVELOPMENT OF TREATMENT OUTCOMES ASSESSMENT MODALITY FOR CHILDREN
WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER
AT CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH
RAJANAGARINDRA INSTITUTE

Mr. Rattanasak Santitadukul



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Health Research and Management
Department of Preventive and Social Medicine
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2015
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็ก
โดย	สมาธิสั้น ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
สาขาวิชา	นายรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร)
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ)
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)

รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล : การพัฒนารูปแบบในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (THE DEVELOPMENT OF TREATMENT OUTCOMES ASSESSMENT MODALITY FOR CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER AT CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH RAJANAGARINDRA INSTITUTE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร. นพ. พรชัย ลิทธิศรีธัญกุล, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. นพ. ภัทร พิทยรัตน์ เสถียร, 164 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น โดยการวิจัยแบบผสมผสานจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง การสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญด้วยกระบวนการเดลฟาย และทดลองใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น

การวิจัยระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาเครื่องมือ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ 1.ผู้ปกครองจำนวน 11 ราย และ 2.สทวิชาชีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจำนวน 29 ราย ส่วนระยะที่ 2 เพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือในเด็กสมาธิสั้นจำนวน 180 ราย และศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดเพื่อสรุปเป็นรูปแบบในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นในผู้ป่วยจำนวน 348 ราย

ผลการวิจัย พบว่ามีแบบสอบถามทางจิตวิทยา/พฤติกรรมจำนวน 7 ฉบับที่ผ่านฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.60 จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง และมีค่าความไวเท่ากับ ร้อยละ 80.6 และ ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 76.6 มีค่าพื้นที่ใต้โค้งเท่ากับ 0.83 ถือว่าอยู่ในระดับเกณฑ์ดีเมื่อเทียบกับการประเมินจากคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน โดยมีตัวแปรที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ได้แก่ ผลการเรียนรู้ และ ความร่วมมือในการรักษา ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยา/พฤติกรรมเรียงตามลำดับความสามารถในการทำนาย ได้แก่ 1. คุณภาพชีวิต 2.อาการสมาธิสั้น. 3.สถานการณ์ปัญหาในบ้าน 4.ภาวะการดูแลเด็ก ปัจจัยเหล่านี้สามารถเลือกใช้ตามลำดับเพื่อประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ดังนั้นควรออกแบบการบำบัดรักษาจากปัจจัยเหล่านี้และนำชุดเครื่องมือดังกล่าวนี้ติดตามคุณภาพการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นในหน่วยบริการต่อไป

ภาควิชา	เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิติ
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ปีการศึกษา	2558	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5375358830 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORDS: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER / OUTCOMES ASSESSMENT / DELPHI CONFERENCE METHOD BY EXPERTS

RATTANASAK SANTITADAKUL: THE DEVELOPMENT OF TREATMENT OUTCOMES ASSESSMENT MODALITY FOR CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER AT CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH RAJANAGARINDRA INSTITUTE. ADVISOR: PROF. PORNCHAI SITHISARANKUL, M.D.,MPH.,DrPH, CO-ADVISOR: ASST. PROF. NUTTORN PITYARATSTIAN, M.D.,M.Sc.,Board, 164 pp.

The study aimed to develop ADHD treatment outcome evaluation, and parent's perspectives. Mixed methods were used which divided into 2 phases. The first phase, 11 parents of ADHD children and 29 mental health professionals were interviewed and used Delphi conference to develop the instrument. Then the second phase had the objective to test the quality of the tool. One hundred and eighty ADHD cases were evaluated for the outcome predictors.

Results showed that 7 of the evaluation tools are consensually agreed by the experts. While the ADHD clinical outcome checklist showed fair reliability of 0.60, with good sensitivity and specificity at 0.80 and 0.76, respectively. The area under ROC curve is of good level (0.83) compared with gold standard. Academic achievement, compliance, quality of life, ADHD symptoms, family situation and burden of parents are good outcome predictors ($p < .05$).

The study suggests that these factors be evaluated for clinical outcomes at 3 and 6 months. Furthermore, these should be considered in treatment services design and follow up clinical outcome by this tool to maintain the quality of services.

Department:	Preventive and Social Medicine	Student's Signature
		Advisor's Signature
Field of Study:	Health Research and Management	Co-Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาอย่างยิ่งจากทั้ง ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล และผศ.นพ.ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ดูแลให้แนวคิดในการเรียนตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษา และให้ความรู้แนะนำปรึกษาวิทยานิพนธ์จนศึกษาสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.นพ.นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ.สมรรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ และรศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร กรรมการสอบที่กรุณาแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้องยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณ นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน อดีตผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ที่ได้อนุมัติให้ผู้วิจัยลาศึกษาในหลักสูตรนี้ อีกทั้งให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย และความอนุเคราะห์เป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้อีกด้วย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ตลอดจนเพื่อนนิสิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกในขณะที่กำลังศึกษาและทำวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 30 ท่านที่กรุณาเข้าร่วมกระบวนการวิจัยและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความถูกต้องมากขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัยทั้ง พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ น.ส.สุวัฒนา ศรีพันธ์ผล หัวหน้ากลุ่มงานจิตวิทยา รวมทั้งคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เจ้าหน้าที่ทั้งฝ่ายงานบริการผู้ป่วยนอก งานเวชระเบียนที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการวิจัยทั้งกระบวนการทางวิชาการ งบประมาณในการวิจัย และเก็บข้อมูล ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

และที่สำคัญขอขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้โอกาสด้านการศึกษา รวมทั้งการสนับสนุนทุนการศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย และทุนวิจัยจาก “ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยหวังว่าวิทยานิพนธ์นี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น ในประเทศไทยต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	9
บทที่ 1	12
บทนำ.....	12
คำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย.....	14
กรอบแนวคิดการวิจัย	15
ขอบเขตการวิจัย.....	17
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	18
บทที่ 2.....	19
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็นหัวข้อสำคัญต่างๆดังนี้.....	19
1.โรคสมาธิสั้น	19
2.การวิจัยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ.....	25
3.การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบำบัดโรคสมาธิสั้น.....	31
4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
บทที่ 3.....	45
วิธีดำเนินการวิจัย	45
ระเบียบวิธีวิจัย	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54

บทที่ 4	56
ผลการศึกษา	56
ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวิจัย กระบวนการเดลฟายประยุกต์ (Modified Delphi).....	56
ส่วนที่ 2 การศึกษาคุณภาพแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น	69
ส่วนที่ 3 การวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น	79
บทที่ 5	110
สรุปผล การวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	110
สรุปผลการวิจัย.....	110
การอภิปรายผล	113
ข้อจำกัดของการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	125
รายการอ้างอิง	128
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก.....	141
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมตอบแบบสอบถามในกระบวนการเดลฟาย	141
ภาคผนวก ข	144
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	144
ภาคผนวก ค	162
สรุปแนวทางการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ในหน่วยบริการ	162
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	164

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ เครื่องมือทางจิตวิทยาที่เหมาะสมในการประเมินการรักษาเด็กสมาธิ สั้นจากการวิเคราะห์คะแนนความคิดจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีเดลฟาย ในรอบที่ 1.....	56
ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ เครื่องมือทางจิตวิทยาที่เหมาะสมในการประเมินการรักษาเด็กสมาธิ สั้นจากการวิเคราะห์คะแนนความคิดจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีเดลฟาย ในรอบที่ 2.....	58
ตารางที่ 3 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง จำนวน 11 ราย.....	60
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนพฤติกรรมที่จะนำมาพัฒนาเป็นตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น.....	61
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ ข้อคำถามตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น จากการวิเคราะห์คะแนน ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธี เดลฟาย ในรอบที่ 1.....	62
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น รอบที่ 2.....	65
ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดด้านการบำบัดสมาธิสั้น ผู้เชี่ยวชาญเห็นควรเพิ่มเติมจากรอบที่ 1	66
ตารางที่ 8 สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่ได้ปรับแก้เนื้อหาและแบ่งตาม ระยะเวลา.....	67
ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น	69
ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมที่เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น และการประเมินผลการบำบัดของคณะจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นด้วยแบบประเมิน C-GAS.....	70
ตารางที่ 11 แสดงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผลการประเมินของจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นนำมาใช้ เป็นข้อคำถามในแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น.....	75
ตารางที่ 12 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ด้วยสูตร KR- 20	76
ตารางที่ 13 แสดงค่าจุดตัดคะแนนที่จะนำมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และค่า ความความไว และความจำเพาะของแบบสำรวจตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น	77
ตารางที่ 14 ตารางทดสอบตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดสมาธิสั้นระหว่างผลการประเมินการบำบัด ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและจำนวนของตัวชี้วัดที่เกิดขึ้นโดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 4 คะแนน	79
ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป($n = 348$).....	80

ตารางที่ 16	แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลด้านการรักษา(n=348).....	82
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามแบบประเมินทางจิตวิทยา/ พฤติกรรม.....	84
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามผลการบำบัด ติดตามผล 3 เดือน และ6เดือน	85
ตารางที่ 19	ผลการทดสอบสัดส่วนผลลัพธ์การบำบัดระหว่าง 3 เดือน และ 6 เดือน	86
ตารางที่ 20	แสดงผลการวิเคราะห์ Bivariate เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลกับผลลัพธ์การบำบัด เด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน (n= 348).....	87
ตารางที่ 21	วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านการรักษากับผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบ 3 เดือน และ 6 เดือน (n=348).....	88
ตารางที่ 22	วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยจากแบบสอบถามจิตวิทยา/พฤติกรรมกับผลลัพธ์การ บำบัดเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบ 3 เดือน และ 6 เดือน (n= 348)	90
ตารางที่ 23	แสดงรายละเอียดปัจจัยด้านความร่วมมือการรักษา และจำนวนครั้งการขาดนัด	93
ตารางที่ 24	แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตามเพื่อพิจารณาสหสัมพันธ์ร่วม ...	94
ตารางที่ 25	แสดงผลการวิเคราะห์ค่า Variance Inflation Factors (VIF) และค่า Tolerance	95
ตารางที่ 26	การวิเคราะห์ Multivariable Logistic regression ด้วยวิธี Backward Stepwise แสดงปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ดี ระยะเวลา 3 เดือน ในทุกตัวแปรที่ นำเข้าสู่สมการ.....	96
ตารางที่ 27	การวิเคราะห์ Multivariable Logistic regression ด้วยวิธี Backward Stepwise แสดงปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะเวลา 6 เดือน ในทุกตัวแปรที่นำเข้า สมการ.....	99
ตารางที่ 28	แสดงตัวแปรต้นที่อยู่ในสมการเพื่ออธิบายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะ 3 เดือน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward stepwise ในขั้นตอนสุดท้าย (Last step).....	101
ตารางที่ 29	แสดงตัวแปรสมการที่ทำนาย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะเวลา 6 เดือน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Stepwise ในขั้นตอนสุดท้าย (Last Step).....	103
ตารางที่ 30	แสดง ตัวแปรสมการที่ทำนาย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะ 3 เดือน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward stepwise เมื่อเพิ่มตัวแปรความภาคภูมิใจ (n=180).....	105

ตารางที่ 31 แสดง ตัวแปรสมการที่ทำนาย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะเวลา 6 เดือน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Stepwise เมื่อเพิ่มตัวแปรความภาคภูมิใจ (n=180).. 107

ตารางที่ 32 สรุปปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดสมาธิสั้น จำแนกตามแบบจำลองกรณีต่างๆ 108



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กและวัยรุ่น เช่น การเล่นเกมพนัน เสพสารเสพติด มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่างๆ มีแนวโน้มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง เช่นกรุงเทพมหานครและปริมณฑล^(1, 2) โดยพฤติกรรมดังกล่าวนี้ มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิต นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดต่อกฎเกณฑ์ทางสังคมหรือผิดกฎหมาย จะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชเด็กในสถานพินิจฯ พบว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตเวชนั้นมีถึงร้อยละ 96 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคพฤติกรรมเกร (Conduct Disorder) ร้อยละ 74 และพบว่าร้อยละ 28 เป็นโรคสมาธิสั้น โดยโรคสมาธิสั้นจะเกิดร่วมกับโรคเกรถึงร้อยละ 82 และมีปัญหาติดสารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 78⁽³⁾

นอกจากนี้ในหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น พบว่าโรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มเด็กที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่ง โดยมีอาการสำคัญ คือ อาการขาดสมาธิ (Inattention) ขน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsiveness) สำหรับประเทศไทยมีรายงานความชุกของโรคมีค่าแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา คือพบตั้งแต่ร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 6⁽⁴⁾ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของเด็กอายุ 8-11 ปี และร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยรุ่น โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า⁽⁵⁾ เด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาหลายด้าน โดยปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ การเรียน การปรับตัว ด้านอารมณ์ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และปัญหาด้านบุคลิกภาพ⁽⁶⁾ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ ไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนเหมือนเด็กปกติ มักจะมีพฤติกรรมรบกวนชั้นเรียน เนื่องจากทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่เท่ากับเด็กอื่นในชั้นเรียน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเศร้าและอารมณ์หงุดหงิด⁽⁷⁾ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มากขึ้น⁽⁸⁾ ปัญหาเหล่านี้มักส่งผลกระทบต่อเด็กในระยะยาวต่อไป และแม้ว่าส่วนหนึ่งของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาการจะหายไปเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น แต่พบว่า ร้อยละ 15-65 ของเด็กกลุ่มนี้ยังคงมีอาการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่⁽⁹⁾ และมักมีพฤติกรรมรุนแรงต่างๆ เช่น ขับรถเร็ว มีคดียาเสพติด หรือก่อปัญหาให้สังคมได้ง่ายกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-6 เท่า^(10, 11)

จากข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2556 พบว่าประเทศไทยมีเด็กวัยแรกเกิด จนถึงอายุ 17 ปี จำนวนทั้งสิ้นประมาณ 17.4 ล้านคน⁽¹²⁾ โดยโรคสมาธิสั้นพบความชุกเฉลี่ยร้อยละ 5-8 ในกลุ่มประชากร จึงประมาณการได้ว่ามีเด็กไทยวัยแรกเกิดจนถึงอายุ 17 ปี อย่างน้อย จำนวน 900,000

คนที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น แต่ในจำนวนนี้มีเพียง 1,882 ราย ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติในการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ (สมาธิสั้นและบกพร่องด้านการเรียนรู้) ที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องจากรายงานผู้ป่วยนอก 13 โรค เฉพาะของกรมสุขภาพจิต⁽¹³⁾ แต่อย่างไรก็ตามในจำนวนนี้ผู้ที่มีปัญหาด้านสมาธิสั้นในกลุ่มอายุแรกเกิด ถึง 9 ปี และอายุ 10 – 19 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคตามระบบ ICD 10(F90-F98) มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2556 มากถึง 8,089 ครั้ง และ 10,036 ครั้ง ตามลำดับ⁽¹⁴⁾ คิดเป็นร้อยละ 36 ของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในระบบบริการ และจากสถิติการรับบริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์นั้น โรคทางจิตเวชที่เด็กและวัยรุ่นมารับบริการส่วนใหญ่คือ กลุ่มปัญหาพฤติกรรม สมาธิ (Disturbance of Activity and Attention) มากเป็นอันดับหนึ่ง เป็นจำนวน 1,592 ครั้ง (เป็นจำนวนผู้ป่วย 389 คน) คิดเป็นร้อยละ 29.8 ในปีงบประมาณ 2556⁽¹⁵⁾ หรือเฉลี่ยมากถึง หนึ่งในสามของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่นๆ ภายใน 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551-2555⁽¹⁶⁾

ดังกล่าวนี้ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาการบริการให้มีมาตรฐาน ตอบสนองยุทธศาสตร์ และนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่มอบหมายให้สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์พัฒนาสู่ความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จึงมีเป้าหมายที่จะพัฒนาการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบให้แก่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้รูปแบบการบำบัดองค์รวม คือ การประเมินวางแผน และให้การบำบัดโดยใช้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ⁽¹⁶⁾ แต่ยังคงขาดวิธีการประเมินผลและเครื่องมือ/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการประเมินผลที่จะแสดงให้เห็นได้ว่าการให้ แนวทางการบริการที่พัฒนาขึ้นดังกล่าวมีคุณภาพมากน้อยเพียงไร⁽¹⁷⁾ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าวิธีการหรือเครื่องมือในการประเมินการบำบัดเด็กและวัยรุ่นที่สมาธิสั้น มีความหลากหลายในแต่ละการศึกษาวิจัยหรือแต่ละสถานบริการ เช่น การประเมิน อากาการ ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็ก หรือประเมินบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะการดูแล ความเครียด ของผู้ดูแลเด็ก ความร่วมมือในการรักษา ความรู้ ทักษะ ทักษะ ของผู้ปกครอง⁽¹⁸⁻²⁰⁾ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มี การนำวิธีการ หรือเครื่องมือที่มีอยู่หลากหลายเหล่านี้ มาพัฒนาให้เป็นระบบที่ครอบคลุมการประเมินอย่างองค์รวม และเหมาะสมกับการนำมาประเมินผลบริการบำบัดเด็กสมาธิสั้นในระบบบริการปกติ (Routine Service) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้เพื่อให้เกิดรูปแบบและเครื่องมือ/ตัวชี้วัดในการประเมินผลบริการให้การบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่เป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นในสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนารูปแบบบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามหลัก

รูปแบบหรือวิธีการ ในการประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น ที่เหมาะสมกับระบบบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในปัจจุบันควรมีรูปแบบอย่างไร

คำถามรอง

1. รูปแบบ/วิธีการในการประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น สามารถทำนายผลลัพธ์/ตัวชี้วัดการบำบัดโดยรวมของเด็กสมาธิสั้นของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์เป็นอย่างไร
2. คุณภาพ (ความตรงและเที่ยง) ของตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดโดยรวมของเด็กสมาธิสั้นของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์เป็นอย่างไร

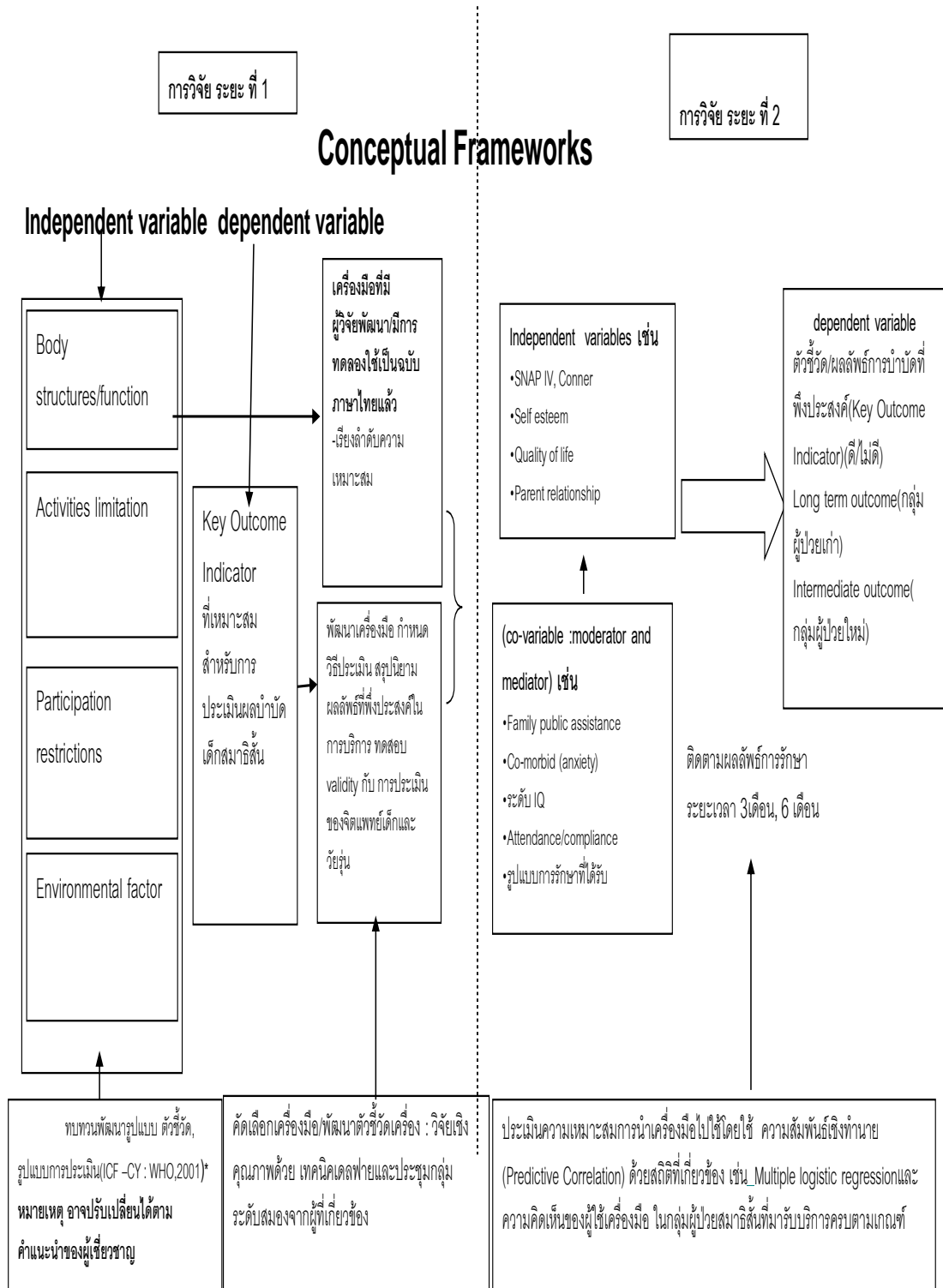
วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

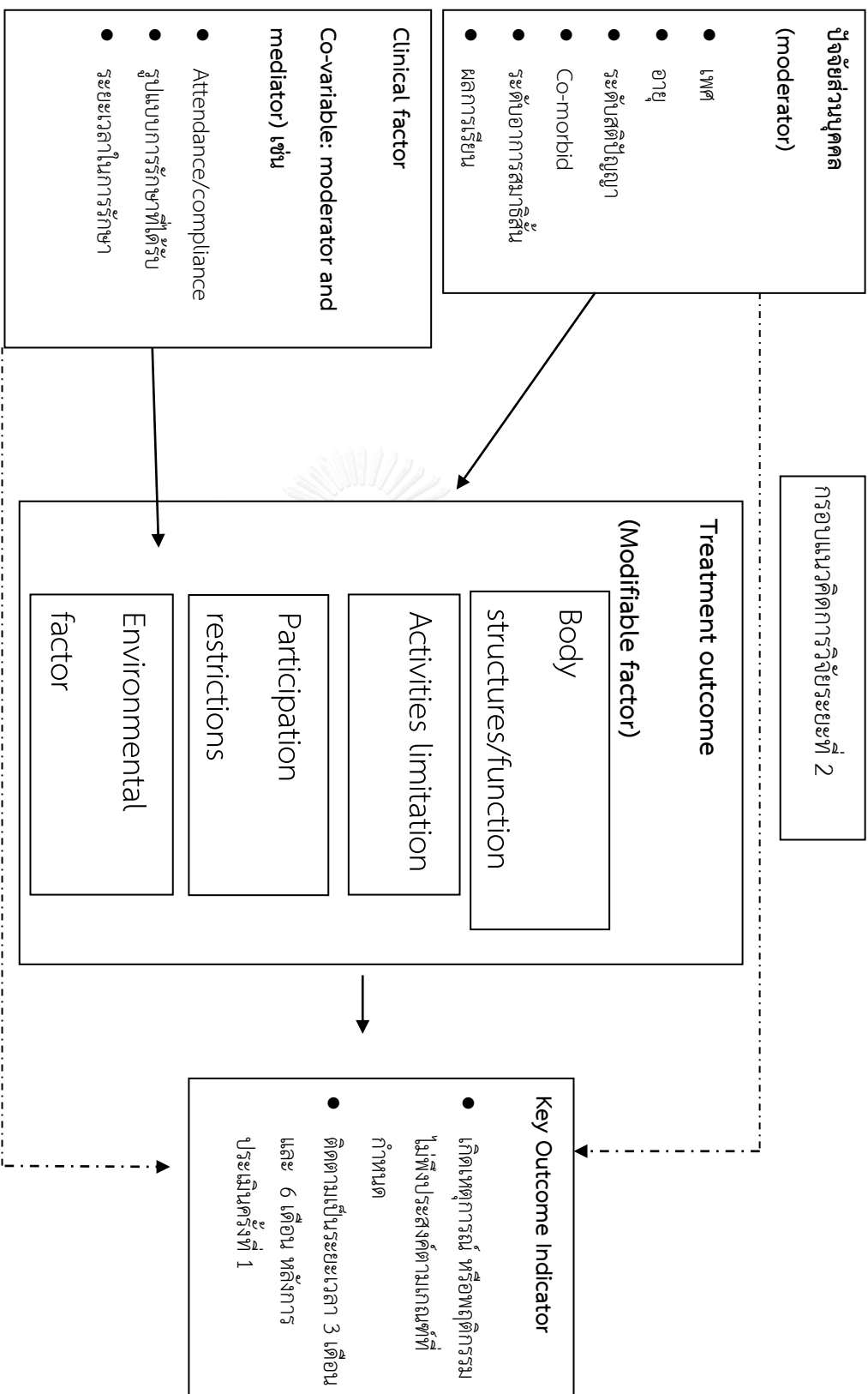
1. เพื่อพัฒนารูปแบบหรือวิธีการ ในการประเมินการบำบัดเด็กสมาธิสั้น ที่เหมาะสมกับระบบบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
2. เพื่อคัดเลือกเครื่องมือและตัวชี้วัดการประเมินผลการบริการ ด้านการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยรวม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพ (ความตรงและความเที่ยง) ของเครื่องมือตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อจัดทำจุดตัดคะแนน สำหรับแบ่งเกณฑ์การประเมิน ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดโดยรวม

กรอบแนวคิดการวิจัย





ข้อตกลงที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1

1. เครื่องมือและข้อคำถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดโดยรวมที่ผู้เชี่ยวชาญให้ค่าดัชนีความสอดคล้องกัน (Index of Consistency) สูงที่สุดในแต่ละด้าน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) จะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นมากกว่าเครื่องมือ/ตัวชี้วัดที่มีคะแนนความคิดเห็นสอดคล้องกันที่ต่ำกว่า
2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดโดยรวมถือว่ามีมาตรฐานตรงตามเกณฑ์ (Criterion-Related Validity) เมื่อเทียบกับการประเมินผลการบำบัดของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (Gold Standard) อย่างน้อยจำนวน 2 ใน 3 ท่าน

การวิจัยระยะที่ 2

ปัจจัยจากเครื่องมือ/แบบสอบถามในการประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น (Treatment Outcome) มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การบำบัดโดยรวม (Key Clinical Outcome Indicator) สูงจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมมากกว่าเครื่องมือที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ได้ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคลินิก (Clinical Factors) และปัจจัยด้านรูปแบบการรักษาที่ได้รับ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบในการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น เชิงพฤติกรรมในมุมมองของผู้ปกครองที่มารับบริการที่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ในช่วงปีงบประมาณ 2557 ถึงปีงบประมาณ 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กและวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 6 -18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยแยกโรค DSM-IV-TR ในการมารับบริการครั้งหลังสุดในช่วงที่เก็บข้อมูลวิจัย

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น หมายถึง ตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในมุมมอง และความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการรักษา ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์จากแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่ได้พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้

ผลการประเมินการบำบัด/รักษา หมายถึง ผลการประเมินการรับบริการบำบัด/รักษาจากแบบประเมิน A Children's Global Assessment Scale (G-GAS) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นของ

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีความเห็นต่อการบำบัดที่สอดคล้องกันอย่างน้อย 2 ใน 3 คน โดยมีเกณฑ์คะแนนที่ 60 ขึ้นไปถือว่าผลลัพธ์การบำบัดที่ดี

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เกิดรูปแบบและมีชุดเครื่องมือในมุมมองของผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ที่เหมาะสม และมีคุณภาพ สำหรับใช้ประเมินผลการให้บริการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น สามารถนำไปเป็นต้นแบบแก่หน่วยงานอื่นที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการรักษาเด็กสมาธิสั้น

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณาอนุญาตก่อนการวิจัย และการศึกษานี้ ดำเนินการตามปฏิญญาเฮลซิงกิในปี ค.ศ. 2008 รวมไปถึงกระบวนการวิจัยในแต่ละขั้นตอนได้แก่

ก่อนการเก็บข้อมูล มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การขอคำยินยอมโดยเซ็นเอกสารการยินยอมไว้เป็นหลักฐาน แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่น่าไปสู่ตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ การบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนนั้นบันทึกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคสมาธิสั้น

ภายหลังการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกส่งโดยส่งตรงจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ถึงผู้วิจัยหลักเพียงคนเดียวไฟล์บันทึกข้อมูลนั้นมีการตั้งรหัสในการเปิดไฟล์ซึ่งผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียวและจะถูกทำลายทิ้งหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนรายงาน และนำเสนอข้อมูลเสร็จสิ้นภายในระยะเวลา 6 เดือน ในส่วนของการเขียนรายงานและนำเสนอข้อมูล การศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมซึ่งจะไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็นหัวข้อสำคัญต่างๆดังนี้

1. โรคสมาธิสั้น
2. การวิจัยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ
3. การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบำบัดโรคสมาธิสั้น
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.โรคสมาธิสั้น

ความหมายและความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น คือกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่ง มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน หรือการทำงาน ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (Inattention) ไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsive) อาการเหล่านี้จะสังเกตเห็นได้ตั้งแต่วัยก่อนเข้าเรียน (อายุ 6 ปี) และต้องแสดงอาการในสถานการณ หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่บ้าน หรือที่โรงเรียน^(21, 22) ทั้งนี้แม้ว่าโรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางระบบประสาทชีววิทยา (Neuro-Biological - Condition) แต่ยังไม่ชัดเจนเรื่องมือทางประสาทวิทยาที่จะนำมาประเมิน และวินิจฉัย โรคสมาธิสั้นอย่างถูกต้อง (Validity) และเชื่อมั่นได้ (Reliable)⁽²³⁾ การวินิจฉัยจึงอิงการประเมินจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจากการซักประวัติจากผู้ปกครองที่ใกล้ชิด และครูผู้ดูแลเด็ก ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก โดยอาศัยเกณฑ์วินิจฉัย Diagnostic and statistical manual for mental disorders 4th text revised (DSM-IV-TR)⁽²⁴⁾ ที่ได้กำหนด อาการ 9 อย่างของการไม่มีสมาธิ อาการ 6 อย่างของการอยู่นิ่ง และอาการ 3 อย่างของการหุนหันพลันแล่นที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี มีอาการดังกล่าวต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนและปรากฏในสถานการณ หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งโดยอาการดังกล่าวต้องกระทบต่อหน้าที่ในชีวิต เช่น การเรียน การทำงานอย่างชัดเจน รวมถึงไม่ได้เกิดจากความผิดปกติโรคหรือปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ แต่ในช่วงที่กำลังดำเนินการวิจัยนี้อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านในการนำเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-V ที่มีความแตกต่างจากฉบับ DSM-IV-TR ในประการที่สำคัญคือ การพิจารณาอาการสมาธิสั้นจากที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี

เปลี่ยนเป็นก่อนอายุ 12 ปี กรณีเช่นนี้ทำให้โอกาสในการวินิจฉัยเด็กและวัยรุ่นเป็นโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าโรคสมาธิสั้นมักเกิดร่วมกับปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และการเรียน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าโรคสมาธิสั้นมักเกิดร่วมกับโรคจิตเวชอื่นๆ¹⁶ ถึงร้อยละ 69 เช่น โรคดื้อ ต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder) ร้อยละ 33 , โรคเกเร (Conduct Disorder) ร้อยละ 25, ซึมเศร้า (Depression) ร้อยละ 20, วิตกกังวล (Anxiety) ร้อยละ 25 และโรคบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disability) ร้อยละ 12 -22

ความชุก

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย โดยมีรายงานการศึกษาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเกณฑ์วินิจฉัย และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน พบว่ามีความชุกระหว่างร้อยละ 0.25 (ประเทศเยอรมนี) ถึงร้อยละ 27 (ประเทศบราซิล) โดยมีค่าความชุกโดยรวมทั่วโลก (Pooled Prevalence Rate) จากงานวิจัย 102 การศึกษา⁽²⁵⁾ ร้อยละ 5.29 ส่วนในสหรัฐอเมริกาที่มีการศึกษาถึง อัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นเด็กวัยรุ่น⁽²⁶⁾ พบว่าอยู่ในช่วงร้อยละ 3-7 จากเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV-TR (Scioto 2007) และในประเทศไทยได้เคยมีการศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขต กรุงเทพมหานครพบความชุก ร้อยละ 5.01 โดยพบในกลุ่มเด็กนักเรียนชาย ร้อยละ 7.81 และกลุ่มเด็กนักเรียนหญิงร้อยละ 1.59 ส่วนต่างจังหวัดมีรายงานการสำรวจที่ จังหวัดสงขลาพบความชุกร้อยละ 8⁽²⁷⁾ รวมถึงมีการสำรวจเฉพาะในกลุ่มนักเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ทั่วประเทศจากการวิจัยพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะสมาธิสั้น (KUSSI- ADHD) พบความชุก ร้อยละ 4.01⁽²⁸⁾ และในการสำรวจความชุกระดับประเทศ (National Survey) ในปี พ.ศ. 2555 โดยกรมสุขภาพจิต⁽²⁹⁾ พบว่า มีความชุกร้อยละ 8 ส่วนความชุกในผู้ใหญ่ประเทศไทยยังไม่มีมีการสำรวจแต่จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽³⁰⁾ ในประชากรอายุ 18 - 44 ปีพบความชุก ร้อยละ 3.49

สาเหตุ

สาเหตุของโรคสมาธิสั้นเกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านชีวภาพ และสภาพแวดล้อมประกอบกัน มีการศึกษาที่ทำให้เชื่อได้ว่าสาเหตุสำคัญน่าจะเกิดจากปัจจัยจากพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งของยีน และสารสื่อประสาทในสมอง คือ สารโดปามีน (Dopamine Transmitter) พบว่า แผลไขใบเดียวกัน แผลไขคนละใบ รวมถึงพี่น้องกันที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะมีการถ่ายทอดโรคสูงกว่า ครอบครัวทั่วไปตามลำดับ ส่วนปัจจัยแวดล้อมได้แก่ ภาวะต่างๆ เช่น โรคลมชัก โรคสมองอักเสบ ที่มีผลต่อการพัฒนาสมอง ทำให้ผู้ป่วยสมาธิสั้นมีปริมาณของเนื้อสมอง และการทำงานของสมองผิดปกติ รวมถึง

เด็กที่คลอดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักตัวน้อย ส่วนปัจจัยทางจิตสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดูอาจไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นแต่อาจเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการดำเนินโรค และความรุนแรงของโรคได้^(24, 31)

ผลกระทบ

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเรื้อรังต่อเนื่อง อาการจะเด่นชัดเมื่อเข้าสู่วัยเรียน ส่วนใหญ่จะคงที่จนผ่านระยะวัยรุ่นตอนต้น และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ แต่อาการคงอยู่ตลอดชีวิต การดำเนินโรคจะส่งผลตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่น⁽¹¹⁾ เช่น การขาดเรียน ไม่ตั้งใจเรียน ผลการเรียนลดลง เป็นต้น มีการวิจัยพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสสอบตกซ้ำซ้อนมากกว่าเด็กปกติประมาณ 3 เท่า มีโอกาสเรียนจบในระดับมัธยมศึกษาต่ำกว่า 2 เท่า⁽³²⁾ และยังมีปัญหาการบาดเจ็บรุนแรงมากกว่า 3 เท่าและยังมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าถึง 2 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ⁽³³⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย พบว่าโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม^(18, 34) ส่วนด้านครอบครัว การศึกษาที่เนเธอร์แลนด์พบว่ามารดาของเด็กสมาธิสั้นจะมีอัตราการขาดงานสูงกว่ามารดาของเด็กปกติและมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง รวมทั้งมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคม (Psycho Social Summary Score) ต่ำกว่ามารดาของเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁵⁾ ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดจากการเลี้ยงดูในระดับรุนแรง⁽³⁶⁾ ถึงร้อยละ 68.8 รวมถึงมารดาที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นอาจมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า⁽³⁷⁾ ร้อยละ 34.7 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมโดยมีงานวิจัยที่ติดตามเด็กสมาธิสั้นในระยะเวลาเกินกว่า 13 ปี พบว่าเมื่อเป็นผู้ใหญ่จะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมมากกว่าประชากรทั่วไป โดยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด ขโมย พกอาวุธ ขายบริการหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีอัตราการประสบอุบัติเหตุมากกว่าประชากรทั่วไป และมีอัตราการถูกจำคุกมากถึงร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไปที่มีอัตราเพียงร้อยละ 1 จากการศึกษาในโครงการ MTA study เพื่อวิเคราะห์ถึงต้นทุนและประสิทธิภาพการรักษาปี ค.ศ.2005 พบว่าต้นทุนสำหรับโรคสมาธิสั้น⁽³⁸⁾ 1,000 ดอลลาร์ต่อราย และ 8,550-15,600 ดอลลาร์ต่อปีสุขภาพ (QALYs: Quality-Adjusted Life Years) และมีการศึกษาถึงผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของโรคสมาธิสั้น ในปี ค.ศ.2005 เกิดการสูญเสียรายได้ 15,509–27,766 ดอลลาร์/QALYs ซึ่งการสูญเสียมีหลายอย่างทั้งสัมพันธภาพครอบครัว เกิดอาชญากรรม โรคที่พบร่วม ปัญหาการทำงาน และอุบัติเหตุด้วย ทำให้ต้นทุนสูงส่งผลให้เกิดการสูญเสียมากสำหรับโรคสมาธิสั้น⁽³⁹⁾ ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีต้นทุนในการรักษา (Unit Cost) เฉลี่ยร้อยละ 4,526 บาท หรือเมื่อคิดเป็นครั้งต่อการรักษา (visit) ครั้งละ 999 บาท⁽⁴⁰⁾

การรักษา

ปัญหาสำคัญของเด็กสมาธิสั้น คือปัญหาพฤติกรรมที่ส่งผลต่อ การเรียน การทำงาน เกิดปัญหาทางอารมณ์และการปรับตัวในสังคม ซึ่งมีแนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ถูกพัฒนาขึ้นในหลายประเทศ แนวทางที่ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ใช้ในการอ้างอิงและนำมาเป็นแนวทางการรักษาในประเทศไทยมีดังนี้คือ American Academy of Pediatrics (AAP), American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) และ Canadian ADHD Practice Guidelines⁽⁴¹⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่อาการไม่รุนแรงจึงใช้การปรับพฤติกรรมเป็นหลัก ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ปกครองและครูเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม แต่ในกรณีรุนแรง จะใช้การรักษาด้วยยาในกลุ่มกระตุ้นสมอง เช่น Methylphenidate หรือยาที่ไม่ใช่กลุ่มกระตุ้นสมอง เช่น Atomoxetine ซึ่งอาจถูกเลือกใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มกระตุ้นสมอง ซึ่งยาดังกล่าวแม้จะไม่ได้มีผลในการรักษาโรคให้หาย แต่จะช่วยลดอาการหลักของโรค⁽⁴²⁾ ทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้การเรียน การปรับตัวเข้ากับเพื่อน และสังคมดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีภาพพจน์ต่อตนเองดีขึ้น ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ⁽⁴³⁾ นอกจากนี้การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (Multimodality) ทั้งการใช้ยา การปรับพฤติกรรม และครอบครัวบำบัด จะช่วยให้ผลลัพธ์ด้านการเข้าสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และผลการเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁴⁾ และเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะยาวพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาจะมีอัตราการใช้สารเสพติดน้อยกว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษา⁽⁴⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสรุปได้ว่า เป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการรักษานั้นไม่ได้มุ่งหมายจัดการให้โรค หรืออาการสมาธิสั้นนั้นหายไปในระยะเวลานานสั้น แต่เป็นการควบคุมอาการต่างๆ ของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสมาธิสั้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Co-Morbidity) และลดผลกระทบที่รุนแรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽⁴⁶⁾

รูปแบบการดูแลบำบัดผู้ป่วยสมาธิสั้นของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

แนวทางการรักษาที่ผ่านมาเป็นการรักษาเด็กสมาธิสั้นจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเป็นหลักสำคัญ แต่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีเป้าหมายที่จะพัฒนารูปแบบการรักษาโดย ส่งเสริมให้ทุกสาขาวิชาชีพที่ให้บริการ ได้พัฒนา แนวทางในการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นอย่างเป็นระบบและนำมาสร้างเป็น แนวทางการบำบัดรักษาในทุกวิชาชีพไม่เพียงเฉพาะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเท่านั้น โดยมีแนวทางในการบำบัดรักษา ดังนี้

1. การประเมินและวินิจฉัย เพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามมาตรฐานวิชาชีพ ทบทวนประวัติที่ได้ จากจุดคัดกรองและข้อมูลจากนักสังคมสงเคราะห์ที่ใช้ทักษะในการซักประวัติ ตรวจสอบสภาพจิต ตรวจสอบร่างกายทั่วไป ตรวจสอบร่างกายทางระบบประสาท และวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ระบุชนิดตาม อาการเด่นของผู้ป่วย ได้แก่ ขน ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ หรือ มีอาการเด่นร่วมทั้ง 2 Domain และต้อง วินิจฉัยแยกจากโรคสมาธิสั้น เช่น โรควิตกกังวล ปัญหาอารมณ์ โรคจิต หรือโรคจากไทรอยด์ (Hyperthyroid, Hypothyroid)

2. ประเมินปัญหา 5 ด้านหลักที่พบร่วม และระบุความรุนแรงของปัญหาที่พบก่อนส่งต่อให้ สหวิชาชีพเพื่อแยกการดูแลรักษาให้ตรงกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสำคัญ ได้แก่ 1.ปัญหาพฤติกรรม 2. ปัญหาการเรียน 3.ปัญหาอารมณ์ 4.ปัญหาครอบครัว 5.ปัญหาโรคหรือภาวะที่พบร่วมอื่นๆ

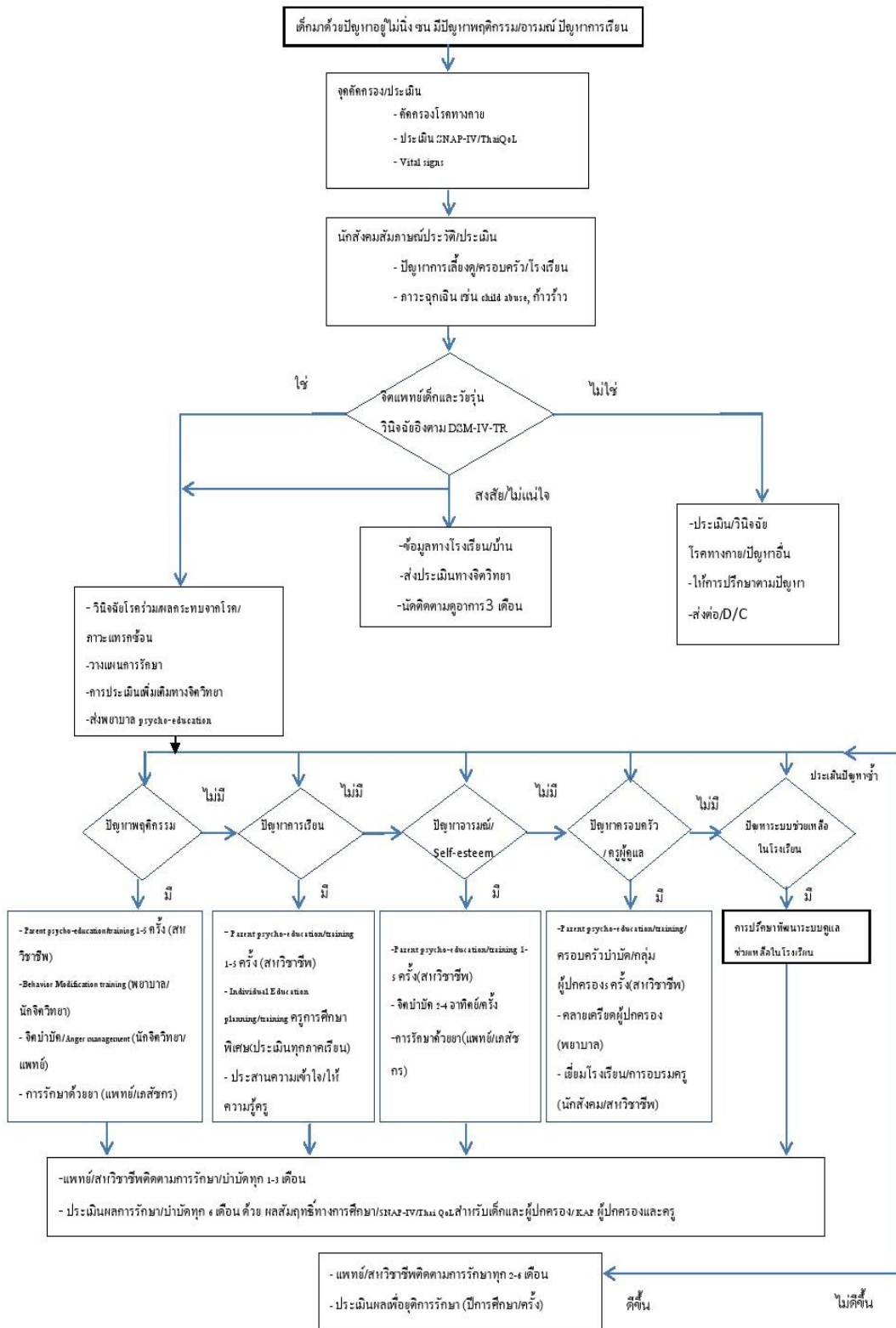
3. วางแผนการรักษา โดยการบอกแนวทางการรักษาแก่เด็กและครอบครัว ให้ความรู้ความ เข้าใจ แจ้งทางเลือกในการรักษา ตกลงบริการร่วมกัน เช่น การให้ยา ปรับพฤติกรรม การศึกษาพิเศษ

4. ติดตามและประเมินผล การเปลี่ยนแปลงหลังจากกระบวนการรักษาติดตามและประเมิน อาการและผลข้างเคียงจากยาตามความรุนแรง ติดตามทุก 2-6 สัปดาห์ ทบทวนการวินิจฉัยโรคร่วม (ครั้งแรก และ 6 เดือนหลังรักษา) ติดตามการให้การบำบัด (ครั้งแรก และ 6 เดือนหลังรักษา)

5. จำหน่ายจากการรักษา โดยพิจารณาดังนี้ อาการดีขึ้น ไม่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต สามารถหยุดยาได้ ปัญหาหลักลดลงจนไม่เกิดผลกระทบในการดำรงชีวิต ผู้ปกครองมีความมั่นใจ สามารถดูแลเด็กได้ และครูสามารถดูแลเด็กในโรงเรียนได้

สรุปรายละเอียดขั้นตอนการบริการตามแผนภาพดังต่อไปนี้

ผังการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



2.การวิจัยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

แนวคิดพื้นฐานในการวิจัยผลลัพธ์ (Outcome Research)

การวิจัยผลลัพธ์ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลและรายงาน เพื่อที่จะเปรียบเทียบคุณภาพการบริการ ทั้งจากผู้ให้บริการ หน่วยงานที่ให้บริการ และภาพรวมของระบบบริการ เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย⁽⁴⁷⁾ ทั้งนี้แนวคิดในการวิจัย ด้านผลลัพธ์บริการสุขภาพเริ่มเกิดขึ้นในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และรูปแบบในการรักษานั้นจะมีผลต่อคุณภาพในการดูแล หรือคุณภาพผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยนั้นดีขึ้นหรือไม่ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการตัดสินใจว่า เกิดคุณค่า (Value) อะไรจากการบริการ และการบริการสุขภาพนั้นมีประสิทธิผล (Efficacy) หรือประสิทธิภาพ (Effectiveness) หรือมีต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost Effective) เป็นอย่างไร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินการในระดับหน่วยงาน และระดับนโยบายต่อไป⁽⁴⁸⁾

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicator)

ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการวัดหรือประเมินคุณภาพวิธีหนึ่ง โดยสามารถบอกถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นเครื่องมือช่วยนำไปสู่การทบทวน หรือสอบสวนกระบวนการบริการ หรือการดูแลรักษาเพื่อให้ได้คำตอบชัดเจนต่อไป สามารถแบ่งประเภทตัวชี้วัดจากมิติคุณภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian) ได้ดังนี้⁽⁴⁹⁾

1. ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure Indicator) คือ ลักษณะโครงสร้างองค์กร บุคลากร ทรัพยากร การจัดการบริการ ที่เป็นปัจจัยนำเข้าสนับสนุนให้กระบวนการดำเนินงานบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นเครื่องชี้วัดในเชิงปริมาณ มิได้บอกถึงคุณภาพการบริการโดยตรง โดยมีวัตถุประสงค์ ใช้วัดและประเมินว่าหน่วยงานมีศักยภาพเพียงพอหรือไม่ที่จะจัดบริการ เช่นจำนวนเตียงของโรงพยาบาล

2. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicator) คือ การวัดกระบวนการ หรือขั้นตอนของการทำงาน การบริการดูแลรักษาผู้ป่วย วัตถุประสงค์ใช้วัดและประเมินว่ามีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดหรือไม่ เช่น เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาแก่ผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

3. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicator) คือ การวัดผลที่เกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้นจากการทำหรือไม่ทำกิจกรรมใดๆ มีประโยชน์มากในการประเมินคุณภาพการบริการ โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดและประเมินการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดนั้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำผลการวัดและประเมินที่ได้เป็นข้อมูลย้อนกลับใน

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านบริหารจัดการ การกำหนดมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติ และการปฏิบัติตามมาตรฐาน เช่น การเสียชีวิต พิกการ ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome)

กลุ่มของผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยภาพรวมอาจแบ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Information) และ ผลลัพธ์ที่มีความหมาย หรือผลที่มีต่อสุขภาพสามารถรับรู้ได้โดยตัวผู้ป่วยเอง (Patient – Centered Information) หรือสามารถแบ่งรายละเอียดย่อยได้ดังนี้⁽⁴⁸⁾

1. ผลลัพธ์ด้านกายภาพ ซึ่งมักเกิดจากกระบวนการในการดูแลสุขภาพ เช่น น้ำหนัก อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การหายของบาดแผล
2. ผลลัพธ์ด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ ทักษะคติ การปรับตัว ของผู้รับบริการ
3. การทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง
4. คุณภาพชีวิต เป็นการประเมินแบบกว้างเน้นสิ่งที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต เช่น ความพอใจในชีวิต มาตรฐาน ระยะเวลาในการดำเนินชีวิต โอกาสทางสังคม และระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ
5. ความรู้ เป็นการประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ความเข้าใจเรื่องการรักษา การทานยา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
6. ความปลอดภัย คือ การรักษาที่แน่นไม่ให้เกิดอันตรายจากการรับบริการ เช่น การป้องกันการหกล้ม การได้รับผลกระทบจากยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล
7. ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นการประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง ด้าน อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ในการรับบริการดูแล รักษา

การพัฒนาเครื่องมือ/ตัวชี้วัดผลลัพธ์

โฮเฟอร์ (Holfer,1997) เสนอแนวคิดในการเลือกและทดสอบความถูกต้องของเครื่องชี้วัดคุณภาพ เพื่อให้ได้เครื่องชี้วัดที่สามารถค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ในการเฝ้าติดตามคุณภาพของบริการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ^(50, 51)

1. การเลือกเครื่องชี้วัดที่น่าสนใจและการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน
 - 1) เลือกเครื่องชี้วัดคุณภาพบนพื้นฐานของประสบการณ์ทางคลินิก
 - 2) หาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม

- 3) รวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความถี่ของปัญหาที่ค้นพบโดยเครื่องซีวีดีในทางปฏิบัติ และการทบทวนกรณีปัญหา เพื่อศึกษาหาสาเหตุสำคัญ หาสาเหตุที่สามารถป้องกันได้และรูปแบบของปัญหาด้านการดูแล
2. การกลั่นกรองโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ เป็นขั้นตอนที่มีการตั้งเกณฑ์หรือมาตรฐานการดูแลทางคลินิกที่จะใช้ในการเฝ้าติดตามระบบหรือเพื่อสร้างเครื่องมือในการทบทวนกระบวนการบริการบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1
3. การทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มที่พบว่าเครื่องซีวีดีบ่งชี้ว่ามีปัญหาเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการบ่งชี้ เป็นขั้นตอนเพื่อศึกษาความไวและความจำเพาะของเครื่องซีวีดีในการค้นหาปัญหาคุณภาพ โดยอาศัยการทบทวนกระบวนการการให้บริการทั้งการทบทวนโดยนัย (Implicit Review) และการทบทวนโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (Explicit Review)
4. การสมมติการใช้ (Simulation) เพื่อศึกษาผลของเครื่องซีวีดีในสภาพแวดล้อมจริงที่จะนำเครื่องซีวีดีไปใช้ เป็นขั้นตอนที่จะหาคำตอบเกี่ยวกับคุณค่าของเครื่องซีวีดีในการค้นหาผู้ให้บริการที่ด้อยคุณภาพได้อย่างแม่นยำโดยมุ่งตอบคำถามว่า
 - 1) ต้องใช้ขนาดตัวอย่างใหญ่มากเพียงใด
 - 2) ความแตกต่างของคุณภาพของผู้ให้บริการมีมากน้อยเพียงใด ระหว่างกลุ่มที่ถูกจัดว่ามีคุณภาพดี พอใช้ และไม่ดี
 - 3) ผลของความผิดพลาดของการวัด (Measurement Error) และความแตกต่างของความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ไม่สามารถวัดได้ระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ มีมากน้อยเพียงใด

ส่วนในทางปฏิบัติ การสร้างและพัฒนาเครื่องซีวีดีด้าน ผลลัพธ์การรักษาในโรงพยาบาลมีขั้นตอนโดยสรุปดังนี้⁽⁴⁹⁾

1. ทีมนำหรือคณะกรรมการที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล (Quality Steering Team) ตัดสินใจจะมีระบบเครื่องซีวีดีคุณภาพ กำหนดกระบวนการหลักและผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนความต้องการของผู้รับผลงานของโรงพยาบาลที่สำคัญที่ควรจะมีการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ทีมนำ พิจารณาคัดเลือกเครื่องซีวีดีเอง หรืออาจให้ทีมคุณภาพของหน่วยงานในโรงพยาบาลเสนอขึ้นมา และให้มีผู้รับผิดชอบทบทวนวรรณกรรม ศึกษาดูงาน และศึกษาระบบเครื่องซีวีดีคุณภาพหรือผลการปฏิบัติงานที่มีผู้ทำไว้แล้ว เพื่อศึกษาหาเครื่องซีวีดีที่สามารถอ้างอิงได้ในเชิงวิชาการและเป็นที่ยอมรับว่า

สามารถนำมาประเมินคุณภาพได้ และคัดเลือกเครื่องซีวีดีคุณภาพที่เห็นว่า น่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลได้

3. ทีมนำส่งชุดเครื่องซีวีดีที่คัดเลือกไว้ให้แก่ทีมคุณภาพ (Quality Team) หรือทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) ของหน่วยงานระดับปฏิบัติหรือฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเครื่องซีวีดี เพื่อทบทวนความถูกต้องเหมาะสม ศึกษาความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ รวมถึงวิธีการเก็บ การวิเคราะห์ และการนำไปใช้ประโยชน์ แล้วส่งข้อสรุปกลับคืนทีมนำ
4. ทีมนำพิจารณาความสำคัญและความเป็นไปได้ของเครื่องซีวีดี คัดเลือกเครื่องซีวีดีที่เหมาะสม ตัดสินใจอนุมัติการนำไปทดลองใช้
5. ทีมนำ ให้คำปรึกษาแก่ทีมคุณภาพของหน่วยงานในการวางแผนทางการเก็บข้อมูล กำหนดช่วงเวลาการศึกษา ระบุผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดฝึกอบรมผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจตั้งให้มีทีมที่ปรึกษาทางเทคนิค หรือทีมวิเคราะห์ข้อมูลเป็นผู้ช่วยเหลือ
6. ทีมคุณภาพเก็บข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบของเครื่องซีวีดีคุณภาพ ซึ่งอาจเป็นข้อมูลดิบ หรือข้อมูลที่ประมวลผลมาแล้วในระดับหนึ่งแก่ทีมวิเคราะห์ข้อมูล
7. ทีมวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอแก่ทีมนำ
8. ทีมนำวิเคราะห์และประเมินผลที่ได้ และอาจดำเนินการต่อไปนี้

8.1 ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขวิธีการเก็บข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบระดับปฏิบัติ หรือทีมคุณภาพที่เก็บข้อมูล เพื่อแก้ไขปรับปรุงการเก็บข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาใหม่

8.2 นำเสนอผลการประเมินการใช้เครื่องซีวีดีคุณภาพเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อรับทราบและพิจารณาอนุมัติการนำไปปฏิบัติ เป็นส่วนหนึ่งของรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล

9. ทีมนำให้ข้อมูลเสนอแนะแก่ทีมคุณภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพในการบริการผู้ป่วยและติดตามประเมินผลต่อไป

หลักสำคัญในการพิจารณาเลือกตัวซีวีดีผลลัพธ์^(52, 53)

- 1) มีความสำคัญต่อสิ่งที่ต้องการวัด (Importance of what is being measured) สามารถทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจนซึ่งจะต้องส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีและไวต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งที่ต้องการวัด สามารถสะท้อน

ผลของการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงให้เห็นทันที รวมถึงระดับการประเมินผลต้อง อยู่ในความเป็นไปได้ที่จะบรรลุได้

- 2) ความเป็นวิทยาศาสตร์ (Scientific soundness of the measure) มีความตรง(Validity) ความเที่ยง (Reliability) และเป็นที่ยอมรับ มีหลักฐานอ้างอิงที่ทันสมัย ในวงการวิชาการนั้น (Explicitness of the evidence base)
- 3) สามารถนำไปปฏิบัติได้ (Feasibility)สามารถเก็บข้อมูลได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาและทรัพยากรต่างๆ ทั้ง คน งบประมาณ การบริหารจัดการน้อยที่สุด และสามารถนำไปเปรียบเทียบในระดับนานาชาติได้

ในการพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงคุณสมบัติดังกล่าว แต่อย่างน้อยควรมีคุณสมบัติที่สำคัญ คือ ความถูกต้อง และความเที่ยง และสามารถนำไปปฏิบัติได้⁽⁵⁴⁾

เทคนิคการวิจัยพัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi – Technique)

เทคนิคเดลฟายเป็นกระบวนการของการเก็บรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือ ผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนหรือกระจ่างให้เกิดความสอดคล้องกันอย่างเป็นระบบซึ่งจะนำไปตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยที่ผู้วิจัยไม่ต้องนัดหมายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้มาประชุมกันเหมือนวิธีการระดมสมอง (Brain Storming) แต่ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนแสดงความคิดเห็นผ่านแบบสอบถามในแต่ละรอบ ซึ่งวิธีการนี้ทำให้สามารถระดมความคิดเห็นจาก ผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในสถานที่ และเวลาแตกต่างกันได้ โดยไม่มีข้อจำกัด ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระสามารถถ่วงถ่วงความคิดเห็นของตนเองได้อย่างรอบคอบ ปราศจากการชี้นำจากกลุ่มและไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดของผู้อื่น ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือรวมทั้งประหยัดทรัพยากรต่างๆในการวิจัย^(52, 55)

เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย พัฒนาขึ้นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1960 โดย โอลาฟ เฮลเมอร์(Olaf Helmer) และนอร์แมน ดาลกี (Norman Dalkey) นักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Cooperation) เพื่อระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยากรณ์ ทางด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีในอนาคต หลังจากนั้นจึงได้มีการใช้เทคนิคเดลฟายอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะการวิจัยในสถานศึกษา เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เนื่องจากเห็นประโยชน์จากเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายซึ่งได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้⁽⁵⁶⁾

ทั้งนี้การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายผู้วิจัยจะต้องพิจารณาประเด็นสำคัญในการวิจัยดังนี้^(52, 57)

1. ผู้วิจัยจะต้องมีเวลามากเพียงพอในการส่งแบบสอบถามแต่ละรอบไปยังผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งมีวิธีการติดตามการตอบกลับจากผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่องและได้ผล ทั้งนี้เนื่องจาก

ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีภารกิจค่อนข้างมาก และการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมหลายรอบ ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในการใช้เทคนิคเดลฟายคือเวลาที่ใช้ไปแต่ละรอบของผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งเวลาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัยเอง

2. การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามควรมีข้อพิจารณาดังนี้

2.1 ผู้เชี่ยวชาญจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในสาขาอย่างแท้จริง ไม่ควรคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยอาศัยความคุ้นเคยส่วนตัวหรือติดต่อง่าย หรือสถานที่ทำงานอยู่ใกล้กัน

2.2 ต้องคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความสนใจในเรื่องที่ผู้วิจัยทำงานศึกษา และเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดกระบวนการ รวมทั้งยินดี สละเวลาตอบแบบสอบถามในแต่ละรอบๆ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องแจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบก่อนว่าจะมีการเก็บข้อมูลประมาณกี่รอบ

2.3 มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญมากเพียงพอเพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ซึ่งไม่มีข้อกำหนดว่าควรใช้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวนเท่าใด ผู้วิจัยบางคนเสนอว่าควรใช้จำนวน 5-10 คน หรือ 10-15 คน ส่วนโทมัส แมคมิลแลน (Thomas Macmillan) ได้เสนอแนะว่า ถ้าใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากกว่า 17 คนขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนจะลดน้อยลงมาก ดังนั้นโดยทั่วไปแล้วจึงใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คนขึ้นไป

3. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจะต้องมีคุณภาพและมีความเที่ยงตรง รวมทั้งวัดผลได้ตรงตามความต้องการ เข้าใจง่ายชัดเจน และง่ายต่อการตอบ นอกจากนี้ยังควรเว้นระยะเวลาในการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบไม่ให้ห่างนานเกินไป เนื่องจากอาจมีผลทำให้ผู้เชี่ยวชาญอาจลืมเหตุผลของการตอบในรอบที่ผ่านมาได้

4. ผู้วิจัยจะต้องมีการเตรียมตัวและดำเนินการดังนี้

4.1 ต้องทำความเข้าใจในกระบวนการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายอย่างละเอียด เพื่อให้การวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละรอบเป็นไปตามที่กำหนดและมีประสิทธิภาพ

4.2 มีเวลาเพียงพอในการส่งและเก็บแบบสอบถาม มีกลยุทธ์ในการติดตามหรือทวงถามแบบสอบถามที่ได้ผล รวมทั้งสามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญได้โดยไม่ย่อท้อ ซึ่งโดยทั่วไปการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายจะใช้เวลาน้อยกว่าการวิจัยประเภทอื่น

4.3 มีความละเอียดรอบคอบในการพิจารณาคำตอบ โดยให้ความสำคัญในคำตอบที่ได้ อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีความลำเอียง แม้ว่าบางข้อผู้เชี่ยวชาญบางคนไม่ตอบก็ตาม รวมทั้งสามารถดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลได้อย่างถูกต้อง

3.การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบำบัดโรคสมาธิสั้น

แนวโน้มปัจจุบัน ความสนใจผลลัพธ์การบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีมากขึ้น เช่นเดียวกับความสนใจผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพกาย เพื่อที่จะสามารถบอกถึงคุณภาพในการบริการ แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตนั้น พบว่าการประเมินส่วนใหญ่ยังไม่มีตัวชี้วัดทางชีววิทยา (Bio Marker) หรือทางกายภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจน หรือมีภาวะวิสัย (Objective) เหมือนการวัดทางด้านร่างกาย เช่น ความวัดดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด หรือสารเคมีในร่างกาย⁽⁴⁸⁾ ดังนั้นพิจารณาคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้นหรือแย่ลงจากโรคหรืออาการของโรค (Symptoms and Diagnoses) จึงมักพิจารณาอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือใช้เครื่องมือแบบวัดทางจิตวิทยา (Psychometric) ในการประเมินผลลัพธ์การรักษา หรือภาวะด้านสุขภาพจิต ที่พัฒนาจากรอบแนวคิด (Conceptual Framework) หรือเกณฑ์วินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่สนใจ และเป็นปัญหากระทบต่อภาวะสุขภาพของประชากรส่วนใหญ่⁽⁵⁴⁾ เช่น แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองโรคจิต แบบประเมินความเครียด และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต

นอกจากการประเมินในมุมมองด้าน อาการ และการวินิจฉัย (Symptoms and Diagnoses) แล้ว การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลด้านสุขภาพจิต ควรพิจารณาถึง ปัจจัย หรือมุมมองที่ครอบคลุม⁽⁵⁸⁾ (Comprehensive) ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย ทั้งในด้าน การทำหน้าที่ต่างๆในชีวิต (Functioning) ด้าน มุมมองของผู้รับบริการ (Consumer Perspectives) เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในการรักษา ด้านปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ (Environments) เช่น สัมพันธภาพกับครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนในชั้นเรียน การใช้ความรุนแรงในชุมชน กับเพื่อนบ้าน ด้านระบบบริการ (Systems) เช่น อัตราค่าบริการ หรือกลไกด้านการเงินในการซื้อบริการ สัมพันธภาพและ ความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการกับสถานบริการ⁽⁵³⁾ โดยเฉพาะในการพิจารณาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ยังต้องพิจารณาถึงเรื่องพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตั้งแต่วัยเด็กเล็กจนถึงวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Biological and Psychological Capacities) ร่วมกับสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังกล่าวนี้อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นมีความผันผวนมากกว่าวัยผู้ใหญ่⁽⁵⁹⁾

ผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยสมาธิสั้น

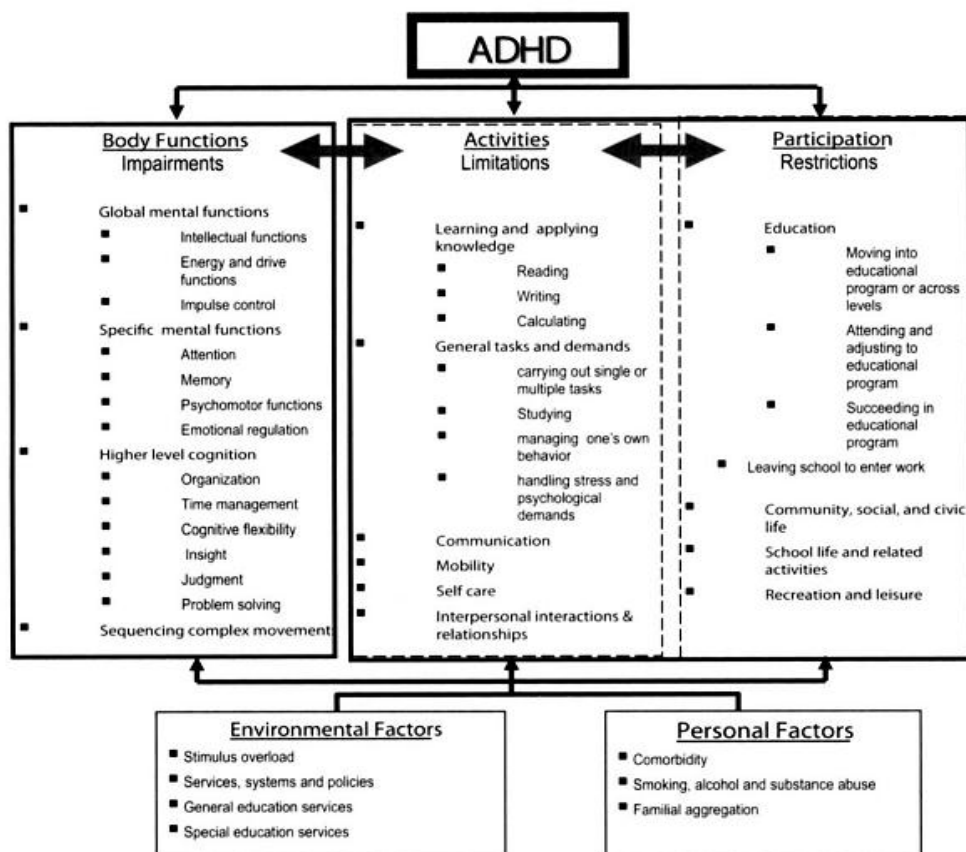
การประเมินผลลัพธ์ในการรักษาโรคสมาธิสั้น มีหลักการประเมินแบ่งเป็น 4 ลักษณะ⁽⁶⁰⁾ ได้แก่ 1.การประเมินด้วยแบบสอบถาม (Rating Scale) ที่อิงเกณฑ์วินิจฉัยในระบบ DSM โดยผู้ดูแลเด็กหรือตัวเด็กเอง 2. การประเมินสภาวะโดยรวม เช่น แบบประเมิน Clinical Global Impression 3. การสังเกตอาการโดยตรง (Direct observation) และ 4 วิธีกรอื่น ๆ เช่น ประเมินโดยจิตแพทย์

ด้วยการสัมภาษณ์ สังเกต หรือในบางกรณีอาจใช้แบบประเมินร่วมด้วยเพื่อช่วยประกอบในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตามยังไม่มีเครื่องมือประเมินทางชีววิทยาหรือประสาทชีววิทยา (Bio or Neurobiology Marker) ที่จะสามารถประเมินอาการ ความรุนแรง ของโรค อย่างเป็นทางการเป็นมาตรฐาน เช่นเดียวกับการรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอื่นๆส่วนใหญ่⁽²³⁾ ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์การรักษา นอกจากจะประเมินอาการ ความรุนแรงของโรค และการประเมินผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ที่ครอบคลุมในการรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยมีแนวคิดที่ได้รับยอมรับว่าสามารถปรับใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม และเป็นสากลคือ

แนวคิดการประเมินผลลัพธ์สมาธิสั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO Conceptual)

การประเมินผลลัพธ์ในการบริการรักษาทั่วไปมักให้ความสำคัญการประเมินผลด้าน อาการ และการวินิจฉัยของโรค (Symptoms and Diagnoses) แต่การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นนั้นควรพิจารณาถึงมุมมองที่ครอบคลุม (Comprehensive) มากขึ้นทั้งในด้าน การทำหน้าที่ต่างๆในชีวิต (Functioning) มุมมองของผู้รับบริการ (Consumer Perspectives) เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในการรักษา ด้าน ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ (Environments) เช่น สัมพันธภาพกับครอบครัวภาวะจิตใจของผู้ปกครอง สัมพันธภาพกับเพื่อนในชั้นเรียนและด้านระบบบริการ (Systems) เช่น อัตราค่าบริการ สัมพันธภาพและ ความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการกับสถานบริการโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เป็นโรคที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนั้น นักวิชาการด้านสุขภาพที่สนใจการดูแลบำบัดเด็กสมาธิสั้น ยูตัน และโดนัล (Ustun T.B. and Donald J. L.) ได้เสนอให้นำกรอบความคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ ICF- CY Model (International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth) เป็นแนวคิดที่ทาง WHO ได้พัฒนาขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 เพื่อทำให้แนวทางสำรวจและประเมินความบกพร่องด้านความสามารถและอุปสรรคในการดำเนิน ชีวิตที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยของกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเป็นไปในแนวทางเดียวกัน นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจถึงความแตกต่างของ ภาวะของโรค (Condition) และความบกพร่อง (Impairment) ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการบำบัดรักษา (Intervention) และการให้บริการอย่างเหมาะสม⁽⁶¹⁾

รูปที่ 1 ภาพที่ โรคสมาธิสั้น ตามแนวคิดการประเมิน WHO โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของ ICF-CY



กรอบแนวคิด ICF -CY Model นั้นได้ครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพ และสุขภาพอื่น ๆ เช่น การศึกษาและการดำรงชีพ โดยแบ่งตามประเด็นดังต่อไปนี้⁽⁶²⁾

1. ด้านร่างกาย และการทำงานของร่างกาย (Body Structures and Function) คือ การทำหน้าที่ทางกายภาพของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น ระบบสมอง การเคลื่อนไหว ของอวัยวะต่างๆ รวมถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจอารมณ์ เช่น อาการหลักของโรคสมาธิสั้น ความสามารถในการจดจ่อในกิจกรรมต่างๆ รวมถึงอาการแสดง อื่นๆ เช่น อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และความสามารถในการควบคุม บริหารเวลา การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การวางแผนทำงานตามลำดับขั้นตอน ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับภาวะของโรคสมาธิสั้นโดยตรงแต่จะถูกประเมินร่วมในการรักษา เช่น ความจำระยะสั้น การเรียนรู้ และแรงจูงใจ

2. ด้านการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Activities) คือการจัดการงานต่างๆ หรือ การกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การอ่าน การเขียน การคำนวณ การดูแลสุขอนามัยของตนเอง การจัดการภารกิจส่วนตัวในตอนเช้า การวางแผน จัดตารางเรียน ตารางงานประจำวัน การจัดการงานบ้าน การจับจ่ายสินค้าในชีวิตประจำวัน

3. การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมในสังคม (Participation) ในส่วนนี้จะใกล้เคียงกับการดำเนินกิจกรรมประจำวันแต่จะเพิ่มเติมตรงส่วนที่จะมีผู้อื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมด้านการศึกษาที่โรงเรียนมากกว่าภาระงานที่บ้าน เช่น การเข้าเรียน การปรับตัวด้านการเรียนในห้องเรียน การสำเร็จการศึกษา การทำกิจกรรมนันทนาการกับกลุ่มเพื่อน ครอบครัว การสร้างและคงสัมพันธ์ภาพที่เหมาะสมกับบุคคลในสังคม

4. ปัจจัยทางด้านสภาวะแวดล้อม (Environmental Factors) มีองค์ประกอบทางกายภาพ สังคม และทัศนคติต่อสภาวะแวดล้อมกับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมและจัดการชีวิตของผู้ป่วยสมาธิสั้น ในภาพกว้าง เช่น นโยบายด้านการเมือง รูปแบบการปกครองของสังคมนั้นๆ หรือระบบบริการสุขภาพ และทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนั้น ปัจจัย สิ่งแวดล้อมของโรงเรียน มีส่วนสำคัญมากต่อความสำเร็จของชีวิตในอนาคต ในกระบวนการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นเพราะเป็นทั้งอุปสรรคและตัวสนับสนุนผลลัพธ์การบำบัดที่ดีในอนาคต

5. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) จะเกี่ยวข้องกับภูมิหลังของผู้ป่วยสมาธิสั้นซึ่งไม่ใช่ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาวะของสุขภาพหรือความเจ็บป่วยโดยตรง ปัจจัยเหล่านี้ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ รูปแบบการใช้ชีวิต การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในชีวิตทั้งอดีตและปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลต่อความต้านทานของสภาวะของอาการสมาธิสั้น

โดยสรุปแนวคิดของ ICF-CY เป็นกรอบแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่ามีประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วยสมาธิสั้นและติดตามผลลัพธ์การบำบัด เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลในระยะยาว แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดบางประการในส่วนเป้าหมายการรักษาอื่นๆ ที่สำคัญที่ไม่ได้รวมไว้ในกรอบแนวคิดนี้ เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตซึ่งจะมีความแตกต่างจากแนวคิด ของ ICF-CY เช่น การทำหน้าที่จะเป็นลักษณะอัตวิสัย ซึ่งแม้ว่าในโดเมน (Domain) ย่อยของแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตจะมีความคล้ายคลึงกัน เช่น ด้านครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งผู้ที่สนใจศึกษาจะต้องทำความเข้าใจถึงความแตกต่างและเลือกใช้การประเมินให้เหมาะสม⁽⁶³⁾

เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้น

การศึกษาในต่างประเทศ

การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) การประเมินผลลัพธ์มีวัตถุประสงค์หลายประการ เช่น เพื่อการวางแผนวินิจฉัยที่ถูกต้อง การพยากรณ์โรค การวางแผนรักษา และ ประเมินผลการบำบัด เครื่องมือประเมินอาการสมาธิสั้นได้เริ่มมีการใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปลายช่วงปี ค.ศ. 1690 เพื่อที่จะอธิบายคุณลักษณะ และวินิจฉัยผู้ป่วยในกระบวนการวิจัย และประเมินผลลัพธ์การบำบัด⁽⁶²⁾

สมาคมกุมารแพทย์อเมริกา ได้เผยแพร่ แนวปฏิบัติสำหรับกุมารแพทย์ในการวินิจฉัยและขอแนะนำในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดกลาง โดยมีข้อแนะนำว่าควรใช้แบบประเมินตามเกณฑ์วินิจฉัยตาม ระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ที่ประเมินข้อมูลที่รวบรวมจากครู และ ผู้ปกครองพิจารณาว่าเด็กที่มารับการประเมิน มีอาการแสดงของสมาธิสั้นทั้ง 2 สถานที่หรือไม่ และควรมีการติดตามประเมินการวินิจฉัยซ้ำทั้งด้านอาการสมาธิสั้นและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา⁽⁶⁴⁾ ทั้งนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงพยายามหาแนวทางการประเมินในประเด็นดังกล่าวให้ครอบคลุมและมีคุณภาพเป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาวิจัยด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของดอนน่า วู้ด (Donna Woods) และคณะ มีข้อเสนอแนะว่าเครื่องมือที่วัดผลลัพธ์การรักษาเด็กสมาธิสั้นต้องมีประโยชน์ในการรักษา สามารถประเมินผลได้ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการให้บริการโดยผู้ใช้คือ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้ปกครอง นอกจากนี้ เครื่องมือดังกล่าว ต้องมีคุณสมบัติด้าน ความตรง (Validity) ความเที่ยง (Reliability) มีความสำคัญทางคลินิก และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพบริการ ทั้งนี้พบว่าการประเมินอาการสมาธิสั้นด้วยแบบประเมิน หรือแบบสอบถาม ส่วนใหญ่จะใช้ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) เพื่อประเมินประสิทธิผลหลักสูตร หรือผลการบำบัดที่ได้รับ แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าคุณภาพของเครื่องมือต่างๆในการบำบัดและติดตามผลการบำบัดในหน่วยที่ให้บริการทั่วไปเป็นอย่างไร นอกจากนี้ แม้ว่าเป้าหมายในการรักษาสมาธิสั้น คือ การบำบัดให้อาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยลดลง และการลดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย 2 ประการนี้เป็นปัจจัยส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้รักษาในการเลือกให้การบำบัดต่างๆ แต่อย่างไรก็ตาม เครื่องมือในการประเมิน การทำหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นต่างๆเหล่านี้ และรูปแบบการประเมินผลการบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานยังไม่ได้นำมาใช้ในการให้บริการประจำ (Routine Service) งานวิจัยชิ้นนี้ได้สรุปเครื่องมือการประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น และระดับคะแนน หรือร้อยละที่แสดงถึงผลรักษาที่ดีขึ้นจากงานศึกษา 35 งานวิจัยดังต่อไปนี้⁽⁶⁵⁾

แสดงเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นและเกณฑ์คะแนนที่บอกผลของการเปลี่ยนแปลงผลการบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลการบำบัด	เกณฑ์ที่แสดงถึงผลการบำบัดที่ดีขึ้น
อิงเกณฑ์วินิจฉัย (DSM-IV based scales)	
ADHD Rating Scale	คะแนนเฉลี่ยลดลง 9.6-28.6 คะแนน สัดส่วนลดลงเฉลี่ย ร้อยละ 20 -60
Conner's' Rating Scale	คะแนนเฉลี่ยลดลง 1.3-1.6 คะแนน สัดส่วนลดลงเฉลี่ย ร้อยละ 25-86
SNAP(Parent and Teacher)	สัดส่วนลดลงเฉลี่ย ร้อยละ 25-68
Checklist of DSM Criteria	จำนวนอาการเฉลี่ยลดลง 7.5-8.7 อาการ (ร้อยละ 42-48)
Disruptive Behavior Rating Scale	คะแนนเฉลี่ยลดลง 4.7 คะแนน

แบบองค์รวม(Global Assessment Scale)	เกณฑ์ที่แสดงถึงผลการบำบัดที่ดีขึ้น
Clinical Global Impression Improvement Scale	สัดส่วนผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นมากที่สุด/มาก ร้อยละ 43-99
Clinical Global Impression Severity Scale	การเปลี่ยนแปลงของ ร้อยละของผู้ป่วยจาก กลุ่มปกติ เป็น ป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 59.8- 88 คะแนนลดลง 1.2- 1.5 คะแนน
Children's and parent's Global Assessment Scales	คะแนน(Scores)เฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลง 14-19 คะแนน ค่าเฉลี่ย(values) 2.7-3.4

การศึกษาในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทยนั้นได้มีการพัฒนาเครื่องมือการประเมินอาการสมาธิสั้นที่ใช้ในการคัดกรอง ช่วยวินิจฉัย และติดตามผลการบำบัด โดยเครื่องมือส่วนใหญ่ได้นำมาจากแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากต้นฉบับภาษาอังกฤษที่เป็นมาตรฐาน และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย มาพัฒนาและแปลเป็นฉบับภาษาไทย เช่นเดียวกับกับเครื่องมือที่กล่าวมาข้างต้น เช่น แบบประเมิน SNAP-IV นำมาแปลและพัฒนาโดย ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร⁽⁶⁶⁾ หรือ แบบประเมิน ADHD Rating Scale-IV พัฒนาโดย

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินเด็กสมาธิสั้นแก่กุมารแพทย์⁽⁶⁷⁾ ส่วนแบบประเมินของประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นเองนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่จะใช้เพื่อการคัดกรองและประเมินอาการโรคสมาธิสั้น ปัจจุบันพบว่ามี 2 เครื่องมือ ได้แก่

- 1) แบบคัดกรองนักเรียนที่มีโรคสมาธิสั้น บกพร่องด้านการเรียนรู้ และโรคออทิสติกหรือ KUS-SI Rating Scales :ADHD/LD/Autism (PDDs) โดย ดารณี อุทัยรัตนกิจและคณะ⁽²⁸⁾
- 2) แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3- 18 ปี โดย ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ⁽⁶⁸⁾

ส่วนแบบประเมินในกลุ่มองค์กรรวม (Global Assessment) เช่น CGI และ C-GAS นั้น⁽⁶⁹⁾ ในประเทศไทยยังคงใช้ฉบับภาษาอังกฤษเป็นหลัก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีผู้พัฒนาหรือแปล และนำออกเผยแพร่เป็นทางการ แต่อย่างไรก็ตาม แบบประเมินชุดนี้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามต้นฉบับนั้นใช้ภาษาอังกฤษที่ไวยากรณ์พื้นฐานที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน เมื่อผู้อ่านจากภาษาอังกฤษ สามารถทำความเข้าใจอย่างชัดเจน⁽⁷⁰⁾ และผู้ใช้ประเมินส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่มีความเข้าใจภาษาอังกฤษในระดับดี การอ่านจากต้นฉบับนั้นสามารถเข้าใจเนื้อหาและประเด็นในการประเมินได้ไม่แตกต่างจากการนำมาแปลเป็นภาษาไทย

นอกจากนี้ในประเทศไทย ผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เริ่มให้ความสนใจกับการพัฒนาแบบประเมินผลลัพธ์ตามแนวคิดที่ให้ความสำคัญของการทำหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น แต่จะแบ่งองค์ประกอบเป็นรายด้าน คือแบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (Weiss Functional Impairment Rating Scale) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย สิริรัตดา ปัญญาภาส และคณะ⁽⁷¹⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การรักษาเด็กสมาธิสั้น

งานศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวกับการประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น คือการติดตามผลการบำบัดกลุ่มเด็กสมาธิสั้น ในระยะ 14 เดือน ของ MTA Study Group⁽⁷²⁾ และติดตามไปต่อเนื่องระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการรักษา คือ รักษาด้วยยา รักษาด้วยการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มข้น (Intensive Course) และรักษาร่วมกันทั้งยาและการปรับพฤติกรรม (Combined Treatment) การรักษาแบบปกติในหน่วยบริการในชุมชน ผลลัพธ์ศึกษาที่สำคัญได้แก่ อาการสมาธิสั้น พฤติกรรม ก่อทวน ผลสัมฤทธิ์การเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และทักษะสังคม การวิจัยเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ และกระทรวงศึกษาของสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้พิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาดังต่อไปนี้

- 1) เพศ เป็น ปัจจัยที่กำหนดลักษณะทางกายภาพที่บอกถึงความแตกต่างของสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อบทบาทและบุคลิกภาพ เช่น เพศชายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวกว่าเพศหญิง รวมทั้งมีปัญหาด้านการเรียนมากกว่าเพศหญิง แต่มีงานวิจัยที่พบว่าเด็กหญิงที่มีภาวะสมาธิสั้นจะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรง เป็นระยะยาวนานส่งผลต่อทั้งด้านการเรียน ด้านสังคม และปัญหาอารมณ์⁽³⁴⁾
- 2) อายุ บอกถึงพัฒนาการทางด้านจิตใจ ร่างกาย และกำหนดบทบาทของบุคคลในสังคมพบว่า อาการสมาธิสั้นจะเริ่มแสดงเมื่อเริ่มประถมวัย และพบเด่นชัดเนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรม คือ ต่อต้าน ส่งผลต่อการเรียนและการเข้าสังคมโดยเฉพาะกลุ่มเด็กสมาธิสั้นพบว่าเมื่อโตเข้าสู่วัยรุ่น (อายุ 13-18 ปี) พบว่ามีปัญหาร่วมมือในการรักษามากขึ้น เช่น การทานยา การมารักษาตามนัด เหตุเพราะผู้ปกครองสามารถควบคุมกำกับได้เหมือนวัยเด็ก และจากสาเหตุที่ตัวเด็ก ที่ได้รับผลกระทบปัจจัยอื่นๆ เช่น ถูกเพื่อนล้อเลียนเมื่อทานยา หรือคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว⁽⁷³⁾
- 3) อาการสมาธิสั้น ความรุนแรงที่พบเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการมากกว่า 1 อาการ มักจะพบอาการต่อเนื่อง ต่อต้านมาร่วมด้วย และเด็กที่มีอาการเด่นในด้าน ชน หุนหันพลันแล่น จะมีผลกระทบต่อร่างกายมากเพราะมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา อาจเกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย รวมถึงภาวะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อการรักษา หรือความคาดหวังต่อการรักษาที่มากเกินไปของผู้ปกครอง⁽⁷⁴⁾
- 4) สภาวะแวดล้อมโดยเฉพาะด้านบุคคลที่ใกล้ชิด ตัวผู้ดูแลเด็ก เช่น ปัจจัยการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา พ่อแม่ที่ร่วมกันดูแลบุตรจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น⁽¹⁸⁾ และพบว่าทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองสามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾
- 5) ปัจจัยด้านการรักษา (Clinical Factor) เช่น ความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การทานยา การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับบริการอย่างต่อเนื่อง หรือระยะเวลาในการรักษา รวมถึงการรักษาที่ได้รับ เช่น รักษาด้วยยา การปรับพฤติกรรม การศึกษาพิเศษ ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญระหว่างการรักษาที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาโดยตรง⁽⁷⁵⁾

นอกจากที่กล่าวมาแล้วมีแนวคิดที่ควรนำมาพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิธีการบำบัด (Intervention) เด็กสมาธิสั้น นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ แนวคิดเรื่อง ตัวแปรที่สาม (Third Variable) เป็นตัวแปรที่เข้ามาสอดแทรก

ระหว่างตัวแปร ต้น และตัวแปรตามโดยสามารถแบ่งย่อยลงไปได้อีก 2 ชนิด เรียกว่า Moderating Variable หรือ Moderator Factor และ Mediating Variable หรือ Mediator Factor⁽⁷⁶⁾

1. Moderator หมายถึง คุณลักษณะบางอย่างของกลุ่มตัวอย่าง หรือเป็นตัวแปรที่สาม เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรต้น จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเปลี่ยนไป ตัวอย่างเช่น ผู้วิจัยศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ (ตัวแปรต้น) กับ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (ตัวแปรตาม) ผู้วิจัย พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตาม คู่นี้มีความสัมพันธ์ทางบวก เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ชายเท่านั้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิง ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นลบ ในกรณีนี้กล่าวได้ว่า ตัวแปร “เพศ” เป็น Moderating Variable
2. Mediator หรือตัวแปรสอดแทรก หมายถึง กระบวนการ (Process) บางอย่างที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา หรือตัวแปรที่สามที่มาแทรก ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม บางครั้งเรียกว่า Intervening Variable เช่น การวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยโดยมีสมมติฐานการวิจัยว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นๆ (ตัวแปรต้น-X) น่าจะมีผลต่อสภาพอารมณ์ (ตัวแปรตาม-Y) โดยที่ X จะมีผลต่อ Y ก็ต่อเมื่อ X ไปมีผลต่อวิธีการที่ ผู้ป่วยเลือกใช้ในการเผชิญโรคนั้นๆ (ตัวแปรสอดแทรก-W) ดังแผนผังต่อไปนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง > วิธีการที่เลือกใช้ในการเผชิญด้วยโรคมะเร็ง > สภาพอารมณ์

(ตัวแปรต้น-X) \longrightarrow (ตัวแปรสอดแทรก-W) \longrightarrow (ตัวแปรตาม-Y)

จากการวิจัยของ MTA Cooperation Group พบว่าปัจจัย Moderator และ Mediator ที่มีความสัมพันธ์กับผลการบำบัดดังนี้⁽⁷⁷⁾

ข้อสรุปและความมีนัยสำคัญ สำหรับตัวแปรที่สาม (Third Variable) จากการวิจัยของ MTA Cooperative Group มีดังนี้

Moderator	นัยสำคัญ	ข้อสรุปเพิ่มเติม
เพศ	ไม่มี	เด็กชายและเด็กหญิงตอบสนองต่อการรักษาเหมือนกัน
โรคร่วม กลุ่ม ตื้อ ต่อต้าน/เกเร	ไม่มี	เด็กที่มีและไม่มีโรคร่วมดังกล่าวตอบสนองต่อ การรักษาเหมือนกัน

Moderator	นัยสำคัญ	ข้อสรุปเพิ่มเติม
ประวัติเคยทานยา รักษาสมาธิสั้น	ไม่มี	เด็กที่มีและไม่มีประวัติเคยทานยาตอบสนองการรักษา เหมือนกัน ยกเว้น ด้านพฤติกรรมกรทานยาอย่าง ต่อเนื่องที่ทั้งสองกลุ่มต่างกัน
โรคร่วมกลุ่ม วิตก กังวล	มี	เด็กที่มีภาวะวิตกกังวล ตอบสนองต่อการรักษาด้วย พฤติกรรมบำบัดดีกว่าเด็กที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลจากการ รายงานผลลัพธ์โดยผู้ปกครองประเมิน
ครอบครัวได้รับการ สนับสนุนจากสังคม	มี	ครอบครัวที่มีรายได้น้อย ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรมด้านทักษะสังคมเมื่อประเมิน โดยครู และมีสัมพันธภาพดี เมื่อประเมินโดยผู้ปกครอง มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง
เชื้อชาติ	มี	กลุ่มเด็กอเมริกัน แอฟริกัน ตอบสนองต่อการรักษา และพฤติกรรมบำบัดร่วมกันดีกว่าเด็กผิวขาว
ความรุนแรงของโรค สมาธิสั้น	มี	เด็กที่มีอาการสมาธิสั้นมากจะตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยา และการรักษาด้วยยาร่วมกับปรับพฤติกรรมแย่ กว่าเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นน้อย
อาการซึมเศร้าของ ผู้ปกครอง	มี	เด็กสมาธิสั้นที่มีผู้ปกครองมีอาการซึมเศร้าตอบสนองต่อ การรักษาทั้งยา และยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมแย่ กว่าเด็กที่ผู้ปกครองไม่มีอาการซึมเศร้า
สติปัญญาของเด็ก	มี	เด็กที่มีไอคิวต่ำกว่า 100 ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดแย่กว่าเด็ก ที่มีคะแนนไอคิวอย่างน้อย 100 เมื่อร่วมกับปัจจัยด้าน อาการสมาธิสั้นและภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง

Mediator	นัยสำคัญ	ข้อสรุปเพิ่มเติม
จำนวนการรับกา รรักษา	ไม่มี	ในกลุ่มที่รักษาด้วยการปรับพฤติกรรมไม่พบว่าเป็นตัว แปรสอดแทรก
จำนวนการรับกา รรักษา	มี	มีนัยสำคัญมากในการรักษาด้วยยา
ประวัติการรักษาด้วย	มี	เด็กที่เคยรับยาสมาธิสั้นในชุมชนมีผลการบำบัดดีกว่า

Mediator	นัยสำคัญ	ข้อสรุปเพิ่มเติม
ยาในชุมชน		เด็กที่ไม่เคยรับยาสมาธิสั้น แต่กลับมีผลการบำบัดแยกว่า การรักษาด้วยยา และการรักษาเข้าร่วมกับปรับพฤติกรรมในการวิจัย
ความมีระเบียบวินัยในครอบครัว	มี	ครอบครัวที่มีระเบียบวินัยดี ถ้าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมปรับพฤติกรรมมีทักษะสังคมดีขึ้น และพฤติกรรมรบกวนในชั้นเรียนลดลงกว่ากลุ่มที่ระเบียบวินัยครอบครัวไม่ดี

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ยังไม่มีผู้พัฒนาแนวทางการประเมินผลในการบำบัดเด็กสมาธิสั้นอย่างเป็นระบบ การประเมินส่วนใหญ่จะใช้แบบประเมินเฉพาะอาการจากโรคสมาธิสั้น แต่ไม่ได้ประเมินครอบคลุมถึงปัญหาพฤติกรรมร่วมอื่นๆ ที่เกิดขึ้น แต่ทั้งนี้พบว่าในประเทศไทยมีการพัฒนาและแปลแบบประเมินอาการสมาธิสั้น เช่น Conner Rating Scale หรือ ADHD Rating Scale แต่ไม่พบว่าพิมพ์เผยแพร่ผ่านวารสารวิชาการในประเทศไทย แต่แบบประเมิน SNAP-IV ของ Swanson และ Nolan มีการตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้มีผู้นำมาใช้ในการคัดกรอง และติดตามผลการบำบัดอย่างแพร่หลายในหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้นในเด็ก โดย ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร เป็นผู้แปลและพัฒนาแบบสอบถามเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ พบว่าค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93-0.96 และมีความไวและความถ่วงจำเพาะประมาณ ร้อยละ 50-60 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์พอใช้^(66, 78) ส่วนด้านพฤติกรรมที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น^(17, 79) พบว่าสไตรน์และคณะ (Strine T.W. et al.,2006) ได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับปัญหาสมาธิในเด็กสมาธิสั้นอายุ 4 -17 ปี ด้วยแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire : SDQ) ในประเทศอเมริกาพบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนมากกว่าเด็กปกติทั่วไปแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ เฮ และคณะ (Hay et al.,2010) กลับพบว่าเด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับในสังคมน้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในประเทศไทย พบว่า เด็กสมาธิสั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกข่มขู่ ทั้งเป็นผู้ถูกรังแก รังแกผู้อื่น หรือทั้งสองอย่าง และพบว่าปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กสมาธิสั้น⁽⁸⁰⁾

นอกจากนี้สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวการรักษาเด็กสมาธิสั้น พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นคือ เด็กที่มีความก้าวร้าวสูงและมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่นๆ มากขึ้น เช่น การหนีโรงเรียน ทะเลาะวิวาทร่วมกับปัญหาจากตัวผู้ปกครอง ที่ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลปรับพฤติกรรม⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การทำหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นในประเทศในแถบ ยุโรป จำนวน 10 ประเทศ โดยค็อกฮิล (Coghill.,2006)⁽⁸¹⁾ โดยประเมินจาก The Clinical Global Impression-Severity Scale (CGI-S) งานวิจัยนี้เสนอแนะว่ามีปัจจัยหลายประการที่คาดว่าจะมีผลต่อ การทำหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น เช่น เพศ อายุ การอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา ประวัติการคลอด ปัญหาพฤติกรรม อาการสมาธิสั้น โรคร่วม (ย่ำคิดย่ำทำ อาการทางจิตที่มีผลต่อทางกาย โรคคือ/เกเร โรคกล้ามเนื้อกระตุก โรคที่ดหอบ) ประวัติสุขภาพในครอบครัวและจากการศึกษาของ สตีเฟน และไบเดอร์แมน (Stephen and Biederman.,2005) ติดตามผลการบำบัดระยะยาวของเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการสมาธิสั้น กลุ่มที่ยังมีอาการสมาธิสั้นเหลืออยู่ และกลุ่มที่มีอาการสมาธิสั้นเหลืออยู่แต่ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่แล้วพบว่า ร้อยละ 60 ของเด็กสมาธิสั้นอายุ 18-20 ปี อาการไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัยสมาธิสั้นแล้ว แต่มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีอาการดีขึ้นไม่พบอาการสมาธิสั้นแล้ว เด็กที่มีอาการขาดสมาธิเหลืออยู่มีร้อยละ 40 แต่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไม่มีอาการขาดสมาธิแล้ว ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่ามีผู้ใหญ่จำนวนมากยังมีความทุกข์จากโรคสมาธิสั้นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องและมีนัยสำคัญ เช่น เกิดผลกระทบด้านการศึกษาถึงแม้ว่าจะระดับสติปัญญาและโอกาสทางการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน พบว่าร้อยละ 25 ยังมีปัญหาการเข้าชั้นเรียน มีปัญหาในชีวิตคู่ และการหย่าร้าง ผู้ใหญ่ที่มีอาการสมาธิสั้น จะมีปัญหาในการสอบขออนุญาตใบขับขี่ ขับรถเร็ว ถูกยึดใบขับขี่รถยนต์ มีปัญหาอุบัติเหตุ และเกิดบาดเจ็บด้านร่างกายได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่สูง และเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุน้อยกว่า และเลิกสูบบุหรี่ยากกว่าประชากรทั่วไป รวมถึงมีปัญหาติดสารเสพติดมากเป็น 2 เท่า และมีอัตราการเจ็บป่วยทางจิตสูง เช่น มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์ 2 ขั้ว และโรควิตกกังวล นอกจากนี้ทางด้านครอบครัวผู้ใหญ่ที่มีภาวะสมาธิสั้น จะมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เพราะไม่สามารถจัดการเรื่องภายในบ้าน การจัดการด้านการเงิน ขาดความตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพ และมักจะเลือกมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในชีวิต ทั้งนี้มีข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับอาการของสมาธิสั้นที่ส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวต่อไปนี้^(9, 45)

สรุปแสดงอาการสมาธิและผลกระทบเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

อาการ	ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต
กลุ่ม อยู่ไม่นิ่ง	
หยุกหยิก ไม่นิ่ง นิ่งไม่ติดที่ วิ่ง ปีนป่าย มากเกินวัย เล่น/ทำงานต่อเนื่องไม่ได้ พลุ่พล่านเหมือนติดเครื่องยนต์ พุดมาก	<ul style="list-style-type: none"> ● หมกมุ่นในงาน กิจกรรมต่างๆ ● ทำงานไม่เสร็จ/เลยกำหนดเวลา ● ชอบเลือกงานที่ไม่อยู่เฉย (Self - Select very active job) ● มีความเครียดในครอบครัวสูง ● ไม่มีเวลาว่างในชีวิต
กลุ่ม หุนหันพลันแล่น	
พุดโพล่ง รอคอยไม่ได้ ระบายผู้อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> ● อุดทนต่อความคับข้องใจต่ำ - อารมณ์เสื่อง่าย - เปลี่ยนงานบ่อย - ปัญหาสัมพันธภาพไม่ต่อเนื่อง - ขับรถเร็ว - พฤติกรรมเสพติด
กลุ่มขาดสมาธิ	
จดจ่อต่อเนื่องไม่ได้ ไม่สามารถฟังเรื่องราว ทำตามแบบอย่างไม่ได้ ไม่สามารถจัดการสิ่งต่างๆได้ ทำของสำคัญหาย ขี้ลืม เสียสมาธิ	<ul style="list-style-type: none"> ● มีความลำบากในการทำงาน เช่น - ประชุม อ่านหนังสือ - ผัดวันประกันพรุ่ง - ขี้เกียจ เฉื่อยชา - จัดการเวลาไม่ได้ - บริหารจัดการ กิจกรรม งานต่างๆ ไม่ได้

และจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เกี่ยวกับผลกระทบระยะยาว (มากกว่า 2 ปี) ของผู้ป่วยสมาธิสั้นจำนวน 351 ราย โดย ชอว์ และคณะ (Shaw et al., 2012) พบว่า สามารถจัดกลุ่มผลลัพธ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นได้ 9 กลุ่มผลลัพธ์ได้แก่ ด้านการศึกษา ด้านพฤติกรรมต่อต้านสังคม ด้านการขับรถ ด้านพฤติกรรมเสพติด (บุหรี แอลกอฮอล์ ยา ฯลฯ) ด้านอาชีพ ด้านความภาคภูมิใจ ด้านใช้สวัสดิการสังคม (เช่น การกู้เงิน การเกิดคดีความ การรับบริการ

ถูกเน้นด้านสุขภาพ) และด้านการทำหน้าที่ต่อสังคม รวมทั้งด้านภาวะอ่อน(ดัชนีมวลกาย) และพบว่า การที่ผู้ป่วยสมาธิสั้นได้รับการรักษามีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีจากลำดับมากไปน้อย คือ การขับรณ ภาวะอ่อน ความภาคภูมิใจ ดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มผลลัพธ์ด้าน พฤติกรรมต่อด้านสังคม การใช้บริการสังคม และด้านอาชีพตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้นต่ำกว่าร้อยละ60⁽⁸²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าประเด็นสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านการ รักษาเด็กสมาธิสั้น เพื่อที่จะนำไปสู่วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นสภาวะ ร่วมที่ซับซ้อน (Not a Single Homogenous) อีกทั้งเกณฑ์การประเมินและการวินิจฉัยโรคลังมี ลักษณะเป็นอัตวิสัย (Subjective) โดยผ่านการประเมินของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์ ฉะนั้นการประเมินผลลัพธ์ในการบำบัดรักษาในปัจจุบัน จะมีลักษณะที่หลากหลายวิธี และมีหลาย แนวคิด ดังนั้นเครื่องมือในการที่จะติดตามผลการบำบัดรักษา จึงเกิดแนวคิดที่จะประเมินผลลัพธ์ใน การรักษาแบบองค์รวม (Comprehensive) โดยมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่และอาการของ โรคเป็นแนวคิดหลักที่สำคัญ และจุดสนใจในการประเมินอาจจะไม่ใช่การประเมินเฉพาะที่ตัวเด็ก เท่านั้น การประเมินทั้งด้าน สภาวะในครอบครัว การรับรู้ หรือความเครียด สภาวะสุขภาพของ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ สิ่งควรพิจารณาในการประเมินผลลัพธ์การ บำบัด คือความแตกต่างของผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลา การแบ่งเป็นผลลัพธ์ตามระยะเวลา ในระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว ซึ่งในแต่ละช่วงระยะเวลา ควรจะมีกำหนดเวลาที่กี่เดือนหรือกี่ปีนั้นยัง ไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน^(54, 79) เหตุผลเหล่านี้ทำให้การประเมินผลลัพธ์การรักษาสมาธิสั้นมีความซับซ้อนใน การนำมาประเมินอย่างเป็นระบบในหน่วยที่ให้บริการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ระยะที่ 1 ศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ส่วนระยะที่ 2 ศึกษาเชิงสังเกต (Observation Study) ในรูปแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective Study)

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การพัฒนากรอบความคิด คัดเลือกเครื่องมือ และพัฒนาตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การบำบัดโดยรวม ที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น

1.1 พัฒนากรอบความคิด และคัดเลือกเครื่องมือ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างได้แก่

- 1) กลุ่มผู้ปกครอง เพื่อที่จะสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสอบถามความคิดเห็น เกี่ยวกับความคาดหวัง ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 6 ราย และ กลุ่มเด็กอายุ 13-18 ปี จำนวน 6 ราย รวมทั้งสิ้น 12 ราย
- 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 5 ปี ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักฟื้นฟู (ครูการศึกษาพิเศษ นักกิจกรรมบำบัด หรือนักอาชีวบำบัด) 5 วิชาชีพๆ ละ 6 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ท่าน

1.2 พัฒนาตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การบำบัด

กลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 ปี ถึง 18 ปี ที่ใช้ในการ ศึกษา นำร่อง (Pilot Study) ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดโดยรวมกับการประเมินจากคณะจิตแพทย์ของสถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์ จำนวน 3 ท่าน

ขนาดตัวอย่างการศึกษา

แทนค่าสูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของบัดเดอร์ (Buderer, 1996) ดังนี้^(83, 84)

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีผลการบำบัดไม่ดี (Poor Outcome)

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (\text{Sens}) (1-\text{Sens})}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับ 95%

Sens = 0.90

1-Sens = 0.10

d = acceptable error ร้อยละ 10 ของค่าความไวของเครื่องมือ

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.90) (0.10)}{(0.1 \times 0.9)^2}$$

n = 43 คน

จากข้อมูลการศึกษาของบาคเลย์ (Barkley,2006)⁽⁸⁵⁾ พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีอาการของโรคคั่งที่ร้อยละ 40- 60 รวมทั้งเพื่อป้องกันปัญหาขาดการรักษา (Drop Out) และความไม่ครบถ้วนข้อมูล จึงต้องเก็บกลุ่มตัวอย่างเด็ก และวัยรุ่นสมาธิสั้นโดยรวมเพิ่มอีกร้อยละ 20 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 180 ราย

ระยะที่ 2 ทดลองใช้เครื่องมือ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มตัวอย่างคือเด็ก และวัยรุ่นที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Text Revised Edition) และผู้ปกครองของเด็กซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักประกอบด้วย ผู้ป่วย 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1: การศึกษาในผู้ป่วยสมาธิสั้นเก่าที่ได้รับการบำบัดแล้ว

เด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 6 ปี ถึง 18 ปี ที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 12 เดือน ตั้งแต่วันที่เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้ป่วย

กลุ่มที่ 2: การศึกษาผู้ป่วยสมาธิสั้นรายใหม่ที่เข้ามาบำบัด

เด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 6 ปีถึง 18 ปี รายใหม่ที่รักษาไม่เกิน 12 เดือน หรือเคยมีประวัติการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์แต่ขาดการรักษาเกิน 6 เดือน แล้วกลับเข้ามา接受治疗อีกครั้ง ที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ณ วันที่เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้ป่วย

ขนาดตัวอย่างการศึกษาระยะที่ 2

จากสูตรการคำนวณ เพื่อพิจารณาความแตกต่าง Odds Ratio ของ Final outcome

- 1) สัดส่วนของปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้น(P_1) ร้อยละ 54-82^(26, 72)
- 2) สัดส่วนของปัญหาพฤติกรรมในประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วไป(P_2) ร้อยละ 10 - 25⁽⁸⁶⁾

โดยแทนค่าสูตรในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของแลมบีโซว์ (Lemeshow.S,1990) ดังนี้^(83, 87)

$$n = \frac{\{z_{\alpha/2}\sqrt{(r+1)P(1-P)} + z_{\beta}\sqrt{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

$$\text{Where } P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$P_1 = .25$$

$$P_2 = .10$$

$$z_{\alpha/2} = \text{ค่ามาตรฐานจากตาราง } Z (\alpha = .05) = 1.96$$

$$z_{\beta} = \text{ค่ามาตรฐานจากตาราง } Z \text{ ที่ Power of study ที่ } 90 \% (\beta = 0.10) = 1.28$$

$$r = (\text{Ratio Control /Subject}) = 2$$

แทนค่าในสูตร $n = 103.9 \sim = 104$ ต่อกลุ่ม n ทั้งหมด 312 ราย

โดยพิจารณาค่า Odds Ratio = 5.4 จากการศึกษาพบว่ามีค่าตั้งแต่ 2.16 ถึง 8 เท่า

พิจารณาใช้ค่า Odds Ratio ที่ 2.5 เพื่อป้องกันกรณีค่า Odds Ratio ที่ได้จากการเก็บข้อมูลจริงต่ำกว่าที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

- 3) แสดงขนาดตัวอย่างจากการคำนวณด้วยโปรแกรม PS – Power and Simple Size Calculation Version 3.0.43 (ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยสำคัญ .05)

Control : Subject	ค่า Odds Ratio					
	2.16		2.5		3	
	Power		Power		Power	
	90	80	90	80	90	80
1:1	223	171	146	113	92	72
2:1	164	123	<u>107</u>	81	66	51

ผู้วิจัยเลือกใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2:1 เพราะ เทียบเคียงจากสัดส่วนเด็กสมาธิสั้นที่มีผลการบำบัดไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 30) จากแบบประเมิน SNAP-IV คาดว่าจะมีจำนวนน้อยกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีผลการบำบัดดีขึ้น (ร้อยละ 70) และค่า Power = 90 และค่า Odds Ratio =

2.5 กลุ่มละ 107 ราย เก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 กรณี Drop Out เป็นกลุ่มละ 120 : 240 ราย รวมทั้งสิ้น 360 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

แบ่งตามกลุ่มประชากร ดังนี้

ผู้รับบริการเด็กและวัยรุ่น

- 1) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย
- 2) เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและ/หรือมีโรคที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้ทุกคนที่สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทยได้ กรณีเด็กที่ไม่สามารถอ่านเขียนได้ จะมีผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ช่วยเหลืออ่านข้อความให้เด็กตอบ และช่วยกรอกข้อมูลให้

ผู้ปกครอง

- 1) เป็นผู้ดูแลหลัก ใกล้ชิดผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้คล่อง
- 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ปกครองที่มีปัญหาโรคทางด้านจิตเวชหรือโรคทางสมองที่มีผลต่อการสื่อสาร การรับรู้
- 2) ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่มีพยาธิสภาพรุนแรงทางสมองในการรับรู้หรือเรียนรู้ เช่น โรคออทิซึม

(Autistic) บกพร่องทางสติปัญญา (Mental Retardation)

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique) ยาลัย

-ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากใช้เด็กและผู้ปกครองที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก

สถานที่ศึกษาวิจัย คือ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เลขที่ 75/1 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

เครื่องมือในการวิจัย

ระยะที่ 1

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Semi Structure in Depth Interview) กับผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องเด็กสมาธิสั้น
2. แบบสอบถาม (ใช้ในขั้นตอนเดลฟาย) กับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
3. แบบสำรวจ ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การบำบัด (Clinical Outcome Indicator)
4. แบบประเมินผลการบำบัดโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น Children-Global Function Assessment Scale (C-GAS)

ระยะที่ 2

1.แบบประเมินทางจิตวิทยา/พฤติกรรม (Treatment Outcome) ที่พบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยในระยะที่ 1 เช่น แบบประเมิน อาการสมาธิสั้น คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง อาการซึมเศร้า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทักษะสังคม ความสามารถด้านการเรียน ความรู้ ทักษะคิด ทักษะการดูแลเด็กของผู้ปกครอง

รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลระยะที่ 2 มีดังนี้

1) แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย⁽⁶⁶⁾ สำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยตัดข้อคำถามส่วน พฤติกรรมที่ต่อต้าน (ODD) จำนวน 8 ข้อออกไปโดยแยกเป็นด้าน Inattention, Hyperactivity/Impulsivity ฉบับภาษาไทยแปลโดย ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถามจากการวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach' s Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.927 แบบประเมินเด็กสมาธิสั้นแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้

-Inattention มีทั้งหมด 9 ข้อ

-Hyperactivity/Impulsivity มีทั้งหมด 9 ข้อ

โดยตอบคำถามทั้ง 18 ข้อ และเลือกความรุนแรงของอาการที่เข้ากับเด็กมากที่สุดคือ ไม่เลย, เล็กน้อย, ค่อนข้างมาก และมาก โดยนำคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้านที่เกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 95 ถือว่ามีอาการมากถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก โดยระดับคะแนนจุดตัดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่อข้อในแต่ละด้านของอาการสมาธิสั้นและต่อต้าน แสดงไว้ตามตารางต่อไปนี้

กลุ่มอาการ	คะแนนรวม (คะแนน)	
	คะแนน	แปลผล
ขาดสมาธิ (9 ข้อ)	16 ขึ้นไป	มีอาการขาดสมาธิ
อยู่นิ่ง/ขาดความยับยั้งชั่งใจ(9 ข้อ)	14 ขึ้นไป	มีอาการอยู่นิ่ง

การแปลผล

ถ้าไม่แสดงอาการ

หมายถึง ผลการบำบัด ดี

แสดงอาการเพียง 1 กลุ่มอาการ

หมายถึง ผลการบำบัด พอใช้

แสดงอาการรวมทั้ง 2 กลุ่มอาการ

หมายถึง ผลการบำบัด ไม่ดี

- 2) แบบสอบถามความภาคภูมิใจ (Five Scale of Self-Esteem : FSC) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยสุวรรณี พุทธิศรี⁽⁸⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มีตัวเลือกตอบดังนี้
- | | |
|--------------|-----------------|
| ตลอดเวลา | เท่ากับ 2 คะแนน |
| บางครั้ง | เท่ากับ 1 คะแนน |
| แทบไม่รู้สึก | เท่ากับ 0 คะแนน |

ข้อความด้านลบที่ต้องกลับคะแนนได้แก่ 1, 7, 8, 9, 13, 17, 23, 24, 26, 28, 30, 32, 35

การแปลผล

สำหรับแบบสอบถามต้นฉบับ การแปลผลโดยใช้คะแนนรวม แต่ไม่ได้แบ่งระดับ เกณฑ์ ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์อิงจากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยนี้จำนวน 180 ราย รวมคะแนน จำนวน 36 ข้อ คะแนนสูงสุด 72 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน ความภาคภูมิใจระดับต่ำ(ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25) ต่ำกว่า 39 คะแนน ความภาคภูมิใจระดับปานกลาง(เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-74)ระหว่าง 39-51 คะแนน ความภาคภูมิใจระดับสูง(เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75ขึ้นไป)คะแนนตั้งแต่ 52 คะแนนขึ้นไป

- 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กไทย (Thai Quality of Life Instrument for Children:ThQLC) ฉบับผู้ปกครอง พัฒนาโดยวิฐารณ บุญสิทธิและคณะ⁽⁸⁹⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถามรวม 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้าน การเรียน และด้านการมองชีวิต แต่ละข้อคำถามของแบบประเมิน ThQLC เป็นการถาม ให้ผู้ปกครองประเมินว่าเด็กมีปัญหาในแต่ละข้อในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อย เพียงใด โดยมีคำตอบให้เลือกตอบเป็นตัวเลขใน 5 ระดับ ได้แก่

ไม่มี	เท่ากับ 0 คะแนน
เล็กน้อย	เท่ากับ 1 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 2 คะแนน
มาก	เท่ากับ 3 คะแนน
มากที่สุด	เท่ากับ 4 คะแนน

การคิดคะแนนทำโดยการแปลงคะแนนในแต่ละข้อจาก 0-4 เป็น 0-100 แบบ ย้อนหลัง กล่าวคือ 0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0 ดังนั้นคะแนนสูงจะแสดงถึงคุณภาพ ชีวิตที่ดี คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านคำนวณโดยการรวมคะแนนของทุกข้อที่ตอบใน ด้านนั้นแล้วหารด้วยจำนวนข้อที่ตอบ โดยจะไม่คิดคะแนนถ้ามีการตอบน้อยกว่าร้อยละ 50

ของจำนวนข้อคำถามในด้านนั้นๆ ส่วนคะแนนรวมคุณภาพชีวิตคำนวณโดยการรวมคะแนนของทุกข้อในแบบประเมินที่ตอบหารด้วยจำนวนข้อที่ตอบทั้งหมด

การแปลผล

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายระดับความรู้ความเข้าใจในทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยพิจารณาจากค่าควอไทล์ (Quartiles) และแบ่งความรู้ความเข้าใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนคุณภาพชีวิตเด็กสมาธิสั้น ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25) ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตเด็กสมาธิสั้น ระดับปานกลาง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ 25-75) ตั้งแต่ 76-88 คะแนน

ความรู้ความเข้าใจทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระดับสูง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ 75 ขึ้นไป) ตั้งแต่ 89-100 คะแนน

- 4) แบบประเมินสถานการณ์ปัญหาในบ้าน (Home Situations Questionnaire) พัฒนาฉบับภาษาไทยโดย ณิชธร พิทยรัตน์เสถียร จากงานวิจัยของดลฤดี แดงน้ำคู้⁽³⁶⁾ ให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม คือ มี เท่ากับ 1 คะแนน หรือ ไม่มีเท่ากับ 2 คะแนน และเมื่อตอบว่ามีให้ระบุความรุนแรงของปัญหานั้นแบ่งเป็นมาตรวัดระดับ (Rating Scale) แบ่งจากระดับความรุนแรงนั้นเป็น 1- 9 ระดับ จากระดับน้อยไปสู่ระดับรุนแรงมากเมื่อรวมคะแนนแล้วเกินระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 93 ถือว่ามีปัญหารุนแรงทางคลินิกโดยใช้เกณฑ์ของ Green และ Alteper เทียบตามเกณฑ์คะแนนดังนี้

เด็กชาย	จำนวนพฤติกรรม	คะแนน
6-8 ปี	9.1	4.1
9 ปีขึ้นไป	8.6	4.2
เด็กหญิง		
6-8 ปี	8.7	3.9
9 ปีขึ้นไป	7.5	3.5

- 5) แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory :CFI) ดัดแปลงโดย แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ⁽⁹⁰⁾ จากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device :FAD) ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 24 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 12 ข้อ

เกณฑ์การกำหนดคะแนน

ลักษณะของคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ

ตรงมากที่สุดเท่ากับ	4	คะแนน
ตรงปานกลางเท่ากับ	3	คะแนน
ตรงเล็กน้อยเท่ากับ	2	คะแนน
ไม่ตรงเลยเท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผล

รวมคะแนนในแต่ละด้านบวกและด้านลบตามเกณฑ์คะแนน และแบ่งเป็น 4 กลุ่ม เพื่อแปลความหมายการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ปกครองสมาริ์สันดังนี้ รวมคะแนนเต็ม 144 คะแนน หาค่าด้วย 36 ข้อ

คะแนนเฉลี่ย	1.0-1.49	หมายถึง	รับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวไม่ดี
	1.5-2.49	หมายถึง	รับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวดีเล็กน้อย
	2.5-3.49	หมายถึง	รับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวดีพอควร
	3.5-4.0	หมายถึง	รับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวดีมาก

- 6) แบบสอบถามภาวะการดูแลเด็ก พัฒนาโดยสุภาวดี ชุ่มจิตต์⁽⁹¹⁾ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ
1. ภาวะการดูแลเด็กเชิงภาวะวิสัย (Objective Burden) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 1 ข้อ คือ ข้อที่ 10 และข้อคำถามที่เหลือคือทางลบ
 2. ภาวะการดูแลเด็กเชิงอัตวิสัย (Subjective Burden) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็น ข้อความทางลบทั้งหมด

เกณฑ์การกำหนดคะแนน

ลักษณะคำถามมีตัวให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
มาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
น้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

เฉพาะในข้อคำถามที่ 10 ในแบบสอบถามภาวะการดูแลเชิงภาวะวิสัยให้คะแนนกลับกัน

การแปลผล

รวมคะแนนในแต่ละด้านทั้งบวกและด้านลบ (ช่วงคะแนน 12- 60 คะแนน) ลำดับต่อมา จึงนำมาแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

1.0-1.49	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด
1.5-2.49	มีภาระในการดูแลน้อย
2.5-3.49	มีภาระในการดูแลปานกลาง
3.5-4.49	มีภาระในการดูแลมาก
4.5-5.0	มีภาระในการดูแลมากที่สุด

7) แบบสอบถามทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นพัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์⁽⁹²⁾ เพื่อประเมินทักษะของผู้ปกครองเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมอบรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การกำหนดคะแนน

ไม่เคย เท่ากับ 1 คะแนน บางครั้งเท่ากับ 2 คะแนน และเป็นประจำเท่ากับ 3 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ดังนั้น คะแนนสูงสุดของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเท่ากับคะแนนสูงสุด 60 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายระดับความรู้ความเข้าใจในทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยพิจารณาจากค่าควอไทล์ (Quartiles) และแบ่งความรู้ความเข้าใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ความเข้าใจทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ คะแนนที่รวมแล้วต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน

ความรู้ความเข้าใจทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25-75 ตั้งแต่ 27-33 คะแนน

ความรู้ความเข้าใจทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ 75 ขึ้นไป คะแนนตั้งแต่ 34 คะแนนขึ้นไป

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

แบบสำรวจตัวชี้วัด/ผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น (Clinical Outcome Indicator) จากการวิจัยในระยะที่ 1 แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

1) ผลลัพธ์การบำบัดโดยรวมดี คือ ไม่เกิดพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่บ้าน และที่โรงเรียนจากการรายงานของผู้ปกครองเช่นไม่เกิดพฤติกรรมเกรี้ยวกร้าว

พฤติกรรมใช้สารเสพติด พฤติกรรมต่อต้านสังคม และผลการเรียนคงที่ หรือดีขึ้นมีคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน

- 2) ผลลัพธ์บริการโดยรวมไม่ดี คือ เกิดพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่บ้านและที่โรงเรียน จากการรายงานของผู้ปกครอง เช่นเกิดพฤติกรรมเกรง ก้าวร้าว พฤติกรรมใช้สารเสพติด พฤติกรรมต่อต้านสังคม และผลการเรียนแย่งมีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูล อธิบาย และตอบข้อสงสัยการวิจัยให้เวลาในการตัดสินใจโดยอิสระแก่ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

- 1) สำหรับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นอายุตั้งแต่ 10 ปี หรือ หรือเรียนตั้งแต่ชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป จะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง หรือสัมภาษณ์กรณี อ่านภาษาไทยไม่คล่องแคล่ว
- 2) สำหรับ ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินตนเองในการประเมินเด็กสมาธิสั้นที่ดูแล

ประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการรักษา และแบบประเมินทางจิตวิทยา/พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ติดตามผลลัพธ์การบำบัด หลังจากประเมินระยะที่ 1 เมื่อครบ 3 เดือน และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1

- 1) วิเคราะห์เชิงคุณภาพ ในประเด็นพฤติกรรมที่ผู้ปกครองให้ความสำคัญ และปรับปรุงเนื้อหาของข้อคำถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
- 2) วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (Inter-quartile Range) ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบ
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
- 4) หลังจากนั้นได้ทดลองใช้ (try-out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจริงโดยผ่านกระบวนการสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 10 ราย ผู้วิจัยได้รวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของภาษาความคลุมเครือของข้อคำถามผู้ปกครอง

นำมาปรับแก้ข้อคำถามอีกครั้งเพื่อให้ทุกข้อคำถามมีความเข้าใจตามมุมมองของผู้ปกครองมากที่สุด

- 5) ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการประเมินความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) แบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Reliability)
- 6) ทดสอบความถูกต้องของการวัดโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (Criterion validity) โดยวิเคราะห์ค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น กับการประเมินผลการบำบัดโดยคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 คน รวมทั้งจะแสดงคุณสมบัติในด้านการวินิจฉัยโดย Receiver Operating Characteristic Curve (กราฟ ROC) โดย ค่า ROC บอกลถึง ความแม่นยำ (Accuracy) ของแบบประเมินตัวชี้วัดผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น โดยค่าระหว่าง 0.5-0.7 ถือว่าต่ำ ค่าระหว่าง 0.7-0.9 ถือว่ามีประโยชน์(Useful) และค่ามากกว่า 0.9 ถือว่าสูง
- 7) จัดทำเกณฑ์ประเมินผล (Cut-Point) การบำบัดจากตัวชี้วัดโดย การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐานของคะแนนแบบสอบถามตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มเด็กที่สมาธิสั้นที่มีผลการบำบัดดี และผลการบำบัดไม่ดีจากการประเมินของคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ระยะที่ 2

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล แจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation) โดย วิธี Multiple Logistic Regression ของตัวแปรจากเครื่องมือแบบประเมินผลทางจิตวิทยา/พฤติกรรม (Treatment outcome) และปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัด (Clinical Outcome Indicator)
 - 2.1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม (Bivariate) ด้วย Chi-Squares test เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีค่านัยสำคัญ ($p\text{-value} < .25$) นำไปวิเคราะห์ในขั้นต่อไป
 - 2.2. วิเคราะห์สหสัมพันธ์ร่วม (Multi-Collinearity) ด้วย
 - 2.2.1. วิธี Spearman Rank Correlation โดยปัจจัยคู่ใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระดับสูงตั้งแต่ 0.5-1.00 ถือว่ามีปัญหาเรื่องสหสัมพันธ์ร่วม
 - 2.2.2. วิธี Variance Inflation Factors (VIF) โดยปัจจัยคู่ใดมีค่าเกิน 5 และ ค่า Tolerance น้อยกว่า 10 ถือว่ามีปัญหาเรื่องสหสัมพันธ์ร่วม
 - 2.3. วิเคราะห์สมการ Logistic Regression ด้วย วิธี Backward Stepwise เพื่อหาตัวแปรที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าความเสี่ยง (Adjusted Odds Ratio) ของแต่ละปัจจัยเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้วนำมาสรุปเป็นรูปแบบในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น โดยศึกษา ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556- มิถุนายน 2559 การนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ด้วยวิธีการเดลฟายประยุกต์ (Modified Delphi)

1.1 การศึกษาความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็น เครื่องมือประเมินทางจิตวิทยา/พฤติกรรมในการประเมินเด็กสมาธิสั้น

1.2 การพัฒนาข้อคำถามแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2 การศึกษาคุณภาพแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 3 การศึกษารูปแบบการประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือวิจัย กระบวนการเดลฟายประยุกต์ (Modified Delphi)

การศึกษาขั้นตอนนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามความคิดเห็น ใช้มาตราวัดแบบช่วงชั้น (Interval Scale) เพื่อให้คณะผู้เชี่ยวชาญจำนวน 30 ท่าน แสดงความคิดเห็นจำนวน 2 รอบ ผลการสำรวจความคิดเห็นมีดังนี้

1.1 การศึกษาความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็น เครื่องมือประเมินทางจิตวิทยา/พฤติกรรมที่เหมาะสมในการประเมินเด็กสมาธิสั้นในสถานบริการสาธารณสุข

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ เครื่องมือทางจิตวิทยาที่เหมาะสมในการประเมินการรักษาเด็กสมาธิสั้น จากการวิเคราะห์คะแนนความคิดจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีเดลฟาย ในรอบที่ 1

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3-Q1)
Body Function			
1)SNAP – IV	4.5	5	5-4
2)Thai ADHD Screening Scale	4.1	5	5-4
3)ADHD Rating Scale –IV	4.1	4	5-4
4)Conner Parent Rating Scale –Revised	3.6	4	4-3

ตารางที่1(ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3-Q1)
Body Function Co-morbid			
5)Thai Youth Check List (CBCL)	2.6	3	3-2
6)แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ)	3.3	3	4-3
7)The Five – Scale Test of Self-esteem for Children : Thai FSC	3.3	3	4-2
8) State – Trait Anxiety Inventory for Children –Revised	2.7	2	4-2
9) Children Depression Inventory	3.1	3	4-2
Activities Limitation			
10) Thai Quality of Life Instrument for Children Version (ThQLC)	3	3	4-3
11)Kus-Si Rating Scale	3.0	3	4-2
12) Home Situation Questionnaire	3.3	4	4-2
Participation Restrictions			
13) แบบสอบถามพฤติกรรมรังแกข่มขู่(bully/victim Questionnaire)	2.9	2	4-2
14) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว	3.2	3	4-2.5
Environment factor			
15) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	3.6	4	4-3
16) แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น	3.2	4	4-2
17)แบบสอบถามทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น	3.6	4	4-3
18) Parenting Practice Test	3.7	4	5-3
19) แบบสอบถามภาวะการดูแลเด็ก	3.4	4	4-2.5
20) Parental Stress Index* Short Form	3.5	1	4-2.5

จากตารางที่ 1 พบว่ามีเครื่องมือการประเมินที่ไม่ผ่านเกณฑ์พิจารณาความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญต่ำกว่า 3 คะแนน จำนวน 3 เครื่องมือได้แก่ 1. แบบ

สำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist) 2. แบบวัดความวิตกกังวล (State – Trait Anxiety Inventory for Children–Revised) และ3. แบบสอบถามพฤติกรรมรังแกข่มขู่ (Olweus bully/victim Questionnaire)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ เครื่องมือทางจิตวิทยาที่เหมาะสมในการประเมินการรักษาเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาวิเคราะห์คะแนนความคิดจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีเดลฟาย ในรอบที่ 2

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3-Q1)
Body Function			
1)SNAP – IV	4.65	5	5-4
2)Thai ADHD Screening Scale	4.06	4	5-4
3)ADHD Rating Scale –IV	4.24	4	5-4
4)Conner Parent Rating Scale – Revised	3.6	4	4-3.5
5)Thai Youth Check List (CBCL)	ตัดออกจากรอบที่ 1		
6)แบบประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง(SDQ)	3.06	3	3-3
Body Function Co-morbid			
7)The Five – Scale Test of Self-Esteem for Children : Thai FSC	3.17	3	4-3
8) State – trait Anxiety Inventory for Children –Revised	ตัดออกจากรอบที่ 1		
9) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children Depression Inventory	3.1	3	4-3
Activities Limitation			
10) Thai Quality of Life Instrument for Children Version (ThQLC)	3.17	3	3.5-3
11)Kus-Si Rating Scale	3.03	3	3-3
12) Home Situation Questionnaire	3.17	3	4-3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

Participation Restrictions			
13) แบบสอบถามพฤติกรรมรังแก่มขู่ (Olweus bully/victim Questionnaire)	ตัดออกจากรอบที่ 1		
14) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของ ครอบครัว	3.2	3	4-3
Environment Factor			
15) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิ สั้น	3.6	4	4-3
16) แบบสอบถาม ทักษะติดต่อโรคสมาธิสั้น	3.24	3	4-3
17) แบบสอบถามทักษะการดูแลเด็กสมาธิ สั้น	3.75	4	4-3
18) Parenting Practice Test	3.72	4	4-3
19) แบบสอบถามการดูแลเด็ก	3.75	4	4-3
20) Parental Stress Index* Short Form	3.68	4	4-3

จากตารางที่ 2 สรุปแบบสอบถามทางจิตวิทยา/พฤติกรรมที่ผ่านกระบวนการสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงสุดในแต่ละด้าน ที่นำไปใช้ในการวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 7 ฉบับได้แก่

1. ด้าน Body Function คือ แบบประเมินอาการสมาธิสั้น SNAP- IV
2. ด้าน Body Function Co-morbid คือ แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง The Five – Scale Test of Self-esteem for Children : Thai (FSC)
3. ด้าน Activities limitation คือ
 - 3.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กไทย Thai Quality of Life Instrument for Children (ThQLC)
 - 3.2 แบบสอบถามสถานการณ์ปัญหาภายในบ้าน (Home situation Questionnaire)
4. ด้าน Participation Restrictions คือ แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว (Chula Family Inventory)
5. ด้าน Environment Factor คือ
 - 5.1 แบบถามการดูแลเลี้ยงดูเด็ก

5.2 แบบสอบถามทักษะการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

1.2 การพัฒนาข้อคำถามแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นจากผลการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำนวน 11 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยการบันทึกเสียง และการจดบันทึก ซึ่งทำการขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง จำนวน 11 ราย

ตัวแปร	กลุ่มอายุเด็ก 6- 12 ปี		13 ขึ้นไป		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
ปริญญาตรี	3	1	2	1	7
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	1	2	-	4
รวม	4	2	4	1	11

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปกครองมีอายุตั้งแต่ 35 – 45 ปี เป็นมารดา 10 ราย และ บิดา 1 ราย มารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ปี และสูงสุด 7 ปี ค่ามัธยฐาน 2 ปี

สถานการณ์ปัญหาที่ผู้ปกครองรับรู้

ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะรับทราบปัญหาว่าเด็กมีปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับการเรียนในชั้นเรียน เช่น มีพฤติกรรม รบกวนผู้อื่น ไม่ส่งงาน ทราบจากครูที่โรงเรียนแจ้งมา ร่วมกับพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่ง ไม่เชื่อฟัง รอคอยอะไรไม่ค่อยได้ ร่วมกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นที่บ้าน เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ทาง วาจา และการกระทำ เช่น แกล้งน้อง หรือเด็กที่อายุน้อยกว่า จนมากจนได้รับการบาดเจ็บ มีผู้ปกครองบางคน ได้ค้นหา ข้อมูลทาง อินเทอร์เน็ต และทดลองประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตผ่านทางเว็บไซต์ ผลแสดงว่า มีแนวโน้มของปัญหาสมาธิ ควรมาพบแพทย์จึงมารับการบริการ และคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ประสบการณ์ในการรับบริการที่เคยได้รับ

ผู้ปกครองเคยพาเด็กไปรักษาที่อื่น เช่น โรงพยาบาล ของโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด และคลินิกด้านสุขภาพจิตเด็กของสถานพยาบาลเอกชน จำนวน 5 ราย อีก 6 รายมารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์เป็นแห่งแรกและแห่งเดียวในช่วงเวลาให้ข้อมูล ส่วนเหตุผลที่เปลี่ยนที่รักษา หรือมีความไม่พึงพอใจ เหตุผลสำคัญคือการไม่สะดวกเดินทาง ระยะทางไกล เวลาที่นัดรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และอีกประการหนึ่งคือเรื่อง ต้องการรักษาในรูปแบบอื่นร่วม โดยไม่ต้องใช้ยาเพียงอย่างเดียว เหตุเพราะมีความกังวลเรื่องผลกระทบบของยา ต่อพัฒนาการของเด็ก

ซึ่งผู้ปกครองแจ้งว่าได้รับการชี้แจง อธิบายในประเด็นดังกล่าวค่อนข้างน้อย ส่วนที่ประทับใจ ด้านเวลาการรอรับบริการ การจัดระบบรอคิว ให้บริการของเจ้าหน้าที่ภาพรวมมีความพึงพอใจ

ผลลัพธ์การบำบัดจากบริการที่เคยได้รับ

ผู้ปกครอง ทั้งหมดพึงพอใจในเรื่อง อาการ อยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมที่ดูวุ่นวายลดลง คิดว่าเป็นเพราะได้ทานยา แต่ด้าน อื่นๆ ไม่ทราบแน่ชัดเพราะคิดว่าคงต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา ทั้งนี้ ส่วนใหญ่มารักษาต่อเนื่อง (ไม่ขาดการติดต่อเกิน 3 เดือน) ระยะเวลาประมาณ 6- 12 เดือน พบแพทย์ โดยเฉลี่ย 5 -6 ครั้ง

ความคิดเห็น ณ ปัจจุบันต่อผลลัพธ์การบำบัด

ในภาพรวมทั้ง 11 ราย พึงพอใจในเรื่อง อาการของสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง ไม่รบกวนคนอื่นในชั้นเรียนที่ดีขึ้น ส่วนเรื่องผลการเรียนไม่เปลี่ยนแปลงนัก แต่ยังไม่พึงพอใจพฤติกรรมอื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบ ทั้งเรื่องเรียน การไม่ส่งการบ้าน พฤติกรรมต่อต้านและก้าวร้าว ส่วนเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวคิดว่าพึงพอใจเพราะยังสามารถพูดคุย ตักเตือน เด็กส่วนใหญ่ยังคงเชื่อฟัง และด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ เพื่อนในวัยเดียวกัน เป็นที่พอใจเช่น เพราะพฤติกรรมเดิมไม่มีปัญหาอะไร ส่วนผลลัพธ์ที่ผู้ปกครองแนะนำเพิ่มเติมที่ต้องการให้ดีขึ้น ในด้าน อารมณ์ ภายในจิตใจ เช่น โกรธ วิดก กังวล

จากการสังเคราะห์ข้อมูลโดยทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามกรอบหัวข้อแบบสัมภาษณ์แล้วนำมาหาข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Induction) จากความสอดคล้อง และความคล้ายคลึงกันของข้อมูลพบว่ามีพฤติกรรมที่จะนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดในการบำบัดเด็กสมาธิสั้นดัง ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนพฤติกรรมที่จะนำมาพัฒนาเป็นตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น

พฤติกรรมส่วนตัว	การดำเนินชีวิตประจำวัน	การเรียน
1. ก้าวร้าวทางคำพูด	1. ปฏิเสธ การกิน	1. ครูประจำชั้นให้ย้ายชั้นเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรม
2. ทำร้ายสิ่งมีชีวิต	2. ปฏิเสธ การนอน	
3. เล่นไฟ/จุดไฟ	3. เล่นชน จนได้รับบาดเจ็บ ต้องไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล	2. ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่โรงเรียน
4. หนีออกจากบ้าน		3. ถูกให้ออกหรือย้ายโรงเรียน
5. ดื่มเหล้า เบียร์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4. ถูกกักบริเวณ คุมประพฤติ (เนื่องจากทำผิดกฎหมาย)	4. หนีโรงเรียน ไม่ยอมไปโรงเรียน
6. สูบบุหรี่		
7. เสพสารเสพติดอื่นๆ		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมส่วนตัว	การดำเนินชีวิตประจำวัน	การเรียน
8. ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์/ ทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ 9. เป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ 10. ขโมยทรัพย์สิน 11. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 12. ทำร้ายร่างกายตนเอง 13. โมโห อาละวาด ทำลาย สิ่งของ	5. ไปค้างคืนที่อื่นโดยที่ ผู้ปกครองไม่ทราบ	6. สอบตกถูกให้ซ้ำชั้นเรียน 7. ไม่ส่งงานหรือการบ้านที่ ต้องรับผิดชอบ

จากตารางที่ 4 พบว่า พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองคาดหวังว่า ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นกับตัวเด็กและครอบครัว เมื่อมารับการรักษา มี จำนวน 24 พฤติกรรม

ผลการวิเคราะห์การสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะสร้างเป็นแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

หลังจากได้สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ร่วมกับคำแนะนำของจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นเพื่อสร้างเป็นข้อคำถามเพื่อสอบถามความคิดเห็นด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของข้อคำถามด้วยเทคนิคเดลฟาย จำนวน 2 รอบ มีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ ข้อคำถามตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น จากการวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธี เดลฟาย ในรอบที่ 1

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3-Q1)
1. ก้าวร้าวทางคำพูด <i>แก้ไข : พุดจากก้าวร้าว พุดคำหยาบ</i>	4.2	4	5-4
2. ทำร้ายสัตว์สิ่งมีชีวิตอื่นๆ <i>แก้ไข : ทำร้าย รังแกสัตว์</i>	3.8	4	5-3
3. ปฏิเสธการกิน*	2.7	3	3-2
4. ปฏิเสธการนอน	3.1	3	4-2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3-Q1)
5. เล่นไฟ/จุดไฟ แก้ไข : ชอบเล่นไฟ จุดไฟหรือเล่น แผลงๆที่เด็กทั่วไปไม่ทำ	3.5	4	4-2
6. เล่น ชน จนได้รับบาดเจ็บ <u>จน</u> ต้องไป รับการรักษาที่สถานพยาบาล	4.3	5	5-4
7. ครูประจำชั้นให้ย้ายห้องเรียนสาเหตุ จากปัญหาพฤติกรรม	4.0	5	5-3
8. นี้ออกจากบ้าน	3.1	3	4-2
9. ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่ โรงเรียน	4.0	4	5-4
10. ตี้มเหล็ก เบียร์ เครื่องตี้มแอลกอฮอล์	3.0	4	4-2
11. สูบบุหรี่*	2.9	3	4-2
12. เสพสารเสพติดอื่นๆ	3.2	3	4-2.75
13. ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้อื่น ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์*	2.8	3	3-2
14. เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* แก้ไข : มีเพศสัมพันธ์	2.7	3	3-2
15. ถูกกักบริเวณ หรือ ถูกคุมประพฤติ (เนื่องจากทำผิดกฎหมาย)	3.5	4	4-3
16. ขโมยทรัพย์สิน	3.7	4	4.25-3
17. ถูกให้ออกหรือ ให้อายโรงเรียน แก้ไข : ถูกพักการเรียน หรือ ถูกให้ ออกจากโรงเรียนเนื่องจากมีปัญหา พฤติกรรมหรือผิดกฎเกณฑ์โรงเรียน	4.1	4	5-4

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3-Q1)
18. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น แก้ไข : รังแก ทำร้ายร่างกายผู้อื่น	4.3	5	5-4
19. ทำร้ายร่างกายตนเอง	3.5	4	4.25-2.75
20. โมโห อาละวาด ทำลายสิ่งของ	4.5	5	5-4
21. ไปค้างคืนที่อื่นโดยผู้ปกครองไม่ทราบ*	2.96	3	4-2.75
22. หนีโรงเรียน หรือไม่ยอมไปโรงเรียน	3.8	4	4.25-3
23. สอบตกถูกให้ซ้ำชั้นเรียน แก้ไข : สอบตก ต้องสอบซ่อม หรือซ้ำชั้นเรียน	4.7	5	5-3
24. ไม่ส่งงาน หรือการบ้านที่ต้องรับผิดชอบ	4.7	5	5-5

หมายเหตุ * ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3 คะแนน ถูกตัดออกหรือถูกปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถาม จากตารางที่ 5 พบว่า มีจำนวนพฤติกรรม ที่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่ำกว่า 3 คะแนน และถูกตัดออกก่อนการสำรวจความเห็นในรอบที่ 2 ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3,11,13,21 และผู้เชี่ยวชาญเห็นควรปรับปรุงเนื้อหาข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1,2,5,14,17,18,23 ทั้งนี้ มีข้อเสนอในการเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวข้องที่มีผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 5 ท่านขึ้นไป ได้เสนอเพิ่มเติมในประเด็นที่ตรงกันจากการสำรวจความคิดเห็นในรอบที่ 1 ดังนี้

1. ติดเกม หรือติดการพนัน
2. โกหกเพื่อปกปิดความผิด หรือเอาตัวรอดจากความผิด
3. ถูกกลุ่มเพื่อนปฏิเสธไม่ให้เข้ากลุ่ม
4. มีน้ำใจ ยินดี ช่วยงานต่างๆ ให้ความช่วยเหลือผู้ปกครอง และผู้อื่น (พฤติกรรมด้านบวก)
5. ได้รับรางวัล การประกาศเกียรติคุณ คำชมเชยจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ (พฤติกรรมด้านบวก)
6. สนใจ หรือสามารถทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆนอกจากการเรียนหรือกิจกรรมประจำวัน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ (พฤติกรรมด้านบวก)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น รอบที่ 2

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์(Q3-Q1)
1. ก้าวร้าวทางคำพูด <i>แก้ไข : พูดจาก้าวร้าว พูดคำหยาบ</i>	4.24	4	5-4
2. ทำร้ายสัตว์สิ่งมีชีวิตอื่นๆ <i>แก้ไข : ทำร้าย รังแกสัตว์</i>	3.9	4	4-4
3. ปฏิเสธการกิน	ตัดออกจากรอบที่ 1		
4. ปฏิเสธการนอน	3.1	3	3.5-3
5. เล่นไฟ/จุดไฟ <i>แก้ไข : ชอบเล่นไฟ จุดไฟหรือเล่น แผลงๆที่เด็กทั่วไปไม่ทำ</i>	3.34	3	4-3
6. เล่น ชน จนได้รับบาดเจ็บ <u>จนต้องไป</u> รับการรักษาที่สถานพยาบาล	4.6	5	5-4
7. ครูประจำชั้นให้ย้ายห้องเรียนสาเหตุ จากปัญหาพฤติกรรม	4.1	4	4.5-4
8. นี้ออกจากบ้าน	3.03	3	3-3
9. ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่ โรงเรียน	4.06	4	4-4
10. ดื่มเหล้า เบียร์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.89	3	3-2.5
11. สูบบุหรี่	ตัดออกจากรอบที่ 1		
12. เสพสารเสพติดอื่นๆ	2.8	3	3-3
13. ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้อื่น ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	ตัดออกจากรอบที่ 1		
14. เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <i>แก้ไข : มีเพศสัมพันธ์</i>	2.8	3	3-2.5
15. ถูกกักบริเวณ หรือ ถูกคุมประพฤติ (เนื่องจากทำผิดกฎหมาย)	3.55	4	4-3
16. ขโมยทรัพย์สิน	3.75	4	4-4

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3-Q1)
17. ถูกให้ออกหรือ ให้อายโรงเรียน แก้ไข : ถูกพักการเรียน หรือ ถูกให้ออกจากโรงเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรมหรือผิดกฎเกณฑ์โรงเรียน	3.9	4	4-4
18. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น แก้ไข : รังแก ทำร้ายร่างกายผู้อื่น	4.1	4	4-4
19. ทำร้ายร่างกายตนเอง	3.48	4	4-3
20. โมโห อาละวาด ทำลายข้าวสิ่งของ	4.55	5	5-4
21. ไปค้างคืนที่อื่นโดยผู้ปกครองไม่ทราบ	ตัดออกจากรอบที่ 1		
22. หนีโรงเรียน หรือไม่ยอมไปโรงเรียน	3.48	4	4-3
23. สอบตกถูกให้ซ้ำชั้นเรียน แก้ไข : สอบตก ต้องสอบซ่อม หรือ ซ้ำชั้นเรียน	3.96	4	4-4
24. ไม่ส่งงาน หรือ การบ้านที่ต้องรับผิดชอบ	4.82	5	5-5

ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดด้านการบำบัดสมาธิสัน ผู้เชี่ยวชาญเห็นควรเพิ่มเติมจากรอบที่ 1

ข้อความคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3-Q1)
1. ติดเกม หรือติดการพนัน	3.65	4	4-3
2. โกรธเพื่อปกปิดความผิด หรือเอาตัวรอดจากความผิด	3.5	4	4-3
3. ถูกกลุ่มเพื่อนปฏิเสธไม่ให้เข้ากลุ่ม	3.8	4	4-4
4. มีน้ำใจ ยินดี ช่วยงานต่างๆ ให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองและผู้อื่น(พฤติกรรมด้านบวก)	3.34	4	4-3

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3-Q1)
5.ได้รับรางวัล การประกาศเกียรติคุณ คำชมเชยจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ (พฤติกรรมด้านบวก)	3.06	4	4-2
6.สนใจหรือสามารถทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆนอกจากการเรียนหรือกิจกรรมประจำวัน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ(พฤติกรรมด้านบวก)	3.55	4	4-3

จากตารางที่ 6 และตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ต่ำกว่า 3 คะแนน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1 เป็นเกณฑ์ที่กำหนดว่าผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติตรงกันต่อข้อคำถามในรอบที่ 2 ดังนั้นข้อคำถามที่ 10,12,14 ถูกตัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงเหลือคำถามที่เลือกใช้เป็นตัวชี้วัดจำนวน 25 ข้อ นำไปหาความตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์กับการประเมินผลการบำบัดของคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน

จากตารางที่ 7 ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัยเสนอแนะ ให้ปรับปรุงข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการได้รับรางวัล และการชมเชย โดยแยกเป็น 2 ข้อคำถามในแต่ละประเด็นเพื่อความชัดเจนมากขึ้นสำหรับผู้ตอบ และแบ่งกลุ่มตัวชี้วัดตามระยะเวลาโดยขึ้นอยู่กับโอกาสความถี่ของพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งนี้มีข้อคำถามระยะเวลาภายใน 1 จำนวน 15 ข้อ และระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

ตารางที่ 8 สรุปตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่ได้ปรับแก้เนื้อหาและแบ่งตามระยะเวลา

ข้อคำถาม
พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 1 เดือน
1. ไม่ส่งงาน หรือ การบ้านที่ต้องรับผิดชอบ
2. หนีโรงเรียน หรือไม่ยอมไปโรงเรียน
3. โมโห อาละวาด ทำลายสิ่งของ
4. ทำร้ายร่างกายตนเอง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ
พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 1 เดือน
5. ขโมยทรัพย์สิน
6. ชอบเล่นสิ่งที่มีอายุก่อให้เกิดอันตราย เช่น เล่นไฟ จุดไฟหรือเล่นแผลงๆที่เด็กทั่วไปไม่ทำ
7. ปฏิเสธการนอน
8. ทำร้าย รังแกสัตว์
9. เล่นเกม เกมคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โดยเฉลี่ยเกินวันละ 2 ชั่วโมง
10. เล่นการพนัน
11. สนใจ หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆนอกจากการเรียน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ
12. โกหกเพื่อปกปิดความผิด หรือเอาตัวรอดจากความผิด
13. รังแก ทำร้ายร่างกายผู้อื่น
14. พูดจากร้าวร้าว พูดคำหยาบ
15. มีน้ำใจ ยินดี ช่วยงานต่างๆ ให้ความช่วยเหลือผู้ปกครอง และผู้อื่น
พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 3 เดือน
16. สอบตก ต้องสอบซ่อม หรือซ้ำชั้นเรียน
17. ถูกพักการเรียน หรือ ถูกให้ออกจากโรงเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรม หรือผิดกฎเกณฑ์โรงเรียน
18. ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่โรงเรียน
19. ถูกให้ย้ายห้องเรียนสาเหตุจากปัญหาพฤติกรรม
20. ถูกกักบริเวณ หรือ ถูกคุมประพฤติ (เนื่องจากทำผิดกฎหมาย)
21. เล่น ชน จนได้รับบาดเจ็บ ต้องไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล
22. หนีออกจากบ้าน
23. ถูกกลุ่มเพื่อนปฏิเสธไม่ให้เข้ากลุ่ม
24. ได้รับรางวัล การประกาศเกียรติคุณ จากหน่วยงานต่างๆ
25. ได้รับการชมเชยจากบุคคล หรือหน่วยงานต่างๆ

ส่วนที่ 2 การศึกษาคุณภาพแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

การศึกษาคูณภาพของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย การศึกษา 2 ขั้นตอน คือการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม ที่ผ่านพิชการณาคัดเลือกและปรับปรุง เนื้อหาในขั้นตอนเดลฟายกับผลการประเมินการรักษาจากคณะจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นจำนวน 3 ท่านที่ประเมินผลการบำบัดสอดคล้องกันอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน ผ่านเครื่องมือ C-GAS โดยมีเกณฑ์การจัดกลุ่มผลการบำบัด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 60 คะแนน ขึ้นไปจัดเป็นกลุ่มผลการบำบัดดี และต่ำกว่า 50 คะแนน เป็นกลุ่มผลการบำบัดไม่ดี โดยมีเด็กสมาธิสั้นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนทั้งสิ้น 180 คน จากนั้นจึง พิจารณาเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) นำไปหาจุดตัดคะแนน (Cut Off Point) สำหรับเป็นเกณฑ์ประเมินผลรับการรักษาอีกครั้ง

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=180)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	152	84.4
หญิง	28	15.6
อายุ เฉลี่ย = 10.2 ปี ต่ำสุด = 7 ปี สูงสุด = 17 ปี		
ระดับชั้นเรียน		
ประถมศึกษาปีที่ 1-3	70	38.9
ประถมศึกษาปีที่ 4-6	72	40.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	17.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./หรือเทียบเท่า	7	3.9
ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก		
มารดา	111	61.7
บิดา	13	7.2
ย่า/ยาย	22	12.2
ปู่/ตา	3	1.7
มารดาและบิดาร่วมกันดูแล	16	8.9
ลุง/ น้า/ อา ผู้ชาย	1	6.0
ป้า /น้า/ อา ผู้หญิง	14	7.8

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n=180)	ร้อยละ
การวินิจฉัยร่วม		
ไม่มี	77	42.8
ติดต่อด้าน เกเร	26	14.4
บกพร่องด้านการเรียนรู้	34	18.9
ปัญหาการเลี้ยงดู	16	8.9
วิตกกังวล	8	4.4
อื่นๆ	19	10.6
จำนวนครั้งที่มารับบริการ เฉลี่ย =13.8 ครั้ง ต่ำสุด =2 ครั้ง สูงสุด = 69 ครั้ง		

จากตารางที่ 9 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84.4 มีอายุ เฉลี่ย 10.2 ปี (ต่ำสุด 7 ปี- สูงสุด 17 ปี) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับชั้น ประถมศึกษาปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 18.9 รองลงมาเป็น ชั้นประถมปีที่ 5 ร้อยละ 17.8 มี มารดาเป็น ผู้ปกครองดูแลหลัก ร้อยละ 61.7 รองลงมาเป็น ย่าหรือยาย ร้อยละ 12.5 การวินิจฉัยปัญหาาร่วม พบว่า เป็นโรคสมาธิสั้น โดยไม่มีปัญหาร่วมมากที่สุด ร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ ปัญหาบกพร่องด้าน การเรียนรู้ ร้อยละ 18.9 ส่วนจำนวนครั้งที่มารับบริการเฉลี่ย 13.8 ครั้ง (ต่ำสุด 2- สูงสุด 69ครั้ง)

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเสนอผลของการวิเคราะห์ข้อมูลและเพื่อให้สื่อความหมายได้ เข้าใจตรงกันผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์และความหมายไว้ดังต่อไปนี้

- n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- * แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05
- ** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมที่เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น และการประเมินผลการบำบัดของคณะจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นด้วยแบบประเมิน C-GAS

ตัวชี้วัด	ผลการประเมินของจิตแพทย์		Crude OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี n=52	ดี n= 128		
1.ไม่ส่งงาน หรือ การบ้านที่ต้อง รับผิดชอบ				<.001**
มี	35(67.3)	42(32.8)	4.2(2.1-8.3)	
ไม่มี	17(32.7)	86(67.2)	1	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ผลการประเมินของจิตแพทย์		Crude OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี n=52	ดี n= 128		
2.หนีโรงเรียน หรือไม่ยอมไป โรงเรียน				.02*
มี	5(9.6)	2(1.6)	6.7(1.2-35)	
ไม่มี	47(90.4)	126(98.4)	1	
3. โมโห อาละวาด ทำลาย สิ่งของ				.059
มี	16(30.8)	23(18.0)	2.0(0.96-4.2)	
ไม่มี	36(69.2)	105(82.0)	1	
4.ทำร้ายร่างกายตนเอง				.324
มี	7(13.5)	11(5.9)	1.6(0.6-4.5)	
ไม่มี	45(86.5)	117(94.1)	1	
5.ชโมยทรัพย์สิน				<.001**
มี	19(36.5)	2(1.6)	36.2 (8.0-163)	
ไม่มี	33(63.5)	126(98.4)	1	
6.ชอบเล่นสิ่งนี้อาจก่อให้เกิด อันตราย เช่น เล่นไฟ จุดไฟหรือ เล่นแผลงๆที่เด็กทั่วไปไม่ทำ				.003*
มี	20(38.5)	23(18.0)	2.8(1.3-5.8)	
ไม่มี	32(61.5)	105(82.0)	1	
7.ปฏิเสธการนอน				.003*
มี	32(61.5)	48(37.5)	2.6(1.3-5.1)	
ไม่มี	20(38.5)	80(62.5)	1	
8.ทำร้าย รังแกสัตว์				.184
มี	9(17.3)	13(10.2)	1.8(0.7-4.6)	
ไม่มี	43(82.7)	115(89.8)	1	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ผลการประเมินของจิตแพทย์		Crude OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี n=52	ดี n= 128		
9.เล่นเกม เกมคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โดยเฉลี่ยเกินวันละ 2 ชั่วโมง				.369
มี	40(76.9)	90(70.3)	1.4(0.66-2.9)	
ไม่มี	12(23.1)	38(29.7)	1	
10.เล่นการพนัน				.032*
มี	5(9.6)	3(2.3)	4.4(1.01-19.2)	
ไม่มี	47(90.4)	125(97.7)	1	
11.สนใจ หรือทำกิจกรรม สร้างสรรค์ต่างๆนอกจากการ เรียน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ				.031*
มี	32(61.5)	99(77.3)	0.46(0.23-0.93)	
ไม่มี	20(38.5)	29(22.7)	1	
12.โกหกเพื่อปกปิดความผิด หรือเอาตัวรอดจากความผิด				.011*
มี	36(69.2)	62(48.4)	2.3(1.2-4.7)	
ไม่มี	16(30.8)	66(51.6)	1	
13.รังแก ทำร้ายร่างกายผู้อื่น				.294
มี	12(23.1)	21(16.4)	1.5(0.68-3.3)	
ไม่มี	40(76.9)	107(83.6)	1	
14.พูดจากร้าวร้าว พูดคำหยาบ				<.001**
มี	36(69.2)	47(36.7)	3.8(1.9-7.7)	
ไม่มี	16(30.8)	107(83.6)	1	

ตารางที่10 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ผลการประเมินของจิตแพทย์		Crude OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี n=52	ดี n= 128		
15.มีน้ำใจ ยินดี ช่วยงานต่างๆ ให้ ความช่วยเหลือผู้ปกครอง และ ผู้อื่น				.594
มี	40(76.9)	103(80.5)	0.80(0.37-1.7)	
ไม่มี	12(23.1)	25(19.5)	1	
16.สอบตก ต้องสอบซ่อม หรือซ้ำ ชั้นเรียน				<.001**
มี	22(42.3)	17(13.3)	4.7(2.2-10)	
ไม่มี	30(57.7)	111(86.7)	1	
17.ถูกพักการเรียน หรือ ถูกให้ออก จากโรงเรียน เนื่องจากมีปัญหา พฤติกรรม หรือผิดกฎเกณฑ์ โรงเรียน				.025*
มี	4(7.7)	1(0.8)	10(1.1-97)	
ไม่มี	48(92.3)	127(99.2)	1	
18.ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่ โรงเรียน				.006*
มี	11(21.2)	9(7.0)	3.5(1.3-9.1)	
ไม่มี	41(78.8)	119(93.0)	1	
19.ถูกให้ย้ายห้องเรียนสาเหตุจาก ปัญหาพฤติกรรม				.298
มี	1(1.9)	0(0.0)	0.28(0.22-0.35)	
ไม่มี	51(98.1)	128(100.0)	1	
20.ถูกกักบริเวณ หรือ ถูกคุม ประพฤตินี้(เนื่องจากทำผิดกฎหมาย)				.201
มี	2(3.8)	1(0.8)	5.0(0.45-57.1)	
ไม่มี	50(98.3)	127(99.2)	1	

ตารางที่10 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ผลการประเมินของจิตแพทย์		Crude OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี n=52	ดี n= 128		
21.เล่น ชน จนได้รับบาดเจ็บ จน ต้องไปรับการรักษาที่ สถานพยาบาล				.141
มี	13(25.0)	20(16.6)	1.8(0.81-3.9)	
ไม่มี	39(75.0)	108(84.4)	1	
22.หนีออกจากบ้าน(เกิน 1คืน)				.025*
มี	4(7.7)	1(0.8)	10.5(1.1-97)	
ไม่มี	48(92.3)	122(99.2)	1	
23.ถูกกลุ่มเพื่อนปฏิเสธไม่ให้เข้า กลุ่ม				.275
มี	14(26.9)	25(19.5)	1.5(0.71-3.2)	
ไม่มี	38(73.1)	103(80.5)	1	
24.ได้รับรางวัล การประกาศเกียรติ คุณ จากหน่วยงานต่างๆ				.950
มี	16(30.8)	40(31.3)	0.97(0.48-1.9)	
ไม่มี	36(69.2)	88(68.8)	1	
25.ได้รับการชมเชยจากบุคคล หรือหน่วยงานต่างๆ				.368
มี	25(48.1)	71(55.5)	0.74(0.39-1.4)	
ไม่มี	27(51.9)	57(44.5)	1	

จากตารางที่ 10 พบว่าข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลการประเมินการรักษาของคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น มีจำนวน 13 ข้อ สรุปรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11 ต่อไป

ตารางที่ 11 แสดงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผลการประเมินของจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นนำมาใช้เป็นข้อคำถามในแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ข้อคำถาม
พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 1 เดือน
1. ไม่ส่งงาน หรือ การบ้านที่ต้องรับผิดชอบ
2. หนีโรงเรียน หรือไม่ยอมไปโรงเรียน
3. ขโมยทรัพย์สิน
4. ชอบเล่นสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น เล่นไฟ จุดไฟ หรือเล่นแผลงๆ ที่เด็กทั่วไปไม่ทำ
5. ปฏิเสธการนอน
6. เล่นการพนัน
7. สนใจ หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ นอกจากการเรียน
8. โกหกเพื่อปกปิดความผิด หรือเอาตัวรอดจากความผิด
9. พูดจากร้าวร้าว พูดคำหยาบ
พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 3 เดือน
10. สอบตก ต้องสอบซ่อม หรือซ้ำชั้นเรียน
11. ถูกพักการเรียน หรือ ถูกให้ออกจากโรงเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรม หรือผิดกฎเกณฑ์โรงเรียน
12. ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่โรงเรียน
13. หนีออกจากบ้าน

ตารางที่ 11 พบว่ามี ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น การสอบถามผู้ปกครอง ภายในเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ และภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 4 ข้อ ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ที่นำมาใช้ในระยะเวลาการศึกษานำร่อง (Pilot Study) เพื่อสร้างเกณฑ์คะแนนแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 12 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ด้วยสูตร KR-20

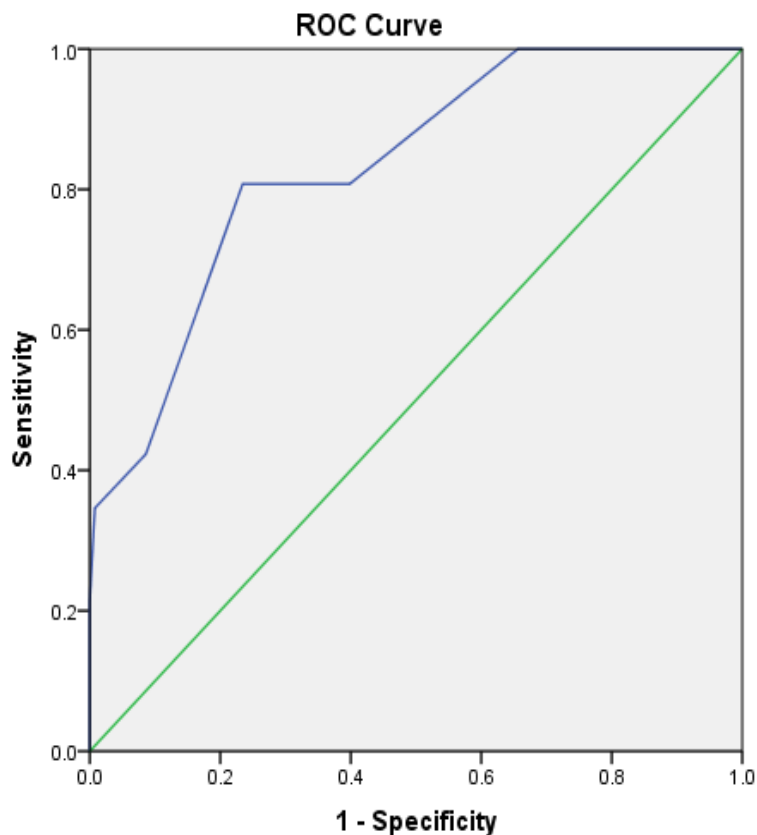
ข้อคำถาม	ความสัมพันธ์กับคะแนนรวม	ค่าความเที่ยง เมื่อตัด ข้อคำถาม ออก
1.	.350	.560
2.	.207	.594
3.	.333	.571
4.	.367	.558
5.	.249	.586
6.	.210	.593
7.	.036	.630*
8.	.382	.552
9.	.305	.572
10.	.295	.574
11.	.054	.607*
12.	.240	.592
13.	.251	.584
หมายเหตุ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 180 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงรวมทั้งฉบับ = .604		

จากตารางที่ 12 พบว่าคำถามข้อที่ 7 “สนใจ หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ นอกจากการเรียน” และข้อที่ 11 “ถูกพักการเรียน ฯ” เมื่อถูกตัดออกจะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในของ (Internal Consistency) ทั้งฉบับสูงขึ้น แต่ทั้งนี้ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้นมีความแตกต่างจากเดิมเพียงเล็กน้อย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตัดข้อคำถามนี้ออกไปเพื่อความครบถ้วนของเนื้อหาตามเดิมจากขั้นทดสอบความสัมพันธ์กับผลการประเมินของคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ตารางที่ 13 แสดงค่าจุดตัดคะแนนที่จะนำมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด และค่าความไว และความจำเพาะของแบบสำรวจตัวชี้วัดการบำบัดเด็กสมาธิสั้น

จำนวนพฤติกรรม/ คะแนน	ความไว (Sensitivity)	ความจำเพาะ (1-Specificity)
1	1.000	.852
2	1.000	.656
3	.808	.398
4*	<u>.808*</u>	<u>.234*</u>
5	.423	.086
6	.346	.008
7	.212	.000
8	.115	.000
9	.038	.000
10	.019	.000
11	.000	.000
12	1.000	.852

จาก ตารางที่ 13 พบว่า จุดตัดที่ 4 คะแนน ของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น จะให้ค่าความไว และค่าความจำเพาะดีที่สุดที่จุดตัด 4 คะแนนมี ค่าความไว=0.808 และค่าความจำเพาะ=0.766 (1-.234)



Diagonal segments are produced by ties.

รูปภาพที่ 1 แสดงพื้นที่ใต้โค้ง เมื่อเทียบเทียบจำนวนพฤติกรรมจากแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น กับการประเมินผลการบำบัดของคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

จากภาพที่ 1 แสดงกราฟ ROC ผลการประเมินด้วยแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับประเมินผลการบำบัดโดยคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐาน (Gold Standard) จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราผลบวกจริงในแกน Y และ อัตราผลบวกเท็จในแกน X พบว่า ผลของความสัมพันธ์นี้ให้ค่าของค่า ROC มีพื้นที่ใต้กราฟ = .830 หมายถึง หมายถึง ค่า ผลบวกจริงมากกว่า (True Positive) ค่า ผลบวกลวง (False Positive) จัดอยู่ในระดับ มีประโยชน์ (Useful) ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามนี้เหมาะสมสำหรับประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นได้ดี

ตารางที่ 14 ตารางทดสอบตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดสมาธิสั้นระหว่างผลการประเมินการบำบัดของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและจำนวนของตัวชี้วัดที่เกิดขึ้นโดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 4 คะแนน

	ผลประเมิน จิตแพทย์ไม่ดี (n=52)	ผลประเมิน จิตแพทย์ดี (n=128)	รวม (n=180)
ผลคะแนนจากตัวชี้วัดฯไม่ดี (พฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับ 4ข้อ)	42(80.8) 58.3	30(33.4) 41.7	72
ผลคะแนนจากตัวชี้วัดฯดี (พฤติกรรมน้อยกว่า4ข้อ)	10(19.2) 9.3	98(76.6) 90.7	108
ค่าเฉลี่ยคะแนนจากตัวชี้วัดฯ	4.5	2.2	p-value =.011*

หมายเหตุ

* Independent t-test

Positive Predictive Value =42/72=58.3

Negative Predictive Value =98/108=90.7

Sensitivity =42/52=80.8

Specificity =98/128=76.6

Accuracy = 42+98/180 = 78.0

จากตารางที่ 14 พบว่า ผลคะแนนจากแบบสำรวจตัวชี้วัดมีความตรง (Accuracy) กับผลการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (Gold Standard) ร้อยละ 78 และค่าเฉลี่ยจำนวนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่มีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดี พบว่าสูงกว่ากลุ่มผลลัพธ์การบำบัดดี จำนวน 2.3 คะแนนและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 การวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

การพัฒนารูปแบบในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ตอนที่ 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ตอนที่ 3.3 การวิเคราะห์ผลการบำบัด

ตอนที่ 3.4 การวิเคราะห์ การถดถอยด้วยวิธี Logistic Regression เพื่อสร้างสมการทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ตอนที่ 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามเพศ อายุ ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม การวินิจฉัยร่วม ปัญหาอื่น ๆ ระดับเซวาน์ ปัญญา การรักษาที่ได้รับ และปัญหาความร่วมมือในการทานยา ด้วยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นร้อยละแสดงผลดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 348)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	296	85.1
หญิง	52	14.9
2. อายุ		
6-12 ปี	292	83.9
13 ปีขึ้นไป	56	16.1
Max = 18 Min = 5.17 Mean = 10.56 S.D. = 2.45		
3. ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก		
บิดา	22	6.3
มารดา	174	50.0
บิดา-มารดา	95	27.3
ปู่-ตา	5	1.4
ย่า-ยาย	28	8.0
ญาติเพศชาย	4	1.1
ญาติเพศหญิง	20	5.7
4. ผลการเรียน		
ร้อยละ 75 หรือเกรด 3.0 ขึ้นไป	169	48.6
ร้อยละ 51-74 หรือเกรด 2.0- 2.99	109	31.3
ร้อยละ 0-50 หรือเกรด 0-2.00	70	20.1

ตารางที่15 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. สถิติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (ต่ำกว่า 90 แต่ไม่ต่ำกว่า 70)		
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	300	86.2
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	48	13.8
Max = 146 Min = 72 Mean = 106.02 S.D. = 16.980 n=247		
6. การวินิจฉัยร่วม		
ไม่มี	148	42.5
Learning Disorder	87	25.0
Oppositional Defiant Disorder	59	17.0
Depressive/Dysthymia	3	0.9
Anxiety	15	4.3
Tic Disorder	8	2.3
Mood Disorder	4	1.1
Low IQ/Borderline IQ	6	1.7
PDD	1	0.3
Adjustment Disorder	2	0.6
OCD	3	0.9
Speech Disorder	2	0.6
Specific Phobia	1	0.3
อื่นๆ	9	2.6
7. ปัญหาอื่น ๆ		
ไม่มี	267	76.7
Child Rearing Problem	31	8.9
Game Addiction	15	4.3
Enuresis	3	0.9
Nail Bitten	6	1.7
Poor Compliance	7	2.0

ตารางที่15 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7.ปัญหาอื่น ๆ		
Obesity	2	0.6
Read/Write Problem	1	0.3
Divorce Family	4	1.1
Adoption	2	0.6
Epilepsy	3	0.9
Sensitive Child	3	0.9

จากตารางที่ 15 ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.1 อายุ ระหว่าง 6-12 ปีร้อยละ 83.9 ผู้ปกครองที่ดูแล ส่วนใหญ่ คือ มารดา ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีผลการเรียนตั้งแต่ ร้อยละ 75 หรือ 3.00 ขึ้นไป ร้อยละ 50.0 มีปัญหาทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ร้อยละ 13.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 42.5 โดย โรคร่วมที่มีมากที่สุดคือ โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 25 และรองลงมาคือ โรคติดต่อด้านร้อยละ 17 และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาอื่นร่วม ร้อยละ 76.7 ส่วนปัญหาที่มีมากที่สุดได้แก่ปัญหา การเลี้ยงดูร้อยละ 8.9 รองลงมาได้แก่ ปัญหาติดเกมร้อยละ 4.3

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลด้านการรักษา(n=348)

ปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
8. การรักษาที่ได้รับ(ได้รับมากกว่า 1 อย่าง)		
ยา	339	97.4
พฤติกรรมบำบัด	46	13.2
การศึกษาพิเศษ	117	33.6
การให้คำปรึกษา/ความรู้รายบุคคล	323	92.8
การให้คำปรึกษา/ความรู้รายกลุ่ม	95	27.3
ครอบครัวบำบัด	21	6.0
กิจกรรมบำบัด	32	9.2
9. ปัญหาความร่วมมือในการทานยา		
ไม่มี	241	69.3
มี	107	30.7

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
10. จำนวนครั้งที่มารับบริการ		
0-9 ครั้ง	98	28.2
10-19 ครั้ง	159	45.7
ตั้งแต่ 20 ครั้งขึ้นไป	91	26.1
11. จำนวนครั้งของการขาดนัด		
0 ครั้ง	113	32.5
1-2 ครั้ง	119	34.2
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	116	33.3
Max = 23 Min = 0 Mean = 2.39 S.D. = 3.33		
12. ระยะเวลามารับบริการ		
0-12 เดือน	109	31.3
13-24 เดือน	88	25.3
ตั้งแต่ 25 เดือนขึ้นไป	151	43.4
Max = 135 Min = 0 Mean = 25.32 S.D. = 20.19		

จากตารางที่ 16 พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 97 รองลงมาคือ การศึกษา พิเศษร้อยละ 33.6 น้อยที่สุดคือ ครอบครัวบำบัด ร้อยละ 6 มีปัญหาความร่วมมือร้อยละ 30.7 จำนวนครั้งที่มารับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 10-19 ครั้งร้อยละ 45.7 ส่วนจำนวนครั้งของการขาดนัด 1-2 ครั้ง ร้อยละ 34.2 และส่วนใหญ่มารับบริการระยะเวลาตั้งแต่ 25 เดือนขึ้นไปร้อยละ 43.4

ตอนที่ 3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินทางจิตวิทยา/พฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางจิตวิทยา/พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยจำแนกตามกลุ่มอาการสมาธิสั้นจากแบบประเมิน SNAP-IV ระดับคุณภาพชีวิต ปัญหาภายในบ้าน การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะการดูแลด้านภาวะวิสัย ภาวะการดูแลด้านอัตวิสัย ทักษะการดูแลของผู้ปกครอง และความภาคภูมิใจในตนเอง ด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละแสดงผลดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามแบบประเมินทางจิตวิทยา/พฤติกรรม

Domain ของโรคสมาธิสั้น (SNAP -IV) (n=348)		
กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	174	50.0
มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง	84	24.1
มีอาการทั้งสองอย่าง	90	25.9
คุณภาพชีวิต		
กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
สูง	112	32.2
ปานกลาง	153	44.0
ต่ำ	83	23.8
การทำหน้าที่ครอบครัว		
กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
ดีเล็กน้อย	12	3.4
ดีพอสมควร	270	77.6
ดีมาก	66	19.0
ทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง		
กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
สูง	82	23.6
ปานกลาง	199	57.1
ต่ำ	67	19.3
ภาระการดูแลด้านภาวะวิสัย		
กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
ภาระการดูแลน้อยที่สุด	63	18.1
ภาระการดูแลน้อย	198	56.9
ภาระการดูแลปานกลาง	73	21.0
ภาระการดูแลมาก	14	4.0

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ภาวะการดูแลด้านอติวิสัย		
กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะการดูแลน้อยที่สุด	70	20.1
ภาวะการดูแลน้อย	163	46.8
ภาวะการดูแลปานกลาง	97	27.9
ภาวะการดูแลมาก	18	5.2
ระดับความภาคภูมิใจในตนเอง(n = 180)		
กลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
ความภาคภูมิใจสูง	47	26.2
ความภาคภูมิใจปานกลาง	89	49.4
ความภาคภูมิใจต่ำ	44	24.4

จากตารางที่ 17 พบว่าปัจจัยทางจิตวิทยา/พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองประเมินว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนมาก แสดงอาการไม่ครบ Domain สมาธิสั้น ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางร้อยละ 44.0 มีการทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับดีพอสมควรร้อยละ 77.6 ทักษะการดูแลเด็กผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 57.2 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีภาวะด้านดูแลเด็กด้านภาวะวิสัยระดับน้อยร้อยละ 56.9 เช่นเดียวกับด้านภาวะดูแลเด็กด้านอติวิสัยอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ร้อยละ 46.8 และด้านความภาคภูมิใจของเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.4 มากที่สุด

ตอนที่ 3.3 การวิเคราะห์ผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลจากการติดตามผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นจากการประเมินของผู้ปกครอง จำนวน 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 3 เดือน รวมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ได้ผลดังตารางที่ 18 และ 19

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามผลการบำบัด ติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือน

กลุ่ม	3 เดือน		6 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	226	64.9	254	73.0
ไม่ดี	122	35.1	94	27.0

ตารางที่ 19 ผลการทดสอบสัดส่วนผลลัพธ์การบำบัดระหว่าง 3 เดือน และ 6 เดือน

ระยะเวลาติดตาม	6 เดือน		
	ผลลัพธ์การบำบัดดี	ผลลัพธ์การบำบัดไม่ดี	รวม ระยะ6 เดือน
3 เดือน			
ผลลัพธ์การบำบัดดี	196	30	226(64.9)
ผลลัพธ์การบำบัดไม่ดี	58	64	122(35.1)
รวม ระยะ3 เดือน	254(73.0)	94(27.0)	348(100.0)

p-value = .004

จากตารางที่ 18 และ19 พบว่าผลลัพธ์การบำบัดระยะเวลา 3 เดือน มีผลลัพธ์การบำบัดดี ร้อยละ 64.9 และเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามระยะเวลา 6 เดือน เป็นร้อยละ 73.0 และสัดส่วนผลลัพธ์การบำบัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบด้วย McNemar Chi-Squares Test

ตอนที่ 3.4 การศึกษาในส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ เพื่อ สรุปเป็นรูปแบบการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้มีตัวแปรต้นหลายตัวที่มีผลต่อตัวแปรตาม โดยตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ(Nominal Scale) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ผลการบำบัดดี และผลการบำบัดไม่ดี จึงทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Logistic Regression มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ตัวแปรต้นที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดเบื้องต้น (Bivariate) ด้วย Chi-square test
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรต้น (Multi-Collinearity) ด้วย Spearman Rank test และค่า Variance Inflation Factors : VIF
3. คัดเลือกตัวแปรพยากรณ์เข้าสู่สมการด้วยวิธี Backward Stepwise
4. ทดสอบความเหมาะสมของสมการในแบบจำลองต่างๆ 4 กรณี คือ
 1. ผลการบำบัดระยะ 3 เดือน
 2. ผลการบำบัดระยะ 6 เดือน
 3. ผลการบำบัดระยะ 3 เดือน เฉพาะกลุ่มเด็กสมาธิสั้นอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่มีตัวแปร ความภาคภูมิใจ
 4. ผลการบำบัดระยะ 6 เดือน เฉพาะกลุ่มเด็กสมาธิสั้น อายุ 10 ปีขึ้นไป ที่มีตัวแปร ความภาคภูมิใจ
5. สรุปตัวแปรที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดในแบบจำลองกรณีต่างๆ

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ Bivariate เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลกับผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน (n= 348)

ปัจจัยส่วนบุคคล	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p-value	ไม่ดี n=94	ดี n=254	p-value
เพศ			.698			.988
ชาย (n=296)	105(35.5)	191(64.5)		80(27.0)	216(73.0)	
หญิง(n=52)	17(32.7)	35(67.3)		14(26.9)	38(73.1)	
อายุ			.052*			.01*
6- 12 ปี(n=292)	96(32.9)	196(67.1)		71(24.3)	221(75.7)	
13 ปีขึ้นไป(n=56)	26(46.5)	30(53.5)		23(41.1)	33(58.9)	
ผลการเรียน			.003*			.001*
ต่ำ(n=70)	34(48.6)	36(51.4)		31(43.3)	39(55.7)	
ปานกลาง(n=109)	43(39.5)	66(60.5)		29(26.6)	80(73.4)	
สูงกว่า(n=169)	45(36.9)	124(54.9)		34(20.1)	135(79.9)	
สติปัญญา			0.19			0.07*
IQต่ำกว่า90(n=48)	24(50.0)	24(50.0)		18(34.8)	30(65.2)	
IQตั้งแต่ 90 ขึ้นไป (n=300)	98(32.7)	202(67.3)		76(25.3)	224(74.7)	
โรคที่ร่วมกับสมาธิสั้น			.007*			.006*
(Disruptive Behavior) (n=59)	29(49.2)	30(50.8)		24(40.7)	35(59.3)	
(Non-Disruptive Behavior)(n=128)	49(38.3)	79(61.7)		38(29.7)	90(70.3)	
ไม่มี โรคร่วม(n=161)	44(27.4)	117(72.6)		32(19.9)	129(80.1)	

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p-value	ไม่ดี n=94	ดี n =254	p-value
ปัญหาครอบครัวและการ เลี้ยงดู			.528			.549
มีปัญหา(n=78)	25(30.1)	53(67.9)		19(24.4)	59(75.6)	
ไม่มี(n=270)	97(36.0)	173(64.0)		75(27.8)	195(72.2)	
ผู้ปกครองที่ดูแล			.742			.207
พ่อและแม่ช่วยกันดูแล (n=95)	32(36.7)	63(66.3)		21(22.1)	74(77.9)	
พ่อ หรือแม่ หรือญาติคนเดียว (n=253)	90(35.6)	163(64.4)		73(22.9)	180(71.1)	

จากตารางที่ 20 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดในระยะ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญคือ ด้านผลการเรียน ปัญหาทางสติปัญญา และโรคที่มีร่วมกับสมาธิสั้น ส่วนตัวแปรที่มีนัยสำคัญที่ระยะเวลา 6 เดือน คือปัจจัยด้าน อายุ ผลการเรียน และโรคที่ร่วมกับสมาธิสั้น

ตารางที่ 21 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านการรักษากับผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น
เปรียบเทียบ 3 เดือน และ 6 เดือน (n=348)

ปัจจัยด้านการรักษา	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p-value	ไม่ดี n=94	ดี n=254	p-value
กิจกรรมบำบัด			.636			.018*
ไม่ได้รับ(n=316)	112(35.5)	204(64.5)		91(28.8)	225(71.2)	
ได้รับ(n=32)	10(31.3)	22(68.7)		3(9.4)	29(90.6)	
พฤติกรรมบำบัด			.003*			.575
ไม่ได้รับ(n=302)	97(32.2)	205(67.8)		80(26.5)	222(73.5)	
ได้รับ(n=46)	25(54.4)	21(45.6)		14(30.4)	32(69.6)	

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการรักษา	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p-value	ไม่ดี n=94	ดี n=254	p-value
การศึกษาพิเศษ			.236			.168
ไม่ได้รับ(n=231)	76(33.0)	155(67.0)		57(24.7)	174(75.3)	
ได้รับ(n=117)	46(39.4)	71(60.6)		37(31.6)	80(68.4)	
ความรู้เรื่องโรคราย กลุ่ม/เดี่ยว			.939			.526
ไม่ได้รับ(n=253)	89(39.0)	164(71.0)		66(26.1)	187(73.9)	
ได้รับ(n=95)	33(34.7)	62(65.9)		28(29.5)	67(70.5)	
ครอบครัวบำบัด			.213			.868
ไม่ได้รับ(n=327)	112(34.2)	215(65.8)		88(26.9)	239(73.1)	
ได้รับ(n=21)	10(47.7)	11(52.3)		6(28.6)	15(71.4)	
การขาดนัดการ รักษาใน 12 เดือน			.030			.018*
มากกว่า 2 ครั้ง (n=116)	51(44.0)	65(56.0)		37(31.9)	79(68.1)	
1-2 ครั้ง(n=119)	40(33.6)	79(66.4)		33(27.8)	86(72.2)	
0 ครั้ง(n=112)	31(26.8)	82(73.2)		24(20.6)	89(79.4)	
*ความร่วมมือในการ ทานยา			.905			.280
มีปัญหา(n=107)	38(35.5)	69(64.5)		33(30.9)	74(69.1)	
ไม่มีปัญหา(n=241)	84(34.9)	157(65.1)		61(25.3)	180(74.7)	
ระยะเวลารับการ รักษา			.526			.671
0-12 เดือน(n=109)	37(34.0)	72(66.0)		29(26.6)	80(73.4)	
13-24 เดือน(n=88)	32(36.4)	56(63.6)		21(23.9)	67(76.1)	
25เดือนขึ้นไป(n=151)	53(34.7)	98(65.3)		44(29.2)	107(70.8)	

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ปัจจัยด้านการรักษา	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p-value	ไม่ดี n=94	ดี n=254	p-value
จำนวนครั้งที่มารับ การรักษา			.971			.470
0-9 ครั้ง(n=98),(61)	35(35.7)	63(64.3)		15(24.6)	46(75.4)	
10-19 ครั้ง (n=159),(175)	56(35.2)	103(64.8)		44(25.1)	131(74.9)	
20 ครั้งขึ้นไป (n=91),(112)	31(34.1)	60(65.9)		35(31.2)	77(68.8)	
ความร่วมมือในการ รักษา			.019*			.310
มีปัญหามาก(n=116)	51(44.0)	65(56.0)		37(31.9)	79(68.1)	
มีปัญหาเล็กน้อย (n=140)	42(30.0)	98(70.0)		36(25.8)	104(74.2)	
ไม่มีปัญหา(n=92)	29(31.6)	63(68.4)		21(22.9)	71(77.1)	

จากตารางที่.21 ปัจจัยด้านการรักษาที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดระยะ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับกิจกรรมบำบัด การขาดนัดการรักษา และความร่วมมือในการรักษา ส่วนในระยะ 6 เดือน ได้แก่ การได้รับกิจกรรมบำบัด

ตารางที่ 22 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยจากแบบสอบถามจิตวิทยา/พฤติกรรมกับผลลัพธ์การบำบัด
เด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบ 3 เดือน และ 6 เดือน (n= 348)

ปัจจัยจากแบบสอบถาม ด้านจิตวิทยา/พฤติกรรม	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p- value	ไม่ดี n=94	ดี n=254	p- value
Domain สมาธิสั้นจาก			<.001**			<.001**
มีอาการทั้ง 2 Domain(n=90)	46(51.2)	44(48.8)		36(40.0)	54(60.0)	
มีอาการ 1 Domain(n=84)	38(45.3)	46(54.7)		28(33.4)	56(66.6)	
อาการไม่ครบ Domain(n=174)	38(21.9)	136(78.1)		30(17.3)	144(82.7)	

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ปัจจัยจากแบบสอบถาม ด้านจิตวิทยา/พฤติกรรม	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p-value	ไม่ดี n=94	ดี n=254	p-value
แบบประเมินสถานการณ์ ปัญหาในบ้าน			<.001**			.020
ปัญหารุนแรง(n=302)	118(39.1)	184(60.9)		88(29.2)	214(70.8)	
ปัญหาไม่รุนแรง(n=46)	4(9.0)	42(91.0)		6(13.1)	40(86.9)	
แบบสอบถามการทำ หน้าที่ครอบครัว			.020			.002
ดีเล็กน้อยถึงพอสมควร (n=282)	107(38.0)	175(62.0)		86(30.5)	196(69.5)	
ดีมาก(n=66)	15(22.8)	51(77.2)		8(12.2)	58(87.8)	
แบบสอบถามภาระการ ดูแล(ด้านภาวะวิสัย)			<.001**			.030
มีภาระปานกลาง - มาก (n=87)	45(48.3)	42(51.7)		31(35.7)	56(64.3)	
มีภาระน้อยที่สุด-น้อย (n=261)	77(29.6)	184(70.4)		63(24.2)	198(75.8)	
แบบสอบถามภาระการ ดูแล(ด้านอัตวิสัย)			<.001**			<.001**
มีภาระปานกลาง - มาก (n=115)	59(51.2)	56(48.6)		45(39.2)	70(60.8)	
มีภาระน้อยที่สุด-น้อย (n=233)	63(27.0)	170(73.0)		49(21.1)	184(78.9)	

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ปัจจัยจากแบบสอบถาม ด้านจิตวิทยาพฤติกรรม	3 เดือน			6 เดือน		
	ไม่ดี n=122	ดี n=226	p-value	ไม่ดี n=94	ดี n=254	p-value
แบบสอบถามคุณภาพชีวิต			<.001**			<.001**
ต่ำ(n=83)	50(60.3)	33(39.7)		39(47.0)	44(53.0)	
ปานกลาง(n=153)	57(37.3)	96(62.7)		41(26.8)	112(73.2)	
สูง(n=112)	15(13.3)	97(86.7)		14(12.5)	98(87.5)	
แบบสอบถามทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง			.299			.105
ทักษะระดับต่ำ(n=67)	26(38.9)	41(61.1)		18(26.9)	49(73.1)	
ทักษะระดับปานกลาง (n=199)	73(36.7)	126(63.3)		61(30.6)	138(69.4)	
ทักษะระดับสูง(n=82)	23(28.0)	59(72.0)		15(18.3)	67(81.7)	
แบบสอบถามความภาคภูมิใจ			.012*			.070
ต่ำ(n=45)	19(43.2)	25(56.8)		18(42.3)	26(57.7)	
ปานกลาง(n=89)	39(58.2)	50(44.2)		25(28.1)	64(71.9)	
สูง(n=47)	9(19.9)	38(80.1)		9(19.2)	38(80.8)	
รวม (n=180)	n=67	n=113		n=128	n=52	

จากตารางที่ 22 พบว่าปัจจัยด้านจิตวิทยา/พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลา 3 เดือนในทุกปัจจัย ยกเว้นปัจจัยจากแบบสอบถามทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น และในช่วงระยะเวลา 6 เดือนพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้น ปัจจัยจากแบบสอบถามทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น และแบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองที่ไม่มีนัยสำคัญ

การวิเคราะห์ตัวแปรต้นจำนวนมากกว่า 1 ตัว ด้วยวิธี Logistic regression มีหลักการที่สำคัญในการพิจารณาตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ในสมการถดถอย นอกจากการพิจารณาจากความสัมพันธ์จากการทดสอบสถิติในการวิเคราะห์เบื้องต้น ชั้น 2 ตัวแปร (Bivariate) ผู้วิจัยได้กำหนด

เกณฑ์คัดเลือกตัวแปร ครั้งนี้พิจารณาโดยใช้ค่า p-value ที่ต่ำกว่า 0.25 จะนำไปวิเคราะห์ในขั้นต่อไป นอกจากนี้ เมื่อมีตัวแปรหลายตัวถูกนำเข้ามาสมการแล้ว การวิเคราะห์ต้องพิจารณาปัญหาที่ตัวแปรต้นหลายตัวมีความสัมพันธ์ร่วมกัน (Multi-Collinearity) ทำให้สมการถดถอยที่ได้ขาดความน่าเชื่อถือในการทำนาย รวมทั้งมีความจำเป็นต้องคัดเลือกจำนวนตัวแปรที่ไม่มากเกินไปเมื่อเปรียบเทียบขนาดตัวอย่าง โดยหลักการทางสถิติ ควรมีอัตราส่วนระหว่างตัวแปรทำนาย 1 ตัว ต่อจำนวนตัวอย่าง 30 ราย⁽⁹³⁾ จึงมีขนาดที่เพียงพอ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์สมการถดถอย โดยผู้วิจัยเลือกใช้วิธี การคัดเลือกแบบลดตัวแปร (Backward-Stepwise) ซึ่งวิธีนี้จะได้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงแต่จะมีความคลาดเคลื่อนมากกว่าวิธีการเพิ่มตัวแปร (Forward-Stepwise)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและคำแนะนำจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พบว่าปัจจัยด้านการขาดการรักษา และความร่วมมือในการทานยานี้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันและมีความสัมพันธ์กันมาก ควรนำข้อมูลมาวิเคราะห์สร้างเป็นตัวแปรใหม่ ด้านความร่วมมือในการรักษาให้เหลือเพียง 1 ตัวแปร โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา หมายถึง บุคคลที่ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการทานยาและไม่เคยขาดนัดในระยะเวลา 12 เดือน (n=92)
2. มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาเล็กน้อย หมายถึง บุคคลที่ขาดนัดการรักษาจำนวน 1-2 ครั้ง และกลุ่มที่ขาดยาจำนวน 0 ครั้ง แต่ มีปัญหาความร่วมมือทานยาในระยะเวลา 12 เดือน n= 140 ราย (85+34+21)
3. มีปัญหาความร่วมมือในการรักษามาก หมายถึง บุคคลที่ ขาดนัดการรักษามากกว่า 2 ครั้ง n= 116 ราย (64+52) รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 23 แสดงรายละเอียดปัจจัยด้านความร่วมมือการรักษา และจำนวนครั้งการขาดนัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การ บำบัดสมาริสั้น	จำนวนครั้งการขาดนัด(ในรอบ12 เดือน)				
	0 ครั้ง n (%)	1-2ครั้ง n (%)	มากกว่า2 ครั้ง n (%)	รวม n (%)	
ปัญหาความร่วมมือการทานยา	ไม่มีปัญหา	92(81.4)	85 (71.4)	64(55.2)	241(69.3)
	มีปัญหา	21(18.6)	34(28.6)	52(44.8)	107(30.7)
รวม	113(100.0)	119(100.0)	116(100.0)	348(100.0)	

จากตารางที่ 24 เมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จากการวิเคราะห์ Spearman Rank Correlation มีค่าตั้งแต่-1 ถึง 1 ซึ่งค่าลบ แสดงความสัมพันธ์ทางตรงข้ามกัน และค่าบวก แสดงความสัมพันธ์ทางเดียวกัน (สุชีรา,2545)⁽⁹⁴⁾

$r = .50$ ถึง 1.00 หรือ $r = -.50$ ถึง -1.00	แปลว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r = .30$ ถึง $.49$ หรือ $r = -.30$ ถึง $-.49$	แปลว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = .10$ ถึง $.29$ หรือ $r = -.10$ ถึง $-.29$	แปลว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = .00$	แปลว่าข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 25 แสดงผลการวิเคราะห์ค่า Variance Inflation Factors (VIF) และค่า Tolerance

ตัวแปร	ค่า VIF	ค่า Tolerance
กลุ่มอายุ	1.212	.825
ผลการเรียน	1.344	.744
สติปัญญา	1.236	.809
โรคร่วม	1.218	.821
พฤติกรรมบำบัด	1.137	.880
กิจกรรมบำบัด	1.115	.897
ความร่วมมือ	1.154	.867
Domain สมာธิสัน	1.377	.726
สถานการณ์ในบ้าน	1.358	.736
การทำหน้าที่ครอบครัว	1.448	.691
ภาระการดูแล(ภาวะวิสัย)	1.607	.622
ภาระการดูแล(อัตวิสัย)	1.748	.572
คุณภาพชีวิต	1.730	.578
ทักษะการดูแล	1.281	.781

หมายเหตุ Tolerance of less than 0.20 or 0.10 and/or a VIF of 5 or 10 and above indicates a collinearity problem (O'Brien ,2007)

จากตารางที่ 24 และตารางที่ 25 สรุประดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีค่าสหสัมพันธ์มากที่สุดได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะการดูแลเด็กด้านภาวะวิสัย และปัจจัยด้านภาวะการดูแลเด็กด้านอัตวิสัย ($r=.483$) แต่ค่า VIF อยู่ในระดับต่ำ โดยทั้ง 2 ปัจจัยนี้อยู่ในประเมนชุดเดียวกันแต่แยกพิจารณาเป็น 2 ด้าน

4.2 การวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายผลลัพธ์การบำบัดสมาธิสั้น เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ด้วยวิธี Multiple Logistic Regression

ตารางที่ 26 การวิเคราะห์ Multivariable Logistic regression ด้วยวิธี Backward Stepwise แสดงปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ดี ระยะเวลา 3 เดือน ในทุกตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR	95%CI	p-value	β
อายุ				
13 -18 ปี	1	Reference	-	-
6- 12 ปี	0.83	0.39-1.78	0.64	0.17
ระดับผลการเรียน				
ตั้งแต่ 3.00 หรือ ร้อยละ 75	1	Reference	-	-
ระหว่าง 2.01-2.99 ร้อยละ 51-74	1.32	0.63-2.78	0.45	0.28
ต่ำกว่า 2.00 หรือ ร้อยละ 50	1.16	0.62-2.18	0.62	0.15
ปัญหาทางสติปัญญา				
ไม่มีปัญหา	1	Reference	-	-
มีปัญหา	1.60	0.73-3.46	0.23	0.47
โรคที่ร่วมกับสมาธิสั้น				
ไม่มี	1	Reference	-	-
(Non -Disruptive Behavior)	1.42	0.67-3.00	0.35	0.35
(Disruptive Behavior)	1.08	0.57-2.05	0.80	0.08

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR	95%CI	p-value	β
ระยะเวลาที่มารับการรักษา				
0-12 เดือน	1	Reference	-	-
13- 24 เดือน	0.97	0.49-1.93	0.95	-0.02
มากกว่า 24 เดือน	1.56	0.78-3.11	0.20	0.44
ความร่วมมือในการรักษา				
ไม่มีปัญหา	1	Reference	-	-
มีปัญหาความร่วมมือ	2.26	1.09-4.67	0.02	0.81
มีปัญหาความร่วมมือมาก	1.12	0.57-2.17	0.73	0.11
การได้รับการปรับพฤติกรรม				
ได้รับ	1	Reference	-	-
ไม่ได้รับ	0.50	0.23-1.07	0.07	-0.68
การได้รับกิจกรรมบำบัด				
ได้รับ	1	Reference	-	-
ไม่ได้รับ	1.90	0.74-4.80	0.18	0.64
การได้รับการศึกษาพิเศษ				
ได้รับ	1	Reference	-	-
ไม่ได้รับ	0.99	0.53-1.84	0.99	-0.002
Domain สมาธิสั้นจาก SNAP IV-				
ไม่มี	1	Reference	-	-
มี 1 Domain	2.01	1.03-3.90	0.03	0.69
มี 2 Domain	1.65	0.86-3.17	0.12	0.50
สถานการณ์ปัญหาในบ้าน				
ปัญหาน้อย	1	Reference	-	-
ปัญหารุนแรงสำคัญทางคลินิก	3.84	1.21-12.17	0.02	1.34

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR	95%CI	p-value	β
การทำหน้าที่ครอบครัว				
ดีมาก	1	Reference	-	-
ดีเล็กน้อยถึงพอสมควร	0.59	0.26-1.34	0.4	- 0.51
ภาวะการดูแลเด็ก (ด้านภาวะวิสัย)				
มีภาระน้อยถึงน้อยที่สุด	1	Reference	-	-
มีภาระปานกลางถึงมาก	1.40	0.72-2.74	0.31	0.34
ภาวะการดูแลเด็ก (ด้านอัตวิสัย)				
มีภาระน้อยถึงน้อยที่สุด	1	Reference	-	-
มีภาระปานกลางถึงมาก	1.20	0.64-2.24	0.56	0.18
คุณภาพชีวิต				
สูง	1	Reference	-	-
ปานกลาง	4.30	1.80-10.25	0.001	1.46
ต่ำ	2.51	1.20-5.23	0.21	0.92
ทักษะการดูแลเด็กสมาริสน์ของผู้ปกครอง				
ทักษะระดับสูง	1	Reference	0.79	-
ทักษะระดับปานกลาง	1.26	0.53-2.95	0.59	0.23
ทักษะระดับต่ำ	1.26	0.62-2.57	0.50	0.23

ตารางที่ 27 การวิเคราะห์ Multivariable Logistic regression ด้วยวิธี Backward Stepwise แสดงปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะเวลา 6 เดือน ในทุกตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR	95%CI	p-value	β
อายุ				
13 ปีขึ้นไป	1	Reference	-	-
6- 12 ปี	0.74	0.35-1.54	0.42	-0.30
ระดับผลการเรียน				
ตั้งแต่ 3.00 หรือ ร้อยละ 75	1	Reference	-	-
ระหว่าง 2.01-2.99 ร้อยละ 51-75	1.96	0.92-4.15	0.07	0.67
ต่ำกว่า 2.00 หรือ ร้อยละ 50	0.98	0.50-1.93	0.97	-0.01
สติปัญญา				
เกณฑ์เฉลี่ย	1	Reference	-	-
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	1.07	0.47-2.4	0.85	0.07
โรคที่ร่วมกับสมาธิสั้น				
ไม่มี	1	Reference	-	-
(Non –Disruptive Behavior)	1.34	0.63-2.86	0.43	0.29
(Disruptive Behavior)	1.20	0.61-2.35	0.58	0.18
ระยะเวลาที่มารับการรักษา				
0-12 เดือน	1	Reference	-	-
13- 24 เดือน	0.64	0.32-1.29	0.21	-0.43
มากกว่า 24 เดือน	0.77	0.38-1.58	0.48	-0.25
ความร่วมมือในการรักษา				
ไม่มีปัญหา	1	Reference	-	-
มีปัญหาความร่วมมือ	1.41	0.66-2.99	0.37	0.34
มีปัญหาความร่วมมือมาก	1.22	0.60-2.45	0.60	0.20

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR	95%CI	p-value	β
ได้รับการปรับพฤติกรรม				
ได้รับ	1	Reference	-	-
ไม่ได้รับ	1.27	0.56-2.88	0.55	0.24
ได้รับกิจกรรมบำบัด				
ได้รับ	1	Reference	-	-
ไม่ได้รับ	6.81	1.80-25.73	0.005	1.91
ได้รับการศึกษาพิเศษ				
ได้รับ	1	Reference	-	-
ไม่ได้รับ	0.79	0.42-1.49	0.47	-0.23
Domain สมาริสั้นจาก SNAP- IV				
ไม่มี	1	Reference	-	-
มี 1 Domain	1.41	0.66-2.99	0.37	0.34
มี 2 Domain	1.22	0.60-2.45	0.57	0.20
สถานการณ์ปัญหาในบ้าน				
ปัญหาน้อย	1	Reference	-	-
ปัญหารุนแรงสำคัญทางคลินิก	1.38	0.50-3.83	0.52	0.32
การทำหน้าที่ครอบครัว				
ดีมาก	1	Reference	-	-
ดีเล็กน้อยถึงพอสมควร	1.38	0.54-3.48	0.49	0.32
ถาษาการดูแลเด็ก(ด้านภาวะวิสัย)				
มีภาระน้อยถึงน้อยที่สุด	1	Reference	-	-
มีภาระปานกลางถึงมาก	0.93	0.45-1.89	0.84	-0.07

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR	95%CI	p-value	β
ภาวะการดูแลเด็ก (ด้านอติวิสัย)				
มีภระน้อยถึงน้อยที่สุด	1	Reference	-	-
มีภระปานกลางถึงมาก	1.26	0.66-2.42	0.47	0.23
คุณภาพชีวิต				
สูง	1	Reference	-	-
ปานกลาง	3.11	1.26-7.68	0.01	1.13
ต่ำ	1.72	0.79-3.72	0.16	0.54
ทักษะการดูแลเด็กสมาริสน์ของ ผู้ปกครอง				
ทักษะระดับสูง	1	Reference	-	-
ทักษะระดับปานกลาง	1.10	0.44-2.73	0.68	-0.232
ทักษะระดับต่ำ	1.42	0.67-3.02	0.68	-0.239

4.1. ผลลัพธ์การบำบัดเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ตารางที่ 28 แสดงตัวแปรต้นที่อยู่ในสมการเพื่ออธิบายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาริสน์ระยะ 3 เดือนจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward stepwise ในขั้นตอนสุดท้าย (Last step)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR (95%CI)	p-value	β
ความร่วมมือในการรักษา			
ไม่มีปัญหา(n=92)	Reference	-	-
มีปัญหาความร่วมมือ(n=140)	2.25(1.17-4.32)	0.01	0.81
มีปัญหาความร่วมมือมาก(n=116)	1.15(0.61-2.16)	0.66	0.14
การได้รับการปรับพฤติกรรม			
ได้รับ(n=46)	Reference	-	-
ไม่ได้รับ(n=302)	0.46(0.22-0.94)	0.03	-0.77

ตารางที่ 28 (ต่อ)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR (95%CI)	p-value	β
การได้รับกิจกรรมบำบัด			
ได้รับ(n=32)	Reference	-	-
ไม่ได้รับ(n=316)	2.07(0.86-4.95)	0.10	0.72
Domain สมาริสั้น			
ไม่มี(n=174)	Reference	-	-
มี 1 Domain(n=84)	1.89(1.02-3.50)	0.04	0.64
มี 2 Domain(n=90)	1.80(0.97-3.34)	0.06	0.59
สถานการณ์ปัญหาในบ้าน			
ปัญหาไม่รุนแรง(n=46)	Reference	-	-
ปัญหารุนแรงสำคัญทางคลินิก(n=302)	3.60(1.14-11.30)	0.02	1.28
คุณภาพชีวิต			
สูง(n=112)	Reference	-	-
ปานกลาง(n=153)	5.70(2.66-12.22)	<0.001	1.74
ต่ำ(n=83)	2.82(1.41-5.61)	0.003	1.03

Constant = -3.42

แบบจำลองสมการถดถอยอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดเด็กสมาริสั้น ระยะติดตาม 3 เดือน

Logit P(x) = -3.42+0.81 (มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา) +0.14 (มีปัญหาความร่วมมือการรักษามาก)-0.77 (ไม่ได้รับพฤติกรรมบำบัด) +0.72 (ไม่ได้รับกิจกรรมบำบัด) +0.64 (มีอาการสมาริสั้น 1 อาการ) +0.59 (มีอาการสมาริสั้น 2 อาการ)+1.28 (สถานการณ์ในบ้านมีปัญหารุนแรง) +1.74 (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) +1.03 (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ)

พิจารณาค่า Nagelkerke R² .266 แสดงว่าตัวแปรในสมการสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ ร้อยละ 26.6 ที่เหลืออธิบายด้วยตัวแปรอื่นๆ

จากสมการอธิบายได้ว่า

เด็กสมาริสั้นที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษามีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 2.25 เท่า ในขณะที่เด็กสมาริสั้นที่มีปัญหาความ

ร่วมมือมากมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเป็น 1.15 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว

เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการปรับพฤติกรรม (เพราะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรมน้อย) มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือน ลดลงเหลือเป็น 0.46 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับพฤติกรรม (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรมมาก) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับกิจกรรมบำบัดมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 2.07 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับกิจกรรมบำบัดเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่มี Domain ของอาการสมาธิสั้นจากการประเมินของผู้ปกครอง จำนวน 1 Domain มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 1.89 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีอาการสมาธิสั้นจำนวน 2 Domain มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มี Domain ของอาการสมาธิสั้นเป็น 1.80 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่มีสถานการณ์ปัญหาภายในบ้านระดับรุนแรงจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดภายในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 3.60 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่มีสถานการณ์ปัญหาในบ้านระดับน้อย เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตปานกลางจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามจากผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 5.70 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตต่ำจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเป็น 2.8 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตสูงเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

4.2 ผลลัพธ์การบำบัดเมื่อติดตามระยะเวลา 6 เดือน

ตารางที่ 29 แสดงตัวแปรสมการที่ทำนาย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะเวลา 6 เดือน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Stepwise ในขั้นตอนสุดท้าย (Last Step)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR(95%CI)	p-value	β
ระดับผลการเรียน			
ตั้งแต่ 3.00/ร้อยละ 75 ขึ้นไป(n=169)	Reference	-	-
ระหว่าง 2.00-2.99/ร้อยละ 50-74(n=109)	2.41(1.24-4.66)	0.009	0.88
ต่ำกว่า 2.00 /ร้อยละ 50(n=70)	1.05(0.56-1.95)	0.87	0.05

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR(95%CI)	p-value	β
การได้รับกิจกรรมบำบัด			
ได้รับ(n=32)	Reference	-	-
ไม่ได้รับ(n=316)	5.55(1.58-19.52)	0.008	1.71
Domain สมาริสน์			
ไม่มี(n=174)	Reference	-	-
มี 1 Domain(n=84)	2.05(1.07-3.92)	0.03	0.71
มี 2 Domain(n=90)	1.73(0.90-3.32)	0.10	0.54
คุณภาพชีวิต			
สูง(n=112)	Reference	-	-
ปานกลาง(n=153)	4.22(1.90-9.38)	<0.001	1.44
ต่ำ(n=83)	1.90(0.96-4.08)	0.06	0.68

Constant = -3.895

แบบจำลองสมการอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดเด็กสมาริสน์ ระยะติดตาม 6 เดือน

Logit $P(x) = -3.895 + 0.88$ (ระดับผลการเรียน 2.00-2.99) $+ 0.05$ (ผลการเรียนต่ำกว่า 2.00) $+ 1.71$ (ไม่ได้รับกิจกรรมบำบัด) $+ 0.71$ (มีอาการสมาริสน์ 1 อาการ) $+ 0.54$ (มีอาการสมาริสน์ 2 อาการ) $+ 1.44$ (คุณภาพชีวิตปานกลาง) $+ 0.68$ (คุณภาพชีวิตต่ำ)

พิจารณาค่า Nagelkerke R^2 .200 แสดงว่าตัวแปรในสมการสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ ร้อยละ 20.0 ที่เหลืออธิบายด้วยตัวแปรอื่นๆ

จากสมการอธิบายได้ว่า

เด็กสมาริสน์ที่มีระดับผลการเรียน 2.00-2.99 มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 6 เดือนเป็น 2.41 เท่า ในขณะที่เด็กสมาริสน์ที่มีระดับผลการเรียน ต่ำกว่า 2.00 จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเป็น 1.05 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาริสน์ที่มีระดับผลการเรียนตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาริสน์ที่ไม่ได้ถูกส่งให้รับกิจกรรมบำบัดมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 6 เดือนเป็น 5.55 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาริสน์ที่ได้รับกิจกรรมบำบัดเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่มี Domain ของอาการสมาธิสั้นจากการประเมินของผู้ปกครอง จำนวน 1 Domain มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 6 เดือน เป็น 2.05 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีอาการสมาธิสั้นจำนวน 2 Domain มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มี Domain ของอาการสมาธิสั้นเป็น 1.73 เท่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตปานกลางจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามจากผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 6 เดือนเป็น 4.22 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตต่ำจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเป็น 1.90 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตสูง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

4.3 ผลลัพธ์การบำบัดระยะ 3 เดือน เฉพาะกลุ่มอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่ควบคุมตัวแปร ความภาคภูมิใจเพิ่มเติม ตารางที่ 30 แสดง ตัวแปรสมการที่ทำนาย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะ 3 เดือน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward stepwise เมื่อเพิ่มตัวแปรความภาคภูมิใจ (n=180)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR(95%CI)	p-value	β
ระดับผลการเรียน			
3.00 หรือ ร้อยละ 75 ขึ้นไป(n=83)	Reference	-	-
2.01-2.99หรือ ร้อยละ 51- 75(n=64)	3.47(1.30-9.26)	0.01	1.24
ต่ำกว่า 2.00 หรือ ร้อยละ 50(n=33)	2.25(0.97-5.18)	0.05	0.81
ภาวะการดูแลเด็ก(ด้านภาวะวิสัย)			
มีภระน้อยถึงน้อยที่สุด(n=140)	Reference	-	-
มีภระปานกลางถึงมาก(n=40)	2.21(0.94-5.17)	0.06	0.79
ความร่วมมือในการรักษา			
ไม่มีปัญหา(n=48)	Reference	-	-
มีปัญหาความร่วมมือ(n=63)	2.93(1.14-2.92)	0.49	1.07
มีปัญหาความร่วมมือมาก(n=69)	1.31(0.49-3.47)	0.25	0.27
ระดับคุณภาพชีวิต			
สูง(n=57)	Reference	-	-
ปานกลาง(n=69)	13.22(4.35-40.13)	<.001	2.58
ต่ำ(n=54)	3.5(1.26-9.98)	.01	1.26

Constant -3.22

แบบจำลองสมการอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดเด็กสมาธิสั้น ระยะติดตาม 3 เดือน

Logit $P(x) = -3.22 + 1.24$ (ผลการเรียนตั้งแต่ 2.00 หรือร้อยละ 75 ขึ้นไป) $+ 0.81$ (ผลการเรียนต่ำกว่า 2.00 หรือร้อยละ 50) $+ 1.07$ (มีปัญหาการร่วมมือรักษา) $+ 0.27$ (มีปัญหาความร่วมมือมาก) $+ 0.79$ (ภาวะการดูแลเด็กของผู้ปกครอง) $+ 2.58$ (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) $+ 1.26$ (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ)

พิจารณาค่า Nagelkerke R^2 .375 แสดงว่าตัวแปรในสมการสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ ร้อยละ 37.5 ที่เหลืออธิบายด้วยตัวแปรอื่นๆ

จากสมการอธิบายได้ว่า

เด็กสมาธิสั้นที่มีระดับผลการเรียน 2.00-2.99 มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 3.47 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีระดับผลการเรียน ต่ำกว่า 2.00 จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเป็น 2.25 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับผลการเรียนตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองมีภาวะการดูแลเด็กระดับปานกลางถึงมากมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลการบำบัดในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 2.21 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองมีภาวะการดูแลเด็กน้อยถึงน้อยที่สุด เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษามีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือน เป็น 2.93 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษามาก จะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดี เป็น 1.31 เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตปานกลางจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามจากผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 3 เดือนเป็น 13.22 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ จะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเป็น 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตสูง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

4. ผลลัพธ์การบำบัดระยะ 6 เดือน เฉพาะกลุ่มอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่ควบคุมตัวแปร ความภาคภูมิใจเพิ่มเติม

ตารางที่ 31 แสดง ตัวแปรสมการที่ทำนาย ตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นระยะเวลา 6 เดือน จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Stepwise เมื่อเพิ่มตัวแปรความภาคภูมิใจ (n=180)

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดี	Adjusted OR(95%CI)	p-value	β
ระดับคุณภาพชีวิต			
สูง(n=57)	Reference	-	-
ปานกลาง(n=69)	7.9(2.97-21.05)	<.001	1.96
ต่ำ(n=54)	2.46(0.93-6.48)	0.06	0.90
การศึกษาพิเศษ			
ได้รับ(n=60)	Reference	-	-
ไม่ได้รับ(n=120)	0.48(0.34-1.02)	0.05	-0.71
กิจกรรมบำบัด			
ได้รับ(n=9)	Reference	-	-
ไม่ได้รับ(n=171)	1397917431(.000)***	.999	21.05

Constant -1.96, ***ค่ามีความคลาดเคลื่อน

แบบจำลองสมการอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดเด็กสมาธิสั้น ระยะติดตาม 6 เดือน

Logit P(x) = -1.96 + 1.96 (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) + 0.90 (คุณภาพชีวิตระดับต่ำ) - 0.71 (ไม่ได้รับการศึกษาพิเศษ) + 21.05 (ไม่ได้รับกิจกรรมบำบัด)

พิจารณาค่า Nagelkerke R^2 .150 แสดงว่าตัวแปรในสมการสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ ร้อยละ 15.0 ที่เหลืออธิบายด้วยตัวแปรอื่นๆ

จากสมการอธิบายได้ว่า

เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตปานกลางจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามจากผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 6 เดือนเป็น 7.14 เท่า ในขณะที่เด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตต่ำจะมีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเป็น 2.52 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณภาพชีวิตสูง เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการศึกษาพิเศษ (เพราะจิตแพทย์พิจารณาว่าไม่มีปัญหาด้านบกพร่องด้านการเรียน) มีความเสี่ยงที่จะมีผลลัพธ์การบำบัดไม่ดีเมื่อติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะเวลา 6 เดือนลดลงเหลือเป็น 0.48 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการศึกษาพิเศษ (มีปัญหาด้านบกพร่องด้านการเรียน) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

ส่วนตัวแปรกิจกรรมบำบัดในแบบจำลองติดตามผลลัพธ์การบำบัดระยะ 6 เดือนเมื่อควบคุมตัวแปรความภาคภูมิใจผลการวิเคราะห์มีความคลาดเคลื่อน เพราะ ขนาดตัวอย่างมีจำนวนน้อย เมื่อพิจารณาเฉพาะที่ได้รับกิจกรรมบำบัดมีเพียง 9 ราย

ตารางที่ 32 สรุปปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดสมาธิสั้น จำแนกตามแบบจำลองกรณีต่างๆ

ปัจจัย	แบบจำลอง			
	1. ระยะ 3 เดือน n=348	2. ระยะ 6 เดือน n=348	3. ระยะ 3 เดือน รวมความ ภาคภูมิใจ n=180	4. ระยะ 6 เดือน รวมความ ภาคภูมิใจ n=180
ความร่วมมือในการรักษา	✓		✓	
Domain สมาธิสั้น	✓	✓		
คุณภาพชีวิต	✓	✓	✓	✓
ผลการเรียน		✓	✓	
ภาวะการดูแลเด็กด้านภาวะวิสัย			✓ (no sig)	
สถานการณ์ปัญหาในบ้าน	✓			
พฤติกรรมบำบัด	✓			
การศึกษาพิเศษ				✓ (no sig)
กิจกรรมบำบัด	✓ (no sig)	✓		✓***

หมายเหตุ*** ขนาดตัวอย่างมีจำนวนน้อย ทำให้ผลการวิเคราะห์มีความคลาดเคลื่อน (no sig) อยู่ในสมการแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

จากตารางที่ 32 พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดในแบบจำลองได้ 4 กรณี รองลงมาคือ ปัจจัยด้านกิจกรรมบำบัดทำนายผลลัพธ์การบำบัดในแบบจำลองได้ 3 กรณี คือแบบจำลอง ที่ 1 แต่ไม่มีนัยสำคัญ แบบจำลองที่ 2 และแบบจำลองที่ 4 มีนัยสำคัญ แต่ในแบบจำลองที่ 4 พบว่าค่าที่ได้มีความคลาดเคลื่อนเพราะมีจำนวนตัวอย่างน้อย ลำดับต่อมาได้แก่ ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษา สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดในแบบจำลองได้ 2 กรณี คือแบบจำลองที่ 1 และแบบจำลองที่ 3 ส่วนปัจจัยด้าน Domain

ของสมาริสนั้ทำนายผลลั้การบ้ำบดในแบบจำลองได้ 2 กรณี คือแบบจำลองที่ 1 และแบบจำลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคั้ และป้จจ้ยด้ำนผลการเรียนสามารถทำนายผลลั้การบ้ำบดได้ 2 กรณี อย่างมีนัยสำคั้ เช่นกัน คือในแบบจำลองที่ 2 และแบบจำลองที่ 3 ส่วนป้จจ้ยที่ทำนายผลลั้การบ้ำบดในแบบจำลองได้ 1 กรณี ได้แก่ ป้จจ้ยด้ำนสถานการณั้ปัญหาในบ้าน และป้จจ้ยด้ำนพฤติกรรมบ้ำบดทำนายได้เฉพาะในแบบจำลองที่ 1 และป้จจ้ยด้ำนการดูแลเด็กด้ำนภาวะวิสัย ทำนายผลลั้การบ้ำบดในแบบจำลองที่ 3 แต่พบว่าไม่มีนัยสำคั้ และสุดท้ายได้แก่ ป้จจ้ยด้ำนการศึกษาพิเศษทำนายผลลั้การบ้ำบดในแบบจำลองที่ 4 แต่พบว่าไม่มีนัยสำคั้เช่นกัน



บทที่ 5

สรุปผล การวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการประเมินผลสัมฤทธิ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ด้วยการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Model Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) จากสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ ความคิดเห็น และความคาดหวังของผู้ปกครองต่อผลสัมฤทธิ์การบำบัดของเด็กที่อยู่ภายใต้การปกครองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 11 ราย และจากการสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นในวิชาชีพต่างๆ จำนวน 29 ราย ในช่วง เดือน พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2556 หลังจากนั้นทดลองใช้แบบสำรวจตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นเพื่อหาค่าความเที่ยง ด้วยวิธี ทดสอบความสอดคล้องภายใน และหาค่าความตรง ด้วยวิธีหาความสัมพันธ์กับการประเมินผลการบำบัดของคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน ในช่วง เดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 180 ราย รวมถึงศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนาย ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ในช่วงเวลา กันยายน พ.ศ. 2557 ถึง กรกฎาคม 2558 จำนวน 348 ราย จากจำนวนเป้าหมาย 360 ราย เพื่อนำผลมาพิจารณาในการเลือกปัจจัย และเครื่องมือนำเสนอแนะเป็นรูปแบบการประเมินผลสัมฤทธิ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ โดย

ระยะที่ 1 คัดเลือกเครื่องมือที่ประเมินปัจจัยด้านจิตวิทยา/พฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ที่ใช้ทั้งในหน่วยบริการ และการศึกษาวิจัย รวมถึงพัฒนาข้อคำถามแบบสำรวจตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสอบถามความคิดเห็น เกี่ยวกับความคาดหวัง ต่อผลสัมฤทธิ์เชิงพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จากการมารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 6 ราย และ กลุ่มเด็กอายุ 13-18 ปี จำนวน 5 ราย รวมทั้งสิ้น 11 ราย และ 2. กลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 5 ปี ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครูการศึกษาพิเศษ นักกิจกรรมบำบัด หรือนักอาชีวบำบัด รวมเป็น 6 วิชาชีพๆละ 5 ท่าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 ท่าน โดยการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือ และ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นผ่านเทคนิคเดลฟายประยุกต์(Modified Delphi)จำนวน 2 รอบ แต่มีผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถให้ความเห็นได้ครบถ้วนในรอบที่สองจำนวน 1 ท่าน จึงเหลือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 29 ท่านในการวิจัยครั้งนี้

พบว่าเครื่องมือ/แบบประเมินทางจิตวิทยา/พฤติกรรมที่ผ่านฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญมีจำนวน 7 ฉบับตามจำแนกด้านตามแนวคิด ICF –CY ขององค์การอนามัยโลก มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้าน Body function คือ แบบประเมินอาการสมาธิสั้น SNAP- IV
2. ด้าน Body function Co-morbid คือ แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง The Five – Scale Test of Self-esteem for Children : Thai (FSC)
3. ด้าน Activities limitation คือ
 - 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กไทย Thai Quality of Life Instrument for Children (ThQLC)
 - 2) แบบสอบถามสถานการณ์ปัญหาในบ้าน (Home situation Questionnaire)
4. ด้าน Participation restrictions คือแบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว (Chula Family Inventory)
5. ด้าน Environment factor คือ
 - 1) แบบสอบถามภาระการเลี้ยงดูเด็ก (Parent Burden)
 - 2) แบบสอบถามทักษะการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น (Parenting Skill)

จากการพัฒนาแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น พบว่า มีข้อคำถามที่ได้จากกระบวนการพัฒนาในการวิจัยระยะที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อคำถาม มีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 1 เดือน
1. ไม่ส่งงานหรือการบ้านที่ต้องรับผิดชอบ
2. หนีโรงเรียน หรือไม่ยอมไปโรงเรียน
3. ขโมยทรัพย์สิน
4. ชอบเล่นสิ่งที่มีโอกาสก่อให้เกิดอันตราย เช่น เล่นไฟ จุดไฟ หรือเล่นแผลงๆ ที่เด็กทั่วไปไม่ทำ
5. ปฏิเสธการนอน
6. เล่นการพนัน
7. สนใจ หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ นอกจากการเรียน
8. โทกเพื่อปกปิดความผิด หรือเอาตัวรอดจากความผิด
9. พูดจากร้าวร้าว พูดคำหยาบ

พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 3 เดือน
10. สอบตก ต้องสอบซ่อม หรือซ้ำชั้นเรียน
11. ถูกพักการเรียน หรือ ถูกให้ออกจากโรงเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรม หรือผิดกฎเกณฑ์โรงเรียน
12. ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่โรงเรียน
13. นอนออกจากบ้าน

แบบสำรวจนี้เป็นกลุ่มข้อความที่ประเมินภายในระยะเวลาใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ และภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 4 ข้อ ในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ความเที่ยงภายในฉบับเท่ากับ 0.604 จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อใช้คะแนนจุดตัดที่ 4 คะแนน พบว่ามีค่าความไวเท่ากับ ร้อยละ 80.6 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 76.6 มีค่าพื้นที่ใต้โค้งปกติเท่ากับ 0.830 ถือว่าอยู่ในระดับเกณฑ์ที่ดีพอใช้ เมื่อเทียบกับการประเมินผลการบำบัดจากคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่านด้วยเครื่องมือ Children-Global Function Assessment Scale (C-GAS)

ระยะที่ 2 ทดลองใช้เครื่องมือ/แบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจากการวิจัยระยะที่ 1 และศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กและวัยรุ่นที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition Text Revised) จำนวน 348 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 85.1 อายุอยู่ช่วง 6-12 ปี ร้อยละ 83.9 ผู้ปกครองที่ดูแลส่วนใหญ่คือ มารดา ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีผลการเรียนตั้งแต่ ร้อยละ 75 หรือ 3.00 ร้อยละ 50.0 มีปัญหาทางสติปัญญา ร้อยละ 13.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 42.5 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ 25 และรองลงมาคือ โรคต่อต้าน หรือ โรคเกร ร้อยละ 17 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาอื่น ๆ ร่วม ร้อยละ 76.7 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ ปัญหา การเลี้ยงดู ร้อยละ 8.9 รองลงมาได้แก่ ปัญหาติดเกม ร้อยละ 4.3

ผลการทดสอบปัจจัยที่ทำนายกับผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในแบบจำลองสมการต่างๆ 4 กรณี คือ

ปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีจำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา Domainอาการสมาธิสั้น คุณภาพชีวิต สถานการณ์ปัญหาในบ้าน และการได้รับพฤติกรรมบำบัด

ปัจจัยที่สามารถทำนายกับผลลัพธ์การบำบัดระยะเวลา 6 เดือน พบว่ามีจำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ Domain ของอาการสมาธิสั้น คุณภาพชีวิต ผลการเรียน และการได้รับกิจกรรมบำบัด

ปัจจัยที่สามารถทำนายกับผลลัพธ์การบำบัดระยะเวลา 3 เดือน เฉพาะกลุ่มเด็กสมาธิสั้นอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่เพิ่มการควบคุมตัวแปร ความภาคภูมิใจในการสร้างสมการทำนายผลลัพธ์การบำบัด พบว่ามีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา ผลการเรียน และคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่สามารถทำนายกับผลลัพธ์การบำบัดระยะเวลา 6 เดือน เฉพาะกลุ่มเด็กสมาธิสั้นอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่เพิ่มการควบคุมตัวแปร ความภาคภูมิใจในการสร้างสมการทำนายผลลัพธ์การบำบัด พบว่ามีจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ คุณภาพชีวิต และการศึกษาพิเศษ

การอภิปรายผล

การคัดเลือกเครื่องมือและการพัฒนาแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นด้วยเทคนิคเดลฟายประยุกต์

กระบวนการคัดเลือกเครื่องมือ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของข้อคำถามในแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีเดลฟายประยุกต์ (Modified Delphi) ครั้งนี้ เป็นวิธีที่เหมาะสม และดำเนินการได้สะดวกกว่าการพิจารณาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การประชุมระดมสมอง (Brains Storming) การให้ความเห็นผ่านแบบสอบถาม หรือการสัมภาษณ์ เพราะนอกจากผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระแล้ว ยังได้ทวนสอบความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆด้วย ทั้งนี้หลักการพื้นฐานของเดลฟายทั่วไปนั้น ควรมีผู้เชี่ยวชาญไม่ต่ำกว่า 17 ท่าน และควรระมัดระวัง ข้อจำกัดเรื่องของอัตราการตอบกลับเพราะผู้เชี่ยวชาญอาจไม่ร่วมมือในการตอบ หรือเกิดความเบื่อหน่ายต่อการตอบที่มีจำนวนรอบของการตอบและจำนวนข้อคำถามที่มากจนเกินไป⁽⁹⁵⁾ ในการศึกษาครั้งนี้มีวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมกระบวนการและตอบแบบสอบถามครบถ้วนเป็นจำนวนมากถึง 29 ท่าน จากผู้ที่เข้าร่วมเริ่มต้นจำนวน 30 ท่าน ซึ่งเป็นอัตราตอบกลับที่สูงถึงร้อยละ 96.6 เป็นผลจากปัจจัยสำคัญดังที่กล่าวมาข้างต้น คือ การมีจำนวนรอบ ในการตอบกลับเพียง 2 รอบ และมีจำนวนข้อคำถามที่เริ่มต้นจากการสรุปจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองไม่มากเกินไป ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากกระบวนการเริ่มต้นในการคัดเลือกแบบสอบถาม และสร้างข้อคำถามจากการสรุปความเห็นของผู้ปกครองร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้ต้นฉบับแบบสอบถามที่มีความชัดเจนไม่เสียเวลาในการพิจารณาเนื้อหาเพิ่มขึ้น

เพราะต้องสร้างด้วยการถามคำถามแบบปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นก่อนจะนำมาสร้างเป็นข้อกระทงตามวิธีเดลฟายแบบเดิม ซึ่งต้องเพิ่มจำนวนรอบการถามมากขึ้น

ทั้งนี้ในขั้นตอนเริ่มต้นของการคัดเลือกเครื่องมือในการประเมินคุณลักษณะทางจิตวิทยา/พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดพื้นฐานของ ICF- CY Modal (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth) เป็นแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาขึ้นมาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานการวิจัย โดยแนวคิดนี้จะให้ความสำคัญต่อ ปัจจัย และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Function) อื่นๆของตัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ควบคู่ไปกับพฤติกรรมที่เป็นอาการ (Symptom) ของโรคสมาธิสั้น ซึ่งการพิจารณาเรื่องผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นมีความซับซ้อนและยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ยังคงเป็นความท้าทายของผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้อง⁽⁹⁶⁾ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีแบบสอบถามที่ผ่านฉันทามติจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 ฉบับ ซึ่งแต่ละฉบับ จะประเมินถึงปัจจัยด้านจิตวิทยา/พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาดูแลเด็กสมาธิสั้นตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกดังที่กล่าวมา ปัจจุบันมีผู้ที่นำเอาแนวคิด ICF-CY มาพัฒนาสร้างเป็นแบบสำรวจ (Check list)⁽⁹⁷⁾ แต่มีรายละเอียดข้อคำถามจำนวนมากซึ่งอาจเหมาะในการศึกษาวิจัยมากกว่าการนำมาใช้ประเมินในการให้บริการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย และจากการศึกษาของเพแฮมและคณะที่ศึกษาเครื่องมือในการประเมินเด็กสมาธิสั้น (Pelham et al, 2005)⁽⁶⁰⁾ พบว่ายังไม่เป็นที่นิยมและยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย⁽⁶⁸⁾ ทั้งนี้การพัฒนาเครื่องมือหรือแบบสอบถามสำหรับประเมินปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวกับผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การวางแผนการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้นๆ เช่น อาการสมาธิสั้นของเด็ก ปัจจัยด้านจิตวิทยาพื้นฐาน เช่น ความภาคภูมิใจ ความวิตกกังวล ปัญหาอารมณ์จิตใจต่างๆ ของตัวเด็ก ปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ ตัวผู้ปกครองที่ดูแล เช่น ด้านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ทักษะการดูแลของผู้ปกครอง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อ ผลลัพธ์การบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น ฉะนั้นการเลือกเครื่องมือที่ให้รายละเอียดการประเมินในรายด้านที่ชัดเจนจึงเป็นประโยชน์ในการวางแผน ออกแบบการรักษา และติดตามผลที่ชัดเจนมากกว่าการประเมินโดยรวม

ส่วนการพัฒนา แบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นของผู้วิจัยในครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ต้องมีคุณสมบัติสำคัญ คือ สามารถนำไปใช้ได้จริง สะดวกต่อบุคลากรหน่วยงานบริการ และผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งมีคุณภาพในเชิงวิชาการ⁽⁵⁰⁾ งานศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับมุมมองและความคาดหวังของผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นเนื่องจากพิจารณาความเป็นไปได้ และความสะดวกในการใช้งานจริงตามเหตุผลข้างต้น แต่ทั้งนี้นอกจากมุมมองของผู้ปกครองแล้ว มุมมองการประเมินจาก

ครูถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลเด็กสมาธิสั้นจะเห็นได้จากหลายเครื่องมือจะมีฉบับที่ให้คุณครูดูแล ประเมินอาการ หรือพฤติกรรม เด็กสมาธิสั้นด้วยเช่นกัน แต่ทั้งนี้การประเมินผลจากครูจะมีข้อจำกัด เรื่องการติดตามข้อมูลและช่วงเวลาที่คุณครูประเมินต้องรู้จักเด็กอย่างน้อย 3 เดือน แต่ในกรณีครูซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระดับชั้นเรียนของเด็กที่เปลี่ยนไป โดยไม่ได้ติดตามเป็นครูประจำชั้นของเด็กอย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับนโยบายการบริหารงานของแต่ละโรงเรียน ด้วยเหตุผลนี้การติดตามผลการ ประเมินจากครูจึงมีข้อจำกัดมากกว่าการติดตามผลจากผู้ปกครอง รวมทั้งมีงานศึกษาที่พบว่า การ ประเมินผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นโดยผู้ปกครองสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ดีกว่าการ ประเมินโดยครู⁽⁹⁸⁾ และยังพบว่า การประเมินอาการและการคัดกรองโดยผู้ปกครองมีความไว และ ความจำเพาะมากกว่าฉบับครู^(66, 68)

ส่วนในด้านเนื้อหาข้อคำถามนั้น พบว่าหลายๆพฤติกรรมที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองครั้งนี้ ยังคงเป็นปัญหาพฤติกรรมร่วม ที่ส่งผลจากอาการของโรคสมาธิสั้น และบางส่วนเป็นพฤติกรรมที่ เกี่ยวเนื่องกับกลุ่มโรค คือ ต่อด้านหรือโรคพฤติกรรมเกร (Oppositional Defiant /Conduct Disorder) ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาพฤติกรรมร่วมที่สำคัญในเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ ผู้ปกครองไม่ต้องให้เกิดขึ้น หรือต้องการให้ลดลง⁽¹⁵⁾ แต่ในกระบวนการพิจารณาพฤติกรรมที่นำมาเป็น ข้อคำถามของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากที่ได้สรุปเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ได้มีการปรับปรุง จำนวนข้อและเนื้อหาข้อคำถามตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เช่น ในข้อคำถามใน ข้อที่ 3. ปฏิเสธ การกิน , ข้อที่.11 “*สูบบุหรี่*”, ข้อที่.13 “*การตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์*” และ ข้อที่.21 “*ไปค้างคืนที่อื่น โดยไม่ขออนุญาต*” ได้ถูกตัดออกไปตามกระบวนการเคลฟายของผู้เชี่ยวชาญ ด้วยเหตุผลว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่นการเลี้ยงดูในครอบครัว มากกว่าเป็นผลกระทบจาก โรคสมาธิสั้น และบางพฤติกรรมเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้น้อยมากและเป็นพฤติกรรมที่ควรติดตามผลใน ระยะยาว⁽⁹⁹⁾ นอกจากนี้มีหลายข้อคำถามที่ให้ปรับเนื้อความให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ตามรายละเอียดที่ แสดงในบทที่ 4 แต่ยังคงความหมายตามมุมมองของผู้ปกครองที่ได้สรุปไว้ รวมถึงมีข้อเสนอแนะจาก ผู้เชี่ยวชาญให้เพิ่มข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมในเชิงบวก เช่น “*ทำกิจกรรมสร้างสรรค์*” “*การได้รับ รางวัล การชมเชย และ “มีน้ำใจช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ*” ด้วยเหตุผลที่ว่า การที่ผู้ปกครองหรือผู้ที่ เกี่ยวข้องถ้าให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมเชิงบวกจะทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างเด็กและผู้ ปกครอง ซึ่งทำให้เกิดแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้นกว่าการให้ ความสำคัญต่อพฤติกรรมปัญหาแต่เพียงอย่างเดียว โดยผู้ปกครองที่สนใจแต่พฤติกรรมทางลบ มักจะ ใช้การทำโทษ ดำเนินที่ตัวเด็ก และพูดถึงพฤติกรรมด้านที่ไม่ดีของเด็กเสมอ ไม่เคยชม หรือให้รางวัล จนถึงกระทั่งใช้ความรุนแรงในการจัดการพฤติกรรมของเด็ก พฤติกรรมเช่นนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับ ความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นของโรคสมาธิสั้น⁽¹⁰⁰⁾

แบบสำรวจผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้น มีข้อความทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ มีความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นฉันทามติ โดยวิเคราะห์จากค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ 3 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ร่วมกับมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1 ตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีความตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion-Related Validity) กับผลการประเมินจากคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 2 ใน 3 ท่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าความเที่ยงทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.60 จัดอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น⁽⁹⁴⁾ สามารถอธิบายในประเด็นนี้ด้วยแนวคิดขององค์ประกอบที่มีผลต่อความเที่ยงคือ ความเข้าใจในการตอบที่ไม่คงที่ของผู้ตอบ (Events Producing Inconsistency)⁽¹⁰¹⁾ เป็นผลมาจากช่วงอายุของกลุ่มเป้าหมายที่ประเมินด้วยแบบสำรวจนี้ค่อนข้างกว้าง โดยมีอายุตั้งแต่ 6 -18 ปี ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยรุ่นตอนปลายส่งผลให้เนื้อหาในข้อคำถามมีโอกาสเกิดขึ้นแตกต่างกันตามพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย ทำให้มีความแปรปรวนในการตอบ และความไม่คงที่ของผู้ปกครองมากขึ้นตามกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังมีค่าความเที่ยงที่จัดอยู่ระดับปานกลางเท่านั้น อาจตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมในส่วนของเนื้อหาข้อคำถาม ดังเช่น ข้อที่ 11 “สนใจ หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆนอกจากการเรียน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ” เมื่อถูกตัดออกไปมีผลให้ค่าความเที่ยงโดยรวมจะสูงขึ้น โดยข้อคำถามนี้ถูกเสนอเพิ่มขึ้นมาจากข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญจากการวิเคราะห์เดลฟายในรอบแรก que เห็นควรมีคำถามในมุมมองด้านบวก (Positive Item) ต่อเด็กสมาธิสั้นร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณา เนื้อหาของข้อคำถามที่มีลักษณะเปิดกว้างไม่เฉพาะเจาะจงพฤติกรรมใดๆที่ชัดเจน ข้อมูลที่ตอบจะเกิดความเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ขึ้นอยู่ตามความเห็นหรือการตีความของผู้ตอบแต่ละคนได้มากกว่าข้อคำถามอื่นๆที่จะมีความชัดเจนของพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรมที่ง่ายต่อความเข้าใจของผู้ปกครองที่ตอบมากกว่า

ในส่วนของการทดสอบความตรงของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น พบว่าในประเทศไทยการประเมินปัญหาสมาธิสั้น หรือด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วไป ส่วนใหญ่ยังไม่มีตัวชี้วัดทางชีววิทยา (Bio-maker) หรือเครื่องมือทางประสาทจิตวิทยาที่เป็นมาตรฐาน^(68, 102) เช่นเดียวกันประเทศอื่นๆ ทั้งนี้โรคทางด้านจิตเวชส่วนใหญ่จะประเมินโดยจิตแพทย์ด้วยการวินิจฉัยด้วยการซักประวัติ สัมภาษณ์ หรือใช้แบบประเมินที่ช่วยคัดกรอง ประเมินอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual (DSM) ของสมาคมแพทย์แห่งประเทศอเมริกา⁽¹⁰³⁾ การศึกษานี้จึงพิจารณาเกณฑ์มาตรฐาน (Gold Standard)จากการตัดสินใจเชิงคลินิกในการประเมินผลการบำบัดของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน ผ่านแบบประเมินผลการบำบัดโดยรวม (C-GAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินภาวะโรคที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันโดยรวมของเด็กและวัยรุ่นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งด้านการวิจัยและในสถานพยาบาลในหลายประเทศ^{(69, 70,}

¹⁰⁴⁾ ทั้งนี้เพื่อลดอคติจากความเป็นอัตวิสัย (Subjective) และเพื่อความเข้าใจตรงกันของคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นผู้ประเมินอย่างเป็นมาตรฐานมากขึ้น ผลการศึกษาพบว่าคะแนนของแบบสอบถามตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นมีความสอดคล้องกับผลการประเมินจากคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยมีค่าพื้นที่ใต้กราฟ (ROC) = 0.83 หมายถึง ผลบวกจริงมากกว่าผลบวกลวง⁽¹⁰⁵⁾ และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่มีผลการประเมินจากจิตแพทย์และวัยรุ่นไม่ดี (เฉลี่ย 4.5) สูงกว่ากลุ่มที่ผลการประเมินจากจิตแพทย์ดี(เฉลี่ย 2.2)โดยความต่างนี้ (2.3คะแนน) มีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) ดังข้อมูลทีกล่าวมา เครื่องมือนี้สามารถแยกกลุ่มที่เด็กสมาธิสั้นที่ผลลัพธ์การบำบัดดีและไม่ดีได้ เมื่อใช้จุดตัดที่ 4 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 80.8 และค่าความจำเพาะร้อยละ 76.6 จัดอยู่ในระดับดีนำไปใช้ประโยชน์ (Useful) ได้^(106, 107) เมื่อเทียบกับการประเมินผลการบำบัด จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่เป็นมาตรฐาน (Gold Standard) ค่าความตรงต่างๆที่ทดสอบแสดงให้เห็นว่า แบบสำรวจฉบับนี้สามารถนำไปประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นเชิงคลินิก (Clinical Outcome Indicator) ในหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในมุมมองผู้ปกครอง อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาของผู้ให้บริการ นอกเหนือจากประเมินผลการบำบัดจากอาการของโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์วินิจฉัยเพียงอย่างเดียว⁽⁶⁰⁾

ปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น

5.2.2.1 ในส่วนการอภิปราย กระบวนการศึกษาและการวิเคราะห์นั้น พบว่าตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัย ได้กำหนดให้มีการติดตามผลลัพธ์การบำบัดในระยะ 6 เดือน เนื่องจากผู้วิจัยได้พิจารณาว่าเป็นระยะเวลาการติดตามผลที่สอดคล้องกับแนวทางการติดตามผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ได้ดำเนินการอยู่เดิมในการบริการปกติ ร่วมกับงานวิจัย The Multimodal Treatment Study of Children With ADHD (MTA) ที่พบว่า งานวิจัยติดตามผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะใช้เวลาการติดตามในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ถึง 4 เดือน เป็นช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการติดตามผล (Follow Up) เพราะนานพอที่จะพบความเปลี่ยนแปลงจากการรักษา (Intervention) ทั้งจากการทานยา และการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การปรับพฤติกรรม^(43, 44, 72) แต่จากข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการสอบโครงการวิทยานิพนธ์ที่มีมติให้ติดตามผลลัพธ์การบำบัดเพิ่มขึ้นเป็น 2 ครั้ง ทั้งในช่วงระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน จากเดิมที่จะติดตามเพียงระยะเวลา 6 เดือน เพียงครั้งเดียว ทั้งนี้เพื่อลดอคติจากการย้อนนึกคำตอบ (Recall Bias) ของผู้ปกครองที่เข้าร่วมวิจัยที่นานถึง 6 เดือน รวมทั้งข้อมูลจากสถิติการรับบริการของเด็กสมาธิสั้น ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ในช่วง 3 เดือนพบว่า ค่าเฉลี่ยของการมารับบริการจากจิตแพทย์ และสาขาอื่นๆ โดยเฉพาะจากการใช้ยารักษาที่ต่อมามเป็นประจำ ต่อเนื่อง รวมทั้งการมารับบริการต่างๆ เช่น การปรับพฤติกรรม การศึกษาพิเศษ การเข้ากลุ่มให้

ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครอง มีประมาณ 3-5 ครั้ง⁽¹⁵⁾ ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์การบำบัดรักษาสมาธิสั้นในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ดังนั้นการเพิ่มความถี่ในการติดตามนี้จะ เป็นประโยชน์ในการได้ข้อมูลนำมาเปรียบเทียบและพิจารณารูปแบบในการติดตาม ประเมินผลได้มากขึ้น

เป็นที่ทราบกันว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ รวมด้วยถึงร้อยละ 40 -80⁽⁴¹⁾ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคจิตเวชอื่นๆ รวมเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 57.5 ซึ่งอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงจากการสำรวจจากงานวิจัยอื่นๆ⁽¹⁰⁸⁾ ทั้งนี้โรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอื่นๆ เช่น โรคออทิสติก ภาวะสติปัญญาบกพร่อง โรคซึมเศร้า วิตกกังวล อาจมีอาการสมาธิสั้นร่วมด้วย⁽¹⁰⁹⁾ ทำให้การวินิจฉัยในหน่วยบริการที่มีผู้รับบริการจำนวนมากและมีระยะเวลาการบริการที่จำกัด ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน⁽¹¹⁰⁾ เป็นส่วนหนึ่งส่งผลให้จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนเมื่อมารับบริการรักษาในระยะแรก รวมถึงอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรคร่วมต่างๆ ที่กล่าวมาจะส่งผลต่อการบำบัดเช่นกัน⁽⁵⁴⁾ แม้ว่าผู้วิจัยได้ทราบถึงข้อจำกัด และพยายามควบคุมปัจจัยรบกวนเหล่านี้ด้วย การออกแบบการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้น โดยผู้ที่มีประวัติ หรือจิตแพทย์ประเมินว่ามีโรคจิตเวชร่วมต่างๆ ดังกล่าว ได้นำมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ส่วนการควบคุมด้วยกระบวนการทางสถิติ ได้ควบคุมตัวแปรด้านโรคร่วม เพื่อจะวิเคราะห์สมการทำนาย แต่ด้วยข้อจำกัดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถแบ่งกลุ่มตามจำนวนโรคร่วมแต่ละโรคที่มีจำนวนมาก งานวิจัยนี้จึงไม่ได้จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามชนิดของโรคร่วมที่มีทั้งหมด แต่ได้พิจารณาแบ่งเป็นกลุ่มโรคตามที่ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็ก ให้คำแนะนำ คือ 1. กลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม 2. กลุ่มโรคร่วมที่มีลักษณะพฤติกรรมรบกวน (Disruptive) และ 3. โรคที่ไม่ใช่กลุ่มพฤติกรรมรบกวน (Non-Disruptive)^(10, 111) จากที่กล่าวมาเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ส่งผลให้ตัวแปรทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ทดสอบด้วย Logistic Regression ในหลายตัวแปร พบว่าไม่สอดคล้องไปตามระดับความรุนแรงของตัวแปรนั้นๆ (Dose response) เช่น กรณีของระดับผลการเรียนนั้นพบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มีผลการเรียนต่ำ กลับพบว่า มีผลลัพธ์การบำบัดดีกว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่มีผลการเรียนปานกลาง

ปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น จัดอยู่ในกลุ่ม ตัวแปร Mediator (เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงได้ระหว่างการรักษา) โดยปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมของทั้งผู้ปกครองและตัวเด็ก ในการเลือกที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ หรือยินยอมทำตามคำสั่งของผู้รักษาตามแผนการรักษา⁽⁷³⁾ การศึกษาครั้งนี้ได้รวม ตัวแปร 2 ประการ คือ 1. การที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการทานยา และ 2. การมารับบริการจากวิชาชีพตามนัดอย่างต่อเนื่อง จากการบันทึกในเวชระเบียน ให้เหลือเพียง 1 ตัวแปรคือด้านความร่วมมือการรักษา เพื่อลดปัญหาความสัมพันธ์ร่วมของตัวแปรต้น (Collinearity)⁽¹¹²⁾ ทั้งนี้โรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาค่อนข้าง

ใช้เวลารักษานานต่อเนื่องอาจใช้ระยะเวลารักษาตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเมื่อมีวุฒิภาวะควบคุมตนเองได้ดีขึ้นและไม่มีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ เกิดร่วมด้วยแล้ว จิตแพทย์จึงพิจารณาลดปริมาณการรับประทานยา หรือหยุดการทานยา และลดความถี่ในการรับบริการจากวิชาชีพต่างๆ น้อยลง จากลักษณะดังกล่าวนี้เอง นอกจากคุณภาพของการรักษาตามบทบาทและมาตรฐานของแพทย์และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องแล้ว ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การบำบัดในเด็กสมาธิสั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ระยะ 3 เดือน ทั้งกลุ่มเด็กอายุ 6 -18 ปี และกลุ่มเด็กอายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป ที่ควบคุมปัจจัยความภาคภูมิใจ แต่เมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือนกลับพบว่าไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ทั้ง 2 กลุ่ม เหตุที่เป็นเช่นนี้ สามารถอธิบายได้ว่านอกจากผลลัพธ์การบำบัดที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาแล้ว ปัจจัยด้านความร่วมมือของผู้รับบริการเองมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา เช่นกัน เพราะความร่วมมือในการรักษานั้น มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น ปัจจัยด้านทัศนคติส่วนตัว ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น สัมพันธภาพกับแพทย์ผู้รักษา ความช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว⁽¹⁹⁾ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษาสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรก ฉะนั้นควรมีการประเมินและสร้างความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการมารับบริการจะทำให้ผลลัพธ์การบำบัดได้ผลดีมากขึ้น

ปัจจัยด้าน Domain อาการสมาธิสั้น พบว่าสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ในระยะ 3 เดือนและในระยะ 6 เดือน การที่ผู้ปกครองประเมินว่า เด็กที่มารับการรักษา มี หรือ ไม่มีอาการสมาธิสั้น ในแต่ละ Domain คือ ขาดสมาธิ หรือ อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นหรือพบว่ามีอาการครบทั้ง 2 Domain สามารถแสดงถึงความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นที่มี และประสิทธิผลของการมารับบริการ ซึ่งอาการต่างๆ จาก Domain เหล่านี้จะส่งผลให้มีปัญหาพฤติกรรมร่วมอื่นๆ ตามมาได้ง่ายขึ้น⁽¹¹³⁾ เพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาสำหรับบุคลากรหรือวิชาชีพที่ให้บริการ และยังส่งผลโดยตรงต่อผู้เลี้ยงดู อาจก่อให้เกิดความเครียด ปัญหาด้านสุขภาพจิต ตลอดจนส่งผลกระทบต่อกลุ่มเพื่อน หรือครูผู้ดูแลอาจเริ่มมีทัศนคติที่ไม่ดีและเกิดปฏิกิริยาในด้านลบต่อตัวเด็กสมาธิสั้น ส่งผลกระทบเป็นวงจรการดำเนินโรคสมาธิสั้นทำให้อาการหรือปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เพิ่มความถี่หรือมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น⁽¹¹⁴⁾

ปัจจัยด้านสถานการณ์ปัญหาในบ้าน พบว่าสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ในระยะ 3 เดือน ทั้งนี้สถานการณ์ปัญหาในบ้านเป็นผลสืบเนื่องโดยตรงมาจากอาการสมาธิสั้นของเด็ก ที่ส่งผลให้พัฒนาการด้านการสื่อสารบกพร่อง กลายเป็นข้อจำกัดในการเข้าใจและการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถถ่ายทอดอารมณ์ ความต้องการ ผ่านคำพูดได้เช่นเดียวเด็กปกติทั่วไป เด็กสมาธิสั้นจึงแสดงออกผ่าน

ท่าทางที่อาจไม่เหมาะสม เช่น การคร่ำครวญ ร้องไห้ โกรธ อาละวาด⁽³⁶⁾ นอกจากนี้องค์ประกอบสำคัญอีกส่วนหนึ่งมาจากความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการเลี้ยงดู และการจัดการพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองในครอบครัวด้วยเช่นกัน⁽⁹²⁾ แม้ว่าปัจจัยด้านทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้โดยตรงจากการศึกษาครั้งนี้ แต่การเลี้ยงดูนั้นย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กแต่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่พบว่า การเลี้ยงดูของมารดาเด็กสมาธิสั้นจะเป็นลักษณะปกป้องและควบคุมที่มากกว่ามารดาเด็กปกติ และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมจะทำให้ผู้ปกครองยิ่งพยายามใช้อำนาจในการควบคุมเด็กสมาธิสั้นสูง⁽¹¹⁵⁾ ภาวะดังกล่าวเป็นการจัดการที่ไม่เหมาะสม บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่ใกล้ชิดเองนั้นจะเกิดภาวะเครียด มีอารมณ์โกรธ และเริ่มใช้การลงโทษที่รุนแรงภายในบ้าน ส่งผลให้เด็กเกิดปัญหาทางอารมณ์ มองตนเองไม่ดี เก็บกดความก้าวร้าว และแสดงออกพฤติกรรมที่เป็นปัญหากลับไปให้ผู้ปกครอง พี่น้องในครอบครัว ส่งผลให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น เกิดความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่หรือ ผู้เลี้ยงดูสูง มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี มีความเป็นระเบียบต่ำ และสื่อสารกันน้อยจนขาดความผูกพัน และมีการตอบสนองกันต่ำ⁽¹¹⁶⁾ กลายเป็นวงจรของความเจ็บป่วยจนส่งผลต่อผลลัพธ์การบำบัดโดยรวมเช่นกัน ฉะนั้นการประเมินและติดตามสถานการณ์ปัญหาภายในบ้านเพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อมารับบริการจะช่วยให้ผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตเป็นมุมมองในเชิงมนุษยนิยม (Humanistic Approach) ที่ครอบคลุมมิติของสมาธิสั้นในหลายด้าน มีงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่า คุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ที่ผู้รักษาควรติดตามและพัฒนาวิธีการบำบัด การช่วยเหลือต่างๆ (Intervention) ที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมาธิสั้นดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในมุมมองผู้ปกครอง เช่นเดียวกับหลายงานวิจัยที่ส่วนใหญ่จะใช้การประเมินเฉพาะมุมมองจากผู้ปกครอง มากกว่าประเมินโดยตัวเด็กสมาธิสั้นเอง หรือประเมินจากทั้งผู้ปกครองและตัวเด็ก⁽¹¹⁷⁾ ทั้งนี้พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตสามารถทำนายผลลัพธ์ในทุกแบบจำลอง ทั้งระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน แสดงความสำคัญที่มีต่อการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ทั้งฝ่ายกาย และด้านจิตเวช เช่น สมาธิสั้น นั้นระดับความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต⁽¹¹⁸⁾ โดยพบว่าผู้ปกครองเมื่อประเมินด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.5-0.7$) กับคุณภาพชีวิตที่เด็กสมาธิสั้นประเมินตนเอง และผู้ปกครองจะประเมินคุณภาพชีวิตที่แย่กว่า (Negative) ที่เด็กสมาธิสั้นประเมินตนเอง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิต ด้านการทำหน้าที่ในชีวิตที่เด็กสมาธิสั้นนั้นมองว่าตนเองไม่ได้ แตกต่างจากเด็กอื่นๆ ทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามเด็กสมาธิสั้นจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจต่ำกว่าในเด็กกลุ่มปกติแม้ว่าที่จริงแล้วสุขภาพอื่นๆ ของเขาจะแข็งแรงก็ตาม⁽¹¹⁹⁾

จากที่กล่าวมาปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญส่งผลต่อผลลัพธ์การบำบัดไม่ว่าจะประเมินในมุมมองของผู้ปกครอง หรือ ตัวเด็กประเมินเอง ฉะนั้นการติดตามประเมินผลคุณภาพชีวิตจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบริการด้านบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัยด้านการเรียนเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นหน้าที่หลักอันสำคัญสำหรับเด็ก และวัยรุ่นในระบบการศึกษา เช่นเดียวกับที่ผู้ใหญ่จะต้องมีหน้าที่รับผิดชอบหลักคือการทำงาน โดยผลการเรียนจะสะท้อนถึงศักยภาพพื้นฐานเดิมของเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน นอกจากอาการของโรคที่ส่งผลให้โอกาสในการเรียนรู้ถูกจำกัดมากขึ้น ปัจจัยสำคัญอีกประการคือการมีภาวะโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชร่วม เช่น บกพร่องทางการเรียนรู้ มีปัญหาทางสติปัญญา ปัญหาทางอารมณ์⁽¹²⁰⁾ การศึกษาครั้งนี้มีเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน (ต่ำกว่าร้อยละ 50 หรือ เกเรตเฉลี่ยต่ำกว่า 2.00) ร้อยละ 20 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่พบร้อยละ 33⁽¹⁰⁸⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาที่สหรัฐอเมริกาพบว่ามีมากถึง 1 ใน 3 ของเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาด้านพฤติกรรม การเรียน และพบว่ามีมากถึงร้อยละ 80 มีปัญหาผลสัมฤทธิ์ด้านการเรียนเมื่อประเมินจากแบบประเมินมาตรฐานด้านการศึกษา⁽¹⁰⁴⁾ ซึ่งข้อจำกัดการเรียนเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการบำบัดรักษา⁽³²⁾ ผลการศึกษานี้ พบว่าระดับผลการเรียนสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ในระยะ 6 เดือน โดยปัจจัยด้านการเรียนในงานวิจัยนี้จะประเมินจากเกรดเฉลี่ยรวม (GPA) ส่วนในข้อคำถามของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัด มีบางส่วนในข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การเรียนมากกว่าการถามถึงผลการเรียนโดยตรง เช่น พฤติกรรมการขาดเรียน หนีเรียน ส่งงานไม่ครบ ถูกย้ายชั้นหรือซ้ำชั้นเรียน สอบตกหรือต้องสอบซ่อม ทั้งนี้ระดับผลการเรียนเดิมของเด็กสมาธิสั้นย่อมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านการเรียน รวมถึงส่งผลต่อพฤติกรรมอื่นๆ ในแบบสำรวจ แต่อาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาที่นานมากกว่า 3 เดือน

ปัจจัยด้านพฤติกรรมบำบัด ในระยะเวลาติดตามผลช่วง 3 เดือนแรก พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการปรับพฤติกรรมกลับมีความเสี่ยงผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดีลดลงเหลือเพียง 0.46 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่ถูกส่งให้ได้รับการปรับพฤติกรรม ถ้าพิจารณาค่าทางสถิติที่ได้อาจทำให้เข้าใจว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดมีผลการบำบัดที่แย่ลง แต่ข้อเท็จจริงเพราะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นนั้นได้ประเมินว่าเด็กที่ถูกส่งปรับพฤติกรรม มีปัญหาพฤติกรรมร่วมมาก นอกเหนือจากอาการสมาธิสั้นที่มี การทานยา หรือการให้ความรู้ คำแนะนำจากจิตแพทย์อาจไม่เพียงพอในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมร่วมที่เกิดขึ้น⁽¹²¹⁾ ทั้งนี้ระหว่างการปรับพฤติกรรมจากนักบำบัด ผู้ปกครองจะได้ร่วมฝึกและเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรม ส่วนเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรับพฤติกรรมนั้นเพราะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พิจารณาว่าปัญหาพฤติกรรมยังไม่รุนแรงนัก และผู้ปกครองมีศักยภาพในการควบคุมจัดการพฤติกรรมของเด็กได้ดีพอสมควร เมื่อติดตามผลในกลุ่มนี้ในระยะ 3 เดือนจะพบว่าผลลัพธ์

การบำบัดอยู่ในกลุ่มที่ดี แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานอีก 3 เดือน กลับพบว่าปัจจัยด้านการได้รับการปรับพฤติกรรมไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้แล้ว อาจอธิบายได้ว่าเป็นเพราะกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระดับปัญหาพฤติกรรมส่งผลต่อการทำนายผลลัพธ์การบำบัดในช่วงระยะ 6 เดือน

การบำบัดด้วยกิจกรรมบำบัด ตามแนวทางของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ ช่วยบำบัดอาการต่างๆของโรคสมาธิสั้น (Symptom) โดยการให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการกระตุ้นระบบการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Integration) ที่ช่วยพัฒนาระบบการรู้การคิด (Cognition) ของสมองส่วนที่บกพร่อง ผ่านกิจกรรมต่างๆ และการช่วยจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้อให้เด็กสมาธิสั้น สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองให้จดจ่อกับงานที่ต้องใช้ความพยายามตั้งใจอย่างต่อเนื่อง⁽¹²²⁾ ซึ่งเป้าหมายแตกต่างจากการบำบัดประเภทอื่นๆ เช่น การปรับพฤติกรรม การศึกษาพิเศษ หรือครอบครัวบำบัด ที่จะมุ่งเน้นช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมร่วมอื่นๆที่ส่งต่อการทำหน้าที่บกพร่อง (Functional Impairment) ของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับกิจกรรมบำบัด อยู่ในสมการทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ในระยะ 3 เดือนแต่ไม่มีนัยสำคัญ (OR = 2.07 เท่า, 95%CI=0.86-4.95) แต่ในสมการยังคงตัวแปรนี้ไว้เพราะว่าเป็นตัวแปรที่ทำให้ค่าสมการทำนายผลลัพธ์การบำบัดมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ส่วนการติดตามผลระยะ 6 เดือนทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 5.55 เท่า, 95% CI =1.58-19.52) จากข้อมูลดังกล่าวอธิบายได้ว่า กิจกรรมบำบัดนั้นมีเป้าหมายที่จะลดอาการสมาธิสั้นจากภาวะบกพร่องสารเคมีในสมอง คล้ายคลึงกับการรักษาด้วยยา แต่ต้องอาศัยระยะเวลาที่มากกว่าการทานยา เพื่อส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการประเมินด้วยแบบสำรวจผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามประสิทธิผลของกิจกรรมบำบัดที่มีต่อการรักษาเด็กสมาธิสั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยออกแบบการวิจัยการทดลองที่เหมาะสมต่อไป เพราะงานวิจัยที่ศึกษาที่สนับสนุน (Evidence Base) ว่ากิจกรรมบำบัดมีประสิทธิผลต่อเด็กสมาธิสั้นยังไม่มีน้ำหนักที่ชัดเจนเพียงพอ^(123, 124)

การทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate) จากการศึกษา⁽⁷⁶⁾ นี้ มีหลายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับผลลัพธ์การบำบัด แต่เมื่อใช้สถิติ วิเคราะห์แบบ Logistic Regression เพื่อควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลอื่นๆต่อผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น พบว่า ตัวแปร อายุ เพศ โรคร่วมกลุ่มคือต่อต้านที่ผลลัพธ์การบำบัด ถูกคัดออกไปในขั้นตอนวิเคราะห์สมการ ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ หรือในตัวแปร กิจกรรมบำบัด การศึกษาพิเศษ และภาวะการดูแลเด็กด้านภาวะวิสัย ที่แม้จะถูกคัดเลือกให้อยู่ในสมการแต่พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลเช่นนี้สอดคล้องกับศึกษา MTA Cooperative Group⁽⁷⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้นเช่นกัน ส่วนปัจจัยด้านสติปัญญา

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัด ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาของ MTA Cooperative Group ที่ระบุว่า ระดับสติปัญญาของเด็กสมาธิสั้น สัมพันธ์กับผลการบำบัดอย่างมาก เช่นเดียวกับมีผู้ศึกษาพบว่าคะแนนสติปัญญาสามารถทำนายผลการบำบัดเด็กสมาธิสั้นในระยะยาวได้^(20, 81) (เมื่อติดตามผลจากอายุ 11 ปี จึงเริ่มเข้าวัยผู้ใหญ่ 18 ปีขึ้นไป) ความไม่สอดคล้องกันที่พบนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะระยะเวลาในการติดตามผลที่ต่างกัน และคำจำกัดความของตัวแปรที่แตกต่างกันของการศึกษา โดยระดับสติปัญญาที่การศึกษาโดย MTA Cooperative Group นั้น ติดตามผลเป็นระยะเวลานานถึง 14 เดือนและติดตามต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี โดยแบ่งกลุ่มคะแนนโดยใช้เกณฑ์ สูงกว่าหรือต่ำกว่าคะแนนที่ 100 แต่ขณะที่งานวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์คะแนนที่ 90 หรือจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประเมินและได้บันทึกในเวชระเบียนว่ามีปัญหาสติปัญญาในกลุ่ม ต่ำกว่าเกณฑ์ หรือ คาบเส้น ทั้งนี้ความต่างของคะแนนสติปัญญาที่ใช้เป็นเกณฑ์ต่างกันถึง 10 จุด ซึ่งมีความหมายในเชิงคลินิกที่สำคัญ เพราะหมายถึงระดับสติปัญญาในกลุ่มปกติ (90-109 จุด) และต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (80-89จุด) หรือในหลายงานวิจัยเองจะใช้คะแนนมาตรฐาน หรือ แบ่งกลุ่มระดับสติปัญญาละเอียดตามเกณฑ์วินิจฉัย⁽¹²⁵⁾ ฉะนั้นการประเมินด้านสติปัญญาของเด็กสมาธิสั้นต้องพิจารณาถึงคำจำกัดความว่าควรเป็นอย่างไรจึงเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด

การศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งการติดตามผล 2 ระยะในช่วง ระยะ 3 เดือน และระยะ 6 เดือน และพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปสัดส่วนของผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ทั้งนี้เป็นผลจากตัวแปรด้านเวลาที่มีระยะนานขึ้น เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ปัจจัยอื่นๆที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดมีความเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านความภาคภูมิใจของเด็กสมาธิสั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญต่อเด็กหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช⁽¹²⁶⁾ แต่ด้วยข้อจำกัดของคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ประเมินความภาคภูมิใจนั้นเหมาะสำหรับเด็กที่มีอายุ 10 ปีหรืออยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลายขึ้นไปที่ต้องประเมินด้วยตนเอง⁽⁸⁸⁾ ส่งผลให้ตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ มีขนาดลดลงเหลือเพียง 180 ราย ซึ่งไม่เพียงพอในการเป็นตัวแทนตามเกณฑ์ที่คำนวณไว้ที่ต้องมีจำนวนอย่างน้อย 330 ราย จึงไม่สามารถนำผลการวิเคราะห์มาอภิปราย ได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดลองวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่ามีข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่าง ได้ส่งผลต่อตัวแปรในสมการดังที่ได้ตั้งสมมติฐานไว้ เช่น ทำให้ผลการทำนายจากปัจจัย กิจกรรมบำบัด มีค่าคลาดเคลื่อน และตัวแปรที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ได้เมื่อควบคุมปัจจัยด้านความภาคภูมิใจ พบว่ามีความแตกต่างจากการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 348 ราย ดังแสดงในตารางที่ 32 ในบทที่ 4 โดยผลที่แตกต่างกันนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นผลมาจากปัจจัยด้านความภาคภูมิใจ หรือปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง

จากการอภิปรายผลดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยที่มีความสำคัญ และแบบประเมินที่มาใช้ ประเมิน รวมทั้งเสนอแนะแนวทางสำหรับใช้ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นในหน่วย บริการดังนี้คือ

1. การติดตามประเมินผลลัพธ์การบำบัดในภาพรวมด้วย แบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การ บำบัดสมาธิสั้นในช่วงระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือนขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหน่วยงาน แต่ การเว้นระยะห่าง 3 เดือนในการติดตามผลแต่ละครั้งเป็นช่วงระยะเวลาที่พบว่าการ เปลี่ยนแปลงของผลการบำบัดจากแบบสำรวจผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา/พฤติกรรมที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การบำบัด การประเมินผลและทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้บริการ ออกแบบหรือเลือกการบำบัดรักษาต่างๆ (Intervention) เพื่อช่วยให้ปัจจัยเหล่านี้ของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นจะส่งผลต่อผลลัพธ์การ บำบัดเด็กสมาธิสั้นโดยรวม ซึ่งสามารถเรียงตามลำดับตามคุณสมบัติในการทำนายใน กรณีต่างๆดังนี้
 1. ด้านระดับคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถาม ThQLC
 2. ด้าน Domain อาการสมาธิสั้นจาก แบบสอบถาม SNAP – IV
 3. ด้านสถานการณ์ปัญหาในบ้านจากแบบสอบถาม Home situation Questionnaire
 4. ด้านภาวะการดูแลเด็ก จากแบบสอบถามภาวะการดูแลเด็ก

ปัจจัย (Moderator and Mediator) ที่เกี่ยวข้องอื่นๆที่ได้จากการบันทึกในเวชระเบียน พบว่ามีปัจจัยที่หน่วยงานที่ให้บริการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น ควรนำมาพิจารณาทั้งในแง่ของการ วางแผนบันทึกอย่างเป็นระบบ และนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาในการวางแผนให้การรักษาดังนี้

1. ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ผลการเรียน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการนำแบบสอบถามที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการ ประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นในหน่วยบริการ (ภาคผนวก ค.)

ส่วนด้านปัจจัยชนิดของการรักษาต่างๆ ที่เด็กสมาธิสั้นได้รับ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่ได้ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้อย่างเหมาะสม เหตุเพราะการที่จิตแพทย์เด็กและ วัยรุ่นพิจารณาส่งเด็กสมาธิสั้นให้ได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น พฤติกรรมบำบัด หรือการศึกษาพิเศษ เพราะได้วินิจฉัย และประเมินว่าเด็กสมาธิสั้น รายนั้นๆ มีความซับซ้อนของการดำเนินโรค และ ลักษณะของปัญหาพฤติกรรมร่วมที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพอื่นๆ เพิ่มเติม

นอกเหนือจากการได้รับการรักษาด้วยยาตามมาตรฐาน ตามแนวปฏิบัติการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นของทางสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ดังนั้นปัจจัยด้านชนิดของการได้รับหรือไม่ได้รับการรักษาอื่นๆที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา ไม่สามารถที่จะอธิบายถึงประสิทธิผลของชนิดการรักษาที่มีต่อผลลัพธ์การบำบัดได้อย่างชัดเจน เหตุเพราะรูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเกต (Observation) มิใช่รูปแบบการทดลอง (Experiment) จึงไม่ได้ควบคุมตัวแปรด้านชนิดของการรักษา และอคติจากการวิจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับชนิดของการบำบัดที่ได้รับ ทำให้ไม่สามารถอธิบายในแง่ประสิทธิผลของการรักษาต่างๆ ที่มีต่อผลลัพธ์การบำบัดที่เหมาะสม

ข้อจำกัดของการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อจำกัดในการวิจัย

- 1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลเฉพาะที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เกณฑ์จุดตัดคะแนนของแบบสำรวจตัวชี้วัดผลลัพธ์การบำบัด และปัจจัยต่างๆ ที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดจึงไม่อาจเป็นตัวแทนของหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นได้ทั้งหมด ผู้ที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ควรต้องตระหนักถึงข้อจำกัดในการพิจารณารูปแบบและเครื่องมือที่ได้จากการวิจัยนี้ไปทดลองและปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน
- 2) ธรรมชาติของการประเมินผลผ่านแบบสอบถามทางจิตวิทยา/พฤติกรรมซึ่งผลที่ได้มีลักษณะเป็นอัตวิสัย (Subjective) ขึ้นอยู่กับการรับรู้และมุมมอง (Perception) ของผู้ประเมิน ดังนั้นการที่จะประเมินได้ตรงกับภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริง บุคลากรที่ดูแลรับผิดชอบการติดตามประเมินผลลัพธ์การบำบัด ต้องตระหนักว่าผู้ปกครองผู้ตอบแบบสอบถามต่างๆ นั้นได้รู้จักใกล้ชิด และได้สังเกตพฤติกรรมของเด็กที่ถูกประเมิน มาระยะหนึ่งตามเกณฑ์ของแบบสอบถามนั้นๆ ร่วมกับควรมีการชี้แจงทำความเข้าใจแก่ผู้ปกครองถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้จากแบบประเมินที่ใช้เพื่อลดอคติในการตอบที่มีทั้งด้านบวกและลบต่อผลที่ได้จากการประเมิน นอกจากนี้ตัวแบบสอบถามต่างๆที่มีผู้พัฒนาให้มีคุณสมบัติในการวัด (Psychometric Property) ที่ดีขึ้น หรือพัฒนาฉบับที่ใหม่ขึ้น ไม่จำเป็นที่จะต้องยึดติดเฉพาะแบบสอบถามจากการวิจัยในครั้งนี้ ทั้งนี้สามารถเลือกใช้แบบสอบถามประเมินปัจจัยจิตวิทยา/พฤติกรรมในเรื่องเดียวกันจากการวิจัยในฉบับอื่นๆได้โดยพิจารณาจากคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแต่ละแบบสอบถามเป็นกรณีไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 1) ควรส่งเสริมให้มีการติดตามคุณภาพในการบริการ ด้วยการประเมินปัจจัยทางจิตวิทยา/พฤติกรรม และประเมินผลลัพธ์ที่กระทบการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กสมาธิสั้น ด้วยแบบสำรวจผลลัพธ์

การบำบัดเด็กสมาธิสั้นจะช่วยให้มีความครอบคลุมของผลลัพธ์ในการบำบัด จากมุมมองและความคาดหวังของผู้ปกครองที่มารับบริการมากขึ้น

- 2) ปัจจัยเรื่องโรคร่วม (Comorbidity) ในระบบบริการควรให้ความสำคัญในการวินิจฉัยที่ชัดเจนมากขึ้นเพราะเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การบำบัด โดยเฉพาะโรคในกลุ่ม วิตกกังวลซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อมีอิทธิพลผลการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ แม้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบที่สามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัดได้ ด้วยข้อจำกัดของขนาดตัวอย่างในแต่ละโรคร่วมที่มีจำนวนน้อยเกินไปที่จะนำมาวิเคราะห์ในรายโรคอย่างละเอียด
- 3) นอกจากการให้ความสำคัญต่ออาการของโรคสมาธิสั้นที่สามารถรักษาได้ด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรมแล้ว สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องควรพิจารณากิจกรรมอื่นๆ สำหรับการช่วยเหลือ และบำบัดปัจจัยจิตวิทยา/พฤติกรรมต่างๆที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การบำบัดจากการศึกษานี้ เช่น การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การแนะนำผู้ปกครองในการจัดการปัญหาพฤติกรรมในบ้านมากกว่าการให้ความรู้สอนทักษะปรับพฤติกรรมต่างๆ ไปจะส่งผลต่อการลดพฤติกรรมร่วมที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและ ด้านการเรียนร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวก เช่น การเล่นเกม เล่นดนตรี เรียนรู้ทักษะงานศิลปะ ซึ่งสามารถช่วยให้เด็กสมาธิสั้นทำหน้าที่อื่นๆในชีวิตประจำวันได้มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาในรายข้อคำถามของแบบสำรวจผลลัพธ์การบำบัดสมาธิสั้น ว่าแต่ละพฤติกรรมในข้อคำถามนั้นมีระดับความรุนแรง หรือความถี่ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากน้อยเพียงไร ทั้งนี้กลุ่มพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน 3 เดือน อาจเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมส่งผลกระทบหรือแสดงถึงผลลัพธ์การบำบัดที่ไม่ดีมากกว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือนที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่า ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อจะกำหนดค่าถ่วงน้ำหนักคะแนนที่เหมาะสมในแต่ละพฤติกรรม จะช่วยให้แบบสำรวจนี้มีคุณภาพและความน่าเชื่อถือมากขึ้น
- 2) ควรทดลองใช้ชุดแบบสอบถามปัจจัยทางจิตวิทยา/พฤติกรรมที่พบว่าสามารถทำนายผลลัพธ์การบำบัด และแบบสำรวจผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่ได้พัฒนาขึ้นครั้งนี้ในหน่วยงานที่ให้บริการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นอื่นๆ โดยอาจพิจารณาระยะเวลาในการติดตามผลให้นานมากขึ้นเป็น 1 - 2 ปี และมีความต่อเนื่องในการติดตาม เพื่อที่จะประเมินผลในด้านการนำไปใช้ ทั้งในด้าน ความสะดวก ความพึงพอใจ อันจะประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริการเพื่อนำข้อมูลไปเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อไป
- 3) ควรนำสมการทำนายผลลัพธ์การบำบัดที่ได้จากการวิเคราะห์ในครั้งนี้นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้นกลุ่มอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อประเมินความถูกต้องในการทำนาย (Accuracy) ว่าเป็น

อย่างไร และนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องไปวิเคราะห์หาคะแนนความเสี่ยง (Risk Factor Score) สำหรับการทำนายผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น จะทำให้ชุดแบบประเมินจากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในหน่วยบริการได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น



รายการอ้างอิง

1. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติตัวบ่งชี้สภาวะการณ์ของเยาวชน (Child Watch). กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีและสารสนเทศ 2553.
2. ศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม. รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นและเด็กและเยาวชน ปี 2554. กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555.
3. สุวรรณิ พุทธิศรี, ศศิธร ยิ่งสาหรี. ความชุกโรคทางจิตเวชในสถานพินิจ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2546;49(3):213-22.
4. จตุรพร แสงกุล. โรคสมาธิสั้น. In: พิเชฐ อุดมรัตน์, editor. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิบบราเดอ์การพิมพ์; 2547.
5. วินัดดา ปิยะศิลป์. แนวทางช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางการเรียน ตอนโรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: มปป.; 2550.
6. Laurel K. L, Mark L. W. ADHD service Use Pattern In Youth. Journal of Pediatric Psychology. 2007;32(6):695-710.
7. อุมพร ตังคสมบัติ. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ. กรุงเทพฯ: บริษัท ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว; 2541.
8. สนธยา มณีรัตน์. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
9. Stephen V. F, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder :a meta-analysis of follow-up studies. Psychological Medicine. 2005;36:159-65.
10. ชาญวิทย์ พรนภดล. โรคสมาธิสั้น. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, editors. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น; 2545.
11. Langley K, Tom F, Tamsin Ford AK, Thapar Mvd, Bree GH, Michael J O, et al. Adolescent Clinical Outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. The Birtish Journal fo Psychiatry. 2010;196:235-40.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจเด็กและเยาวชน ปี 2551. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2553.
13. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยนอก(13โรค)เฉพาะหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต 2556 [updated 8 มกราคม 2557. Available from: <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.

14. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
15. Child and adolescent mental health rajanagarindra institute. Annual Report 2013. Bangkok: Department of Mental Health, 2014.
16. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. รายงานประจำปี 2552. กรุงเทพมหานคร: 2552.
17. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
18. ไกรศร พงศ์วิไลรัตน์ และคณะ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น. วารสารหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. 2548;88(8):1062-6.
19. มาศมณี วีระณรงค์. ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
20. Buitelaar JK, Kooij JJ, Ramos-Quiroga JA, Dejonckheere J, Casas M, van Oene JC, et al. Predictors of treatment outcome in adults with ADHD treated with OROS(R) methylphenidate. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry. 2011;35(2):554-60.
21. Srebnicki T, Kolakowski A, Wolanczyk T. Adolescent outcome of child ADHD in primary care setting: stability of diagnosis. J Atten Disord. 2013;17(8):655-9.
22. Cormier E. Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. J Pediatr Nurs. 2008;23(5):345-57.
23. ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, ชนิชา เวชวิรุฬห์, ปราณิ ต๊ะวิไล. การศึกษาอำนาจจำแนกของเครื่องมือ computerized continuous performance test โดยการเปรียบเทียบค่าสมาธิต่อเนื่องระหว่างเด็กปกติและเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2553;55(1):97-108.
24. วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(4):373-86.
25. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164(6):942-8.
26. Zima BT, Bussing R, Tang L, Zhang L, Ettner S, Belin TR, et al. Quality of care for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a managed care medicaid

program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(12):1225-37, 37.e1-11.

27. จตุรพร แสงกุล. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. พิเชษฐ อุดมรัตน์, editor. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
28. ภาสุรี แสงศุภาวนิช, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, คัดนางค์ โตสงวน, จันทนา พัฒนเกสัช, วรณภา เล็กอุทัย, จุฑามาต วรโชติกำจร, et al. การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
29. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand *Journal of the Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):66-75.
30. Cheung CH, Rijdiijk F, McLoughlin G, Faraone SV, Asherson P, Kuntsi J. Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. *J Psychiatr Res*. 2015;62:92-100.
31. Elieen C. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder : A Review and Update. *Journal of Pediatric Nursing*. 2008;23(5(October)):345-57.
32. Irene M. L, Feldman HM. Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(6):643-54.
33. Srebnicki T, Kołakowski A, Wolan'czyk T. Adolescent Outcome of Child ADHD in Primary Care Setting: Stability of Diagnosis. *Journal of Attention Disorders*. 2012;17(8):655-9.
34. มยุรา ชัยเดช. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
35. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Dopfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(2):83-105.
36. ดลฤดี แดงน้ำคู้. ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
37. สุวรรณีย์ พุทธิศรี, พัชรี พรรณพานิช, ธนิตา ปานทั้งทอง, มนัส สูงประสิทธิ์. ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2459;51(3):213-23.

38. Jensen PS, Garcia JA, Glied S, Crowe M, Foster M, Schlander M, et al. Cost-effectiveness of ADHD treatments: findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *Am J Psychiatry*. 2005;162(9):1628-36.
39. Matza LS, Paramore C, Prasad M. A review of the economic burden of ADHD. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*. 2005;3:5.
40. จักริน ปิงคลาศัย. ต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2550;52(4):439-49.
41. National Institute for Health & Clinical Excellence. Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Health NCCfM, editor. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009. 659 p.
42. Leventhal BL. Attention-deficit/hyperactivity disorder: the short and long of it. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2013;23(2):128-9.
43. Ryan JB, Reid R, Epstein MH, Ellis C, Evans JH. Pharmacological Intervention Research for Academic Outcome for Student With ADHD. *Behavioral Disorder*. 2005;30(2):135-54.
44. Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(5):484-500.
45. Andrew D. Long-term outcome of Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD):Resolution - or practitioner inattention? *nzfp*. 2004;31(6):378-80.
46. Perera H, Jeewandara KC, Seneviratne S, Gurug C. Assessment of outcome of an ADHD treatment program using parent feedback. *Sri Lanka Journal of Psychiatry*. 2010;1(2):51-5.
47. Gold J, Buonopane RJ, Caggiano RA, Picciotto M, Vogeli C, Kanner NT, et al. Assessing outcomes in child psychiatry. *Am J Manag Care*. 2009;15(4):210-6.
48. Joseph G, Ralph J B, Robert A C, Mark P, Christine V, Natalie T K, et al. Assessing Outcomes in Child Psychiatry. *The american journal of managed care*. 2009;15(4):210-6.

49. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสุขภาพ; 2543.
50. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. คุณภาพของระบบสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
51. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper: OECD Publication Service; 2006. Available from: www.oecd.org/els/health/workingpapers.
52. ประภาพร สุวรรณชัย. ผลของการดูแลในห้องฉุกเฉิน ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากรายภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
53. Hoagwood K, Jensen PS, Petti T, Burns BJ. Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;35(8):1055-63.
54. Simon M G, Allan O. H, Trevor A. S. Outcome Research in mental health : Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181:8-16.
55. Fiander M, Burns T. A Delphi Approach to Describing Service Models of Community Mental Health Practice. *Psychiatric Services*. May 2000;51(5):656-8.
56. นเรศ ดำรงชัย, ปวรภัศ โปธิสุข, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. รายงาน การสำรวจความเห็นด้วย Real Time Delphi. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2551.
57. Suwaratchai P, Sithisarakul P, Sriratanban J, Chenvidhyamd D, Phonburee W. Utilize the modified Delphi technique to develop trauma care indicators. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(1):99-103.
58. Kimberly h, Peter S J, heodore P, Barbara J. B. Outcomes of Mental Health Care for Children and Adolescents: I. A Comprehensive Conceptual Model. *J AM ACADCHILD ADOLESCPSYCHIATRY*. 1996;35(8):1055-63.
59. Hunter J, Higginson I, Garralda E. Systematic literature review: outcome measures for child and adolescent mental health services. *Journal of Public Health Medicine*. 1996;18(2):197-206.
60. Pelham William E, Fabiano Jr. GA, M. MG. Evidence-Base Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005;34(3):449-76.

61. Bonnie T. Z, Bussing. R, Tang. L, Lit Z, Ettner. S, Thomas R. B, et al. Quality of Care for Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Managed Care Medicaid Program. *J AM ACADCHILD ADOLESCPSYCHIATRY*. 2010;49(12):1225-37.
62. Bedirhan ÜT. Using the International Classification of Functioning, Disease and Health in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Separating The Disease From Its Epiphenomena. *Academic Pediatrics*. 2007;7(1;Proquest):132-9.
63. Hodgkins P, L. Eugene A, Shaw M, Caci H, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Frontiers in Psychiatry| Child and Neurodevelopmental Psychiatry*. 2012;2(84):1+18.
64. Epstein JN, Langberg JM, Lichtenstein PK, Altaye M, Brinkman WB, House K, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder outcomes for children treated in community-based pediatric settings. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2010;164(2):160-5.
65. Woods D, Wolraich M, Pierce K, DiMarco L, Muller N, Sachdeva R. Considerations and evidence for an ADHD outcome measure. *Acad Pediatr*. 2014;14(5 Suppl):S54-60.
66. ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ทรงภูมิ เบญญาการ. คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson,Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengthsand Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(2):97-110.
67. คณะอนุกรรมการผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาล จังหวัดสำหรับกุมารแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาล จังหวัดสำหรับกุมารแพทย์ : เอกสารการประชุมวิชาการวิชาการสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 69. 2553.
68. ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จิตราภรณ์ จิตรธร, ศิริจินดา จันทร์เพ็ญ. การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2553;59(4):335-54.
69. Schaffer D G, MS BJ. A children's global assessment scale(CGAS). *Archives of general Psychiatry*. 1983;40:1228-31.

70. Lundh A, Kowalski J, Sundberg CJ, Gumpert C, Landén M. Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Research*. 2010;177:206-10.
71. สิริรัตดา ปัญญาภาส, ชาญวิทย์ พรนภดล, วิฐวาร์ณ บุญสิทธิ, พรรณเพชร ลิขิตเกียรติขจร. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2558;60(2):111-26.
72. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(12):1073-86.
73. เกษศิริรินทร์ นิลนนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
74. Selinus EN, Molero Y, Lichtenstein P, Larson T, Lundström S, Anckarsäter H, et al. Childhood Symptoms of ADHD Overrule Comorbidity in Relation to Psychosocial Outcome at Age 15: A Longitudinal Study. *PLoS ONE*. 2015;10(9):1-18.
75. Rachel G. K, Mannuzza S, María A. RO, Belsky ER, Jesse A. H, Lashua-Shriftman E, et al. Clinical and Functional Outcome of Childhood ADHD 33 Years Later. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(12):1295-303.
76. The MTA Cooperative Group. Moderators and Mediators of Treatment Response for Children With Attention-D. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1088-96.
77. Hinshaw SP. Moderators and Mediators of Treatment outcome for Youth With ADHD : Understanding for Whom and How Interventions Work. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(6):664-75.
78. ชันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Swanson, Nolan and Pelham version IV (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและโรคดื้อต่อต้าน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
79. Stein REK. Measurement of ADHD Outcomes : Implication for the Future. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(6):728-31.
80. บุตบพ พฤษภาพนาชาติ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแกข่มขู่กับระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2554;56(2):93-102.

81. Coghill D, Spiel G, Baldursson G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ, et al. Which factors impact on clinician-rated impairment in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15(suppl 1):130-7.
82. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC medicine*. 2012;10(99):1-15.
83. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การวิจัยทางคลินิก: การวางแผนและการนำผลไปประยุกต์ใช้. สารศิริราช. 2549;58(11):1112-20.
84. Buderer NM. Statistical methodology: I. Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 1996;3(9):895-900.
85. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006;45(2):192-202.
86. ชัชฎาภรณ์ ศรีพัฒน์พิบูล. การสำรวจปัญหาพฤติกรรมของเด็กนักเรียนปฐมวัยจังหวัดสงขลา. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 2549;37(1):49-57.
87. Lemeshow S, Jr DWH, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. World Health Organization, editor. England: John Wiley & Sons Ltd. ; 1990. 239 p.
88. สุวรรณีย์ พุทธิศรี, ชัชวาล ศิลปกิจ. การพัฒนาแบบสอบถาม The Five-Scale Test of Self Esteem For Children ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2541;43(4):359-67.
89. วิฐารณ บุญสิทธิ, สลักจิต ราษฎร์อาศัย, สิริมณฑา ดาวสุขโข, ดวงเดือน สายน้ำปราณ, จริญญา ทะรักษา. การพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กไทย(ThQLC). *วารสารกุมเวชศาสตร์*. 2558;54(1):17-24.
90. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families. *J Med Assoc Thai*. 2006;Nov,89(11):1946-53.
91. สุภาวดี ชุ่มจิตต์. การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของบิดามารดาโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

92. พรทิพย์ วชิรติลล, มนัสวี เมืองขวา, ธนโชติ เทียมแสง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2552.
93. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์ข้อมูล หลายตัวแปร. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
94. สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: เมติคัล มีเดีย; 2545. 577 p.
95. Suwaratchai P, Sithisarakul P, Sriratanban J, Chenvidhya D, Phonburee W. Utilize the Modified Delphi Technique to Develop Trauma Care Indicators. J Med Assoc Thai 2008;91(1):99-103.
96. Bedirhan Üstün T. Using the International Classification of Functioning, Disease and Health in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Separating The Disease From Its Epiphenomena. Academic Pediatrics. 2007;7(1;Proquest):132-9.
97. Bjorck-Akesson E, Wilder J, Granlund M, Ples M, Simeonsson R, Dolfsson M, et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/ early childhood intervention – feasibility and usefulness as a common language and frame of reference for practice. Disability and Rehabilitation. 2010;Early Online:1-14.
98. Celeste HMC, Fruhling R, Grainne M, Stephen V. F, Philip A, jonna K. Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. Journal of psychiatric Research. 2015;62:92-100.
99. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000;39(11):1424-31.
100. พิศมัย พงศาธีรัตน์, พรทิพย์ วชิรติลล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กระดับประถมศึกษา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27(1):108-20.
101. Kerlinger F.N. Foundations of Behavioral Research. New York: Holt, Rinehart and Winston.; 1973.
102. Polanczyk G, Lima MSd, Horta BL, Rohde LA. The worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic review and Meta-regression Analysis. Am j psychiatry. 2007;164(6):942-8.

103. Eileen Cormier. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder : A Review and Update. *Journal of Pediatric Nursing*. 2008;23(5(October)):345-57.
104. Ahmed M. A-A. Measurement of Impairment among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder as Part of Evaluating Treatment Outcome. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2013;13(2):296-300.
105. นันทิกา ทวิชาชาติ. ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548. 520 p.
106. Park JH, Lee SI, Schachar RJ. Reliability and validity of the child and adolescent functioning impairment scale in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry investigation*. 2011;8(2):113-22.
107. Swets JA. Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science (New York, NY)*. 1988;240(4857):1285-93.
108. Trangkasombat U. Clinical Characteristics of ADHD in Thai Children. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(12):1894-9.
109. Nancy L, Michel B, Ginette D, Mara B, Frank V, Richard E. T, et al. The Development of Hyperactive -Impulsive Behaviors During the Preschool Years : The Predictive Validity of Parental Assessments. *Journal Abnormal Child Psychology*. 2008;36:977-87.
110. กฤษดา แสงวดี. ความไม่สมดุลของกำลังคนด้านสุขภาพ:ความท้าทายของการวางแผนทรัพยากรมนุษย์. *วารสารการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน*. 2549;13(2):43-72.
111. Gathright MM, Tyler LH. *Disruptive Behaviors in Children and Adolescents*. Arkansas: Psychitric Research Institute; 2014. 28 p.
112. Yoo W, Mayberr R, Bae S, Singh K, He QP, James W. LJ. A Study of Effects of MultiCollinearity in the Multivariable Analysis. *Int J Appl Sci Technol*. 2014;4(5):1-16.
113. Hoza B. Peer Funtioning in Chidren With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(6):655-63.
114. Owens JS, Johannes LM, Karpenko V. The Relation Between Change in Symptoms and Functioning in Children with ADHD Receiving School-Based Mental Health Services. *School Mental Health*. 2009;1(4):183-95.

115. มัทนา บุญสิงห์. บทบาทครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น : ศึกษาเฉพาะกรณี สมาชิกชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้น แห่งประเทศไทย. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
116. Cunningham CE. A Family-Centered Approach to Planning and Measuring the Outcome of Intervention for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ambulatory Pediatrics*. 2007;7(13):60-72.
117. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T, Buitelaar J, Doöpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19:83-105.
118. สิริมณฑา ดาวสุโข. การศึกษานำร่องการพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ: ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
119. Pongwilairat K. et al. Quality of Life of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Med Assoc Thai* 2005;88(8):1062-6.
120. Ervin RA, Dupaul GJ, Kern L, Friman PC. Classroom-Based Functional and Adjunctive Assessments : Proactive Approaches to Intervention Selection for Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1998;31(1):65-78.
121. Andrea M. C, Heather A. J, Veronica L. R. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2006; (26):[486-502 pp.]. Available from: www.sciencedirect.com.
122. Study Finds ADHD Improves With Sensory Intervention [Internet]. *ScienceDaily*. 2005 [cited May,1 2016]. Available from: Temple University Health Sciences Center. "Study Finds ADHD Improves With Sensory Intervention." *ScienceDaily*. *ScienceDaily*, 13 May 2005. <www.sciencedaily.com/releases/2005/05/050513103548.htm>.
123. Vargas S, Camilli G. A meta-analysis of research on sensory integration treatment. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 1999;53(2):189-98.
124. Stubberfield TG, Wray JA, Parry TS. Utilization of alternative therapies in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 1999;35(5):450-3.

125. Pek RL, Jan P. P, Nicholas C. B. Comorbid ADHD and DCD : Examining cognitive Functions using the WISC-IV. *Research in Developmental Disabilities*. 2011;32:1260-9.
126. Hosogi M, Okada A, Fujii C, Noguchi K, Watanab K. Importance and usefulness of evaluating selfesteem in children. *BioPsychoSocial Medicine*. 2012;6(9):1-6.



ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก.

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมตอบแบบสอบถามในกระบวนการเตลฟาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการเคลฟาย

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

- | | |
|--|--|
| 1. ผศ.นพ.พนม เกตุมาน | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 2. ศ.คลินิก (พิเศษ) พญ.วินัดดา ปิยะศิลป์ | สถาบันเด็กแห่งชาติมหाराชินี |
| 3. นพ.ทรงภูมิ เบญญากร | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์
(องค์กรักซ์) |
| 4. พญ.ปรีชวัน จันทร์สิริ | โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| 5. นพ.ดุสิต ลิขิตนะพิชิตกุล | โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยถัมภ์
กรมสุขภาพจิต |
| 6. พญ.ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์ | สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต |

พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. นางพรทิพย์ วชิระติลก | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 2. นางพนิดา รัตน์ไพโรจน์ | สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวลักษณ หมื่นสุนทร | โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยถัมภ์
กรมสุขภาพจิต |
| 4. ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง | คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 5. นางซิม นุ่มสกุล | สถาบันเด็กแห่งชาติมหाराชินี |
| 6. รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

นักจิตวิทยา

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. ดร.วัจนินท์ ไรहितสุข | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 2. ปราณี่ ชาญณรงค์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. นางอำไพ ทองเงิน | โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยถัมภ์
กรมสุขภาพจิต |
| 4. วันชัย ไชยสิทธิ์ | โรงเรียนนานาชาติ Saint Marry Academy |
| 5. นายประเสริฐ จุฑา | สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต |
| 6. นางวัชรวิภา อินโสม | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบบี |

นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. นางณัฐวดี ณ มโนรม | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 2. ดร.สดีไสย์ คุ่มทรัพย์อนันต์ | สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวดารณี นฤตมพงศ์ | มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก |
| 4. นางสาววิวิรรณ ศรีสุชาติ | ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต |
| 5. นางวรรณา เจริญ | โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยธมภ์
กรมสุขภาพจิต |
| 6. นางสาวจริยา สีสั่งอ่อน | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี |

นักบำบัด ฟื้นฟู การศึกษาพิเศษ

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. นางสาวชุตีวรรณ แก้วไสย | สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต |
| 2. นางสาวผกาพรรณ สุทธิวงศ์ | สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต |
| 3. นางสาวปรารถนา พิณรุฒัน | โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยธมภ์
กรมสุขภาพจิต |
| 4. อาจารย์ตุสิดา ทินมาลา | โรงเรียนสาธิตแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. ดร. พัชรินทร์ เสรี | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 6. นายนิพนธ์ธรร แสงทองศรี | สถาบันเด็กแห่งชาติมหाराชินี |

รายนามจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่ประเมินผล การบำบัด

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1. นพ.ธันว์รุจน์ บุรณสุขสกุล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 2. พญ.วิมลรัตน์ วันเพ็ญ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 3. พญ.โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 4. พญ.ทิพาวรรณ บุรณสิน | นายแพทย์ชำนาญการ |





เลขที่แบบสอบถาม _ _ _ _

แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น
(การวิจัยระยะที่ 2)

● ข้อมูลทั่วไป

เลขที่โรงพยาบาล HN.....

เพศ.....

อายุ.....

ผลการเรียนปีการศึกษาล่าสุด.....

ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก.....

ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม.....

เบอร์โทรติดตามผล.....

● ข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการ

การวินิจฉัยร่วม.....

ปัญหาอื่นๆร่วม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ปัญหาทางเขavnปัญหาหรือไม่.....

ระยะเวลาในการมารับบริการ.....

จำนวนครั้งที่มารับบริการ.....

จำนวนครั้งที่ Drop out

การรักษาที่ได้รับ.....

● วันที่เก็บข้อมูล ครั้งที่ 1.....

กำหนด ติดตามผลครั้งที่2.....

กำหนด .ติดตามผลครั้งที่ 3.....

ตอนที่ 1 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	สำหรับ เจ้าหน้าที่
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน					
2. ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้					
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ					
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น					
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
7. ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)					
8. วอกแวกง่าย					
9. ซ้ำลิ้ม					
10. มือเท้าหยุกหยิก นั่งบิดไปบิดมา					
11. นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่ง เรียบร้อย					
12. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนไม่รู้กาลเทศะ					
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น					
14. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน “ติดเครื่อง” อยู่ตลอดเวลา					
15. พูดมาก					
16. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
17. ไม่ชอบรอคิว					
18. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)					

ตอนที่ 2. ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่อยู่ในความดูแลของท่าน แต่
 ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา เด็กในความดูแลของท่าน มีปัญหาต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านร่างกาย					
1. มีอาการอ่อนเพลียอยู่เสมอ					
2. นอนหลับยากหรือตื่นบ่อยกลางดึก					
3. ช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน(เช่นอาบน้ำ แต่งตัว)ได้น้อยกว่าเด็กทั่วไป					
4. มีอาการไม่สบายบ่อยๆที่ทำให้เล่นได้น้อยกว่าเด็กทั่วไป					
5. เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรง ไม่ได้					
ด้านจิตใจ					
1. มีอารมณ์เศร้าหรือท้อแท้ใจ					
2. โกรธหรือหงุดหงิดง่าย					
3. ซ้ำกลั้วหรือไม่มั่นใจในตัวเอง					
4. วิดกกังวลง่าย					
5. รู้สึกเหงา/ว้าเหว่					
ด้านการเรียนรู้					
1. ไม่มีสมาธิในการเรียน					
2. ทำงานที่ได้รับมอบหมายในชั้นเรียนหรือการบ้าน ไม่เสร็จ					
3. มีความสามารถในการเรียนรู้สู้เพื่อนในวัยเดียวกันไม่ได้					
4. ต้องหยุดเรียนบ่อยเนื่องจากความเจ็บป่วย					

ตอนที่ 2(ต่อ)

	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านสังคม					
1. รู้สึกอายเกี่ยวกับสภาพของตนเอง					
2. แยกตัว/ไม่เข้ากลุ่มเพื่อนๆ					
3. ไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน					
4. ถูกเพื่อนๆล้อเลียนหรือกลั่นแกล้ง					
5. เข้ากันไม่ได้กับพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัว					
ด้านการมองชีวิตโดยรวม					
1. ไม่พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่					
2. รู้สึกว่าตนเองโชคร้ายกว่าผู้อื่น					
3. รู้สึกหมดหวังในชีวิต					
4. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า					

ตอนที่ 3 คำอธิบาย ท่านคิดว่าเด็กที่ท่านกำลังประเมินมีปัญหาไม่เชื่อฟังท่านในสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่? ถ้ามีปัญหาขอให้ท่านวงกลมล้อมรอบคำว่า “มี” และวงกลมตัวเลขทางด้านขวามือ เพื่อระบุความรุนแรงของปัญหา ถ้าไม่มีให้วงกลมคำว่า “ไม่มี” แล้วข้ามไปอ่านข้อต่อไป

สถานการณ์	ปัญหา		ถ้ามี โปรดระบุความรุนแรงของปัญหา								
	ไม่มี	มี	น้อย มาก								
1.ขณะที่เด็กเล่นคนเดียว	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.ขณะที่เด็กเล่นกับเด็กอื่น	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.เมื่อถึงเวลาอาหาร	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.ขณะแต่งตัว	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.เมื่อถึงเวลาอาบน้ำ	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.ขณะที่คุณกำลังโทรศัพท์	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.ขณะดูโทรทัศน์	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.ขณะที่มีแขกมาเยี่ยมบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.ขณะออกไปเยี่ยมบ้านผู้อื่น	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ เช่น ร้านอาหาร, ห้างสรรพสินค้า	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.เวลาที่บิดาอยู่บ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.เมื่อบอกให้เด็กทำงานบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.เมื่อบอกให้เด็กทำการบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.เมื่อถึงเวลานอน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.ขณะอยู่ในรถ	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.ขณะอยู่กับพี่เลี้ยง	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
สำหรับผู้วิจัย											
รวมจำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา =											
คะแนนความรุนแรงเฉลี่ย (Mean severity score) =											

ตอบที่ 4 ข้อความต่อไปนี้ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด

กรุณา x ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด(36ข้อ)

อย่าใช้เวลาคิดนาน ให้ตอบอย่างรวดเร็วโดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ที่อ่านข้อความจบ

คำถาม	ตรงมากที่สุด	ตรงปานกลาง	ตรงเล็กน้อย	ไม่ตรงเลย
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ไขปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำได้หรือไม่				
4. ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกัน				
5. คุณรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเอง				
6. คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ				
7. สมาชิกในครอบครัวทุกคนเข้าใจกันได้เป็นอย่างดี				
8. เมื่อมีปัญหาจะมีการปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหามาตรัง				
9. บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คิดหรือรู้สึก				
10. ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
11. แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย				
12. คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา				
13. ครอบครัวของคุณห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
14. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
15. การตกลงเรื่องต่างๆร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				

ตอนที่ 4 ต่อ

คำถาม	ตรงมากที่สุด	ตรงปานกลาง	ตรงเล็กน้อย	ไม่ตรงเลย
16. ทุกคนสามารถพูดกันตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม				
17. ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ฯลฯ				
18. บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์ หรือความรู้สึก				
19. ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
20. ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี				
21. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
22. ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว				
23. คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังคำพูดของเขา				
24. ครอบครัวของคุณต่างคนต่างอยู่				
25. ครอบครัวของคุณเผชิญปัญหาต่างๆร่วมกันได้ดี				
26. ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
27. ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบาย ไม่ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ				
28. ทุกคนมักจะพูดกันตรงๆแทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
29. แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				
30. ในครอบครัวของคุณ ใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ				

ตอนที่ 4 ต่อ

คำถาม	ตรงมากที่สุด	ตรงปานกลาง	ตรงเล็กน้อย	ไม่ตรงเลย
31. คุณกล้าบอกคนรอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ				
32. ในยามวิกฤติคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
33. ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่ง หรือควบคุมเด็กมากเกินไป				
34. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
35. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				



ตอนที่ 5 คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้ผู้ปกครองเขียน
x ลงในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านตามความเป็นจริง

เหตุการณ์	การปฏิบัติ		
	ไม่เคย	บางครั้ง	ประจำ
1. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่อลูกมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม			
2. เมื่อลูกมีอารมณ์โกรธ ท่านมีวิธีเตือนให้ลูกแสดงออกอย่างเหมาะสม			
3. เมื่อท่านมีอารมณ์โกรธ ท่านใช้วิธีเลี่ยงออกจากสถานการณ์นั้นไปก่อน			
4. ท่านรับรู้อารมณ์ของตนเอง และพยายามไตร่ตรองผลเสียก่อนแสดงออก			
5. ท่านจัดมุมสงบเงียบให้ลูกทำการบ้าน			
6. ท่านจัดแบ่งการบ้านให้ลูกทำเป็นช่วงๆ			
7. ท่านสอนลูกทำการบ้านแบบตัวต่อตัว			
8. ท่านชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อเด็กทำงานได้สำเร็จ			
9. ท่านกำหนดระเบียบง่ายๆและชัดเจนให้ลูก			
10. ท่านให้ลูกมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาของบ้าน			
11. เมื่อลูกทำผิด ท่านตักเตือน และบอกสิ่งที่ควรทำ			
12. ท่านจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของลูกอย่างเสมอต้นเสมอปลาย			
13. ท่านใช้คำพูดที่ง่าย สั้นและชัดเจน เมื่อต้องการให้ลูกปฏิบัติตาม			
14. ท่านบอกความรู้สึกต่อการกระทำของลูก ทั้งในด้านดีและไม่ดี			
15. ท่านฟังสิ่งที่ลูกพูดหรือเล่า อย่างตั้งใจ			
16. ชมหรือพูดถึงส่วนดีของลูก ให้ลูกฟังมากกว่าวันละหนึ่งครั้ง			

เหตุการณ์	การปฏิบัติ		
	ไม่เคย	บางครั้ง	ประจำ
17. ท่านพาเด็กมาพบแพทย์ตรงตามวันและเวลาที่นัดอย่างต่อเนื่อง			
18. ท่านให้เด็กได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ทั้งจำนวนยาและเวลาที่กำหนด			
19. ท่านโทรเลื่อนนัดของแพทย์ล่วงหน้า เมื่อติดธุระสำคัญ และจำเป็นจริง			
20. ท่านได้ประสานคุณครู เรื่องการดูแลให้เด็กกินยาขณะอยู่โรงเรียน			



ตอนที่ 6 คำชี้แจง โปรดบอกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลเด็ก โดยเขียนเครื่องหมาย x ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะเชิงภาวะวิสัย(Objective Burden)					
1. การดูแลเด็กทำให้เวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันวันของท่านน้อยลง					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงาน หรือหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก					
3. สภาพปัญหาของเด็กทำให้ท่านต้องรับผิดชอบงาน หรือกิจกรรมภายในบ้านมากขึ้น					
4. เด็กทำให้ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับอันตราย					
5. การดูแลเด็ก...ทำให้ท่านนอนหลับไม่เพียงพอ					
6. การดูแลเด็ก...ทำให้ท่านไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด					
7. การดูแลเด็ก..ทำให้ท่านมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม/ชุมชนลดลง					
8. การดูแลเด็ก...ทำให้ท่านมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง					
9. การดูแลเด็ก...ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวทุกสัปดาห์					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. การดูแลเด็ก..ทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกของท่านกับเพื่อนบ้าน น้อยลง					
11. การดูแลเด็ก...ทำให้ท่านไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่าน					
12. การดูแลเด็ก...ทำให้ท่านอ่อนเพลียรับประทาน อาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ					



ตอนที่ 6 (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลเด็กในช่วง 1 เดือนก่อนพามาโรงพยาบาลแล้วทำเครื่องหมาย x ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความมีความรู้สึกเช่นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะเชิงอัตวิสัย(Subjective Burden)					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลเด็ก					
2. ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการรักษาเด็ก					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลเด็ก					
4. ท่านรู้สึกท้อใจในการดูแลเด็ก					
5. ท่านรู้สึกอับอายชาวบ้าน เมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม					
6. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากดูแลเด็กต่อไป					
7. ท่านรู้สึกผิดที่ลงโทษ หรือดูตาวากล่าวดูก					
8. ท่านรู้สึกกังวลใจทุกครั้งที่ต้องพาเด็กออกนอกบ้าน					
9. ท่านรู้สึกส่งสารเด็กที่เป็นเด็กด้อยโอกาส					
10. ท่านรู้สึกเป็นห่วงว่าเด็กจะได้รับอันตราย					
11. ท่านรู้สึกวิตกกังวลต่ออนาคตของเด็กหากท่านต้องจากไป					
12. ท่านรู้สึกว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือไปกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว					

ตอนที่ 7 (สำหรับเด็กตอบ) ใส่เครื่องหมายในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของหนูมากที่สุด
(คำตอบของหนูไม่มีถูกหรือผิด เพียงแต่หนูจะตอบตามความรู้สึกที่แท้จริง ซึ่งเป็นความรู้สึกของตัวเอง หนูเอง ไม่ใช่ความรู้สึกที่คนอื่นคิดว่าหนูควรจะรู้สึก)

ข้อความ	ฉันรู้สึก		
	ตลอดเวลา	บางครั้ง	แทบไม่รู้สึก
1. ฉันผิดหวังกับผลการเรียนของฉัน			
2. ฉันเป็นสมาชิกคนสำคัญของครอบครัว			
3. ฉันทำการบ้านทุกวัน			
4. ฉันเป็นคนสำคัญ			
5. ฉันเก่งพอสมควรในด้านการอ่าน			
6. ฉันชอบรูปลักษณ์ของตัวเอง			
7. ฉันรู้สึกดีกับตัวเอง เมื่อฉันอยู่กับครอบครัว			
8. เด็กคนอื่นๆหนึ่งทำให้ฉันรู้สึกเหมือนว่าฉันไม่ดีพอ			
9. ฉันพูดไม่จริง			
10. ฉันอยากเป็นคนอื่น			
11. ฉันรู้สึกเหมือนต้องเผชิญโลกโดยลำพัง			
12. เพื่อนฉันรับฟังความคิดเห็นของฉัน			
13. เวลาฉันแพ้ ฉันรู้สึกไม่ดีต่อร้อน			
14. ฉันภูมิใจกับงานที่ฉันทำที่โรงเรียน			
15. ฉันหน้าตาดี			
16. ฉันทำให้พ่อแม่ไม่มีความสุข			
17. ฉันรู้สึกดีกับตนเองเวลาฉันอยู่กับเพื่อนๆ			
18. ถึงแม้ฉันโกรธเพื่อน ฉันก็ยังคุยกับเขาได้			
19. ฉันเป็นคนที่น่าสนใจ			
20. ฉันเป็นลูกที่ดี			
21. ฉันเหงา			

ตอนที่ 7 (ต่อ)

ข้อความ	ฉันรู้สึก		
	ตลอดเวลา	บางครั้ง	แทบไม่ รู้สึก
22. ฉันเก็บที่นอนของตัวเองทุกเช้าโดยไม่ต้องเตือน			
23. ฉันเป็นคนดี			
24. ฉันรู้สึกดีกับตนเองเวลาฉันอยู่โรงเรียน			
25. ฉันยิ้มสวย			
26. พ่อแม่ฉันมีเหตุผลที่จะภูมิใจในตัวฉัน			
27. ถ้าฉันอยากจะชนะมาก ฉันจะฝ่าฝืนกฎ			
28. ฉันมีความสุขในสิ่งที่ฉันเป็น			
29. ฉันโง่ในเรื่องการเรียน			
30. ฉันรู้สึกแสบกับบุคลิกของตนเอง			
31. ฉันมีครอบครัวที่ดีที่สุดครอบครัวหนึ่งในโลก			
32. เมื่อถึงเวลานอนฉันจะเข้านอนโดยไม่บ่น			
33. ฉันทำอะไรไม่ได้เรื่อง			
34. ฉันคิดว่ารายงานผลการเรียนฉันดีพอ			
35. ครอบครัวฉันผิดหวังในตัวฉัน			
36. ฉันสามารถมีเพื่อนได้ถ้าฉันต้องการ			
37. ฉันโกรธเวลาพ่อแม่ไม่อนุญาตให้ฉันทำในสิ่งที่ฉัน อยากทำจริงๆ			
38. ฉันรู้สึกเหมือนตนเองล้มเหลว			
39. ฉันมีเพื่อนมากพอ			
40. ฉันแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อ			
41. ฉันไม่ภูมิใจกับอะไรเลยที่เกี่ยวกับตนเอง			
42. ฉันเก่งเลขพอควร			
43. ฉันรูปร่างดี			

ข้อความ	ฉันรู้สึก		
	ตลอดเวลา	บางครั้ง	แทบไม่ รู้สึก
44. ฉันไม่ชอบสิ่งที่ฉันทำ เวลาที่ฉันอยู่กับครอบครัวฉัน			
45. ฉันเป็นเพื่อนที่ดี			
46. ฉันยอมให้คนอื่นๆ ตำหนิในสิ่งที่ฉันทำผิด			



แบบสำรวจ ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น(เอกสารสำหรับผู้ปกครอง)

H.N.ผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่1.....ครั้งที่2.....

คำชี้แจง ในระยะเวลา ตั้งแต่ท่านมารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ภายในระยะเวลาที่ระบุ บุตรหลานของท่านมีพฤติกรรม หรือ มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นหรือไม่

ข้อคำถาม	ครั้งที่ 1(3 เดือน)		ครั้งที่ 2 (6 เดือน)	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 1 เดือน				
1. ไม่ส่งงาน หรือ การบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
2. หนีโรงเรียน หรือไม่ยอมไปโรงเรียน				
3. ขโมยทรัพย์สิน				
4. ชอบเล่นสิ่งของอาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น เล่นไฟ จุดไฟ หรือเล่นแผลงๆที่เด็กทั่วไปไม่ทำ				
5. ปฏิเสธการนอน				
6. เล่นการพนัน				
7. สนใจ หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ต่างๆ นอกจากการเรียน เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ				
8. โกหกเพื่อปกปิดความผิด หรือเอาตัวรอดจากความผิด				
9. พุดจากก้าวร้าว พุดคำหยาบ				
พฤติกรรม/เหตุการณ์ภายในระยะเวลา 3 เดือน				
10. สอบตก ต้องสอบซ่อม หรือซ้ำชั้นเรียน				
11. ถูกพักการเรียน หรือให้ออกจากโรงเรียน เนื่องจากมี ปัญหาพฤติกรรม หรือผิด กฎเกณฑ์โรงเรียน				
12. ถูกตัดคะแนนความประพฤติที่โรงเรียน				
13. หนีออกจากบ้าน				

รวมคะแนน 1)..... 2).....

ครั้งที่ 1/...../..... ครั้งที่ 2...../...../.....

ภาคผนวก ค

สรุปแนวทางการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเด็กสมาธิสั้น ในหน่วยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รูปแบบการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น

ผู้รับผิดชอบ	ขั้นตอนการติดตามประเมินผล	กิจกรรม	เอกสาร	ระยะเวลา	
จิตแพทย์ เด็กและ วัยรุ่นฯ		ตรวจประเมิน/ วินิจฉัย	เวชระเบียน	0-1เดือน	
พยาบาลคัด กรอง		ประเมินอาการ สมาธิสั้น	แบบประเมิน โรคสมาธิสั้น (SNAP-IV)	0-1 เดือน /ทุก1ปี	
พยาบาลคัด กรอง		ประเมินปัจจัยทาง จิตวิทยา/ พฤติกรรม	1.ผลการเรียน 2.ความร่วมมือ การรักษา ขาดนัดการรักษา ปัญหาการทานยา	1.แบบ ประเมิน คุณภาพชีวิต 2.แบบ ประเมิน สถานการณ์ ปัญหาในบ้าน 3. แบบสอบถาม ภาระการดูแล เด็ก 4.เวชระเบียน	0-1เดือน /ซ้ำทุกๆ 1ปี
สหวิชาชีพ		บำบัดรักษาโดยสหวิชาชีพ	ให้การบำบัดรักษา ตาม GPG.		ตาม รูปแบบ รักษา
พยาบาลคัด กรอง		ประเมินผลลัพธ์การ รักษาบำบัด	ติดตามผลลัพธ์ การรักษา	แบบสำรวจ ADHD Clinical Outcome Indicator	3/6 เดือน
ฝ่ายพัฒนา คุณภาพ		ประเมินคุณภาพการ รักษา	สรุปผลลัพธ์การ บำบัด	รายงาน สรุปผล	1 ปี

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล เกิดเมื่อวันที่ 4 กันยายน พ.ศ.2518 ที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี สำเร็จการศึกษาปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต (ปรัชญา) จากคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2539,ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2547 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตร วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขา การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2553 ปัจจุบัน รัับราชการในตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ ที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร

