

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

กัญชมน สีหะปัญญา, พย.ม.*

เนาวรัตน์ สืบภา, วท.บ.**

Received: June 12, 2024

Revised: September 19, 2024

Accepted: October 14, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการทดลองคือโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น พัฒนาตามแนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง ประยุกต์กับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) จำนวน 26 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Independent t-test และ paired t-tests

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะผู้ปกครอง และยังช่วยลดปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้

คำสำคัญ: เด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวารินชำราบ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Kanchamonohh@gmail.com

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Effects of Parent Skills Training Program for Modifying the Behavior of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kanchamon Seehapanya, M.N.S.*

Naowarat Suebpha, B.Sc.**

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design were to compare the mean scores of children's behaviors with ADHD before and after using the Parent Skills Training (PST) Program, and to compare the mean scores of children's behaviors with ADHD using the the PST Program and those who received regular nursing care. The parents of children with ADHD were randomly assigned to either an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The experimental group participated in the PST program and usual care for 6 weeks; the control group received usual care only. The PST program for modifying the behaviour of children with ADHD was based on the conceptual framework of parent management training, applied through Kolb's experiential learning theory. In addition to collecting demographic characteristics, instruments were used to gather data: the 26-item Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale (SNAP-IV) short form and questionnaires with Cronbach's alpha of 0.89. Descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests were employed for data analysis.

Results indicated that: 1) The mean scores of behavioral problems in children with ADHD after participating in the PST program were significantly lower than those before, at the .05 level. 2) The mean scores of behavioral problems in children with ADHD after participating in the PST program were significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level. In conclusion, the PST Program is highly effective in training parents' skills, significantly reducing behavioural problems in children with ADHD.

Keywords: ADHD, Behavior modification, Parent skills training program

* professional nurse, Warinchamrab Hospital; Corresponding Author E-mail: Kanchamonohh@gmail.com

** public health technical officer, Ubonratchatani Provincial Public Health Office

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในภาวะวินิจฉัยทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน (Wong et al., 2023) ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ การเรียนและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็ก (Hsu et al., 2019) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 5 (Sayal et al., 2018) เกิดจากการทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง (Leffa et al., 2022) ส่งผลให้เกิดอาการทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความบกพร่องทางหน้าที่ ประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้น พบเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 เป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.1 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3 : 1 ซึ่งแยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2 พบสูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 และพบมากที่สุด ในประเภท combined type ร้อยละ 3.8, inattentive type ร้อยละ 3.4 และ hyperactive/ impulsive type ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) ซึ่งอาการเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนนั้นมักจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีสมาธิในการตั้งใจหรือจดจ่อในการเรียน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาปรับพฤติกรรมอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะส่งผลให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน มีปัญหาด้านการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น (Morrison et al., 2018) และจากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่าประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นจะมีอาการจนถึงวัยผู้ใหญ่ มีบุคลิกก้าวร้าว ทำผิดกฎและมีปัญหาใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย (อัญชลี ศรีสมุทร, 2564) ความผิดปกตินี้ถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Qiu et al., 2023) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Lee & Kim, 2022)

อาการของโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการซน/อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น/วู่วาม (impulsivity) ซึ่งจะมีอาการเหล่านี้มากกว่าเด็กที่อยู่ในระดับพัฒนาการเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาบกพร่องทางด้านทักษะทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว รังแกผู้อื่น เจ้ากี้เจ้าการ มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย ทำตามกฎกติกากลุ่มไม่ได้ ขัดแย้งกับผู้อื่น (นิญฐฐายอดแก้ว, 2564) อาการของโรคสมาธิสั้น อาจยังคงอยู่ตั้งแต่วัยเด็กจนเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการดูแลรักษา มีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมและอาจนำไปสู่อารมณ์หุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Young & Cocallis, 2021)

การรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีคือการใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสานที่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแพทย์จะติดตามผลการรักษาโดยการประเมินอาการและความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น เพื่อวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Attention Deficit/Hyperactivity, 2021) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นวิธีการรักษาอีกรูปแบบของการบำบัดสำหรับผู้ป่วยสมาธิสั้น และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูให้มีความเหมาะสมและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น (Evans et al., 2018) บทบาทของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากขาดความรู้ความเข้าใจในโรค ขาดทักษะในการดูแลเด็กที่ถูกต้องจะส่งผลให้เด็กมีปัญหาในด้านพัฒนาการต่าง ๆ ส่งผลเสีย

มากมายตามมา (ดาร์รินทร์ สิงห์สาธิต, 2561) ซึ่งเมื่อผู้ปกครองมีความรู้และแนวทางการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยสร้างความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเสริมสร้างแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดู เพิ่มทักษะในการกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training program) เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีพื้นฐานอยู่บนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Hornstra et al., 2023) และมีหลากหลายโปรแกรม แต่สิ่งสำคัญคือองค์ประกอบหลักในการจัดการพฤติกรรมที่ยังคงไว้ในแต่ละโปรแกรม ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรม (de la Caridad Alvarez et al., 2023) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลาง สร้างความรู้โดยการปรับเปลี่ยนประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง จากการสังเกต การสะท้อนความคิด การสรุปความคิดรวบยอดนำไปสู่การนำไปปฏิบัติ นับว่าเป็นการสร้างเสริมความรู้และความสามารถของบุคคลที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ ดุษฎี จึงศิริกุลวิทย์ และคณะ (2561) ซึ่งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) โดยใช้โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน ซึ่งศึกษาในเด็กกลุ่มเสี่ยงวัยเรียนที่ได้รับการประเมินจากจากครูประจำชั้นแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ โรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ โรคบกพร่องทางสติปัญญา ผลการศึกษาหลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน ในเด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาอารมณ์ พฤติกรรมเฉร พฤติกรรมนอนไม่นิ่ง ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลง คะแนนปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ และการศึกษาของจิรพรรณ สาบุญญา และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาส่งผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์ (2559) ที่ได้ใช้โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิตา จงสุขสิริ และคณะ (2562) ซึ่งได้ศึกษาผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครอง 6 เดือน เด็กมีระดับความรุนแรงด้านพฤติกรรมชน สมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน และความบกพร่องทางหน้าที่โดยรวมลดลง ผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวต่อเด็กเหมาะสมมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองถือเป็นบุคคลที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการพัฒนาทักษะและปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี การปรับพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการปรับวิธีการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปพร้อมกับการรักษาด้วยยา การปรับพฤติกรรมที่ได้ผลดีนั้นต้องมี

ความสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง หากผู้ปกครองขาดความตระหนัก ละเลยในการปรับพฤติกรรม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจไม่มีความยั่งยืนและส่งผลให้เกิดปัญหาได้ในอนาคต

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง เพื่อให้บริการผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในการดูแลฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์การใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ส์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เน้นถึงองค์ประกอบหลักสำคัญ ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการพฤติกรรม ซึ่งต่างจากการให้บริการทางพยาบาลแบบเดิมที่ให้บริการผู้ปกครองเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษาและการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาของแต่ละครอบครัว พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นนั้นเป็นการฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นผ่านการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ประกอบไปด้วย การบรรยายเนื้อหาความรู้และการฝึกปฏิบัติผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลักในการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ มุมมอง ความคิดในการเลี้ยงดูระหว่างกลุ่มผู้ปกครองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งการเข้าร่วมกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกัน โดยข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันนั้นมีประโยชน์อย่างมากเพราะเป็นข้อมูลที่ได้จากบุคคลที่อยู่ภายใต้สถานการณ์คล้ายกัน เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ใหม่ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ตามสถานการณ์ต่าง ๆ และพัฒนาให้เป็นแนวทางปฏิบัติของตัวเอง ถือเป็นการสร้างประโยชน์ต่อครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการและเผยแพร่บริการนี้ต่อไปในโรงพยาบาลทั่วไปอื่น ๆ ในระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

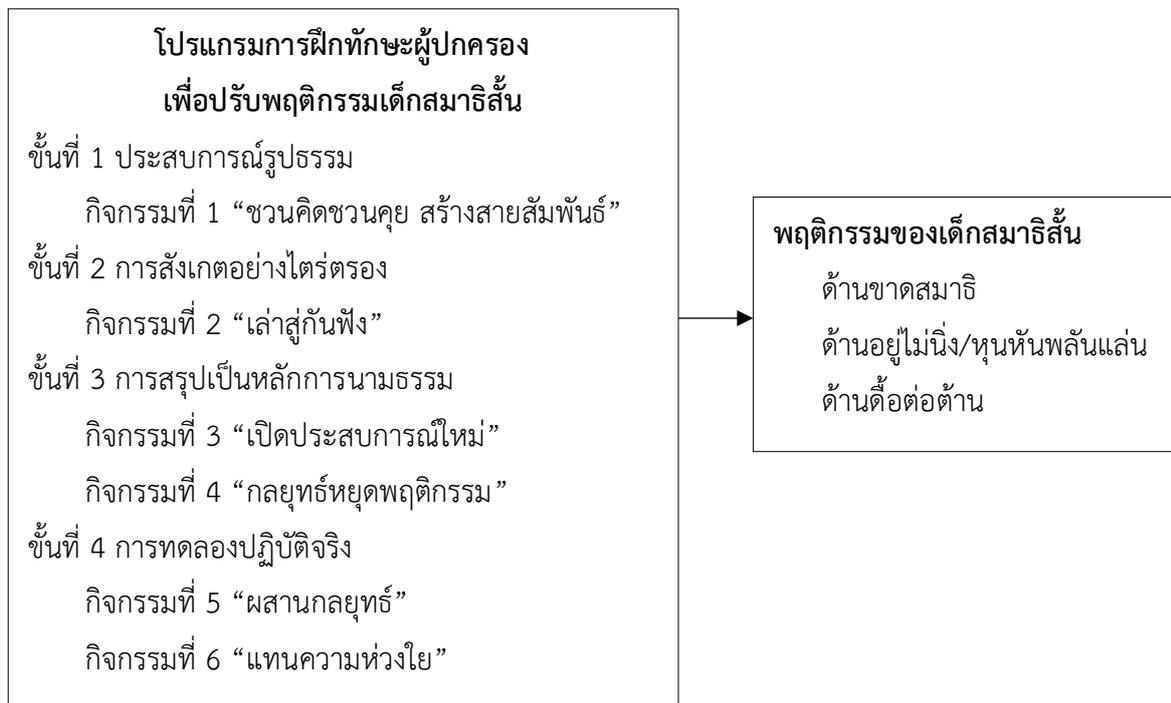
1. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training) ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาการจัดการพฤติกรรมสำหรับเด็กวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น เน้นวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและกรอบพฤติกรรมเพื่อการรักษา 2) สอนทักษะการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมที่ต้องการและลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาผ่านการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มาก่อนและผลที่ตามมา 3) ฝึกฝนและแก้ไขปัญหาการนำทักษะดังกล่าวไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (Piffner & Haack, 2014) ประยุกต์กับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning theory) (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยการปรับเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience) เป็นการตั้งประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล ออกมาใช้ในการเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองแก่ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเอง ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) เป็นการสะท้อนและอภิปราย (reflection and discussion) โดยมีการวิเคราะห์ในประเด็นที่กำหนดไว้ ผู้ดูแลจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่ต่างไปจากตนเอง ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization) เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอด ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น และขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลได้นำความคิดรวบยอดที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง จากกระบวนการดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เพื่อเป็นการทบทวนประสบการณ์ ตกผลึกความคิด นำเอาประสบการณ์เดิมที่ได้เรียนรู้มาบูรณาการเพื่อเสริมสร้างทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กโดยผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ในบริบทของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที รวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แผนการวิจัยสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นซึ่งเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-5 ว่าเป็นสมาธิสั้น (ระบุรหัสโรคเป็นรหัส F90.0-90.9) ที่พาเด็กสมาธิสั้นเข้ามารับบริการรักษาที่คลินิกจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นของโรงพยาบาล จำนวน 175 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น คือผู้ดูแล ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้นที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างใด ๆ 2) ผู้ปกครองไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง ด้านพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น 3) สามารถอ่านเขียนได้ สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย และ 4) ยินดี เข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER 3.1.9.4 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาผลการติดตามเป็นระยะ 1 ปีของการเข้าร่วม

โปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ต่อด้าน ค่า effect size เท่ากับ 0.9 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 คำนวณได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 28 คน อย่างไรก็ตามเพื่อให้งานวิจัยคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน (ร้อยละ 5) รวมเป็น 60 คน

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่เพศของเด็กสมาธิสั้นและระดับการศึกษาของผู้ปกครอง แล้วสุ่มแบบง่ายโดยใช้วิธีการจับฉลาก (simple random sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน (กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน)

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มละ 10 คน ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (leader) และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม (co-leader) ดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองได้ตามความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยจัดกลุ่มสำหรับการเข้าร่วมโปรแกรมในห้วงระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่จัดกลุ่มสลับกันคนละวันกับกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ปกครองเลือกเข้ากลุ่มตามวันเวลาที่สะดวก แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากอาสาสมัครด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการปรับพฤติกรรมเด็กมากกว่า 5 ปี และผ่านการอบรมโปรแกรมปรับพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล (data collector) ทั้งหมดในทุกช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) เพื่อใช้ในการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience)

กิจกรรมที่ 1 “ชวนคิดชวนคุย สร้างสายสัมพันธ์” เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ปกครองให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลาในการทำกิจกรรม พร้อมแจกเอกสารใบความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโรคสมาธิสั้น เน้นให้ผู้ปกครองเข้าใจปัญหาและแนวทางดูแลปัญหาพฤติกรรม จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เน้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมโดยดึงประสบการณ์เดิมของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น อาการ ปัญหาด้านพฤติกรรม

เข้าใจข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าสังคม การรอคอย เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและตัวเด็ก และตั้งความหวังกับเด็กบนความเป็นจริง ระยะเวลา 120 นาที

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation)

กิจกรรมที่ 2 “เล่าสู่กันฟัง” ผู้วิจัยแนะนำและให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรงโดยใช้การเสริมแรงทั้งการให้รางวัล คำชมเชย การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง โดยเน้นให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการที่เคยประสบกับปัญหาพฤติกรรมเด็ก และนำเสนอกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมเด็กแล้วได้ผลให้กลุ่มฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเทคนิคและกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ปกครองจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ระยะเวลา 120 นาที

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization)

กิจกรรมที่ 3 “เปิดประสบการณ์ใหม่” ทบทวนสาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและร่วมกันสรุปปัจจัยการเกิดปัญหาพฤติกรรม เสนอประสบการณ์และการจัดการพฤติกรรมของผู้ปกครอง เรียนรู้วิธีการใหม่เพิ่มเติมจากการแสดงบทบาทสมมติ นำไปสู่การฝึกและการเลือกใช้ให้เหมาะสมสถานการณ์ ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 “กลยุทธ์หยุดพฤติกรรม” สรุปแนวทางการปรับพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง เน้นให้ผู้ปกครองทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลเด็ก และให้ผู้ปกครองมีแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation)

กิจกรรมที่ 5 “ผสมผสานกลยุทธ์” การประยุกต์เทคนิค การนำเทคนิคหรือกลยุทธ์ที่ผู้ปกครองต้องนำไปปฏิบัติต่อเนืองและเป็นประจำเพื่อให้พฤติกรรมที่ดียังคงอยู่ ประกอบด้วย 1) การเลี้ยงดูเชิงบวก 2) เทคนิคการเสริมแรงโดยใช้การเสริมแรงทั้งการให้รางวัล คำชมเชย 3) การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง ให้ผู้ปกครองได้ลองนำเสนอกลยุทธ์ต่าง ๆ ร่วมกัน คิดค้นผ่านการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นแบบเดิมและออกแบบกิจกรรมใหม่ โดยให้ผู้ปกครองท่านอื่น ๆ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น สะท้อนคิดต่อยอด เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์ใหม่ ระยะเวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 6 “แทนความหวังใจ” ติดตามผล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้ฝึกใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน สอบถามถึงปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ในการใช้ทักษะในสถานการณ์ต่าง ๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ปกครอง และสรุปรอยต่อผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ระยะเวลา 60 นาที

โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน พยาบาลด้านพฤติกรรมและพัฒนาการ 1 ท่าน และนักจิตวิทยาโรงเรียน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของกิจกรรมและความเหมาะสมของกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหา

ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและค่านิยมค่า Index of Item-objective Congruence (IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .93 จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 10 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลบุตรหลาน โรคประจำตัวของผู้ปกครอง เพศของเด็ก อายุของเด็กและระยะเวลาในการรักษา

3. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดยฉัตร ทิพย์รัตน์เสถียร และคณะ (2557) ฉบับแปลภาษาไทย มีข้อความ 26 ข้อ ประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention) 9 ข้อ (ข้อ 1-9) ประเมินพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหัน วู่วาม (hyperactivity/impulsivity) 9 ข้อ (ข้อ 10-18) และประเมินพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) 8 ข้อ (ข้อ 19-26) แบ่งคะแนน 4 ระดับ ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน เล็กน้อยเท่ากับ 1 คะแนน ค่อนข้างมากเท่ากับ 2 คะแนน และมากเท่ากับ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนด้านขาดสมาธิ-ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น-ด้านดื้อต่อต้าน เท่ากับ 16-14-12 คะแนน ถ้าสูงกว่าในแต่ละด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงด้านนั้น ๆ โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ด้วยการนำไปทดสอบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ได้เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี SSJ.UB 2566-135 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2566 และผ่านการพิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัยในโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล และเชิญไปที่ห้องพักที่เป็นสัดส่วนบริเวณตรงข้ามห้องตรวจในช่วงระหว่างรอจิตแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยจะคอยติดตามดูคิวและประสานกับเจ้าหน้าที่ให้เรียกตรวจเมื่อถึงคิวกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยพร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการยินยอมและได้รับอนุญาตจากผู้ที่มีอำนาจในการเข้าร่วมในงานวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษาสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่

ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ปกครองทางหนังสือและทางโทรศัพท์ แจงรายละเอียดและเรียนเชิญผู้ปกครองมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัย เพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้วิจัยพบผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ปกครองทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หากไม่สมัครใจและสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ
3. เมื่อผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง
4. กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (leader) และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม (co leader) ดำเนินกิจกรรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการทั้ง 3 กลุ่ม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อน และในห้วงระยะเวลาเดียวกันของการดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเพื่อให้ผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองได้ตามความสมัครใจ โดยจัดกลุ่มสลับกันคนละวันกับกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้ปกครองสามารถเลือกเข้ากลุ่มตามวันเวลาที่สะดวก แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ
5. ดำเนินการประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)
2. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า บางชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ส่วนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Histograms พบว่า ลักษณะกราฟของตัวแปรทุกตัว มีกระจายแบบปกติ จุดที่มีความสูงที่สุดคล้ายระฆังคว่ำ ข้อมูลส่วนมากเข้าใกล้ศูนย์กลางและมีการกระจายออกด้านซ้ายและขวาอย่างสมมาตร และการทดสอบ Skewness & Kurtosis พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ ค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง ± 3.29 (Mishra et al., 2019) จะเห็นได้ว่าจากการ

ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Skewness & Kurtosis และ Histograms นั้น ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลในการที่ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ parametric ในการวิจัยครั้งนี้

3. วิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-39 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และอนุปริญญา/ปวส. ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มีความสัมพันธ์กับเด็ก คือ เป็นบิดามารดา ระยะเวลาที่ดูแลอยู่ในช่วง 1-2 ปี และผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 8-9 ปี และ 10-12 ปี มีระยะเวลาในการรักษาอยู่ในช่วง 1-3 ปี

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยสถิติ paired t-test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ด้านขาดสมาธิ ($t=14.15, p=.000$) ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ($t=12.78, p=.000$) ด้านดื้อต่อต้าน ($t=15.87, p=.000$) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
ด้านขาดสมาธิ	15.49	3.20	5.84	2.18	14.15	.000*
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	14.19	2.75	6.31	1.83	12.78	.000*
ด้านดื้อต่อต้าน	12.71	2.51	3.82	2.17	15.87	.000*
กลุ่มควบคุม						
ด้านขาดสมาธิ	14.73	3.65	14.89	3.70	.19	.849
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	14.84	2.95	14.13	3.03	.80	.428
ด้านดื้อต่อต้าน	12.59	2.20	12.11	2.59	.96	.345

* $p < 0.05$

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้านขาดสมาธิ ($t=11.53, p=.000$) ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ($t=12.08, p=.000$) ด้านดื้อต่อต้าน ($t=13.42, p=.000$) ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ด้านดื้อต่อต้าน) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ด้านขาดสมาธิ	15.49	3.20	14.73	3.65	.84	.401
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	14.19	2.75	14.84	2.95	.89	.375
ด้านดื้อต่อต้าน	12.71	2.51	12.59	2.20	.19	.844
หลังการทดลอง						
ด้านขาดสมาธิ	5.84	2.18	14.89	3.70	11.53	.000*
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	6.31	1.83	14.13	3.03	12.08	.000*
ด้านดื้อต่อต้าน	3.82	2.17	12.11	2.59	13.42	.000*

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ คือ

1. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง พบว่า พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นลดลงทุกด้าน จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กของกลุ่มทดลองในแต่ละด้านมีการเปลี่ยนแปลงไปในระดับที่ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กลดลงค่อนข้างมาก อย่างเห็นได้ชัด โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านขาดสมาธิก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 15.49 ลดลงเหลือ 5.84 ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 14.19 ลดลงเหลือ 6.31 และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านดื้อต่อต้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 12.71 ลดลงเหลือ 3.82 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านขาดสมาธิเพิ่มขึ้น โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านขาดสมาธิ เท่ากับ 14.73 เพิ่มขึ้นเป็น 14.89 ส่วนด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นและด้านดื้อต่อต้านลดลงเพียงเล็กน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 14.84 ลดลงเหลือ 14.13 และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านดื้อต่อต้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 12.59 ลดลงเหลือ 12.11) เมื่อพิจารณาเนื้อหาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของโคลบ (Kolb, 1984) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และอภิปรายผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง จะนำมาซึ่งความคิดรวบยอดและส่งผลต่อการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผู้ปกครองทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) ผู้ปกครองสามารถฝึกทักษะและมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ประสบการณ์รูปธรรม 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพิจารณาได้จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองนั้น ผู้ปกครองได้เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้งหมด 6 ครั้ง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในทุก ๆ กิจกรรมอย่างเต็มที่ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมและฝึกใช้ทักษะต่าง ๆ อย่างตั้งใจ ร่วมกันสาธิตการใช้ทักษะต่าง ๆ ผ่านการแสดงบทบาทสมมติ และร่วมกันวางแผนเพื่อที่จะนำทักษะเหล่านี้กลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถเลือกใช้ทักษะต่าง ๆ ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป ถือเป็น การปรับเปลี่ยน

วิธีการเลี้ยงดูและแนวทางการปรับพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น และ ยังส่งผลดีต่ออารมณ์ ช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Feng et al. (2023) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมขาดสมาธิและความหุนหันพลันแล่น รวมไปถึงพฤติกรรมทางด้านอารมณ์และทักษะทางสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nobel et al. (2020) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่บ้านสำหรับเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีปัญหา ด้านพฤติกรรมหลังจากได้รับการรักษาตามปกติในทางคลินิก พบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่บ้าน มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมด้านขาดสมาธิและพฤติกรรมต่อต้านในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น

2. พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (ด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และด้านต่อต้าน) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองสามารถลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมใน โปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองนั้นเป็นการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับหลักการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยเป็นการส่งเสริมประสบการณ์ตรงของผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองจะเข้าใจแนวคิดและเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมที่มี อยู่มาพัฒนาให้กลายเป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ปกครองและสมาชิกในกลุ่มให้ร่วมกันสะท้อนคิด ไตร่ตรองเกี่ยวกับการกระทำของตนเองและ สรรหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นตามสถานการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรพรรณ สาบุญมา และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เช่นกัน ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่ม ของบิดามารดาส่งผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ (2561) ที่ศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับ พฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ พบว่า โปรแกรมช่วยให้ครู มีความรู้และความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเด็ก ปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ของเด็กลดลงและยังช่วยเพิ่ม ทักษะสังคมของเด็กได้ หลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน เด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมชอน้อยไม่นิ่ง ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลง (ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2561) อีกทั้งในกิจกรรมการฝึกทักษะผู้ปกครองยังมุ่งเน้นถึงองค์ประกอบหลักสำคัญในเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรงและการมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครองในการจัดการพฤติกรรม โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการฝึกทักษะการปรับพฤติกรรม เด็กสมาธิสั้นผ่านการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง มีทักษะในการเลี้ยงดู และปรับพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

สรุป

โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ต้องเกี่ยวข้องกับทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมในการดูแลจัดการกับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาชิกที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่แผนกจิตเวชเด็กสามารถเรียนรู้ขั้นตอนต่าง ๆ ในโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองและนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีการจัดกระบวนการรักษาเด็กสมาชิกทั่วไปให้มีโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้มากขึ้นนอกเหนือจากการใช้ยาและควรมีการเผยแพร่และอบรมการใช้โปรแกรมให้กับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนและครู ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาชิกเพื่อร่วมกันดูแลเด็กให้เด็กได้รับการดูแลไปในแนวเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมและความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งจะช่วยให้สามารถนำไปขยายผลใช้ในระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ภายใต้บริบทของกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ครอบคลุมมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมแตกต่างจากชุมชนเมือง จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ปกครองเด็กสมาชิกและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

เอกสารอ้างอิง

- จิรพรรณ สาบุญมา, ประนอม รอดคำดี, และสุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดย
ประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31(2), 23-34.
- ณัฏฐ ทิพย์รัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์, และทรงภูมิ เบญญากร. (2557).
คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV)
และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น
(SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 97-110.
- ดารินทร์ สิงห์สาธิต, และวุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2561). ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วย
โปรแกรมกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. *บูรพาเวชสาร*, 5(2), 70-86.
- ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์, ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม, ปาณิสรา เรือง, และชนัญญา ภูวิชัย. (2561). การศึกษานำร่อง
เรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(2), 115-126.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรติลก, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, และพัชรินทร์
อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2),
66-75.
- นิญฐา ยอดแก้ว. (2564). *ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น*
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาวิตา จงสุขศิริ, สุพร อภินันทเวช, และสิรินัดดา ปัญญาภาส. (2562). ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรม
อบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหา สมาธิสั้น ต่อด้าน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย*, 64(2), 163-176.
- ลัดดาวัลย์ อรัญยานนท์. (2559). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับ
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่* [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญชลี ศรีสมุทร. (2564). บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*,
18(2), 140-147.
- Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) agents. (2021, August 20). In *LiverTox: Clinical
and research information on drug-Induced liver injury*. National Institute of Diabetes
and Digestive and Kidney Diseases. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573973/>
- de la Caridad Alvarez, M., García, B. H., Navarro Flores, C. M., Vázquez, A. L., Lara, J., &
Domenech Rodríguez, M. M. (2023). Parent training interventions. In B. Halpern-
Felsher (Ed.), *Encyclopedia of child and adolescent health* (pp. 800-820). Academic
Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00030-3>
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2567) หน้า 61

- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry, 27*(1), 9-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1008-9>
- Feng, M., Xu, J., Zhai, M., Wu, Q., Chu, K., Xie, L., Luo, R., Li, H., Xu, Q., Xu, X., & Ke, X. (2023). Behavior management training for parents of children with preschool ADHD based on parent-child interactions: A multicenter randomized controlled, follow-up study. *Behavioral Neurology, 2023*, 3735634. <https://doi.org/10.1155/2023/3735634>
- Hornstra, R., Groenman, A. P., van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., & van den Hoofdakker, B. J. (2023). Review: Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD? - a meta-regression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health, 28*(2), 258-268. <https://doi.org/10.1111/camh.12561>
- Hsu, Y. C., Chen, C. T., Yang, H. J., & Chou, P. (2019). Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54*(6), 661-670. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1624-9>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development (Vol. 1)*. Prentice Hall.
- Lee, Y. J., & Kim, J. (2022). Effect of maternal anxiety on parenting stress of fathers of children with ADHD. *Journal of Korean Medical Science, 37*(11), e89. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e89>
- Leffa, D. T., Caye, A., & Rohde, L. A. (2022). ADHD in children and adults: Diagnosis and prognosis. *Current Topics in Behavioral Neuroscience, 57*, 1-18. https://doi.org/10.1007/7854_2022_329
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia, 22*(1), 67-72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
- Morrison, J., Chunsuwan, I., Bunnag, P., Gronholm, P. C., & Estrin, G. L. (2018). Thailand's national universal developmental screening programme for young children: Action research for improved follow-up. *BMJ Global Health, 3*(1), e000589. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000589>
- Nobel, E., Hoekstra, P. J., Brunnekreef, J. A., Messink-de Vries, D. E. H., Fischer, B., Emmelkamp, P. M. G., & van den Hoofdakker, B. J. (2020). Home-based parent training

- for school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder and behavior problems with remaining impairing disruptive behaviors after routine treatment: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3), 395-408. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01375-9>
- Pfiffner, L. J., & Haack, L. M. (2014). Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 731-746. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.014>
- Qiu, H., Liang, X., Wang, P., Zhang, H., & Shum, D. H. K. (2023). Efficacy of non-pharmacological interventions on executive functions in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 87, 103692. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103692>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)
- Wong, K. P., Qin, J., Xie, Y. J., & Zhang, B. (2023). Effectiveness of technology-based interventions for school-age children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Mental Health*, 10, e51459. <https://doi.org/10.2196/51459>
- Young, S., & Cocallis, K. (2021). ADHD and offending. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 1009-1019. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02308-0>