

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

กัญชนบ สีหะปัญญา*, ชูชาติ วงศ์อนุชิต**

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (25 คน) และกลุ่มควบคุม (25 คน) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (DASS-21) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษา ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้ปกครอง และคะแนนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและคะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง มีความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการฝึกอบรมทักษะผู้ปกครอง และยังส่งผลในด้านการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย

คำสำคัญ เด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

The Effect of a Parent Management Training Program on Parents' Mental Health, Family Relationships, Positive Parenting, and Behaviors of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kanchamon Seehapanya*, Choochart Wong-Anuchit**

*Master of Nursing Science Student (Psychiatric and Mental Health Nursing), Mahasarakham University Faculty of Nursing

**Assistant Professor (Psychiatric and Mental Health Nursing), Mahasarakham University Faculty of Nursing

ABSTRACT

Objective: To compare scores of parents' mental health, family relationships, positive parenting, and behaviors of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) between the experimental and control groups of parents after participating in a Parent Management Training (PMT) Program.

Methods: This quasi-experimental research used a pretest-posttest design. The parents of children with ADHD were randomly assigned to an experimental (n=25) or control group (n=25). The experimental group participated in the PMT program and usual care for 6 weeks; the control group received usual care only. In addition to demographic characteristics, four instruments were used to collect data: the 21-item Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21), the 10-item Family Relationship Questionnaire, the 16-item Positive Parenting Questionnaire, and the 10-item Modified IOWA Conners Rating Scale. Health outcomes of this study were (1) three individual mental health (stress, anxiety, and depression), (2) family relationship, (3) positive parenting, and (4) parents' ratings of the behaviors of their children with ADHD. Descriptive statistics independent t-test, and paired t-test were used for data analysis.

Results: After participating in the PMT program, the scores of parents' three mental health (stress, anxiety, and depression) and parents' ratings of behaviors of children with ADHD were significantly lower than parents in the control group ($p < .05$). The scores of family relationships and positive parenting in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($p < .05$).

Conclusion: The PMT Program is suitable for training parents' skills and also results in reducing behavioral problems of children with ADHD

Key words: ADHD, Behavior Modification, Parent Management Training

Corresponding author: Choochart Wong-Anuchit

E-mail: choochart.d@gmail.com

Received 17 March 2024 Revised 29 April 2024 Accepted 30 April 2024

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน เกิดจากการทำหน้าที่ของสมองบกพร่องทำให้เกิดอาการทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ และความบกพร่องในการทำหน้าที่ ความซุกซนของโรคดังกล่าวทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7.2¹ สำหรับในประเทศไทยพบเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นอยู่ประมาณ ร้อยละ 5 - 8² โดยพบได้บ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ขัดขวางพัฒนาการตามปกติของเด็ก เพิ่มความทุกข์แก่ผู้ปกครองและสร้างภาระให้กับสังคม³ โรคสมาธิสั้นหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม มีแนวโน้มที่เด็กจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมซึ่งอาจนำไปสู่อารมณ์รุนแรง หุนหันพลันแล่นรุนแรงและมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้⁴ สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ หน้าที่การงาน และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นส่งผลต่อความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเด็ก โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรมชนอยู่ไม่นิ่ง และดื้อต่อต้าน เป็นอาการที่แสดงออกของโรคสมาธิสั้นที่พบได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบปัญหาพฤติกรรมด้านอื่นๆ อีกมาก เช่น พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกราะ และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม⁵ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ปกครอง⁶ การใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมไปถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว⁷ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นนั้นจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนาน ส่งผลให้ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางเพื่อไปพบแพทย์ จึงจัดได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างยิ่ง และปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นนั้นคือ การเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁸ ดังนั้นผู้ปกครองจึงถือว่ามีความสำคัญในการปรับพฤติกรรมของเด็กเป็นอย่างมาก⁹

การฝึกอบรมผู้ปกครอง (Parent Management Training: PMT) เป็นการเสริมสร้างแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง¹⁰ มีรากฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory)¹¹ เป้าหมายเพื่อสอนให้ผู้ปกครองป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น ถือว่าเป็นการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน¹² และได้รับการยอมรับในการนำมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{13,14} อย่างไรก็ตามเนื้อหาในรายละเอียดของแต่ละโปรแกรมที่มีอยู่นั้นอาจแตกต่างกันออกไป แต่หัวใจสำคัญซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในการจัดการพฤติกรรมที่ยังคงไว้ในแต่ละโปรแกรม คือ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมในโปรแกรมของผู้ปกครอง¹⁵ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลักของการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่นำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ¹⁶ ความสำเร็จของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองนั้นขึ้นอยู่กับการใช้ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ได้เรียนรู้ระหว่างการรักษาย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเข้าร่วมโปรแกรม จากการวิเคราะห์เชิงอภิธาน (meta-analysis) พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองมีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์ด้านผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยผลลัพธ์ 7 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านอาการด้านพฤติกรรม ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก ด้านการเลี้ยงดูเชิงลบ ด้านความรู้สึกลึกซึ้งของความสามารถในการเป็นพ่อแม่ ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง¹⁷

ในประเทศไทยได้เริ่มมีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ปี 2543 พัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะจากสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ถือเป็นต้นแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในประเทศไทย¹⁸ และในปี 2564 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองดังกล่าวเพิ่มเติมโดยการปรับปรุงรูปแบบของการฝึกอบรม เพื่อเปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองที่อยู่ในชนบทห่างไกลได้มีโอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้นและไม่เสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม¹⁹ โดยใช้ชื่อว่าเน็ตปามา (Internet-Based Parent Management Training Program: Net PAMA) ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กเบื้องต้นให้แก่ผู้ปกครองผ่านระบบออนไลน์ ด้วยการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม การเสริมแรงเชิงบวก ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจนและได้ผล การแก้ปัญหาของผู้ปกครอง เทคนิคการให้รางวัล และการใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม ทำให้ผู้ปกครองมีทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ตนเองดูแลอยู่เพิ่มมากขึ้น และสามารถเลือกใช้เทคนิคต่างๆ ในการดูแลเด็กได้เป็นอย่างดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าในประเทศไทย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็กสมาธิสั้นเป็นหลัก ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ปกครองนั้นยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้ปกครองบางคนยังต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทำให้ไม่สามารถดึงศักยภาพของตนเองออกมาใช้เพื่อดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเต็มที่²⁰ การดูแลเด็กที่มีภาวะดังกล่าวนับว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเอง เด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นเพื่อให้การฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อเด็ก ครอบครัว และสังคมมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองหลักสูตรออนไลน์ (Net PAMA) ของรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์พรหมภักด มาใช้ โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองจากหลักสูตรออนไลน์มาเป็นการฝึกอบรมผู้ปกครองในสถานบริการที่มีคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมายในการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพที่สามารถดูแลตนเองได้ในอนาคต โดยผลของการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดำเนินการทดลองที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 330-300/2566 เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น (เด็กสมาธิสั้น อายุ 6 - 12 ปี) ที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก ซึ่งทำหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างใดๆ 2) ผู้ปกครองไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองด้านพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น 3) สามารถอ่านเขียนได้และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย โดยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณค่าสัดส่วนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสูตรการหา effect size ของ Cohen (1977) ซึ่งใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER 3.1.9.4 คำนวณจากผลการวิจัยที่ใกล้เคียงของ ภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ⁸ ที่ได้ศึกษาผลการติดตามเป็นระยะ 1 ปี ของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ด้อยต่อต้าน โดยคำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.9 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) เท่ากับ 0.90 และกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้เกิดความผิดพลาดในการศึกษาน้อยที่สุดและคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมกับการวิเคราะห์ผลการวิจัย เมื่อเกิดการสูญหายจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน (ร้อยละ 15) รวมเป็น 50 คน การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนจากการสุ่ม ซึ่งผู้วิจัยกำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่กลุ่มประชากรของโรงพยาบาลทุกคน มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ แล้วจับสลากแบบไม่คืนที่ (sampling without replacement) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก โรคประจำตัวของผู้ปกครอง ส่วนข้อมูลทั่วไป

ของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศและอายุเด็ก

2) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุกัลยา สว่าง และคณะ ซึ่ง ผนัควรรต บัวทอง และ ภัทร พิชัยรัตน์เสถียร ได้ทำการปรับปรุงสรพนามและข้อความในบางข้อ โดยได้รับการอนุญาตในการดำเนินการปรับปรุงข้อความจากผู้พัฒนาเพื่อนำไปใช้ในการวิจัย²¹ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่ตรงกับฉันเลย (0 คะแนน) ตรงกับฉันบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) ตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย (2 คะแนน) และตรงกับฉันมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด (3 คะแนน) โดยมีการแปลผล ดังนี้ ระดับปกติ (ภาวะเครียด 0 - 7 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 0 - 3 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 0 - 4 คะแนน) ระดับต่ำ (ภาวะเครียด 8 - 9 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 4 - 5 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 5 - 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (ภาวะเครียด 10 - 12 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 6 - 7 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 7 - 10 คะแนน) ระดับรุนแรง (ภาวะเครียด 13 - 16 คะแนน ภาวะวิตกกังวล 8 - 9 คะแนน และภาวะซึมเศร้า 11 - 13 คะแนน) และระดับรุนแรงที่สุด (ภาวะเครียดมากกว่า 17 คะแนนขึ้นไป ภาวะวิตกกังวลมากกว่า 10 คะแนนขึ้นไป และภาวะซึมเศร้ามากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ความเครียด เท่ากับ 0.69 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82

3) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (family relationship questionnaire) เครื่องมือวิจัยนี้นำมาจากแบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของ ดารุณี งามข้า²² ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ สม่ำเสมอ (5 คะแนน) บ่อย/เกือบทุกโอกาส (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยเลย (1 คะแนน) โดยมีการแปลผล คือ ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับต่ำ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.99 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

4) แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire) พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล ใช้วัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง¹⁹ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทำสม่ำเสมอ (3 คะแนน) ทำบ้าง (2 คะแนน) ไม่ค่อยทำ (1 คะแนน) และไม่เคยเลย (0 คะแนน) จำแนกระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (0 - 32 คะแนน) ระดับปานกลาง (33 - 40 คะแนน) และระดับมาก (41 - 48 คะแนน) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.81 - 0.94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

5) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (modified IOWA Conners rating scale) พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเด็กด้วยตนเอง⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ คือ ไม่ทำเลย (0 คะแนน) ทำเล็กน้อย (1 คะแนน) ทำค่อนข้างมาก (2 คะแนน) และทำมาก (3 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 0 - 30 คะแนน โดยมีการแปลผล คือ คะแนนรวมที่ต่ำลง หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นลดลง มีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC: Index of item objective congruence) ทุกข้อได้ >0.5 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.863

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำไปทดสอบกับผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านภาวะเครียด เท่ากับ .852 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ .837 และภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .906 ส่วนแบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .939, .961 และ .890 ตามลำดับ

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

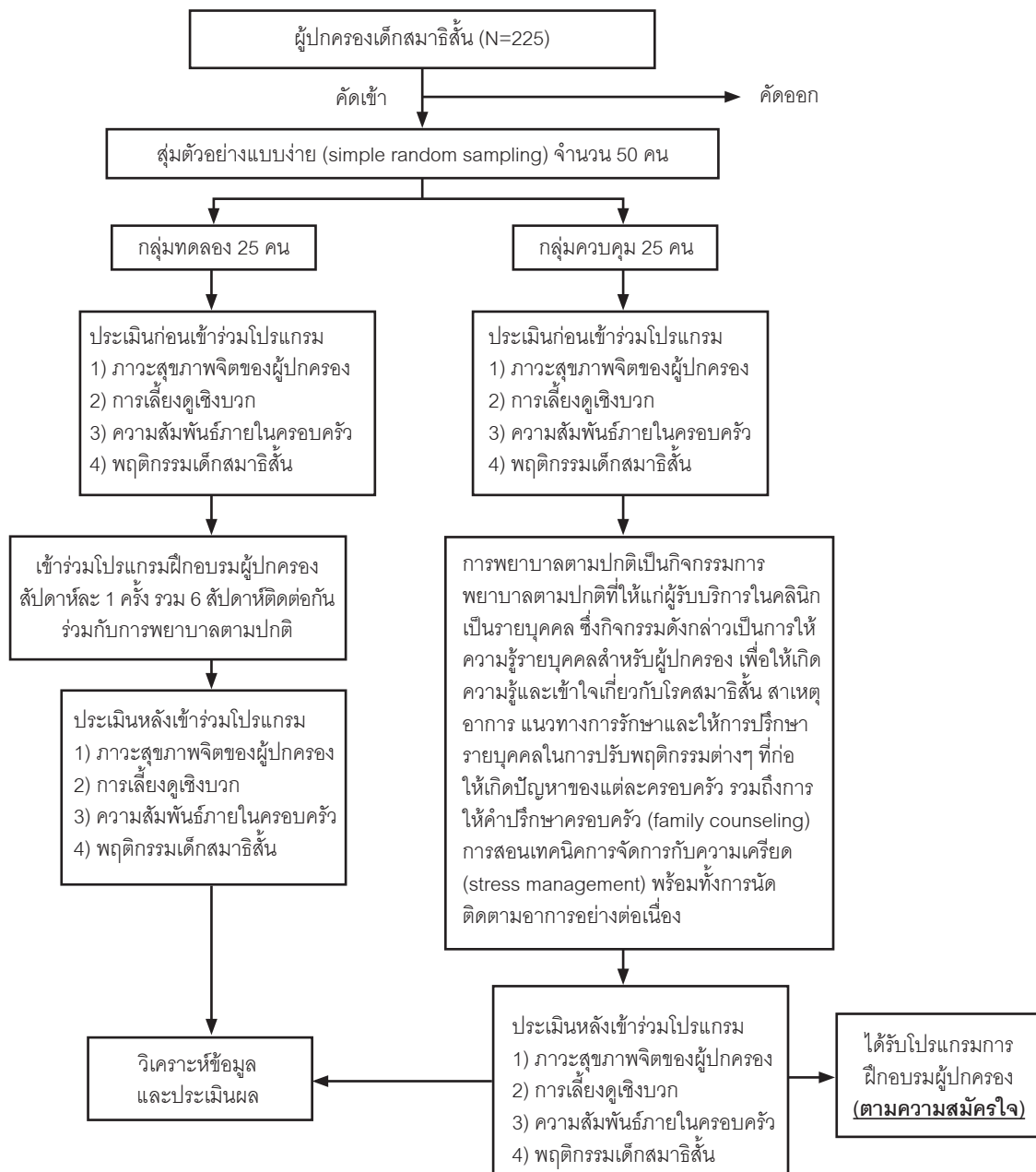
โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง การวิจัยครั้งนี้ใช้

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรทักษะการเป็นวิทยากรการเลี้ยงดูเชิงบวกด้วยหลักสูตรเน็ตป้ามา รุ่นที่ 5 เมื่อวันที่ 21 - 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กให้แก่ผู้ปกครอง และได้ดำเนินการขออนุญาตเพื่อนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัย โดยที่ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของโปรแกรมแต่ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกอบรมจากรูปแบบออนไลน์เป็นรูปแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก 2) เทคนิคการสื่อสาร 3) เทคนิคการชม 4) เทคนิคการให้รางวัล 5) เทคนิคการลงโทษ และ

6) เทคนิคการทำตารางให้คะแนน ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที รวม 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

3. การดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่มที่ 1 - 4) ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 8 คน 5 คน 6 คน และ 6 คน ตามลำดับ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (leader) และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม (co-leader) ดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการทั้ง 4 กลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย และขอความยินยอมจากอาสาสมัครด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล (data collector) ทั้งหมดในทุกช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัย



ส่วนกลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองได้ตามความสมัครใจภายหลังการประเมิน 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยจัดกลุ่มสำหรับการเข้าร่วมโปรแกรมในห้วงระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่จัดกลุ่มสลับกันคนละวันกับกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ปกครองเลือกเข้ากลุ่มตามวัน เวลาที่สะดวก แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ตัวแปรที่ศึกษา (outcomes) คือ ด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. และระดับปริญญาตรี ทำอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท มีความสัมพันธ์กับเด็ก คือ เป็นบิดามารดาและผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของข้อมูลของเด็กสมาธิสั้นพบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 8 - 9 ปี และ 10 - 12 ปี และมีระยะเวลาในการรักษาอยู่ในช่วง 2 - 3 ปี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่าภาวะสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าภาวะสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ความสัมพันธ์

ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นมารดาของเด็ก สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงและมีความเกี่ยวข้องกับเด็ก คือ เป็นมารดา²³⁻²⁵ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่า ลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีอิทธิพลกับผลลัพธ์ของการวิจัยทั้งหมดในครั้งนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่ได้รับ อันสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น และยังมีผลให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กสมาธิสั้นลดลง ซึ่งอธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=50)		กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ปกครอง								
เพศ ^a							.117	.733
ชาย	11	22.00	6	24.00	5	20.00		
หญิง	39	78.00	19	76.00	20	80.00		
อายุ (ปี) ^a							13.84	.983
20 - 40 ปี	26	52.00	12	48.00	14	56.00		
41 - 59 ปี	24	48.00	13	52.00	11	44.00		
Mean= 39.88, SD= 10.04, Max= 56, Min= 25								
ระดับการศึกษา ^b							1.431	.906
ประถมศึกษา	6	12.00	3	12.00	3	12.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	12.00	2	8.00	4	16.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	16.00	5	20.00	3	12.00		
อนุปริญญา/ปวส.	15	30.00	8	32.00	7	28.00		
ปริญญาตรี	15	30.00	7	28.00	8	32.00		
อาชีพ ^b							4.303	.378
เกษตรกร	11	22.00	3	12.00	8	32.00		
ค้าขาย	12	24.00	7	28.00	5	20.00		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	16.00	4	16.00	4	16.00		
แม่บ้าน	2	4.00	2	8.00	0	00.00		
รับจ้าง	17	34.00	9	36.00	8	32.00		
รายได้/เดือน ^a							16.64	.068
5,000 - 10,000 บาท	28	56.00	13	52.00	15	60.00		
10,001 - 15,000 บาท	26	52.00	12	48.00	14	56.00		
15,001 บาท ขึ้นไป	1	2.00	0	00.00	1	4.00		
Mean= 11,440, SD= 5,171.19, Max= 35,000 Min= 5,000								
ความสัมพันธ์กับเด็ก ^b							1.679	.846
บิดา/มารดา	30	60.00	16	64.00	14	56.00		
ปู่/ย่า - ตา/ยาย	14	28.00	6	24.00	8	32.00		
ลุง/ป้า - น้า/อา	6	12.00	3	12.00	3	12.00		
โรคประจำตัว ^a							3.947	.047
มี	12	24.00	3	12.00	9	36.00		
ไม่มี	38	76.00	22	88.00	16	64.00		
เด็กสมารถขึ้น								
เพศ ^a							.104	.747
ชาย	37	74.00	19	76.00	18	72.00		
หญิง	13	26.00	6	24.00	7	28.00		

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

อายุ (ปี) ^a						1.727	.422
6 - 7 ปี	12	24.00	6	24.00	6	24.00	
8 - 9 ปี	22	44.00	13	52.00	9	36.00	
10 - 12 ปี	16	32.00	6	24.00	10	40.00	
Mean= 8.96, SD= 1.79, Max= 12, Min= 6							
ระยะเวลาในการรักษา ^a						.642	.860
0 - 12 เดือน	17	34.00	8	32.00	9	36.00	
13 - 24 เดือน	25	50.00	12	48.00	13	52.00	
25 เดือน ขึ้นไป	8	16.00	5	20.00	3	12.00	
Mean= 21.84, SD= 8.28, Max= 36, Min= 12							

a=Chi-Square, b=Fisher's Exact Test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	11.96 (2.18)	5.32 (1.62)	24	14.86	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	7.84 (3.38)	2.12 (1.85)	24	8.32	.000
ด้านภาวะซึมเศร้า	8.16 (3.05)	2.44 (1.60)	24	9.38	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	23.24 (4.19)	38.60 (3.34)	24	16.40	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	11.44 (2.14)	32.44 (3.62)	24	25.61	.000
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	20.16 (3.98)	12.88 (3.62)	24	10.14	.000

ของกลุ่มทดลองลดลงมาอยู่ในระดับปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเป็นการให้ความรู้รายบุคคลสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา และให้การปรึกษารายบุคคล ในการปรับพฤติกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด (stress management) พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีระดับของความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง และจากผลการวิจัยนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าความเครียด

มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีภาวะเครียด ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกกดดันไม่สบายใจ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีปัญหาการนอน รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะผู้คน ไม่ค่อยมีสมาธิ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวายใจ โดยที่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าเครียดเรื่องอะไรแต่ยังคงทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ อาการเหล่านี้สามารถสังเกตได้ด้วยตัวเอง ทำให้บุคคลสามารถรับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้รวดเร็วกว่าภาวะอื่นๆ หากผู้ดูแลรู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกที่รับผิชอบในการดูแลได้ทุกอย่าง โดยเฉพาะเมื่อต้องดูแลบุคคลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	11.96 (2.18)	11.20 (2.66)	24	-1.10	.276
ด้านภาวะวิตกกังวล	7.84 (3.38)	6.08 (2.75)	24	-2.01	.059
ด้านภาวะซึมเศร้า	8.16 (3.05)	8.60 (3.59)	24	.46	.643
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	23.24 (4.19)	26.08 (6.49)	24	1.83	.073
การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง	11.44 (2.14)	11.16 (4.51)	24	-.28	.781
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	20.16 (3.98)	21.80 (8.47)	24	.87	.385
หลังการทดลอง					
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	5.32 (1.62)	11.28 (2.73)	24	9.37	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	2.12 (1.85)	6.12 (2.68)	24	6.13	.000
ด้านภาวะซึมเศร้า	2.44 (1.60)	8.64 (3.39)	24	8.26	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	38.60 (3.34)	26.20 (6.36)	24	-8.62	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	32.44 (3.62)	11.20 (4.35)	24	-16.90	.000
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	12.88 (3.62)	20.80 (4.31)	24	7.30	.000

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		Mean Difference	t	p-value
	ผลต่างของคะแนน				
	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)			
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง					
ด้านภาวะเครียด	5.72 (3.04)	-0.04 (0.45)	-5.76	-9.34	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	5.72 (3.43)	-0.04 (0.20)	-5.76	-8.37	.000
ด้านภาวะซึมเศร้า	6.64 (2.23)	-0.08 (0.27)	-6.72	-14.92	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	15.36 (4.68)	0.12 (0.33)	-15.24	-16.24	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	16.20 (3.16)	0.04 (0.53)	-16.16	-25.18	.000
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	-7.28 (3.58)	-1.00 (5.84)	6.28	6.28	.000

ร่วมกับมีปัญหาด้านพฤติกรรม อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าตามมาได้²⁶

กิจกรรมในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองของการวิจัยนี้มีแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมจะเป็นการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านประสบการณ์เดิมและการสะท้อนคิด ซึ่งจะช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้²⁷ ลักษณะการฝึกอบรมประกอบไปด้วย การบรรยายเนื้อหาความรู้ และการฝึกปฏิบัติผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลักในการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ มุมมองความคิดในการเลี้ยงลูกเชิงบวกระหว่างกลุ่มผู้ปกครอง โดยมีกระบวนการ (facilitator) คอยช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ปกครอง การเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนั้นถือเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของโปรแกรมนี้นี้ และก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ Irvin D. Yalom^{28,29} โดยพบปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นชัดเจนในการบำบัดครั้งนี้ ได้แก่ การเพาะความหวัง ความเป็นสากล การให้ข้อมูล การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ การแก้ไข ประสบการณ์เดิมจากครอบครัว การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเป็นปึกแผ่น การได้ปลดปล่อยความรู้สึกและการเรียนรู้ สังคมแห่งชีวิต นอกจากนี้ผู้ปกครองยังได้สัมผัสถึงความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้กล้าเปิดเผยและปลดปล่อยความทุกข์ที่อัดอั้นไว้นานใจ ได้รับความออกมาโดยมีกระบวนการ (facilitator) คอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ปกครองมองเห็นศักยภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ปกครองเรียนรู้และยอมรับว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่สิ่งที่ผิดปกติ ผู้ปกครองจะเกิดความผูกพันและรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีการเกื้อหนุน ให้กำลังใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในผู้ปกครอง³⁰ จึงส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น

2. ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น โดยพิจารณา ระดับคะแนนความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มผู้ปกครองส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นถึงร้อยละ 64 ซึ่งบิดามารดานั้นมีสายสัมพันธ์ สายใยความรักความผูกพันที่แน่นแฟ้น มีความคาดหวังและต้องการอยากให้ลูกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นที่รักของคนรอบข้างอยู่ก่อนแล้ว เมื่อผู้ปกครองนำความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ไปลงมือปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคต่างๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมผู้ปกครองไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมจึงส่งผลให้ความขัดแย้งในครอบครัวลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมผู้ปกครองจะได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ปกครองลดรูปแบบของความสัมพันธ์ในแง่ลบ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะใหม่ที่ดีขึ้น เช่น การใช้คำพูดที่สุภาพ สั้นๆ และชัดเจน การให้แรงเสริมเชิงบวกให้กำลังใจด้วยการชื่นชม ไม่ใช้วิธีการลงโทษที่รุนแรง รวมไปถึงการฝึกการควบคุมอารมณ์ซึ่งส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว³¹ เมื่อผู้ปกครองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการเรียนรู้ที่จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัว ก่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน รักใคร่กลมเกลียว ส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³²

3. ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก ภายหลังการจัดโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับน้อย แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของการเลี้ยงดูเชิงบวกจะพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จากเดิมค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 11.44 เพิ่มขึ้นเป็น 32.44) ซึ่งเกือบถึงเกณฑ์ระดับปานกลาง (33 - 40 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้นค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (จากเดิมค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 11.16 เพิ่มขึ้นเป็น 11.20) ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ซึ่งมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักสำคัญในการปรับ

พฤติกรรมเด็ก ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมในโปรแกรมของผู้ปกครอง^{14,15} โดยมุ่งเน้นถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมอง การรับรู้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ปกครองที่มีต่อตนเองและต่อเด็กสมาธิสั้น ทำให้เกิดการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hornstra ซึ่งพบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูมีผลกระทบต่อนิสัยพฤติกรรมของเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูและใช้รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก จะพบปัญหาพฤติกรรมได้น้อยกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูในรูปแบบอื่น³³ และการที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยพื้นฐานด้านความรู้และการศึกษาของผู้ปกครองที่พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่าเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศไทย (ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง³⁴ ทำให้ผู้ปกครองแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มเติม มุ่งเน้นการปรับวิธีการเลี้ยงดูเชิงบวกมากขึ้น เพื่อให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

4. ด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองพบว่า พฤติกรรมด้านอยู่ไม่นิ่งและด้านต่อต้านของเด็กลดลง จะเห็นได้จากระดับของพฤติกรรมเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไปในระดับที่ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กลดลงค่อนข้างมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 20.16 ลดลงเหลือ 12.88) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงเพียงเล็กน้อย (จากเดิมค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 21.80 ลดลงเหลือ 20.80) ทั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมในการดำเนินกิจกรรม โดยมีกระบวนการ (facilitator) คอยเสริมสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มและกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้ปกครองได้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมครบทั้ง 6 ครั้ง มีส่วนร่วมในทุกๆ กิจกรรมอย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมและฝึกใช้ทักษะต่างๆ อย่างตั้งใจ ร่วมกันหาวิธีการใช้ทักษะต่างๆ ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ และร่วมกันวางแผนเพื่อที่จะนำทักษะเหล่านั้นกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถเลือกใช้ทักษะต่างๆ ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป

ถือเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูและแนวทางการปรับพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น³⁵ และยังส่งผลดีต่ออารมณ์ ช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย³⁶ กิจกรรมในโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองมุ่งเน้นถึงหลักสำคัญในการเลี้ยงดู เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ต้องต้องใช้หลักการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ผู้ปกครองจะได้นำประสบการณ์ของการเรียนรู้เดิมที่มีอยู่มาพัฒนาให้กลายเป็นองค์ความรู้ใหม่ สมาชิกในกลุ่มจะร่วมกันสะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จนเกิดเป็นการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม โดยมีกระบวนการ (facilitator) เป็นผู้ประสาน ช่วยสรุปเป็นความคิดรวบยอด เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ใหม่ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ตามสถานการณ์ต่างๆ ที่บ้าน และพัฒนาให้เป็นแนวทางปฏิบัติของตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพรรณ สาบุญมา ที่ได้ฝึกอบรมผู้ปกครองโดยนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb³⁷ มาใช้เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม³⁸ ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพื้นฐานและทักษะที่จำเป็นในการดูแลจัดการกับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ต้องใช้ พร้อมทั้งฝึกสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กได้ อย่างไรก็ตามในประเด็นด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนลดลงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านการได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมพฤติกรรมตามแผนการรักษาปกติ จึงทำให้ส่งผลถึงการลดลงของคะแนนด้านพฤติกรรมได้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายใต้บริบทของกลุ่มผู้ปกครองซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ครอบครัวมีเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินติดตามผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อเนื่องในระยะ

ยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป และควรมีการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ โดยฝึกอบรมให้กับผู้ปกครอง พยาบาลวิชาชีพในชุมชน และครูในโรงเรียน ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นหรือเด็กที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรม เพื่อร่วมกันดูแลให้เด็กได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

สรุป

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมดีขึ้น สมาธิสั้น ต่อด้านลดลง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นล้วนเป็นผลมาจากการใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรม โดยมีกระบวนการ (facilitator) เป็นผู้ที่ยคอยช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ถือเป็นหัวใจหลักสำคัญในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง จึงควรมีการจัดระบบบริการในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นทั่วไปให้มีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้มากขึ้นนอกเหนือจากการใช้ยาที่เป็นการรักษาหลักในปัจจุบัน

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาวิวิทย์ พรนพดล และคณะ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กัญชมน สีหะปัญญา: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ชูชาติ วงศ์อนุชิต: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Chaulagani A, Lyhmann I, Halmoy A, Widding-Havneraas T, Nytingnes O, Bjelland I, et al. A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Psychiatry* 2023; 66: 90.
2. Department of Mental Health [Internet]: ADHD: It can be treated 2022. [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31481>.
3. Hsu YC, Chen CT, Yang HJ, Chou P. Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54: 661-70.
4. Young S, Cocallis K. ADHD and offending. *J Neural Transm (Vienna)* 2021; 128(7): 1009-19.
5. Teepapal T, Rueangsawat S, Naknit T, Khamaurai N. Attention deficit hyperactivity disorders and factors related to behavioral problems in school-aged children: a literature review. *Journal of Health Research and Innovation* 2021; 5:28-41.
6. Miklosi M, Lelki F, Janovicz J, Kovacs B, Kassai R. Meta-analytic review of studies on the relationship between adult attention deficit/hyperactivity disorder and parenting behaviour: comparison of studies using self-report and observation. *Neuropsychopharmacol Hung* 2023; 25: 109-22.
7. Fan L, Qing W, Wang Y, Zhan M. Family socioeconomic status and attention deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the mediating role of executive function. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(18):11608.
8. Chongsuksiri P, Punyapas S. One year follow-up of parent management training program for children with externalizing behavior problems. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64: 163-76.
9. Park JL, Hudec KL, Johnston C. Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2017; 56: 25-39.
10. Alvarez M. C, Garcia B. H, Navarro Flores C. M, Vazquez A. L, Lara J, Domenech M. M. Parent training interventions. In B. Halpern-Felscher & R. Corona (Eds.), *Encyclopedia of child and adolescent health*. Elsevier. Chapter accepted pending minor revisions; 2021.
11. Dedousis-Wallace A, Drysdale SA, McAloon J, Ollendick TH. Parental and familial predictors and moderators of parent management treatment programs for conduct problems in youth. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2021; 24: 92-119.
12. Bado P, Quimas R, Bernardes C, Tripp G, Mattos P, Furukawa E. Needs assessment for behavioral parent training for ADHD in Brazil. *Front Psychiatry* 2022.
13. Dale C, Parent J, Forehand R, DiMarzio K, Sonuga-Barke E, Long N, et al. Behavioral parent training for preschool ADHD: family-centered profiles predict changes in parenting and child outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2022; 51: 726-39.
14. Piffner L, Dvorsky M, Hawkey E, Chung S, Haack L, Owens E. Improving adherence to behavioral parent training for ADHD using digital health tools. *J Psychiatr Brain Sci* 2022; 7.
15. de la Caridad Alvarez M, Garcia BH, Navarro Flores CM, Vázquez AL, Lara J, Domenech Rodríguez MM. Parent training interventions. in: halpern-felscher b, editor. *encyclopedia of child*

- and adolescent health (first edition). Oxford: Academic Press 2023; 800-20.
16. Zarakoviti E, Shafran R, Papadimitriou D, Bennett SD. The efficacy of parent training interventions for disruptive behavior disorders in treating untargeted comorbid internalizing symptoms in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2021; 24: 542-52.
 17. Dekkers TJ, Hornstra R, van der Oord S, Luman M, Hoekstra PJ, Groenman AP, et al. Meta-analysis: which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022; 61: 478-94.
 18. Jansiri C. Effectiveness of implementing the caregiver training regrading behavior modification of ADHD program, Suanprung psychiatric hospital, Chiang Mai province. 2010.
 19. Pornnoppadol C. NET PAMA Facilitators' manual (3rd ed.): media zone printing 2023.
 20. Sharma S, Govindan R, Kommu JVS. Effectiveness of parent-to-parent support group in reduction of anxiety and stress among parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. *Indian J Psychol Med* 2022; 44: 575-9.
 21. Chootong R, Wiwattanaworaset P. Mental health status, family state and family functioning of undergraduate students in a southern university, thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64: 337-50.
 22. Ngamkum D. Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, eastern region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013; 27: 16-28.
 23. Siebelink NM, Bogels SM, Speckens AEM, Dammers JT, Wolfers T, Buitelaar JK, et al. A randomised controlled trial (Mind Champ) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *J Child Psychol Psychiatry* 2022; 63: 165-77.
 24. Rungmueanporn L. Positive parenting of parents with adhd children in ratchaburi hospital. *Region 4-5 Medical Journal* 2020; 39: 392-403.
 25. Yodkraisri J. Factors affecting quality of life in caregivers of children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, queen sirikit national institute of child health (QSNICH). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022; 67: 7-20.
 26. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61: 319-30.
 27. Srisuwan K. The effect of caregiver training program with reflection on the stress management skill of caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2022; 36: 49-61.
 28. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. Leszcz M, editor. New York: Basic Books/Hachette Book Group; 2005.
 29. Tungpukom P. Group psychotherapy for the health professions: concept and application. 2nd ed. Krongchang Printing Company Limited; 2014.
 30. Chequer de Castro Paiva G, Ferreira ESDA, Silva Jales J, Romano-Silva MA, Marques de Miranda D. Online parent training platform for complementary treatment of disruptive behavior disorders in attention deficit hyperactivity disorder: a randomized controlled trial protocol. *PLoS One* 2022; 17: 18-1.
 31. Arabi Z, Moghaddam LF, Sahebalzamani M. The effect of emotion regulation training on family relationships of hyperactive children. *J Educ Health Promot* 2020; 9: 101.
 32. Thomas P, Liu H, Umberson D. Family relationships and well-being. *Innov Aging* 2017; 1.
 33. Hoshier S, John A, Nadja R. The effects of parenting styles on behavioral problems in primary school children: a cross-cultural review. *Asian Soc Sci* 2015; 11: 171-86.
 34. Seethikaew N, Kodyee S, Moonpanane K, Pitchalard K, Reangsing C, Tripathi S. Factors related to positive parenting behaviors and executive function in preschool-age children, Chiang Rai province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2022; 32: 122-33.
 35. Joseph HM, Farmer C, Kipp H, Kolko D, Aman M, McGinley J, et al. Attendance and engagement in parent training predict child behavioral outcomes in children pharmacologically treated for attention-deficit/hyperactivity disorder and severe aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2019; 29: 90-99.
 36. Feng M, Xu J, Zhai M, Wu Q, Chu K, Xie L, et al. Behavior management training for parents of children with preschool adhd based on parent-child interactions: a multicenter randomized controlled, follow-up study. *Behav Neurol* 2023; 37: 356-34.
 37. Kolb D. *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall; 1984.
 38. Saboonma J, Rodcumdee B, Suktrakul S. The effect of group experiential learning for parents on aggressive behaviors of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2019; 31: 23-34.