



ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถ ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

พรทิพย์ วชิรดิolk, พย.ม.*

มนัสวี เมืองขวา, พย.ม.*

ธนโชติ เทียมแสง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปี 2551 คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาด้วยวิธีสุ่มแยกประเภท กลุ่มตัวอย่าง 90 คน แบ่งออก 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่ม 1 เข้าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น กลุ่ม 2 เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่ม 3 ได้รับความรู้ ประเมินผลโดยใช้ แบบประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ และอาการของโรคสมาธิสั้น ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตาม 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

ผล กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการลดอาการของโรคสมาธิสั้น มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างเฉพาะด้านความรู้ ระหว่าง กลุ่มโปรแกรมฯ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

สรุป โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถช่วยให้ผู้ปกครองเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนัก และยอมรับปัญหา รวมทั้งมีทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม ควรมีการกระตุ้นและติดตามเป็นระยะๆ เพื่อช่วยให้มีการสนับสนุนด้านจิตใจ และมีแรงจูงใจในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : โรคสมาธิสั้น โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครอง

* สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



Effectiveness of parent training program for children with attention-deficit/hyperactivity disorder

*Porntip Wachiradilok, M.Ns.**

*Manutsawee Mueangkhwa, M.Ns.**

*Thanachoti Thiamsaeng, B.Ns.**

Abstract

Objective This experimental study examined the effectiveness of parent training program for children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), based on a cognitive behavioral concept.

Materials and methods The sample consisted of 90 caregivers of ADHD children attending treatment at out-patient service of Child and Adolescent Mental Health Rajanagarinda Institution. A randomized controlled trial was performed on the caregivers together with pre-test and post-test. The subjects were randomly and equally assigned into 3 groups: group a for 6-week sessions parent training program, group b for attending psycho-education, and group c for routine care. The instrument was a set of questionnaire including: knowledge, attitude, skills for behavioral management in ADHD, and symptoms of ADHD. Data were collected at one month prior to the beginning of the program, immediately after the intervention, and at 3-month follow-up. Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

Results The pattern of treatment in each group effects knowledge, attitude, skills and symptom of ADHD children. The subjects in parent training program were able to help reducing ADHD core symptoms of their children at 3-month follow-up significantly, and achieved higher score in terms of knowledge, attitudes, and skills for behavioral management in ADHD than those of the psycho-education group and routine care group at 3-month follow-up, according to the post-test. However, difference in knowledge between the parent training program and the psycho-education were not statistically significant.

Conclusion The parent training program for ADHD children based on a cognitive behavioral concept can help them to acknowledge, alert their awareness, problem recognition, and improving behavioral management of ADHD's caregivers. Moreover, following-up to review skills, monitoring the progress, and encouraging motivation should be done regularly.

Key words : ADHD, parenting training program

* Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มเด็กที่พบได้ สำหรับประเทศไทยพบได้ประมาณร้อยละ 5 ของเด็ก อายุ 8-11 ปี และร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า¹ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดปัญหาและภาระในการเลี้ยงดูอย่างมากสำหรับพ่อแม่² โดยปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ การเรียน การปรับตัว อารมณ์ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และบุคลิกภาพ³

การรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน คือ รักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยฝึกสอนพ่อแม่ให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ช่วยเหลือเด็กโดยตรง และการประสานกับโรงเรียน ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาเพียงวิธีเดียว⁴⁻⁵ ดังนั้น การดูแลเด็กสมาธิสั้นนอกจากทีมสุขภาพแล้ว ผู้ดูแลหลักที่บ้าน เช่น พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ญาติหรือบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดกับเด็ก จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเท่าที่ควร ทั้งในด้านการดูแลเด็กให้รับประทานยาและการปรับพฤติกรรม เนื่องมาจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาไม่ถูกต้อง ขาดความตระหนัก ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของลูก ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเกรียดย ท้อแท้ และมีพฤติกรรมดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่เหมาะสม⁶⁻⁷ มีรายงานการพัฒนากลุ่มบำบัดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นตามแนวคิดทฤษฎีสำหรับพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นแต่มีข้อจำกัด

เช่น ผู้บำบัดต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการบำบัดตามแนวคิดทฤษฎี ระยะเวลาค่อนข้างนาน (เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน ติดต่อกัน 3 เดือน)⁸ นอกจากนี้มีรายงานกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ปกครองฯ ตามแนวคิดจิตสังคมบำบัดของ Barkley อาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของไทย ขาดการฝึกทักษะที่จำเป็น และใช้ระยะเวลานาน (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์)⁹

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้พัฒนารูปแบบบำบัดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปัจจุบัน ปรับปรุงแก้ไขโดยผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา การเรียงลำดับของเนื้อหา ให้มีความกระชับและจุดเน้น เพิ่มเทคนิควิธีการในการสร้างความตระหนักของผู้ปกครอง การสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และการฝึกเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial with before and after measurement) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กที่ได้ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM-IV เข้ารับบริการ

แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์ ระหว่างปีงบประมาณ 2551 จำนวน
473 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็น
ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้น 2) เด็ก
สมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลมีอายุน้อยกว่า 12 ปี
และเกณฑ์การ drop-out คือ ผู้ปกครองที่ขาด
การเข้าร่วมโปรแกรม ≥ 1 ครั้ง ขึ้นไป

การคำนวณขนาดตัวอย่างตามตารางของ
Cohen¹⁰ โดยการศึกษา meta-analysis ของ
Corcoran and Dattalo¹¹ ใช้ผลลัพธ์ด้านอาการ
ของโรคสมาธิสั้น พบว่า effect size เท่ากับ 0.40
เมื่อระบุค่า power เท่ากับ 0.8 และค่า signifi-
cance criterion (α) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาด
ของตัวอย่างที่ต้องการในการวิจัย เท่ากับ 21 คน/
กลุ่ม ทีมวิจัยได้ปรับขนาดตัวอย่างให้สูงขึ้น เท่ากับ
30 คน เพื่อเป็นการชดเชยการสูญหายของกลุ่ม
ตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ดังนั้น ขนาดตัวอย่าง
ทั้งหมดของโครงการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 90 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยนำทะเบียน
ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าสู่ว
การศึกษา 170 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างด้วยการแยก
แบ่ง 6 ชั้นภูมิ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้าน
รายได้ของผู้ปกครอง (เพียงพอและไม่เพียงพอ)
และความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น (เล็กน้อย
ปานกลาง และรุนแรง) โดยใช้เกณฑ์จำแนกตาม
การรับรู้ของผู้ปกครอง หลังแบ่งประเภทแล้วใช้
วิธีการสุ่ม (randomized allocation of treat-
ment) เพื่อกำหนดการได้รับ treatment กลุ่ม
กลุ่มละ 30 คน จำนวน 3 กลุ่ม รวมเป็น 90 คน

โดยกลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรมเสริมสร้าง
ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิ
สั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที
ต่อเนื่องจนครบ 6 ครั้ง ประกอบด้วย 1) ความรู้
เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น 2) การปรับทัศนคติและ
สิ่งที่ควรรู้ในการปรับพฤติกรรม 3) ทักษะการ
ควบคุมตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) ทักษะ
การเพิ่มสมาธิ และ 6) วินัยและความรับผิดชอบ
โดยทีมวิจัยทุกคนได้ผ่านการอบรมแนวทางการปรับ
พฤติกรรมทางปัญญาและเป็นทีมร่วมพัฒนา
โปรแกรมจึงมีความชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับสาระ
สำคัญและแนวทางการบำบัดของโปรแกรมฯ ซึ่ง
การบำบัดในแต่ละครั้งจะหมุนเวียนเป็นวิทยากร
หลักสรุปสาระสำคัญโดยผ่านกิจกรรม แล้วจึงแบ่ง
กลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน/ผู้นำกลุ่ม
1 คน เพื่อฝึกปฏิบัติตามแผนการสอนที่กำหนดไว้
กลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ระยะเวลา 1
วัน ลักษณะเป็นกลุ่มเปิด จำนวน 30 คน ได้รับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นโดยทีมสหวิชาชีพใน
ช่วงเช้า และช่วงบ่าย แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน/
ผู้นำกลุ่ม 1 คน โดยทีมวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มย่อย เพื่อ
พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็น
ปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และกลุ่ม
ที่ 3 ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการให้คำแนะนำ
รายบุคคลในวันที่มาใช้บริการ เกี่ยวกับการ
รับประทานยาและการดูแลเด็กสมาธิสั้น ร่วมกับแจก
คู่มือและแผ่นพับ โดยทีมสหวิชาชีพคนใดคนหนึ่ง
ที่ให้บริการในวันนั้น อาจเป็นแพทย์ เภสัชกร
พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์

การประเมินตัวแปรด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยวัดซ้ำ 3 ครั้ง พร้อมกัน 3 กลุ่มคือ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตาม 3 เดือน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาของโปรแกรมฯ เป็นหลัก สำหรับอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก ประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลองและติดตาม 3 เดือน และในระหว่างดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามจากทีมวิจัย โดยให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ รวมทั้งไม่มีเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ยาหรือปรับขนาดยาของแต่ละกลุ่มในระหว่างการศึกษา และทุกคนจะถูกนัดโดยแพทย์เพื่อติดตามอาการของเด็ก ทุก 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะของครอบครัว จำนวนบุตร รายได้รวมของครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลบุตร และ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับการเกิด ความรุนแรงของอาการแสดง และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.78 แบบทดสอบมีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งในสองอย่าง (dichotomous scale) กำหนดเป็น “ถูก” หรือ “ผิด” โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินเจตคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.83 แบบประเมินมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน ≥ 24 = ทักษะคิดเชิงบวก, < 24 = ทักษะคิดเชิงลบ)

ตอนที่ 4 แบบประเมินทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.81 ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง และเป็นประจำ (คะแนน ≥ 36 = ทักษะดี, < 36 = ทักษะไม่ดี)

ตอนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรม Revised Conners parent rating scale ของ Conners¹² ประเมินพฤติกรรม 6 ด้าน คือ conduct, learning problem, psychosomatic problems, impulsivity hyperactivity, anxiety, hyperactivity index จำนวน 48 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 = ไม่ทำเลย 1 = ทำเล็กน้อย 2 = ทำค่อนข้างมาก 3 = ทำมาก สำหรับความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประเมินจากการถามความรู้สึกของผู้ปกครองต่ออาการโรคสมาธิสั้นของลูก โดยให้เลือก 3 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง และ รุนแรง

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินตอนที่ 2-4 ในผู้ปกครองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด และแบบประเมิน ตอนที่ 1-5 ใช้วิธีการประเมินโดยผู้ปกครองจะเป็นผู้สังเกตและตอบแบบประเมินทั้ง 3 ระยะ

การวิเคราะห์ทางสถิติ ข้อมูลเชิงพรรณานำเสนอในรูปจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปที่เป็นตัวแปรกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่องใช้สถิติ one-way ANOVA เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และการดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มตามระยะเวลา โดยใช้ repeated measures ANOVA (ความรู้ ทักษะ และทักษะเมื่อทดสอบด้วย sphericity test พบว่า $p > .05$, compound symmetry) และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาการของโรคสมาธิสั้น ด้วยสถิติ ANCOVA (covariate: pre-test) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน โดยลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.1 อายุเฉลี่ย 41.18 (SD = 7.86)

การประกอบอาชีพ รับราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 40.0 รายได้ต่อการดำรงชีพมีความเพียงพอ ร้อยละ 57.8 ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 59.0 ลักษณะทั่วไปของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 7.45 (SD = 2.29) และได้รับการรักษาโดยวิธีปรับพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยา ร้อยละ 40.0 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ทักษะ และทักษะ ระหว่าง รูปแบบการบำบัดของแต่ละกลุ่มด้วย Repeated Measures ANOVA และการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น มากกว่า กลุ่มดูแลปกติ เท่ากับ 2.0 (95% CI: 1.5-2.4) และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามากกว่ากลุ่มดูแลปกติ เท่ากับ 1.6 (95% CI: 1.1-2.0) นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ ระหว่าง รูปแบบการบำบัดและระยะเวลา มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ มีค่าเฉลี่ยต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .01$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในระยะหลังการทดลอง มากกว่า ก่อนทดลอง เท่ากับ 3.4 (95% CI: 3.0-3.8) และ ระยะ

ติดตาม 3 เดือน มากกว่า ก่อนทดลอง เท่ากับ 3.4 (95% CI: 3.0–3.8) ดังตารางที่ 2 และ กราฟที่ 1

ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ เท่ากับ 2.3 (95% CI: 1.6–3.0) และ 6.3 (95% CI: 5.5–7.0) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบำบัดและระยะเวลา มีผลต่อทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ มีค่าเฉลี่ยต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .01$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น ในระยะหลังการทดลอง มากกว่า ก่อนทดลอง เท่ากับ 7.2 (95% CI: 6.3–8.0) และระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่า ก่อนทดลอง เท่ากับ 6.8 (95% CI: 6.0–7.7) ดังตารางที่ 2 และ กราฟที่ 2

ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ เท่ากับ 6.5 (95% CI: 5.5–7.5) และ 9.9 (95% CI: 8.8–10.9) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบการบำบัดและระยะเวลา มีผลต่อทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะมีค่าเฉลี่ยต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .01$) โดยพบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในระยะหลังการทดลอง มากกว่า ก่อนทดลอง เท่ากับ 5.8 (95% CI: 4.7–7.0) และระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่า หลังทดลองและก่อนทดลอง เท่ากับ 3.1 (95% CI: 2.2–4.0) และ 9.0 (95% CI: 7.8–10.1) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และ กราฟที่ 3

สำหรับอาการของโรคสมาธิสั้น ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของโรคสมาธิสั้น น้อยกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ เท่ากับ -29.3 (95% CI: 32.4–26.1) และ -29.5 (95% CI: 32.7–26.3) และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ ดังตารางที่ 2 และ กราฟที่ 4

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการศึกษาในกลุ่มโปรแกรมฯ จำนวน 10 คน โดยส่วนใหญ่ขาดการเข้าร่วมโปรแกรม 1–2 ครั้ง และในขั้นตอนที่ 3 ขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเป็นญาติ อาชีพรับจ้าง รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ เป็นอุปสรรคและไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ปกครองที่มีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ครั้งนี้ได้ใช้วิธีคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าร่วมการศึกษา (intention-to-treat) โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างที่ยุติก่อนกำหนด ตามระยะเวลาที่ศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่ม

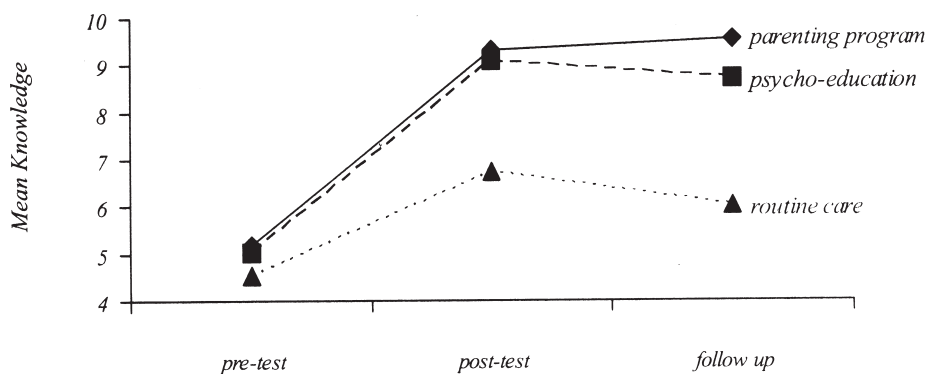
ลักษณะทั่วไป	กลุ่มโปรแกรมฯ	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	กลุ่มดูแลปกติ	p
	(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. เพศ				0.58 ^a
– ชาย	7 (23.3)	5 (16.7)	5 (16.7)	
– หญิง	23 (76.7)	25 (83.3)	25 (83.3)	
2. อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (SD)	42.5 (6.5)	39.7 (8.2)	41.2 (8.7)	0.68 ^b
3. การประกอบอาชีพ				0.72 ^a
– รับจ้าง/พนักงานบริษัท	6 (20.0)	7 (23.3)	6 (20.0)	
– ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (16.7)	7 (23.3)	4 (13.3)	
– รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13 (43.4)	10 (33.4)	13 (43.4)	
– วิชาชีพอิสระ	1 (3.3)	3 (10.0)	4 (13.3)	
– ว่างาน	5 (16.6)	3 (10.0)	3 (10.0)	
4. รายได้ต่อการดำรงชีพ				0.64 ^a
– เพียงพอ	17 (56.6)	18 (60.0)	17 (56.6)	
– ไม่เพียงพอ	13 (43.4)	12 (40.0)	13 (43.4)	
5. ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น				0.89 ^a
– เล็กน้อย	10 (33.3)	11 (36.6)	10 (33.3)	
– ปานกลาง	18 (60.0)	17 (56.7)	18 (60.0)	
– รุนแรง	2 (6.7)	2 (6.7)	2 (6.7)	
6. เพศ (เด็ก)				0.26 ^a
– ชาย	22 (73.3)	18 (60.0)	20 (66.7)	
– หญิง	8 (26.7)	12 (40.0)	10 (33.3)	
7. อายุ (เด็ก) ค่าเฉลี่ย (SD)	7.8 (2.2)	6.9 (1.9)	7.6 (2.7)	0.68 ^b
8. การรักษา				0.97 ^a
– กินยา	7 (23.3)	5 (16.7)	7 (23.3)	
– ปรับพฤติกรรม	11 (36.7)	12 (40.0)	12 (40.0)	
– กินยาและปรับพฤติกรรม	12 (40.0)	13 (43.3)	11 (36.7)	

^a Chi-square, ^b one-way ANOVA

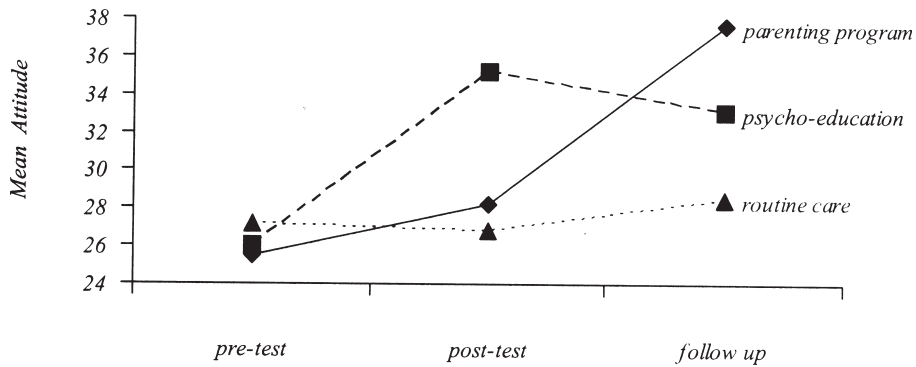
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะ ระหว่างรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่ม ตามระยะเวลาที่ศึกษา

ปัจจัย	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม 3 เดือน
		ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (คะแนนเต็ม = 10)	กลุ่มโปรแกรมฯ	5.1 (1.2)	9.3 (1.3)	9.5 (0.5)
	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	5.0 (1.0)	9.0 (0.8)	8.7 (0.8)
	กลุ่มดูแลปกติ	4.5 (1.6)	6.7 (1.1)	6.0 (1.0)
ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น (คะแนนเต็ม = 40)	กลุ่มโปรแกรมฯ	25.4 (3.1)	28.2 (1.2)	37.6 (2.2)
	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	26.0 (2.7)	35.2 (2.7)	33.1 (2.0)
	กลุ่มดูแลปกติ	27.1 (2.9)	26.8 (3.3)	28.5 (2.6)
ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (คะแนนเต็ม = 60)	กลุ่มโปรแกรมฯ	31.9 (2.9)	50.3 (1.9)	56.5 (2.4)
	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	33.6 (3.1)	42.9 (3.5)	44.5 (2.7)
	กลุ่มดูแลปกติ	34.1 (2.6)	37.8 (2.9)	39.3 (3.4)
อาการของโรคสมาธิสั้น (คะแนนเต็ม = 144)	กลุ่มโปรแกรมฯ	68.5 (4.7)		41.1 (4.6)
	กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	69.7 (9.1)		70.3 (4.6)
	กลุ่มดูแลปกติ	71.1 (5.3)		70.5 (5.4)

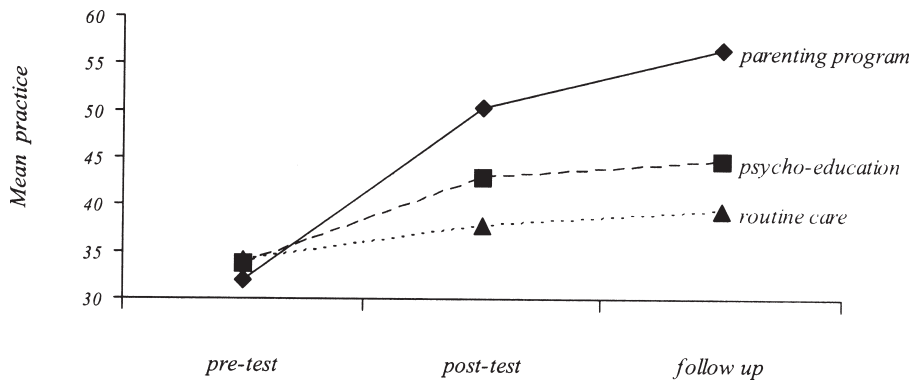
กราฟที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ในรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่มตามระยะเวลาศึกษา



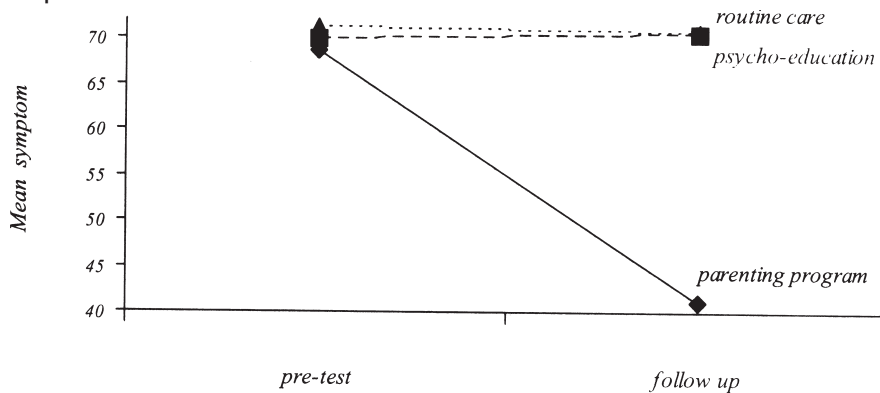
กราฟที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่มตามระยะเวลาศึกษา



กราฟที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะในรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่มตามระยะเวลาศึกษา



กราฟที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านอาการของโรคสมาธิสั้นในรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่มตามระยะศึกษา



วิจารณ์

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีผลทำให้ความรู้ทัศนคติ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงกว่า รูปแบบการบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและการดูแลปกติ ซึ่งสอดคล้องกับ Anastopoulos และคณะ¹³ ได้ทำการศึกษาจัดอบรมผู้ปกครองโดยพบว่า ผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมจะมีความเข้าใจบทบาทของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ลดภาวะความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้ เช่นเดียวกับ Weinberg¹⁴ ทำการศึกษาโดยการจัดอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยสอนให้ผู้ปกครองเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน การปรับตัว พฤติกรรมของเด็กและการลดภาวะความเครียดของผู้ปกครอง พบว่า สามารถเพิ่มความเข้าใจและลดภาวะความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้ และการศึกษาของ Barkley¹⁵ พบว่า การจัดการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจะเป็นการเพิ่มความรู้ให้กับผู้ปกครองได้อย่างดี รวมถึงสามารถให้ผู้ปกครองได้เข้าใจถึงกลไกการพัฒนาธรรมชาติ พื้นฐานอารมณ์ของเด็ก และเรียนรู้เรื่องการปรับทัศนคติในการเลี้ยงดูลูก และการศึกษาของ Huang และคณะ¹⁶ ได้ทำการศึกษาโดยการจัดอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ได้หวนภายหลังการอบรมเด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น

เมื่อพิจารณาปัจจัยแต่ละด้าน พบว่า ข้อมูลลักษณะทั่วไปและตัวแปรตามของรูปแบบการบำบัดทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ในระยะก่อนการทดลอง สำหรับคะแนนด้านความรู้

ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่า กลุ่มดูแลปกติ แต่ไม่มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ทั้งนี้เนื่องมาจากการดูแลปกติเป็นการให้ความรู้ผ่านคำแนะนำรายบุคคลในวันที่มารับบริการ ร่วมกับแจกคู่มือและแผ่นพับ โดยบุคลากรในทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการในวันนั้น ไม่มีโครงสร้างกำหนดการ ขึ้นอยู่กับความพร้อมหรือความเร่งรีบของบุคลากรและผู้ปกครอง อีกทั้งเป็นลักษณะพยายามให้ผู้ปกครองเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร แต่เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้แสดงความคิดเห็นหรือระบายความคับข้องใจต่อการรักษาได้น้อย สำหรับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีโครงสร้างแผนการสอนชัดเจน และกำหนดการแน่นอน โดยความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ เกษัชกร พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และนักการศึกษาพิเศษ อีกทั้งเอื้อให้ผู้ปกครองได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม ชักถามข้อสงสัยหรือข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จึงส่งผลให้มีการพัฒนาด้านความรู้ไม่แตกต่างกัน

สำหรับคะแนนด้านทัศนคติ ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการลดอาการของโรคสมาธิสั้นของกลุ่มโปรแกรมฯ มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ เนื่องจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยให้ผู้ปกครองที่ขาดความตระหนัก ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของลูก ขาดแรงจูงใจ ไม่เห็นผลประโยชน์ในการให้ความร่วมมือการรักษา และพฤติกรรมการดูแลลูกสมาธิสั้นที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสิ่งที่แตกต่างของรูปแบบบำบัด คือ โปรแกรมฯ มีการเรียงลำดับ

ขั้นตอนตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา โดยเริ่มจากองค์ประกอบด้าน cognitive เป็นการปรับความคิด ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยให้ผู้ปกครองตระหนักผลกระทบที่รุนแรงจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น ประโยชน์หรืออนาคตที่ดีหากเด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้ปกครองติดตามความคิดเชิงลบของตนเองและหาวิธีทดแทนด้วยความคิดเชิงบวก ช่วยให้ผู้ปกครองมีแรงจูงใจ มีความหวังในการปรับเปลี่ยนตนเอง เพื่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการที่เหมาะสม

สำหรับองค์ประกอบด้าน behavioral เป็นการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งด้านเทคนิคการควบคุมตนเอง เทคนิคการสื่อสาร เทคนิคการเพิ่มสมาธิ เทคนิคการฝึกวินัยและความรับผิดชอบ โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีแนวทางและสามารถจัดการกับพฤติกรรมปัญหาในเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม ภายใต้หลักการปรับพฤติกรรม โดยการเสริมแรงทางบวกอย่างเป็นระบบ การเพิกเฉยและลงโทษอย่างสงบ การฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการที่หลากหลาย ร่วมกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกกลุ่ม จึงส่งผลให้อาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กลดลงในระยะติดตาม 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Salbach และคณะ¹⁷ ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการอบรมพ่อแม่เด็กสมาธิสั้น พบว่า สามารถลดอาการหลัก (hyperactivity index) ของเด็กสมาธิสั้น ปัญหาการทำการบ้าน และปัญหาทั่วไปเกี่ยวกับเด็กได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการศึกษาลงหนึ่ง ในสามของกลุ่ม ดังนั้นการพัฒนา

รูปแบบบริการให้แก่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความต้องการ ความสนใจ และความพร้อม ควร มีทางเลือกบริการสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น นอกเหนือจากวิธีการรักษาด้วยยาของแพทย์ โดยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นจากแพทย์ทุกคน ผู้ปกครองควรจะผ่านการให้การศึกษาเบื้องต้น เพื่อลดภาวะความเครียดและวิตกกังวล พร้อมเสริมสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนของแต่ละรูปแบบบริการ ให้ผู้ปกครองตัดสินใจเลือกตามความเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพการณ์จริงของตนเอง จึงจะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการปฏิบัติทางคลินิก

ข้อเสนอแนะ การลดระยะเวลาและขั้นตอนของโปรแกรมฯ จากข้อเสนอแนะของผู้ปกครอง ทีมสหวิชาชีพ และ after action review พบว่า สามารถลดระยะเวลาโปรแกรมฯ เหลือ 5 สัปดาห์ โดยจัดขั้นตอนที่ 1-2 รวมกัน 1 วัน และควรมีการพัฒนาทางเลือกรูปแบบบริการที่หลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ และตอบสนองปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของความแตกต่างระหว่างบุคคล

ข้อจำกัดของการศึกษาคือ ระยะเวลาและความต่อเนื่องที่แตกต่างกันของรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่ม ขาดข้อมูลขนาดยาที่ใช้ร่วมกัน และคะแนนเฉลี่ยด้านอาการของโรคสมาธิสั้นที่ลดลงนั้น ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมของ Conners' ไม่ได้ใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงทางคลินิกของโรคสมาธิสั้น ซึ่งอาจมีผลต่อข้อสรุปของการศึกษา

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งใช้วิธีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ ความคิดความเชื่อให้ถูกต้อง โดยการกระตุ้นทางอารมณ์และความรู้สึก การฝึกปฏิบัติให้เกิดประสบการณ์จริง การใช้ตัวแบบ และการใช้เทคนิคสื่อสารร่วมกับกระบวนการกลุ่ม สามารถช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นช่วงวัยเรียน ตลอดจนสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการกระตุ้นและติดตามเป็นระยะๆ เพื่อช่วยให้มีการสนับสนุนด้านจิตใจ เกิดกำลังใจในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของเด็กสมาธิสั้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ดร.วิมลนันท์ พุฒินิชพงศ์ และ ผศ.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร ที่ปรึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. วินัดดา ปิยะศิลป์. Attention deficit hyperactivity disorder. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2550. หน้า 118-29.
2. Silver LB. Attention-deficit hyperactivity disorder. 3rd ed. Arlington VA: Wilson Boulevard; 2004.
3. ชาญวิทย์ พรนภดล. มารู้จักและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แจนเซน ซิแลค; 2546.
4. ชาญวิทย์ พรนภดล. โรคชน-สมาธิสั้น. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็น-เทอร์ไพรซ์; 2545. หน้า 209-19.
5. Hechtman L. Attention-deficit hyperactivity disorder. In BJ Sadock & VA Sadock, Eds., Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott; 2005. p. 3183-203.
6. มาศมณี วีระณรงค์. ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
7. สนธยา มณีรัตน์. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. [สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
8. กุสุมาวดี คำเกลี้ยง. การพัฒนาค้นแบบ: กิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดชาเทียร์สำหรับพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้น. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551;16:144-56.

9. เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น. [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Erlbaum Associates Publishers; 1988. p. 284–87.
11. Corcoran J, and Dattalo P. Parent involvement in treatment for ADHD: a meta-analysis of the published studies. *Research on Social Work Practice*; 2006. p. 561–70.
12. Conners K, Gill S, Parker J, Epstein J. The revised conner's parent rating scale: factor structure, reliability, and criterion validity–CPRS–R. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26:257–68.
13. Anastopoulos A, Shelton T, DuPoul B and Guevremant. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol* 1993;21:581–96.
14. Weinberg HA. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: parental and child outcome. *J Clin Psychol* 1999; 7:907–13.
15. Barkley RA. Psychosocial treatments for attention–deficit hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry* 2002;63:36–43.
16. Huang HL, Chao CC, Tu CC and Yang PC. Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003;57:907–13.
17. Salbach H, Lenz K, Huss M, Vogel R, Feising D, Lehmkuhl U. Treatment effects of parent management training for ADHD. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2005;33:59–68.