

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและการจัดการกับความเครียด สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น

ลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ ค.ม.¹, วินัสริน ก้อนศิลา พย.ม.¹

ชิษณุพร สิงห์แจ่ม พย.บ.², สุพัตรา สุขาวท ปร.ค.^{1*}

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบมากที่สุดทางจิตเวชเด็ก เมื่อเป็นโรคนี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของเด็กแต่ยังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ต่อการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง การลดความเครียดของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นรับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น 9 กิจกรรม เข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินความเครียดสวนปรุงกรมสุขภาพจิตและแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง ประเมินก่อน - หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Repeated Measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนร่วมโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองลดลงมากกว่าก่อนร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p = .042$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองพบว่าลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p = .878$) สรุปโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ช่วยเพิ่มการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น และช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองในการดูแลเด็กได้

คำสำคัญ: ผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม การจัดการกับความเครียด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ

*Corresponding author e-mail: s_sukawa@yahoo.com

วันที่รับ (received) 21 พ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 พ.ค. 2566

Effectiveness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Parent for Behavior Modification and Stress Management Program

Laddawan kunavuti M.Ed.¹, Wenusrin Konsila M.M.S.¹,
Chitsanuporn Singjam N.S.², Supattra Sukhawaha Ph.D.^{1*}

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common mental health disorder in childhood and adolescence. ADHD not only impair children's functioning but also has a great impact on the functioning of their families, especially their parents. This was a quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) parent training for behavior modification and stress management program on parent practice, parent stress, and behavior of ADHD children. The experimental group comprised of 30 parents of children who participated in the ADHD training for behavior modification and stress management program every week three times. The control group comprised 30 parents who attended treatment as usual in the outpatient department. The instruments consisted of 1) personal identification form 2) practice parent test 3) stress test 4) Thai version of the IOWA Conners Rating Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Repeated Measures ANOVA. Results of evaluating the effectiveness of the program showed that immediately and 1 month after program intervention The Parenting Practice Test scores were significantly higher and The Stress Test scores were significantly lowered than those before ($p < .001$) and then those in the control group ($p < .001$ and $p = .042$) respectively. The modified IOWA Conners scores were significantly lowered than those before ($p < .001$) but no statistically significant between the experimental and control group ($p = .878$) The results indicated the effectiveness of implementing the ADHD parent training for behavior modification and stress management program.

Keywords: parent, ADHD, behavior modification, stress management

¹Registered Nurse, Professional Level, Prasimahabodi Psychiatric Hospital, Ubonratchathani province

²Registered Nurse, Professional Level, Khunhan hospital, Sisaket province

*Corresponding author e-mail: s_sukawa@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) เป็นโรคที่พบมากที่สุดทางจิตเวช เด็กและวัยรุ่น อาการหลักจากการวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) ที่สำคัญคือ อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการชน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ หุนหันพลันแล่น (Impulsiveness)¹ ความชุกของโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาระบาดวิทยา ของ WHO ใน 20 ประเทศ ทั่วโลกครอบคลุมทุกทวีป พบว่าความชุกในเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 0.1- 8.1 โดยเฉลี่ย อยู่ที่ร้อยละ 2.2² ในประเทศไทยพบความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และหญิง ร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1³ ผลกระทบของการเป็นโรคสมาธิสั้นไม่เพียงมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็ก แต่ยังรวมถึงผลกระทบต่อผู้ปกครองและครอบครัวด้วย โดยผลกระทบทางลบต่อการใช้ชีวิตของเด็กมีตั้งแต่วัยก่อนไปโรงเรียนที่จะอยู่ไม่นิ่ง มีกิจกรรมมาก ไวต่อการถูกระตุ้น ไม่มีสมาธิที่จะเล่น หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เสร็จ มักมีพัฒนาการที่ล่าช้า พัฒนาการทางสังคมที่ไม่ค่อยดี ระยะไปโรงเรียน วุฒิภาวะและทักษะด้านต่าง ๆ จะมีความแตกต่างจากเพื่อนในห้องเรียน การเรียนรู้มักเป็นไปด้วยความลำบาก หากครูไม่เข้าใจและเรียนรู้ วิธีการจัดการเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม เด็กมักจะล้มเหลวในการเรียน ถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมชั้นและรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้มักเกิดโรคร่วมขึ้น เช่น โรคความบกพร่องในการเรียนรู้ โรคซึมเศร้า โรคติดต่อต้าน โรคเกร็งวิตกกังวล ปัญหาการใช้สารเสพติด และ Tic disorder ซึ่งอาจทำให้ผลการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นมีความยุ่งยากมากขึ้น⁴ ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวพบว่าการมีลูกเป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลมากต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว ทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่ กับลูก และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก การที่ครอบครัวมีลูกเป็นโรคสมาธิสั้น ทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดหวังและยากที่จะรับความบกพร่องของลูก จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในอนาคตที่มีต่อลูก⁵ และการที่ลูกมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัว โดยเฉพาะพฤติกรรมติดต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งต้องเพิ่มระยะเวลาในการดูแลของผู้ปกครอง ลดความสามารถของผู้ปกครองในการดูแล ซึ่งนำมาซึ่งความเครียดอย่างสูง⁶

ผู้ปกครองที่ดูแลโดยเฉพาะมารดามักรู้สึกท้อแท้ คิดว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นภาระ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เครียดเรื้อรัง อาจใช้การแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น ละเลยที่จะดูแลเด็ก ไม่นำเด็กไปรักษาต่อเนื่อง ดุด่า ตีเด็ก หรือตีศีรษะเมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้ามากกว่ามารดาเด็กทั่วไปที่ไม่ได้เป็นสมาธิสั้น⁷ การศึกษาครอบครัวของเด็กที่มีสมาธิสั้น 36 คู่ พบว่ามีความเครียดร้อยละ 89 มีความไม่สบายใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็ก ร้อยละ 64 และมีปัญหาเรื่องการทะเลาะกับคู่สมรส ร้อยละ 50⁸ คู่สมรสที่ลูกสมาธิสั้นมีแนวโน้มสูงในการหย่าร้างกัน⁹ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของลูกมีผลกระทบโดยตรงต่อความเครียดและความสามารถในการดูแลของพ่อแม่ผู้ปกครอง พ่อแม่ที่ลูกมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาน้อย มีอาการสมาธิสั้นไม่รุนแรง พบว่าจะมีความเครียดน้อยและมีความสามารถในการดูแลได้ดีกว่า พ่อแม่ที่ลูกมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก มีอาการสมาธิสั้นรุนแรง⁶ ซึ่งการที่จะทำให้ความเครียดลดลง ผู้ปกครองจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม โดยมีการศึกษาแบบวิเคราะห์ข้อถกเถียง (Meta-analysis) พบว่า วิธีการฝึกจัดการกับความเครียดให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ช่วยทำให้ความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นลดลงและมีผลต่อการดูแลเด็กที่ดีขึ้น¹⁰ ดังนั้น การช่วยให้ผู้ปกครองมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ต้องดูแลลูกสมาธิสั้นไปพร้อมกับการช่วยให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่เหมาะสมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็น

มีการวิจัย Meta-analysis พบว่าโปรแกรมการฝึกผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้านเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างประสบความสำเร็จราบรื่นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โปรแกรมการฝึกที่มีรูปแบบช่วยฝึกเด็กที่บ้าน เช่น การช่วยลูกสมาธิสั้นทำการบ้าน การสื่อสารกันระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองกับครู เป็นการช่วยให้เกิดการร่วมมือที่ดีต่อกันระหว่างบ้านกับโรงเรียน ลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเด็กทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน⁸ การศึกษาเชิงทดลองระดับชาติในประเทศสวีเดนที่ทดลองให้มีโปรแกรมการฝึกพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นอายุ 3-12 ปี จำนวน 908 คน พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับการอบรมตามโปรแกรมมีอาการของสมาธิสั้นลดลง ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ลดความเครียดและอาการซึมเศร้าของพ่อแม่ผู้ปกครองได้¹¹ เช่นเดียวกับโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมของพ่อแม่ต่อเด็กสมาธิสั้นจำนวน 241 คน ในสหรัฐอเมริกา พบว่าพ่อแม่ประเมินว่าลูกมีพฤติกรรมที่เคยเป็นปัญหาไปในทางที่ดีขึ้น สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่และลูกดีขึ้น เกิดผลดีต่อพฤติกรรมของเด็กในครอบครัว¹² การศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีโปรแกรมการฝึกอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ¹³ ซึ่งเป็นโปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอน 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งรวม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน เนื้อหาประกอบด้วยการเรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการสื่อสาร การชื่นชม การให้รางวัล และการลงโทษลูก ผลพบว่าสามารถช่วยให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีแนวทางในการปรับพฤติกรรมเด็ก มีการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กได้ดีขึ้น มีผู้นำโปรแกรมนี้ไปใช้ฝึกผู้ดูแลในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01¹⁴ นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ฝึกผู้ปกครองและติดตามผลด้านพฤติกรรมต่อเนื่องด้านของเด็กสมาธิสั้น พบว่าพฤติกรรมต่อเนื่องด้านลดลงหลังผู้ปกครองได้รับการฝึกและติดตามต่อเนื่องไปถึง 6 เดือน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มุ่งเน้นเรื่องของการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการฝึกปฏิบัติผู้ปกครองเพื่อดูแลลูกเป็นหลัก ยังไม่มีส่วนเนื้อหาของการจัดการกับความเครียด ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น ซึ่งหากมีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด อาจทำให้ผู้ปกครองลดความเครียดลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลลูกที่ดีขึ้น และน่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กลดลง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย ยังพบว่า การให้บริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบยังขาดรูปแบบในการฝึกผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพบว่า ในโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในเขตสุขภาพที่ 10 มีเด็กโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ร้อยละ 31.34 หรือ 230 คน (ข้อมูลวันที่ 31 กรกฎาคม 2563) จากการติดตามนิเทศการดำเนินงานของกลุ่มงานสุขภาพจิตชุมชนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบอุปสรรคในการดำเนินงานที่สำคัญคือ เมื่อเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการมากขึ้น กลับมีผลทำให้ผู้ปกครองมีทัศนคติด้านลบ ไม่ยอมมารับการรักษา รู้สึกอับอายที่มีลูกเป็นสมาธิสั้น ไม่ทราบวิธีการดูแลจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น จึงมีผลให้เด็กสมาธิสั้นขาดการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรมทางลบของเด็ก เกิดปัญหาในครอบครัวด้านสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่และเด็กในครอบครัว พ่อแม่มีความเครียด ขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท ต่ำหนิเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น ว่าเป็นสาเหตุให้พ่อแม่เกิดปัญหา นำมาซึ่งความเครียดทั้งของผู้ปกครองและเด็กมากขึ้น กระทั่งการเรียนในโรงเรียนของเด็กด้วย นอกจากนี้ ในการพยาบาลระบบปกติของโรงพยาบาลชุมชนเป็นการให้การรักษาด้วยยา และการให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงเวลาที่มีจำกัด ยังไม่มีรูปแบบในการฝึกผู้ปกครองเพื่อให้มี

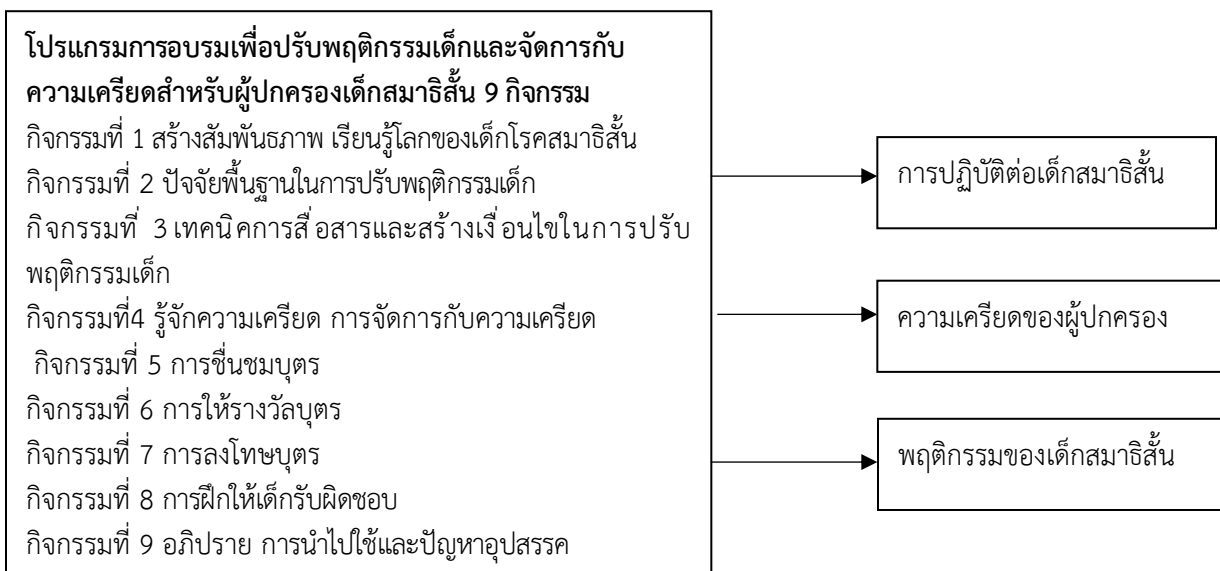
ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ครอบคลุมและจัดการกับความเครียดได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น เพื่อส่งเสริมทักษะที่ถูกต้องของผู้ปกครองในการจัดการต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น และมีวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองด้วยตัวเอง ซึ่งจะเป็ต้นแบบของการฝึกผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสำหรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่อการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ความเครียดของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมเด็ก¹³ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอน 7 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งรวม 3 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย การเรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐานในการปรับปรุงพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการสื่อสารการชื่นชม การให้รางวัล การลงโทษเด็ก การฝึกให้เด็กรับผิดชอบ ร่วมกับแนวคิดเรื่องจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย การทำความเข้าใจความเครียดและการจัดการกับความเครียดด้วยการฝึกผ่อนคลายความเครียดในรูปแบบต่างๆ¹⁵



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลอง (Quasi-experimental research two group time series design) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น กลุ่มควบคุม ได้รับการตามปกติของโรงพยาบาลชุมชนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คนไทยเพศชายและหญิงที่เป็นพ่อ หรือแม่ หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 3-15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นและมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพ่อ หรือแม่ หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 3 - 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น และมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ใน 1 ปี ตั้งแต่ เดือน มกราคม 2562 - เดือนกรกฎาคม 2563

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก โปรแกรม G power โดยใช้ผลการวิจัยจากการศึกษาของภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ¹⁶ ซึ่งนำโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองไปใช้และประเมินผลด้วยค่าเฉลี่ยแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง (IOWA Corners Rating scale) ฉบับภาษาไทย¹⁶ ด้วยสูตร Cohen' s effect size ค่า effect size ที่ระดับ 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($z=1.96 : 2 \text{ side test}$) และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ($Z=0.842$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 52 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อชดเชยการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างจากการถอนตัวหรือมาเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมไม่ครบ เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

เกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย (Eligibility criteria) มีดังนี้ 1) เป็นคนไทย ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นพ่อ หรือ แม่ หรือผู้ปกครองที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลเด็ก อายุ 3-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและมีคะแนนจากการประเมินด้วยเครื่องมือคัดกรองสมาธิสั้น SNAP 4 เป็นบวก ซึ่งมี 3 ด้าน แต่ละด้านมีคะแนน 16-14-12 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารพูด เขียน ภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีอาการของโรคจิต หรือ ซึมเศร้าในระยะรุนแรง หรือ ติดสุรา/ สารเสพติดที่แสดงอาการออกอย่างชัดเจนและหรือมีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคจิตหรือ ซึมเศร้า หรือติดสุรา/สารเสพติด 2) มีความบกพร่องด้านการได้ยิน หรือการมองเห็น หรือมีความพิการ มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว 3) เด็กสมาธิสั้นในความดูแลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย 4) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบกระบวนการ

เกณฑ์การสิ้นสุดการวิจัย (Termination criteria) เมื่อผู้ปกครองขอถอนตัวออกจากการวิจัย โดยแจ้งต่อผู้วิจัย หรือขาดการเข้าร่วมโปรแกรมเกิน 2 ครั้ง หรือมีอาการตาม Exclusion criteria ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ COA No.008/2563 วันที่รับรอง 25 พฤศจิกายน 2563 อาสาสมัครทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการชี้แจงประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการของโรงพยาบาล รวมทั้งมีการรักษาความลับของข้อมูลในการวิจัยเข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะผู้วิจัยและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หลังสิ้นสุดการวิจัยอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น เทาเทียบกับอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือในการคัดเข้า 2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์การบำบัด และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ แบบคัดกรองสมาธิสั้น Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย¹⁷ ใช้สำหรับประเมินเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อยืนยันอาการสมาธิสั้น ร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์ เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อที่ประเมินโดยผู้ปกครอง จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านขาดสมาธิ จุดตัด 16 คะแนน ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จุดตัด 14 คะแนนและด้านดื้อ/ต่อต้าน จุดตัด 12 คะแนน มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha = 0.93 – 0.96 ค่า AUC : SNAP – IV = 0.71 – 0.81 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อหรือแม่หรือผู้ปกครองของเด็กที่มีคะแนนประเมินในด้านขาดสมาธิ >16 คะแนน ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง >14 คะแนน และด้านดื้อ/ต่อต้าน >12 คะแนน จะได้รับการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 เครื่องมือ ได้แก่

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านในแต่ละวัน อายุเพศและระดับการศึกษาของเด็กสมาธิสั้นในการดูแล

2.2) แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Practice parent test) ฉบับภาษาไทย¹³ ใช้สำหรับวัดการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ตามความคิด ความรู้สึกของตนในแต่ละข้อได้ 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง หากตอบไม่เคย = 1 คะแนน ตอบบางครั้ง = 2 คะแนน ตอบบ่อยครั้ง = 3 คะแนน คะแนนรวม 20-60 คะแนน แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ 20.00 – 33.33 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับเล็กน้อย 33.34 – 46.67 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับปานกลาง 46.68 – 60.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับมากที่สุด มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha or coefficient alpha) = 0.82

2.3) แบบวัดความเครียดสวนปรุงกรมสุขภาพจิต (SPST-20)¹⁴ ใช้ประเมินความเครียดของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุงกรมสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.86 ค่าความไว 70.40 ค่าความจำเพาะ 64.60 มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละคำถามมีช่วงคะแนนในแต่ละข้อ 0 - 3 คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึงไม่เคยเลย 1 คะแนน หมายถึงเป็นบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึงเป็นบ่อย 3 คะแนน หมายถึงเป็นประจำ การแปลผล 0 - 5 คะแนน หมายถึง เครียดต่ำกว่าปกติ 6 - 17 คะแนน หมายถึง เครียดปกติ 18 - 25 คะแนน หมายถึง เครียดเล็กน้อย 26 - 29 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 30 - 60 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าปกติมาก

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Corners Rating scale) ฉบับภาษาไทย¹² ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้ปกครองประเมินด้วยตัวเอง (Self-rating scale) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองในแต่ละข้อได้

4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1 คะแนน คือ ไม่ทำเลย 2 คะแนน คือ ทำเล็กน้อย 3 คะแนน คือ ทำค่อนข้างมาก 4 คะแนน คือ ทำมากที่สุด คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ 10.00 - 17.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย 17.50 - 25.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง 25.01 - 32.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมาก 32.50 - 40.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมากที่สุด มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha or coefficient alpha) = 0.81¹¹

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็ก และจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น เป็นโปรแกรมที่ปรับมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ¹³ ซึ่งเป็นการฝึกอบรมผู้ปกครอง จำนวน 7 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งรวม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน เนื้อหาประกอบด้วยการเรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการสื่อสาร การชื่นชม การให้รางวัล และการลงโทษลูก ผู้วิจัยได้นำมาปรับโดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น การอภิปรายปัญหาอุปสรรคและการนำไปใช้ ทั้งนี้เนื้อหาในส่วนอื่นยังคงเดิม

โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 9 กิจกรรม แบ่งเป็น 3 ครั้ง ห่างกัน ทุก 1 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง รวมเป็น 3 สัปดาห์ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวัตถุประสงค์ หัวข้อ กิจกรรมและระยะเวลาของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น

ครั้งที่	สัปดาห์ที่/ ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือ
1	1/4 ชั่วโมง	เพื่อให้ผู้ปกครองได้รู้จักและทำความเข้าใจเด็กสมาธิสั้น ได้ทราบปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการปรับพฤติกรรมเด็ก ทราบวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ได้รู้จักความเครียดของตัวเอง และปฏิบัติตัวเองในการคลายเครียดด้วยตนเองได้	เรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรมเด็ก การสื่อสาร การจัดการกับความเครียด	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้นและบทบาทของผู้ปกครองในการดูแล กิจกรรมที่ 2 ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก กิจกรรมที่ 3 เทคนิคการสื่อสารและการสร้างเงื่อนไขในการปรับพฤติกรรมเด็ก	คู่มือสำหรับผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นและการจัดการกับความเครียด

ครั้งที่	สัปดาห์ที่/ ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือ
				กิจกรรมที่ 4 รู้จัก ความเครียด การ จัดการกับความเครียด จากการเป็นผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้น	
2	2/3 ชั่วโมง	เพื่อให้ผู้ปกครองได้ทราบ หลักการปรับพฤติกรรมเด็ก สมาธิสั้น ที่มีผลต่อชม การให้ รางวัล และการลงโทษ และ ฝึกปฏิบัติให้เป็นเพื่อช่วยใน การปรับพฤติกรรมเด็ก	การชื่นชม ให้รางวัล และลงโทษเด็กสมาธิ สั้นที่เหมาะสม	กิจกรรมที่ 5 การชื่น ชมลูก กิจกรรมที่ 6 การให้ รางวัลลูก กิจกรรมที่ 7 การ ลงโทษลูก	
3	3/3 ชั่วโมง	เพื่อให้ผู้ปกครองรู้จักเทคนิค วิธีการปรับพฤติกรรมเด็ก แบบประยุกต์รวมกันและ นำไปใช้ในการปรับพฤติกรรม เด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง	การประยุกต์เทคนิค การปรับพฤติกรรม เด็กและการนำไปใช้	กิจกรรมที่ 8 การให้ เด็กได้รับผิดชอบและ ประยุกต์ใช้เทคนิคทุก อย่างรวมกัน กิจกรรมที่ 9 อภิปราย สิ่งที่ได้จากการ ฝึกอบรม การนำไปใช้ และปัญหาอุปสรรคที่ เกิดขึ้นจากการนำแต่ ละเทคนิคไปใช้ และ วิธีการแก้ไข	

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัย จัดทำร่างเนื้อหา
รายละเอียดของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง โดยขออนุญาตใช้โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก ของ
ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ¹³ นำมาประยุกต์และเพิ่มเติมในส่วนหัวข้อการจัดการกับความเครียด แล้วส่งเนื้อหา
โปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว ประเมินความตรงตามเนื้อหา
ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน จิตแพทย์ทั่วไป 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และนักจิตวิทยา
1 ท่าน วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่า = 0.98 และได้ปรับปรุงโปรแกรมตามคำแนะนำ
ของผู้ทรงคุณวุฒิ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

ได้รับบริการตามระบบบริการปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลขุนหาญ
จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน คัดกรอง การตรวจรักษาด้วยยาและการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ปกครอง
โดยพยาบาลประจำคลินิก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. พัฒนาโครงร่างการวิจัยและขออนุมัติจริยธรรมทางการวิจัยจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. ขออนุมัติดำเนินการวิจัยโดยทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยหลัก จำนวน 4 คน แบ่งเป็นผู้วิจัยที่ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดำเนินการฝึกอบรมตามโปรแกรม จำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมโปรแกรมเป็นวิทยากรของการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก ตามหลักสูตร TOT ของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรม ผู้วิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่ผู้ช่วยฝึกอบรมตามโปรแกรม โดยมีคุณสมบัติผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่การประเมินผลการวิจัย มีคุณสมบัติผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือประเมินผลการวิจัยแล้ว และไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่ประสานงานคัดกรองค้นหากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลชี้แจงเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งการจับสลากแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและดำเนินการนัดหมาย ประสานงานระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร
4. ผู้วิจัยหลักคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งชี้แจงหากผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้พยาบาลผู้วิจัยที่ทำหน้าที่ประสานงานค้นหากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (จับสลาก) ตามลำดับของการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลองจะได้รับการนัดหมายให้เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการตามปกติที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการในเดือนมกราคม 2564
5. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับแบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Corners Rating scale) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
6. กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลขุนหาญ
7. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Corners Rating scale) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตและแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หลังสิ้นสุดการอบรมตามโปรแกรม และหลังการอบรมตามโปรแกรม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ และการทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi – square test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต โดยประเมินก่อน หลังทดลองทันทีและ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOV
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Practice parent test)

โดยประเมินก่อน หลังทดลองทันทีและ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Between group) จากแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Corners Rating scale) ฉบับภาษาไทย โดยเปรียบเทียบทั้งก่อน หลังทดลองทันที และ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

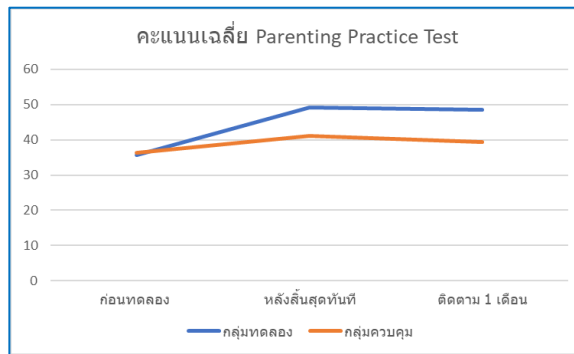
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test : χ^2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านเพศ อายุ อาชีพ การศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองของเด็กโรคสมาธิสั้น เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					3.068	0.080
ชาย	11	36.7	5	16.7		
หญิง	19	63.3	25	83.3		
อายุ (ปี)					28.343	0.603
20 – 29	3	10.0	3	10.0		
30 – 39	12	40.0	15	50.0		
40 – 49	8	26.7	8	26.7		
50 – 59	3	10.0	2	6.7		
อายุเฉลี่ย	41		39.20			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.164		11.336			
ระดับการศึกษา					2.998	0.700
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	10.0	2	6.7		
ประถมศึกษา	9	30.0	14	46.7		
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.0	6	20.0		
ปวส.	3	10.0	1	3.3		
ปริญญาตรี	2	6.7	2	6.7		
อาชีพ					9.319	0.111
เกษตรกร	13	43.3	17	56.7		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	10.0	-	-		
ค้าขาย	5	16.7	3	10.0		

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อื่นๆ	9	30.0	10	33.3	6.584	0.361
ความสัมพันธ์กับเด็กโรคสมาธิสั้น						
บิดา	4	13.3	1	3.3		
มารดา	17	56.7	22	73.3		
ญาติ (ปู่/ย่า/ตา/ลุง/ป้า)	9	30	7	23.4		

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน Parenting practice test



ภาพที่ 2 กราฟแสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ปกครองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

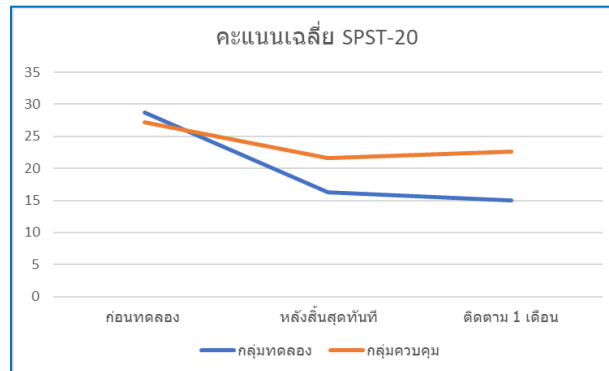
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P – value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง - กลุ่มควบคุม	1400.022	1	1400.022	31.703	.000*
ความคลาดเคลื่อน	2561.289	58	44.160		
ภายในกลุ่ม	2944.544	2	1472.272	216.755	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับ	829.544	2	414.772	61.065	.000*
ผลการวัดก่อนหลังและติดตามผล					
ความคลาดเคลื่อน	787.911	116	6.792	787.911	

*P < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และโปรแกรมกับช่วงเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน SPST-20



ภาพที่ 3 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

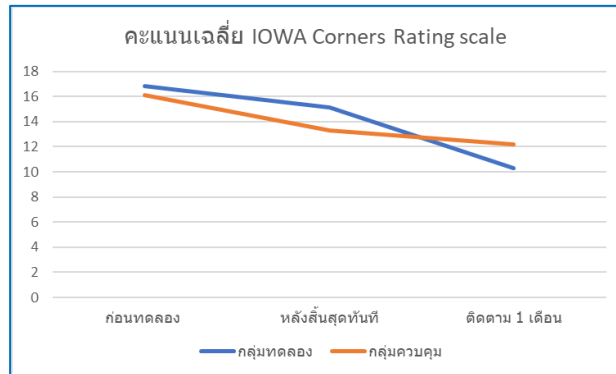
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P – value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง - กลุ่มควบคุม	638.450	1	638.450	4.322	0.042*
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม					
ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	3264.578	2	1632.289	115.392	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	678.533	2	339.267	23.984	.000*
ความคลาดเคลื่อน	1640.889	116	14.146	787.911	

* $P < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.042$) และโปรแกรมกับช่วงเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Corners Rating scale) ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพที่ 4 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ย IOWA Corners Rating scale ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน IOWA corners rating scale

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P – value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง - กลุ่มควบคุม	1.606	1	1.606	.024	.878
ความคลาดเคลื่อน	3935.922	58	67.861		
ภายในกลุ่ม					
ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	837.511	2	418.756	23.252	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	106.711	2	53.356	2.963	.056
ความคลาดเคลื่อน	2089.111	116	18.010	2089.111	

*P < .001

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงไม่แตกต่างกันจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.878) แต่โปรแกรมกับช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย โปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น สามารถเพิ่มการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้เหมาะสมขึ้น แตกต่างอย่างชัดเจนกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อวัดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและติดตามวัดผลในระยะ 1 เดือน และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับทีมผู้วิจัยในวิธีการจัดการดูแลการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเด็ก ทำให้เกิดแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น อีกทั้งกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเด็ก โดยเน้นการวางแผนการจัดการกับพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าและลงมือปฏิบัติเมื่อเกิดพฤติกรรมจริง เน้นการเตรียมวางแผนในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ที่นำไปใช้ได้ผลในสถานการณ์จริง มีการให้รางวัล มีบทลงโทษที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลเด็กและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Meta-analysis¹⁸ ที่พบว่าองค์ประกอบของการฝึกผู้ปกครองที่ได้ผลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มี 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ เทคนิคในการจัดการพฤติกรรมเด็กล่วงหน้าก่อนเกิดเหตุการณ์กระตุ้นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการให้รางวัลเชิงบวกกับเด็กเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมได้ จะได้ผลเชิงบวกในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กและให้ผลที่ดีในด้านความรู้สึกของผู้ปกครองว่ามีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมลูกได้ และสอดคล้องกับการศึกษาในไทย¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาพฤติกรรมเด็ก รู้สึกสบายใจและมีความหวังมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า โปรแกรมนี้สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองได้อย่างชัดเจนเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองมีแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อีกทั้งเมื่อเกิดความเครียด ผู้ปกครองทราบแนวทางและมีทักษะในการดูแลตัวเองเพื่อลดความเครียดด้วยตัวเองได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ จึงมีผลให้ความเครียดของผู้ปกครองอันเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการลดความเครียดและการเพิ่มความสามารถของตัวเองในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 43 คน ต่อเนื่องจำนวน 10 สัปดาห์ ผลพบว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองโดยเฉพาะมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อน หลังเข้าร่วมโปรแกรม²⁰

ในด้านความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังสิ้นสุดโปรแกรม ทันทีและติดตามในระยะ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงถึงการมีประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นของทั้งโปรแกรมในกลุ่มทดลองและการบริการตามปกติในกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วม โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ อย่างไรก็ตาม พบว่าคะแนนการลดลงของพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากโปรแกรมนี้ไม่ได้ไปจัดการที่ตัวเด็กสมาธิสั้นโดยตรงในเรื่องของการเพิ่มระดับสมาธิเด็กและการลดอาการสมาธิสั้น เนื้อหาโปรแกรมเป็นการออกแบบเพื่อให้ผู้ปกครอง

สามารถจัดการเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการสมาธิสั้น อีกทั้งเด็กทั้งสองกลุ่มได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้นเช่นเดียวกัน จึงทำให้มีผลต่อการลดอาการสมาธิสั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าอาการสมาธิสั้นที่วัดโดยแบบประเมิน SNAP-IV ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา²¹

งานวิจัยนี้มีจุดเด่นคือเป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีการเปรียบเทียบเป็นสองกลุ่ม ใช้การจับสลากแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจมีปัจจัยตัวแปรกวน (Confounding factor) เช่น อายุ การศึกษา ทักษะคิดของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น แต่ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรภายในด้านข้อมูลทั่วไปให้มีความไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการประเมินผลโดยใช้ผู้ประเมินที่ไม่ทราบว่าการใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยประเมินผลมากกว่า 2 ครั้งและใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ผลจากการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการทั้งหมดที่กล่าวมาเกินไปเพื่อลดอคติ (Bias) ในการศึกษา นอกจากนี้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นยังมีจุดเด่นคือการเพิ่มเนื้อหาในการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งยังไม่มีนำมาใช้เพื่อฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นการเน้นจัดการกับพฤติกรรมเด็กโดยไม่ได้เน้นแนะนำแนวทางให้ผู้ปกครองจัดการกับความเครียดของตัวเองที่ต้องเผชิญจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อจำกัดในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ยังขาดการติดตามประเมินผลในระยะยาวว่าสามารถช่วยเพิ่มการปฏิบัติของผู้ปกครองที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อเวลาผ่านไป ช่วยลดความเครียดและลดความรุนแรงของพฤติกรรมของเด็กได้อย่างต่อเนื่องไปนานเพียงใด เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอาจเกี่ยวข้องกับหลายด้าน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ผู้ปกครองประเมินด้วยตัวเอง จึงอาจมีอคติในการประเมินเป็นบางราย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ผลการประเมินอาจช่วยลดอคติในวิธีการวิจัยส่วนนี้ลงได้บ้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาวต่อเนื่อง เป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อศึกษาประสิทธิภาพระยะยาวของโปรแกรมและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการที่เหมาะสม
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมฝึกสมาธิสำหรับเด็กที่ช่วยลดอาการสมาธิสั้นควบคู่ไปกับการฝึกผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดอาการสมาธิสั้นของเด็กได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นไปใช้ในระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ร่วมกับการให้ยารักษาสมาธิสั้นแก่เด็ก จะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการช่วยให้ผู้ปกครองมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง

มีความเครียดลดลง ส่งผลต่อให้พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากอาการสมาธิสั้นของเด็กลดลงด้วย ทั้งนี้ผู้ที่จะใช้โปรแกรมต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
2. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Andrade L, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017;9: 47–65.
3. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันว์รุจน์ บุรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2556;2166-75.
4. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child* 2005;90(Suppl 1):i2–7.
5. Mazursky-Horoitz H, Felton JW, MacPherson L, Ehrlich KB, Cassidy J, et al. Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *J Abnorm Child Psychol* 2015;43:121-31.
6. Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R. The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry Hum Dev* 2015;46:118-29.
7. Jones J, Passey J. Family Adaptation, Coping and Resources: Parents of Children with Developmental Disabilities and Behavior Problems. *J Dev Disabil* 2004;11;31-46.
8. Lindo EJ, Kliemann KR, Combes BH, Frank J. Managing Stress Levels of Parents of Children with Developmental Disabilities: A Meta-Analytic Review of Interventions. *Fam Relat* 2016;65:207-24.
9. Theule J, Wiener J, Taanock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *J Emot Behav Disord* 2013;21:3-17.
10. Fabiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A Meta analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2009;29:129–40.
11. Stattin H, Enebrink P, Özdemir M, & Giannotta F. A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *J Consult Clin Psychol* 2015;83:1069–84.

12. Loren REA, Vaughn JM, Langberg JEM, Cyran T, Proano-Raps BH, Smolyansky L, et al. Effects of an 8-session Behavioral Parent Training Group for Parents of Children with ADHD on Child Impairment and Parenting Confidence. *J Atten Disord* 2015;19:158-66.
13. ชาญวิทย์ พรนภดล. คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก. นครปฐม; คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
14. ชัยพร จันทศิริ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
15. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
16. ภาวิตา จงสุขศิริ, สุพร อภินันทเวช, สิริรัตดา ปัญญาภาส. ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหา สมาธิสั้น ต่อต้าน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2562;64:163-76.
17. ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, ทรงภูมิ เบญญากร. คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP – IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ – ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2557;59:97-110.
18. Dekkers TJ, Homstra R, Oord SVD, 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* 2021;61:478-94.
19. กัลยา สุวรรณสิงห์, อรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัลยา โหดหิมี. ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2563;34:37-51.
20. Corey LH. Improvements in parenting stress and self-efficacy following behavioral parent training for children with ADHD [Degree Doctor of Philosophy]. St. Houston, Texas: University of Houston; 2014.
21. ตรียา เลิศหัตถศิลป์. รายงานการวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ; โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติภาควิชาจิตเวช; 2561.