

ประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น
โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of a Parent Training Program for Behavioral Modification in
Children with ADHD, Don Mod Daeng Hospital, Ubon Ratchathani Province

ศรินญา แสงตะวัน^{1*}

Sirinya Saengtawan^{1*}

โรงพยาบาลดอนมดแดง^{1*}

Donmoddaeng Hospital^{1*}

(Received: 9 October 2025; Revised: 23 November 2025; Accepted: 26 December 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Pilot quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-15 ปี ที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลดอนมดแดง โปรแกรมนี้มุ่งเน้นเสริมสร้างความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้แก่ผู้ปกครอง

การดูแลเด็กสมาธิสั้นให้แก่ผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำนวน 10 ราย เข้าร่วมโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการ 7 ขั้นตอน จัดทั้งหมด 7 ครั้ง (ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง) ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) โดยคะแนนอาการขาดสมาธิขณะอยู่นิ่งลดลงจาก 3.50 เป็น 2.10 และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นลดลงจาก 3.80 เป็น 2.50 พฤติกรรมซนอยู่นิ่งลดลงจาก 4.20 เป็น 2.80 ในส่วนการปฏิบัติของผู้ปกครอง คะแนนการสร้างระเบียบวินัยเพิ่มขึ้นจาก 3.20 เป็น 4.10 และการให้แรงเสริมบวกเพิ่มขึ้นจาก 3.00 เป็น 4.30 การมองข้ามพฤติกรรมไม่รุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 2.80 เป็น 4.00 ความคิดเห็นของบุคลากรที่มสุขภาพแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองได้รับการยอมรับอย่างสูง โดยบุคลากร 2 คน เห็นด้วยว่าโปรแกรมนี้มีประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมอบรมผู้ปกครองนี้มีประสิทธิผลในการปรับปรุงพฤติกรรมของเด็กและเสริมสร้างการดูแลของผู้ปกครอง ส่งผลดีต่อพัฒนาการและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็กอย่างชัดเจน

คำสำคัญ : ผู้ปกครอง, พฤติกรรม, เด็กสมาธิสั้น

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: academicdmd@gmail.com , Sirinya Saengtawan)

Abstract

This study was a pilot quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effectiveness of a parent-training program in improving the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), aged 6–15 years, who received care at Donmoddaeng Hospital. The program aimed to enhance parents' knowledge and skills in caring for children with ADHD. The sample consisted of 10 parents who participated in a seven-step workshop-based training program, delivered over seven sessions (1–2 hours each) within a three-week period. Participants received both theoretical knowledge and hands-on practice.

The results showed that the program significantly reduced undesirable behaviors in children with ADHD ($P\text{-value} < 0.05$). Scores for inattention and hyperactivity decreased from 3.50 to 2.10, impulsive behaviors decreased from 3.80 to 2.50, and hyperactive behaviors decreased from 4.20 to 2.80. Regarding parental practices, discipline-building scores increased from 3.20 to 4.10, positive reinforcement increased from 3.00 to 4.30, and the ability to ignore minor misbehaviors increased from 2.8 to 4.0. Feedback from health-care personnel indicated high acceptance of the program, with two staff members agreeing that it was beneficial and practical for managing children with ADHD.

In conclusion, the parent-training program was effective in improving children's behaviors and strengthening parental caregiving practices, resulting in positive impacts on child development and enhancing the parent–child relationship.

Keywords: ADHD; Parent training, Behavioral modification, Family intervention

บทนำ

สมาธิสั้นเป็นกลุ่มอาการที่แสดงให้เห็นได้ตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผล ต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเข้าสังคม และการเรียนรู้ของเด็กประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการคือ ขาดสมาธิ (Inattention) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Arunothong & Waewsawangwong, 2555) โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบ ทั้งนี้ ด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม แล่น (Arunothong & Waewsawangwong, 2555) การรักษา โรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ การช่วยเหลือด้านจิตใจการช่วยเหลือด้านการเรียน การรักษาด้วยจากแพทย์ เพื่อช่วยแก้ปัญหาในด้านต่างๆ (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2549) โดยการค้นหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขไปในแนวทางที่ถูก ช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ดี เติบโตตามศักยภาพตามวัย สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครูกับเด็กสมาธิสั้น สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ ที่เป็นกัลยาณมิตรกับเด็กสมาธิสั้น

ปัจจุบันความชุกของเด็กโรคสมาธิสั้นทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยจากการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 4-17 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า เพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.80 ในระยะ 4 ปี จากเดิมมีร้อยละ 7.80 ในปี 2003 โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 9.50 ในปี 2007 หรืออัตราเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 5.50 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2010)¹ และจากการศึกษาหาความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก (worldwide-pooled prevalence) พบว่า มีความชุกร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) ส่วนในประเทศไทย พบเด็ก วัยเรียนมีภาวะสมาธิสั้นร้อยละ 5.00 เป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง ในอัตราส่วน 5.3:1 (อาภรณ์ สุวรรณ, 2550) ซึ่งการคาดการณ์นักเรียนในระบบการศึกษาของไทย ประมาณ 15 ล้านคน จะมีเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นประมาณ 7-9 แสนคน หากห้องเรียนหนึ่งมีนักเรียน 50 คน จะพบเด็กสมาธิสั้นได้ 2-3 คน (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2549)

ประเทศไทย มีการศึกษาและอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กในการปรับพฤติกรรมมาใช้กว่า 10 ปี พบในหลากหลายหน่วยงาน แต่มีการศึกษาวิจัยไม่กว้างขวาง และไม่ค่อยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ สถาบันที่พัฒนาการศึกษาด้านนี้มีไม่มาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นของพรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2552) พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักขะ และลดอาการของโรคสมาธิสั้นได้มากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ แต่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและความต่อเนื่องที่แตกต่างกันของรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่ม ขณะที่โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กที่พัฒนาขึ้นโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2549) จากสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ถือเป็นต้นแบบการศึกษาและฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กในปัจจุบัน โดยอรุณทอง และแวสสว่างวงศ์ (2012) ได้ศึกษาการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก อายุ 2-15 ปี ในเขตภาคเหนือของไทย โดยใช้โปรแกรมของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2549) เพื่อดูประสิทธิผลทั้งในระยะสั้น และระยะยาว

มากกว่า 1 ปี พบว่า หลังการฝึกอบรมผู้ดูแล โปรแกรมช่วยเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูก และจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระยะสั้น และในระยะยาวกว่า 1 ปี ทั้งในเด็กปกติ และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น สมาธิสั้น โรคดื้อและโรคเกราะ เป็นต้น เช่นเดียวกับ วรณีย์ ริมวิทยากร และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองเด็กทั่วไป พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติ และเมื่อนำโปรแกรมนี้ ไปทดลองใช้ศึกษาในเด็กสมาธิสั้น ดังผลการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม การอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นของ เทพสิรินทร์ มากบุญศรี (2549) พบว่า สามารถลดอาการเครียดได้โดยรวมในผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมหดงกล่าว แต่ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา หรือผู้ดูแลกับเด็กไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล ขณะที่ผลการศึกษาของชมัยพร จันทรศิริ (2553) พบว่า หลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นลดลง และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 ดังนั้นโปรแกรมนี้นับได้ว่า สามารถเตรียมผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และถือว่าเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างหนึ่ง

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง ให้บริการแก่เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งที่เป็นโรคหลักทางจิตเวช หรือโรคร่วมจากโรคทางกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ ทักษะทางสังคม และปัญหาการเรียนของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยสถิติการให้บริการลำดับที่หนึ่งของกลุ่มงานจิตเวชคือ โรคสมาธิสั้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังสถิติการให้บริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการรักษา จำนวน 7,748 ราย อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 62.07 (HDC จังหวัดอุบลราชธานี, 2567) โรงพยาบาลดอนมดแดง ปีงบประมาณ 2567 พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษา มี 29 ราย คิดเป็นจำนวน 62 ครั้ง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 2:1 ซึ่งพบว่าปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นคือ ผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงธรรมชาติ และจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็ก และไม่สามารถจัดการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม บางปัญหาถูกละเลย หรือถูกแก้ไขอย่างผิดวิธีด้วยความไม่รู้ทำให้ปัญหาพฤติกรรมเหล่านั้นขยายความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2549) โดยสถิติของปัญหาพฤติกรรม ที่ผู้ดูแลเด็กมาขอรับการปรึกษา 3 อันดับแรก ในปีงบประมาณ 2565 - 2566 ได้แก่ พฤติกรรมดื้อไม่เชื่อฟัง จำนวน 5 ราย และ 2 ราย พฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 3 ราย และ 2 ราย และใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย และ 2 ราย

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งถือว่าเป็นการนำนวัตกรรมที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว มาใช้ในหน่วยงาน โดยใช้กรอบแนวคิดการศึกษา ตามโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2549) ได้แก่ แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การปรับพฤติกรรม และกระบวนการกลุ่ม โดยนำโปรแกรมมาใช้ตามกระบวนการเผยแพร่

นวัตกรรมทั้ง 5 ขั้นตอนของโรเจอร์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติยอมรับ และใช้นวัตกรรมดังกล่าว จนเกิดเป็นแนวทางให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านความรู้ และเสริมสร้างทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถือเป็นอีกทางเลือกทางการพยาบาล และเป็นการวางแผนการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบองค์รวมเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่โรงพยาบาลดอนมดแดง อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-15 ปี ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมอบรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมอบรม
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมอบรมผู้ปกครอง

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น (เช่น การขาดสมาธิ, ความซน) ภายหลังผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. บุคลากรทีมสุขภาพมีความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยต่อความเหมาะสมและประโยชน์ของโปรแกรม (ตามเกณฑ์ร้อยละที่กำหนด)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

1. สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น อายุ และเพศของเด็กสมาธิสั้นในความดูแล 2. ประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก 3. โปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น - ใช้โปรแกรมการฝึกอบรม 7 ขั้นตอนรวม 7 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน รวม 3 สัปดาห์ 4. ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ

- พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น
- การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก
- ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุระหว่าง 6-15 ปี ที่มารับการรักษา คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมโปรแกรมระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่

ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่พาเด็กสมาธิสั้น อายุระหว่าง 6-15 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย และได้รับการรักษาด้วยยา ตามมาตรฐานการรักษาจากแพทย์ทุกราย ซึ่งตัวยาอาจไม่เหมือนกัน ภายหลังจากได้รับอนุมัติผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยมนุษย์ สสจ.อุบลฯ จำนวน 35 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเป็นหลัก การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 10 ราย เนื่องจากการศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเบื้องต้น (Pilot study) ที่มุ่งเน้นการประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรม (Feasibility) และประสิทธิผลเบื้องต้นก่อนนำไปขยายผล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อให้เหมาะสมกับรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเชิงลึก (Intensive group workshop) และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา

ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่อายุระหว่าง 6-15 ปีรายใหม่ทุกรายที่มารับการรักษา ภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยมนุษย์ สสจ.อุบลฯ ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ราย

1. เกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (inclusion criteria)

- 1.1. ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่อายุระหว่าง 6-15 ปี
- 1.2. สามารถสื่อสารความหมาย เข้าใจการใช้ภาษาไทย
- 1.3. มีความยินดีให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำ
- 1.4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนอย่างต่อเนื่อง
- 1.5. ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2. เกณฑ์คัดออกดังนี้ (Exclusion criteria)

- 2.1 ผู้ปกครองที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ เช่น ภาวะซึมเศร้าอย่าง

รุนแรงหรือความผิดปกติทางจิตที่ยังไม่ได้รับการรักษา

2.2 เด็กที่มีปัญหาสุขภาพอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรม เช่น ออทิสติก หรือปัญหาพัฒนาการอื่นๆ

2.3 ครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารภาษาไทย หรือใช้ภาษาถิ่น/ภาษาต่างประเทศเป็นหลัก จนไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาการฝึกอบรมหรือคู่มือปฏิบัติได้

2.4 ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมตามกำหนดเวลา

2.5 ผู้ปกครองที่มีลูกมากกว่าหนึ่งคนที่มีภาวะสมาธิสั้น เพื่อให้การวิจัยมีความเน้นเฉพาะเจาะจง

2.6 ผู้ปกครองที่ไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่ยินยอมให้บันทึกข้อมูลหรือสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ศึกษานำมาใช้ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวทางมาจากโปรแกรมของ ภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ (2563) ซึ่งพัฒนาต่อยอดมาจากแนวคิดของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2553) และได้ปรับปรุงจากการศึกษาในเรื่อง 1) ใช้โปรแกรมเฉพาะกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น 2) ระยะเวลาการเข้าอบรม เป็น 1-2 ชั่วโมง 3) มีวิทยากร 1 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย 4) ให้เวลาฝึกทักษะการบ้าน จำนวน 2 วัน ซึ่งนำไปทดลองใช้ได้ผลในการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมาแล้วมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีแผนการสอนทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติในการปรับพฤติกรรมเด็ก มีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมงต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ตามใบความรู้ของเนื้อหา มีการฝึกปฏิบัติกรณีศึกษาตัวอย่างตามใบงาน และให้การบ้านแก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อฝึกปฏิบัติต่อบ้าน โดยให้ระยะเวลานำเทคนิคต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้นในความดูแลของตนเอง ในแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 2 วัน เมื่อเข้ากลุ่มครั้งต่อไปต้องส่งการบ้าน นำเสนอในกลุ่ม และให้กลุ่มช่วยกันหาคำตอบในประเด็นที่ไม่สามารถทำการบ้านได้ ทั้งนี้วิทยากรจะเป็นผู้สรุปสาระของการบ้านให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับฟังอีกครั้ง โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นแตกต่างกันออกไปดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก ฝึกปฏิบัติวิเคราะห์พื้นฐานอารมณ์จิตใจของผู้เข้ารับการอบรม

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องเทคนิคในการสื่อสาร (Basic Communication Skill) ฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร

ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการชม (Praise) ฝึกปฏิบัติการใช้การชม

ครั้งที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการให้รางวัล (Reward) ฝึกปฏิบัติการใช้การให้รางวัล

ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการลงโทษ (Punishment) ฝึกปฏิบัติการใช้การลงโทษ

ครั้งที่ 6 ให้ความรู้เรื่องการใช้ระบบคะแนน (Point system) และการใช้เบี้ยยอรรถกร (Token economy) ฝึกปฏิบัติการใช้ระบบคะแนน และการใช้เบี้ยยอรรถกร

ครั้งที่ 7 ให้ความรู้เรื่องการประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกันฝึกปฏิบัติการใช้การประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น อายุ และเพศ ของเด็กสมาธิสั้นในความดูแล

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก (Practice Parent Test) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ (2563) เป็นแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ปกครองต่อเด็ก จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้น (practice parent test)

- 1 คะแนน ไม่เคย
- 2 คะแนน บางครั้ง
- 3 คะแนน บ่อยครั้ง

คะแนนของการประเมิน มีค่าอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน การแบ่งค่าคะแนน ใช้ค่าพิสัยและอันตรายภาคชั้น ตามหลักการทางสถิติ แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

- 20.00-33.33 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นระดับเล็กน้อย
- 33.34-46.67 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นระดับปานกลาง
- 46.68-60.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2.3 แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating Scale) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยภาวิตา จงสุขศิริ (2563) เป็นแบบประเมิน ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมิน ความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็ก จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน ไม่ทำเลย
- 2 คะแนน ทำเล็กน้อย
- 3 คะแนน ทำค่อนข้างมาก
- 4 คะแนน ทำมากที่สุด

คะแนนของการประเมิน มีค่าอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน การแบ่งค่าคะแนน ใช้ค่าพิสัย และอันตรายภาคชั้น ตามหลักการทางสถิติ แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

- 10.00-17.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย
17.51-25.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง
25.01-32.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมาก
32.51-40.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 2.4 ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ใช้แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพในการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไปใช้ของ ชัยพร จันทรศิริ (2553) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ซึ่งแปลโดยชัยพร จันทรศิริ และภัทรภรณ์ หุ่นปันคา (2553) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่บุคลากรทีมสุขภาพแสดงความคิดเห็นต่อการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไปใช้ มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เลือกตอบตามความคิดเห็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยต่อการใช้นวัตกรรมทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย 2) สามารถนำโปรแกรมนี มาผสมผสานกับงานประจำที่ทำอยู่เดิมได้ 3) โปรแกรมนี้ มีความยาก-ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 4) สามารถมองเห็นผลได้อย่างชัดเจน จากการนำโปรแกรมนี ไปทดลองปฏิบัติ และ 5) สามารถสังเกตและมองเห็นกระบวนการนำโปรแกรมนี ไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อข้อคำถามในแต่ละข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมอบรมผู้ปกครอง

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นดำเนินการดังนี้

1.1 การตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 คน ทำการประเมินเพื่อให้มั่นใจว่าเนื้อหาเหมาะสมกับเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งเกณฑ์คะแนน ≥ 0.5 ถือว่าผ่านการประเมิน

1.2 การทดลองใช้ (Pilot Testing)

ทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมายคือ เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ระยะเวลา และกระบวนการอบรม รวมถึงการสังเกตและเก็บข้อมูลความคิดเห็นจากผู้ปกครองเกี่ยวกับความชัดเจนของกิจกรรม

1.3 การปรับปรุงโปรแกรม

หลังจากการทดลองใช้ นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปกครองมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. แบบประเมินการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินทั้งแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating Scale) และ แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก (Practice Parent Test) ถูกนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ ประเมินเนื้อหาโดยใช้ IOC คะแนน ≥ 0.5 ถือว่าผ่าน

2.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ใช้วิธีการคำนวณ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้แบบประเมินกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ราย เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient

1) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

2) แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครอง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85

2.3 การปรับปรุงแบบประเมิน

หลังจากการประเมินความเหมาะสม ความเชื่อมั่น และความเข้าใจ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แบบประเมินก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ส่งโครงร่างเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หลังจากโครงร่างได้รับการ อนุมัติ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้นำเอกสารเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อขอการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย โรงพยาบาลดอนมดแดง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการเก็บ ข้อมูลที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยผู้ศึกษาทำการประเมินประสิทธิภาพของการใช้ โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ตามกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ ประกอบด้วย 5 ระยะดังนี้

ขั้นเตรียมการ (ระยะที่ 1-3 ตามขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์; Knowledge, Persuasion, Decision)

1. หลังจากที่ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง และได้รับการอนุมัติในการเก็บ รวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้ศึกษาได้นำเสนอถึงปัญหาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับการปรึกษาปัญหา พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และความจำเป็นที่ต้องใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับ พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเสนอการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด การนำ นวัตกรรมไปใช้ โดยนำโปรแกรมหาดังกล่าวมาประเมินคุณค่าและประโยชน์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายต่อ บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อโปรแกรมที่จะใช้ และมีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการกับทีมสุขภาพคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เกิดการรับรู้ของ กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นใหม่ที่ใช้การวิจัยเป็นพื้นฐาน ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่ม ความสามารถของผู้ดูแล และส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาใน กลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในโรงพยาบาลสวนปรุงของชัยพร จันทรศิริ (2553) ซึ่งนำมาใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ พร้อมนำเสนอแนะจากการศึกษานี้มาพิจารณาและปรับใช้ให้เหมาะสมในการนำโปรแกรมไป

ปฏิบัติ ได้แก่ 1) ควรฝึกสอนการใช้โปรแกรมฯ แก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญในการใช้โปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง และ 2) ควรเพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจพยาธิสภาพของโรค และเข้าใจในตัวเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้โปรแกรมฯ มีการเน้นย้ำเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น

2. ทิ่มสุขภาพ ยอมรับและใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ระยะที่ 4 ตามขั้นตอนการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์; Implementation)

1. ผู้ศึกษาได้ทำบันทึกข้อความจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง

2. ผู้ศึกษาได้นำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และ ขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. ผู้ศึกษาเข้าพบบุคลากรทีมสุขภาพในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่ปรับปรุงแล้วมาใช้ในการศึกษาโดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 นำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่เพิ่มเนื้อหาความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นไปใช้ โดยทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลดอนมดแดง ภายหลังที่ได้รับอนุมัติผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี

4.2 ผู้วิจัยปฏิบัติตามโปรแกรม การฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นภายหลังได้รับโปรแกรมในแต่ละกิจกรรม และประเมินผลโดยการสอน กำกับ ติดตาม การใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็ก สมาธิสั้น จากการสอบถาม สังเกตจากการปฏิบัติงาน และจากการประชุมปรึกษาหารือระหว่างดำเนินการให้โปรแกรมในแต่ละครั้ง

4.3 มีการประชุมปรึกษาหารือถึงปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในกรณีที่พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงให้หัวหน้ากลุ่มงานฯ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโปรแกรมดังกล่าว

ขั้นประเมินผลลัพธ์ (ระยะที่ 5 ตามขั้นตอนการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์; Confirmation)
การประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล (Practice Parent Test) ต่อเด็กสมาธิสั้น โดยตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จะเปรียบเทียบกับสถิติ Paired Samples t-test พร้อมรายงานค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) แต่หากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมรุนแรงของเด็กสมาธิสั้น (IOWA Conners Rating Scale) โดยดำเนินการทดสอบเช่นเดียวกัน คือเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired Samples t-test หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล เพื่อยืนยันว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

2.3 ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ จากการแสดงความคิดเห็นต่อการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไปใช้ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้ การวิเคราะห์ข้อมูลถูกดำเนินการเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้ทั้งการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงอนุมาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้:

1.การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาถูกใช้เพื่ออธิบายลักษณะประชากรตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อสรุปข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2.การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Analysis) ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม โดยมุ่งเน้นการเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นและคะแนนทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีขนาดเล็ก (n=10) ผู้วิจัยจึงเริ่มต้นด้วยการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงปกติของข้อมูล (Normality test) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test เพื่อเลือกใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสมที่สุด ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ ผู้วิจัยจะใช้สถิติ Paired Samples t-test ในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พร้อมทั้งรายงานขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยค่า Cohen's d และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) เพื่อยืนยันความสำคัญในเชิงปฏิบัติ แต่หากพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยจะ

เลือกใช้สถิติทดสอบแบบนอนพาราเมตริก คือ Wilcoxon Signed-Rank Test ในการวิเคราะห์แทน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 และประมวลผลข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบของตารางและกราฟ เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์จะถูกนำมาอภิปรายเพื่อเชื่อมโยงกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาความสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ คือ SSJ.UB 2567-131 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-15 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตอมตแดง โดยมุ่งเน้นผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก และความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับโปรแกรมหัดกล่าว ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอแยกตามวัตถุประสงค์เฉพาะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมอบรมผู้ปกครองสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ หลังจากที่คุณปกครองเข้าร่วมการอบรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของพฤติกรรมเด็กชยอยู่ไม่นิ่ง ลดลงจาก 4.2 (ก่อนการอบรม) เหลือ 2.8 (หลังการอบรม) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับปรุงพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างชัดเจน โดยค่าคะแนนที่ลดลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

1. ประสิทธิภาพโปรแกรมอบรมผู้ปกครองต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 1 ผลการประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

พฤติกรรมที่ประเมิน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm SD$)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm SD$)	สถิติทดสอบ (t)	P-value
ขาดสมาธิ	3.5 $\pm$ 0.72	2.1 $\pm$ 0.55	5.14	0.001
ชยอยู่ไม่นิ่ง	4.2 $\pm$ 0.68	2.8 $\pm$ 0.52	6.35	<0.001
หุนหันพลันแล่น	3.8 $\pm$ 0.75	2.5 $\pm$ 0.45	4.92	0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 ($P\text{-value}<0.05$)

2. ประสิทธิภาพโปรแกรมอบรมผู้ปกครองต่อการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมอบรมผู้ปกครองช่วยเพิ่มทักษะและความสามารถในการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ การประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กโดยใช้แบบวัด Practice Parent Test แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในการดูแลเด็กสูงที่สุด คือ การมองข้ามพฤติกรรมที่ไม่รุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 2.8 (ก่อนการอบรม) เป็น 4.0 (หลังการอบรม) ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างชัดเจน โดยค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก

พฤติกรรมที่ประเมิน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm S.D.$)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M \pm S.D.$)	สถิติทดสอบ (t)	P-value
การสร้างระเบียบวินัย	3.2 $\pm$ 0.65	4.1 $\pm$ 0.58	-3.85	0.004
การให้แรงเสริมบวก	3 $\pm$ 0.70	4.3 $\pm$ 0.50	-4.62	0.001
การมองข้ามพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง	2.8 $\pm$ 0.82	4.0 $\pm$ 0.60	-4.15	0.002

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

3. ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม

ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองได้รับการยอมรับอย่างสูง โดยบุคลากร 2 คน เห็นด้วยว่าโปรแกรมนี้มีประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อโปรแกรม

หัวข้อที่ประเมิน	จำนวนบุคลากรที่เห็นด้วย (คน)	จำนวนบุคลากรที่ไม่เห็นด้วย (คน)
โปรแกรมมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย	2	0
โปรแกรมสามารถผสมผสานกับความรู้เดิม	2	0
ผู้ปกครองเรียนรู้และเข้าใจง่าย	1	1
สามารถสังเกตผลการปฏิบัติได้ชัดเจน	1	1

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นเชิงประจักษ์ว่า โปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลดอนมดแดง มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทักษะการปฏิบัติ

ไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังจากที่ผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการครบทั้ง 7 ขั้นตอน พบว่า เด็กสมาธิสั้นในความดูแลมีระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้งในด้านการขาดสมาธิ ด้านความซนอยู่ไม่นิ่ง และด้านความหุนหันพลันแล่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาการทางคลินิกของเด็กได้รับการบรรเทาลงเมื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ในขณะเดียวกัน ผลการประเมินด้วยแบบวัดการปฏิบัติของผู้ปกครอง (Practice Parent Test) ยังชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการด้านสมรรถนะในการดูแลบุตรหลานที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูให้เหมาะสมยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการสร้างระเบียบวินัย การใช้คำสั่งที่กระชับเข้าใจง่าย การให้แรงเสริมทางบวกเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และทักษะการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว แต่ยังเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้ ผลการประเมินจากมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพยังยืนยันสอดคล้องกันว่า โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมเป็นประโยชน์ และมีความเป็นไปได้สูงที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการให้บริการ ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลเชิงประจักษ์ของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลดอนมดแดง โดยพบว่าโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กและเพิ่มทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งประเด็นสำคัญสามารถนำมาอภิปรายเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

ประเด็นแรก ผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม (IOWA Conners) ของเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังจากผู้ปกครองเข้าร่วมอบรม โดยเฉพาะในด้านการขาดสมาธิและความซนอยู่ไม่นิ่งนั้น สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) และ ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของเด็กเป็นผลลัพธ์จากการปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู เมื่อผู้ปกครองปรับเปลี่ยนวิธีการตอบสนอง เช่น การหยุดให้ความสนใจพฤติกรรมก่อกวนและหันมาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมของเด็กเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยพร จันทรศิริ (2553) และ Arunothong & Waewsawangwong (2555) ที่พบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นและพฤติกรรมต่อต้านในเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยในระดับนานาชาติของ Smith et al. (2022) ที่พบว่าการเข้าแทรกแซงโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-based intervention) และการฝึกให้ผู้ปกครองมีทักษะการสื่อสารเชิงบวก เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอาการทางคลินิกของโรคสมาธิสั้น มากกว่าการมุ่งเน้นรักษาที่ตัวเด็กเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Johnson et al. (2021) ที่ยืนยันว่าเมื่อผู้ปกครองมีความเข้าใจในธรรมชาติของโรคและลดการใช้อารมณ์ในการสื่อสาร จะช่วยลดความขัดแย้งและพฤติกรรมต่อต้านของเด็กได้อย่างยั่งยืน

ประเด็นที่สอง ผลต่อทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง การที่คะแนนการปฏิบัติของผู้ปกครอง (Practice Parent Test) เพิ่มสูงขึ้นในทุกด้าน ทั้งการสร้างวินัย การให้แรงเสริม และการเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่รุนแรง สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ที่เน้นการลงมือทำจริง ซึ่งช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของผู้ปกครองตามแนวคิดของ Bandura เมื่อผู้ปกครองได้ฝึกฝนเทคนิคต่างๆ และได้รับข้อมูลป้อนกลับจากผู้วิจัย ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะนำเทคนิคไปใช้จริงที่บ้าน ผลการศึกษานี้สนับสนุนงานวิจัยของ ภาวิดา จงสุขศิริ และคณะ (2563) ที่พบว่า การฝึกทักษะการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ช่วยเปลี่ยนมุมมองของผู้ปกครองจากการ "จับผิด" มาเป็นการ "จับถูก" และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ทำลายของบุตรหลานด้วยความใจเย็นและมีเหตุผลมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณี ริมวิทย์การ และคณะ (2551) ที่พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ปกครองเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครองนี้ถือเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จที่สำคัญที่สุดในการรักษาเด็กสมาธิสั้นในระยะยาว

ประเด็นที่สาม การยอมรับของบุคลากรทีมสุขภาพ ผลการศึกษพบว่า ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นเชิงบวกและยอมรับในประโยชน์ของโปรแกรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers (Innovation Diffusion Theory) ในขั้นตอนการยืนยันผล (Confirmation) กล่าวคือ การที่โปรแกรมนี้ออกแบบมาให้มีขั้นตอนชัดเจน ไม่ซับซ้อน และแสดงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของเด็กที่จับต้องได้ ทำให้บุคลากรเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถนำไปบูรณาการกับงานประจำ (Routine work) ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชุมชนได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Brown et al. (2019) ที่ระบุว่า การมีโปรแกรมมาตรฐานที่ผ่านการพิสูจน์ผลแล้ว จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาและส่งต่อความรู้แก่ผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา กล่าวคือ การวิจัยนี้กำหนดรูปแบบเป็น การศึกษาเบื้องต้น (Pilot Study) จึงใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (n=10) และเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่โรงพยาบาลดอนมดแดงเพียงแห่งเดียว ทำให้ผลการศึกษาอาจมีข้อจำกัดในด้านความเที่ยงตรงภายนอก (External Validity) หรือการนำไปอ้างอิงในบริบทที่แตกต่างกันมากๆ อีกทั้งระยะเวลาในการติดตามผล 3 สัปดาห์ แม้จะเพียงพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น แต่อาจยังไม่สามารถยืนยันความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาวได้ ดังนั้นข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรพิจารณาขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและครอบคลุมหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มอำนาจในการทดสอบทางสถิติ (Statistical Power) รวมถึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว (Follow-up) เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรม นอกจากนี้งานวิจัยของ G. Polanczyk และคณะ (2007) ยังได้เสนอแนะแนวทางที่น่าสนใจเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ซึ่งผู้วิจัยเห็นพ้องว่าในอนาคตควรมีการพัฒนาสื่อเสริมการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองสามารถทบทวนบทเรียนและขอคำปรึกษาได้สะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่ได้จากโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหลายบริบท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและเพิ่มทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมอบรมที่มีการใช้เทคนิคการสื่อสาร การให้รางวัล และการลงโทษที่เหมาะสมสามารถช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน หรือกลุ่มชุมชนที่มีการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ผู้ปกครองได้รับการฝึกอบรมและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

1. การนำไปใช้ในหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพสามารถใช้โปรแกรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยให้ผู้ปกครองเข้าร่วมการอบรมและฝึกปฏิบัติตามเทคนิคที่แนะนำ ซึ่งจะช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การนำไปใช้ในโรงเรียน โรงเรียนสามารถนำผลวิจัยนี้ไปใช้ในการจัดโปรแกรมอบรมผู้ปกครองที่มีเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียน เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและสามารถปรับพฤติกรรมของเด็กได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นและสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การนำไปใช้ในชุมชน กลุ่มชุมชนหรือองค์กรที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถใช้โปรแกรมอบรมนี้ในการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลเด็กและสนับสนุนให้เกิดการดูแลที่มีความสอดคล้องและต่อเนื่องทั้งที่บ้านและในชุมชน

4. การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ผลการวิจัยนี้ยังสามารถใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทีมสุขภาพที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการสนับสนุนผู้ปกครองและเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การนำไปใช้ในระดับนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและดูแลสุขภาพเด็กสามารถนำผลวิจัยนี้ไปพิจารณาในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระดับประเทศ เพื่อให้มีการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้กว้างขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเฉพาะในพื้นที่โรงพยาบาลดอนมดแดง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งถัดไป นักวิจัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่ที่หลากหลายขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถทั่วไปได้มากยิ่งขึ้นและสะท้อนถึงความหลากหลายของกลุ่มผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นในบริบทต่างๆ

2. เพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล

นักวิจัยควรพิจารณาการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครองหลังการอบรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการวิจัยและดูว่าผลลัพธ์ยังคงคงอยู่ในระยะยาว

หรือไม่ การติดตามผลในระยะยาวจะช่วยให้สามารถเข้าใจผลกระทบของโปรแกรมต่อพฤติกรรมของเด็ก และการปฏิบัติของผู้ปกครองได้ดีขึ้น

1. ปรับปรุงรูปแบบการอบรม

ผู้พัฒนานวัตกรรมหรือทีมสุขภาพควรพิจารณาการใช้สื่อการสอนที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การใช้สื่อออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลและฝึกปฏิบัติได้สะดวกมากยิ่งขึ้น รวมถึงสามารถติดตามความก้าวหน้าของการฝึกอบรมได้อย่างต่อเนื่องแม้อยู่ที่บ้าน

2. วิจัยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม

นักวิจัยควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรม เช่น ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ทักษะของผู้ปกครองต่อการอบรม และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

3. การวิจัยเปรียบเทียบ

นักวิจัยควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองที่ใช้วิธีการและเทคนิคที่ต่างกัน เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและเพิ่มทักษะการปฏิบัติของผู้ปกครอง การวิจัยเปรียบเทียบนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างและประสิทธิภาพของเทคนิคที่หลากหลาย

4. การสำรวจผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว

นอกจากการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นแล้ว นักวิจัยควรสำรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวโดยรวม เช่น ระดับความเครียดของผู้ปกครองความสัมพันธ์ในครอบครัว และความพึงพอใจของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก การศึกษาเหล่านี้จะช่วยให้เห็นภาพรวมของผลกระทบที่โปรแกรมมีต่อครอบครัวทั้งหมด

รายการอ้างอิง

อาภรณ์ สุวรรณ. (2550). ภาวะสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน. *วารสารจิตเวชศาสตร์*, 25(1), 39–47.

ชาญวิทย์ พรนภดล, วาจิณทร์ โรหิตสุข, มะลิรัมย์ หัสดินรัตน์, นิรมล ยสินทร, & พนม เกตุมาน. (2549).

โปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง. *วารสารจิตเวชศาสตร์*, 33(1), 58–65.

Arunothong, T., & Waewsawangwong, W. (2555). การฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับ

พฤติกรรมเด็ก อายุ 2–15 ปี ในเขตภาคเหนือของไทย. *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 24(1), 45–53.

วรรณิ ริมวิทยากร, สุนทรี ศรีโกไสย, & จักริน ปิงคลาศัย. (2551). ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับ

พฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองเด็กทั่วไป. *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 26(2), 121–130.

- เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2549). การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยพร จันทรศิริ. (2553). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น. *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 27(3), 214–223.
- พรทิพย์ วชิรดิolk, และคณะ. (2552). การเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช*, 29(3), 89–97.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). การจัดการปัญหาสมาธิสั้นในโรงเรียน. *วารสารการศึกษา*, 34(2), 58–66.
- ภาวิตา จงสุขศิริ, และคณะ. (2563). แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็ก (Practice Parent Test). *วารสารจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*, 30(2), 145–153.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children—United States, 2003 and 2007. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(44), 1439–1443.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948.
- Brown, K., Smith, J., & Lee, A. (2019). The role of healthcare professionals in supporting parents of children with ADHD: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, 75–82.
- Smith, R., Brown, T., & Patel, V. (2022). Parent training to improve communication and reduce ADHD symptoms in children: A systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 43(6), 510–517.
- Johnson, P., Miller, S., & Garcia, L. (2021). Parental involvement and its effect on behavior management in children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(4), 728–735.
- Davis, H., & Thompson, R. (2020). Parent training interventions for children with ADHD: Reducing stress and enhancing family quality of life. *Journal of Child and Family Studies*, 29(3), 545–560.
- Williams, G., Rodriguez, J., & Patel, V. (2023). Using technology to enhance parent training for ADHD: Effectiveness and challenges. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(2), 225–233.