

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

วันรับ : 8 กรกฎาคม 2568

วันแก้ไข : 6 กันยายน 2568

วันตอบรับ : 26 กันยายน 2568

กัญชน สืหะปัญญา, พย.ม.¹, อนุวัฒน์ สรวนรัมย์, พย.ม.²,

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, พย.ม.³, กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์, พย.ม.⁴

โรงพยาบาลวชิราลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี¹, โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดนครราชสีมา²,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดนครราชสีมา³,

โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดอุบลราชธานี⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

วิธีการ : การติดตามระยะยาวในกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เคยเข้าร่วมการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบผลระยะสั้นของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในปี พ.ศ. 2566 - 2567 แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ร่วมกับการดูแลตามปกติ 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียว 30 คน ประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมต่อต้าน ในระยะติดตามผลที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วย independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 60 คน อายุเฉลี่ย 38.8 ± 8.0 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก ผลการติดตามพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้าน ที่ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในช่วงเวลาเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ ANCOVA โดยควบคุมคะแนนพื้นฐานพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กทั้ง 3 ด้านในระยะติดตาม 1 ปีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ขณะที่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ใช้เป็นบริการเสริมร่วมกับการดูแลตามปกติช่วยลดพฤติกรรมสมาธิสั้นของเด็กได้ดีกว่าการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว โดยมีประสิทธิผลคงอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี

คำสำคัญ : การปรับพฤติกรรม, เด็กสมาธิสั้น, ทักษะการเลี้ยงดู, ผลระยะยาว

ติดต่อผู้พิมพ์ : กัญชน สืหะปัญญา; e-mail: kanchamonohh@gmail.com

Original article

Long-term effects of parental skills training for behavioral modification of children with attention deficit hyperactivity disorder

Received : 8 July 2025

Revised : 6 September 2025

Accepted : 26 September 2025

Kanchamon Seehapanya, M.N.S.¹, Anuwat Saruanrum, M.N.S.²Chanokchon Khotsombat, M.N.S.³, Kittiyaporn Boonpairot M.N.S.⁴Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani Province¹,Lamthamenchai Hospital, Nakhon Ratchasima province²,

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima,

Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Nakhon Ratchasima Province³,Samrong Hospital, Ubon Ratchathani Province⁴

Abstract

Objective: To examine the long-term effects of a parent skills training (PST) program on the behaviors of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Methods: A longitudinal prospective follow-up study was employed among parents of children with ADHD who had previously participated in a quasi-experimental study of a PST program during 2023 - 2024. The first group (n = 30) received a 6-week PST program in addition to usual care, while the second group (n = 30) received only usual care. Children's inattention, hyperactivity/impulsivity, and oppositional defiant behaviors of children were assessed at 3 months, 6 months, and 1 year post-intervention using the Swanson, Nolan, and Pelham IV (SNAP-IV) scale. Data were analyzed using independent t-tests and analysis of covariance (ANCOVA).

Results: A total of 60 participants were included, most of whom were mothers, with a mean age of 38.80 ± 8.03 years. At 3-month, 6-month, and 1-year follow-up, means scores of all three children's ADHD behavioral domains in the PST group were significantly lower than baseline and significantly lower than those of the usual-care group during the same period. ANCOVA, adjusted for baseline scores, showed significant changes in all domains within the PST group across the three follow-up periods, while there was no significant changes in the usual-care group.

Conclusion: The PST program added to usual care demonstrated sustained effectiveness for up to 1 year in reducing ADHD behaviors compared with usual care alone.

Keywords: ADHD, behavioral modification, long-term effects, parental skills

Corresponding author: Kanchamon Seehapanya; e-mail: kanchamonohh@gmail.com

ความรู้เดิม : การฝึกทักษะการดูแลของผู้ปกครองมีประสิทธิผลในการปรับพฤติกรรมการเลื้อยดูและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาประเด็นดังกล่าวในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด และขาดการติดตามผลในระยะยาว ทำให้ไม่ทราบความยั่งยืนของผลลัพธ์

ความรู้ใหม่ : การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อเสริมร่วมกับการดูแลตามปกติ มีประสิทธิผลในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นทั้งด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และดื้อต่อต้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลลัพธ์มีความคงทนต่อเนื่องจนถึง 1 ปีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพียงอย่างเดียว

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลในการวางแผนปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยควบคู่กับการดูแลตามปกติเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและครอบครัว รวมถึงลดภาระและต้นทุนของระบบการศึกษาและสาธารณสุขในระยะยาว

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทในวัยเด็กที่ส่งผลต่อการพัฒนาและการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ทั้งพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ และทักษะทางสังคม¹ ประกอบด้วยอาการหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการซน/ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น/วู่วาม (impulsivity) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ เมื่อเติบโตขึ้น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม การใช้สารเสพติด อุบัติเหตุทางรถยนต์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การทำผิดกฎหมาย ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว การขาดความมั่นใจ ภาวะซึมเศร้า และการพยายามฆ่าตัวตาย²⁻⁴ โรคสมาธิสั้นพบมากที่สุดในวัยเรียน และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีความชุกทั่วโลกประมาณร้อยละ 3.4⁵ ในประเทศไทยพบร้อยละ 8.1 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

โดยเป็นสมาธิสั้นแบบ combined type ร้อยละ 3.8 inattentive type ร้อยละ 3.4 และ hyperactive/impulsive type ร้อยละ 0.9⁶

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งด้านตัวเด็กเอง เช่น พันธุกรรมและความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ด้านครอบครัว เช่น การเลี้ยงดู ฐานะทางเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสารพิษ ตะกั่ว หรือควันบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด (เช่น คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย)⁷ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมของเด็กแตกต่างกันออกไป ทั้งยังอาจส่งผลซึ่งกันและกัน ในทางกลับกัน โรคสมาธิสั้นยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของครอบครัว (family function) และสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เช่น ความเครียดเรื้อรัง ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว จากค่ารักษาพยาบาลและการต้องสูญเสียโอกาสทางรายได้เพื่อดูแลบุตร นอกจากนี้ ความยากลำบากในการอดทนและควบคุมอารมณ์ของเด็กอาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งและความรุนแรงในครอบครัว และสังคมในระยะยาว^{8,9} ดังนั้น การส่งเสริมผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค มีทักษะการเลี้ยงดูที่เหมาะสม รวมถึงมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การปรับพฤติกรรมสมาธิสั้น จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น รวมถึงความเสี่ยงของปัญหาพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว¹⁰

การฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่ได้รับการแนะนำเป็นอันดับแรกสำหรับโรคสมาธิสั้น เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูและส่งผลกระทบต่อเด็ก¹¹ โปรแกรมเหล่านี้มีองค์ประกอบหลักร่วมกัน ได้แก่ การส่งเสริมการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง¹² การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพนั้นมุ่งเน้นการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับฝึกทักษะต่าง ๆ โดยครอบคลุมทั้งมิติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และยังพบว่าการเพิ่มการสนับสนุนจาก

ครอบครัวช่วยลดอาการหลักของภาวะสมาธิสั้นในระยะยาว ได้ดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว¹³ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นยังมีจำนวนจำกัด มีเพียงการศึกษาของภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ¹¹ ที่รายงานผลลัพธ์เชิงบวกของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน โดยประสิทธิผลของโปรแกรมคงอยู่ต่อเนื่องในระยะติดตามผล 6 เดือน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในประเทศไทยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb¹⁴ ร่วมกับแนวคิดการฝึกทักษะครูและผู้ปกครอง ซึ่งแสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเด็ก^{15,16} อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในปี พ.ศ. 2567 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและการใช้กระบวนการกลุ่ม โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม อิงตามแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และกระบวนการเรียนรู้แบบวนรอบของ Kolb¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้แก่ ประสบการณ์รูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง การสรุปเป็นหลักการนามธรรม และการทดลองปฏิบัติจริง โดยองค์ประกอบด้านประสบการณ์รูปธรรมช่วยสร้างความคุ้นเคยและเตรียมความพร้อมผู้ปกครองเพื่อฝึกประเมินและทำความเข้าใจปัญหาพฤติกรรมของเด็ก การสังเกตอย่างไตร่ตรองช่วยให้ผู้ปกครองได้แบ่งปันและเรียนรู้ประสบการณ์ปัญหาพฤติกรรม รวมถึงกลยุทธ์ที่ผู้ปกครองแต่ละคนใช้จัดการปัญหา การสรุปเป็นหลักการนามธรรมช่วยให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้และเลือกใช้วิธีจัดการปัญหาที่หลากหลาย เช่น การเลี้ยงดูเชิงบวก การเสริมแรง และการลงโทษแบบไม่รุนแรง และการทดลองปฏิบัติจริงช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจหลักการและกลยุทธ์ใหม่ ๆ รวมถึงฝึกนำเทคนิค/กลยุทธ์ที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น 60 คน ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมร่วมกับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว กลุ่มละ 30 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งพฤติกรรมด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน¹⁷ ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในระยะสั้นของโปรแกรมนี้อย่างชัดเจน

เพื่อให้การฝึกทักษะผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพสูงสุดและเป็นประโยชน์ต่อเด็ก ครอบครัว และสังคมในระยะยาว จึงมีความจำเป็นในการติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งการประเมินความยั่งยืนของผลต่อทักษะการเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองได้เรียนรู้จากโปรแกรมว่า ยังคงถูกนำไปใช้และช่วยลดพฤติกรรมของเด็กอย่างต่อเนื่องหรือไม่ การติดตามผลดังกล่าวจะช่วยยืนยันถึงประสิทธิผลโดยรวมของโปรแกรมและความคุ้มค่าต่อการลงทุนทั้งในด้านเวลาและทรัพยากร อีกทั้งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพิจารณาปรับปรุง พัฒนา และขยายผลของโปรแกรมในระบบบริการสุขภาพต่อไป

วิธีการ

การศึกษาติดตามระยะยาว (longitudinal prospective study) ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ได้เข้าร่วมการศึกษาลงมือของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ที่ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และเสร็จสิ้นไปแล้ว¹⁷ โดยการศึกษาในระยะนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2567-204 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (รหัสโรค ICD-10 F90.0-90.9) ที่ได้เข้าร่วมการวิจัยกึ่งทดลองเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่ดำเนินการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้น มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างใด ๆ และไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองด้านพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นมาก่อน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลระยะกลางและระยะยาวของโปรแกรมหัดกล่าว ในกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมาร่วมกับการดูแลตามปกติ 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน โดยมีการจับคู่ (matched-pair) ตามเพศของเด็กและระดับการศึกษาของผู้ปกครองก่อนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการดำเนินโปรแกรมขึ้นใหม่ แต่เป็นการติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการศึกษาก่อน¹⁷ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมมีการดำเนินแบบกลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 เป็นผู้นำกลุ่มร่วม โปรแกรมมีระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “ชวนคิดชวนคุยสร้างสายสัมพันธ์” เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพเตรียมความพร้อม และร่วมประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก กิจกรรมที่ 2 “เล่าสู่กันฟัง” เพื่อให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาพฤติกรรม และกลยุทธ์ที่ใช้จัดการปัญหา กิจกรรมที่ 3 “เปิดประสบการณ์ใหม่” เพื่อให้ผู้ปกครองเรียนรู้และเลือกใช้วิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ กิจกรรมที่ 4 “กลยุทธ์หยุดพฤติกรรม” เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลเด็ก กิจกรรมที่ 5 “ผสานกลยุทธ์” เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถประยุกต์ใช้เทคนิค/กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมได้ และกิจกรรมที่ 6 “แทนความห่วงใย” เพื่อติดตามผลและกระตุ้นให้ผู้ปกครองนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปฝึกใช้กับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

โดยรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมได้มีการรายงานไว้ในการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁷

การดูแลตามปกติประกอบด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจรายบุคคลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา การให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว การให้คำปรึกษาคอครอบครัว การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการ ซึ่งภายหลังการทดลองครั้งก่อน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการติดตามอาการตามระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรมเดิม ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการและการดำเนินการวิจัยต่อเนื่องในระยะยาวแก่กลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ก่อนเริ่มทดลองในครั้งก่อน โดยในครั้งนี้อยู่ปกครองได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นตามระยะที่กำหนดไว้ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล โดยได้นัดหมายแต่ละกลุ่มในวันเวลาที่แตกต่างกันเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination)

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 เป็นผู้รับผิดชอบในทุกช่วงระยะเวลา ใช้เวลาครั้งละ 15 - 20 นาที โดยผู้เก็บข้อมูลไม่ทราบว่าคุณสมบัติของตัวแต่ละคนเคยได้รับการแทรกแซงแบบใด นอกจากนี้ มีการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับการปรับพฤติกรรมเด็กที่คล้ายคลึงกับโปรแกรมในการวิจัยนี้ ผลการสอบถามไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดในลักษณะดังกล่าวในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง และเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก โรคประจำตัวของผู้ปกครอง เพศของเด็ก อายุของเด็ก และระยะเวลาในการรักษา ซึ่งใช้ข้อมูลเดิมจากการศึกษาก่อน

2. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV scale: SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย¹⁸ มีข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention)

9 ข้อ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/ impulsivity) 9 ข้อ และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน ค่อนข้างมาก 2 คะแนน และมาก 3 คะแนน การแปลผลคะแนน หากมีคะแนนรวมด้านขาดสมาธิ 16 คะแนนขึ้นไป ด้านอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น 14 คะแนนขึ้นไป หรือด้านดื้อต่อต้าน 12 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีปัญหาในด้านนั้น ๆ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับ จากการศึกษาคั้งก่อน เท่ากับ 0.89¹⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง และเด็กด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทั้งนี้ การตรวจสอบคุณสมบัติข้อมูลเบื้องต้น พบว่า แม้บางชุดข้อมูลไม่เป็นปกติจากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov แต่ผลจาก histogram และการทดสอบ skewness และ kurtosis ที่พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง ± 3.29 บ่งชี้ว่าข้อมูลโดยรวมมีการแจกแจงปกติ¹⁹ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบ parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ระยะติดตามผล 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ด้วยสถิติ independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มที่ระยะเวลาค้างต่าง ๆ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANCOVA) โดยกำหนดให้คะแนนพื้นฐานเป็นตัวแปรร่วม (covariate) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผล

การศึกษาคั้งนี้สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างเดิมได้ครบถ้วน รวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 30 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 30 - 39 ปี มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 8 - 12 ปี และได้รับการรักษา 1 - 3 ปี ซึ่งเป็นข้อมูลเดิมจากการศึกษาคั้งที่ผ่านมา¹⁷

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วย independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระยะติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ทั้งด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และดื้อต่อต้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการทดลองด้วย ANCOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้านในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลา 1 ปี ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียว ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบแนวโน้มค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นรายด้าน ที่ระยะเวลาค้างต่าง ๆ พบว่า ในภาพรวมพฤติกรรมสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้านมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใกล้เคียงกัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังการทดลองทันที ส่วนในระยะติดตามที่ 3 และ 6 เดือน คะแนนยังคงอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม ในระยะติดตาม 1 ปี คะแนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังคงต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ พฤติกรรมด้านดื้อต่อต้านมีแนวโน้มแตกต่างจากพฤติกรรมด้านอื่นเล็กน้อย โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นที่ระยะ 1 ปี ชัดเจนกว่า พฤติกรรมด้านอื่น ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนในระยะติดตามผันผวนมากกว่าพฤติกรรมด้านอื่น แต่โดยรวมคะแนนยังคงใกล้เคียงกับระยะก่อนการทดลอง ทำให้ที่ระยะ 1 ปี ช่องว่างคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแคบลงอย่างเห็นได้ชัด ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

วิจารณ์

การศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจากแบบประเมิน SNAP-IV ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกช่วงการติดตาม ได้แก่ ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ทั้งในด้านขาดสมาธิ ด้านอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น และด้านดื้อต่อต้าน สะท้อนให้เห็นถึงความยั่งยืนของผลในระยะยาวของโปรแกรมในการลดพฤติกรรมสมาธิสั้นของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ¹² ที่พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองสามารถลดพฤติกรรมสมาธิสั้น และดื้อต่อต้านได้อย่างมี

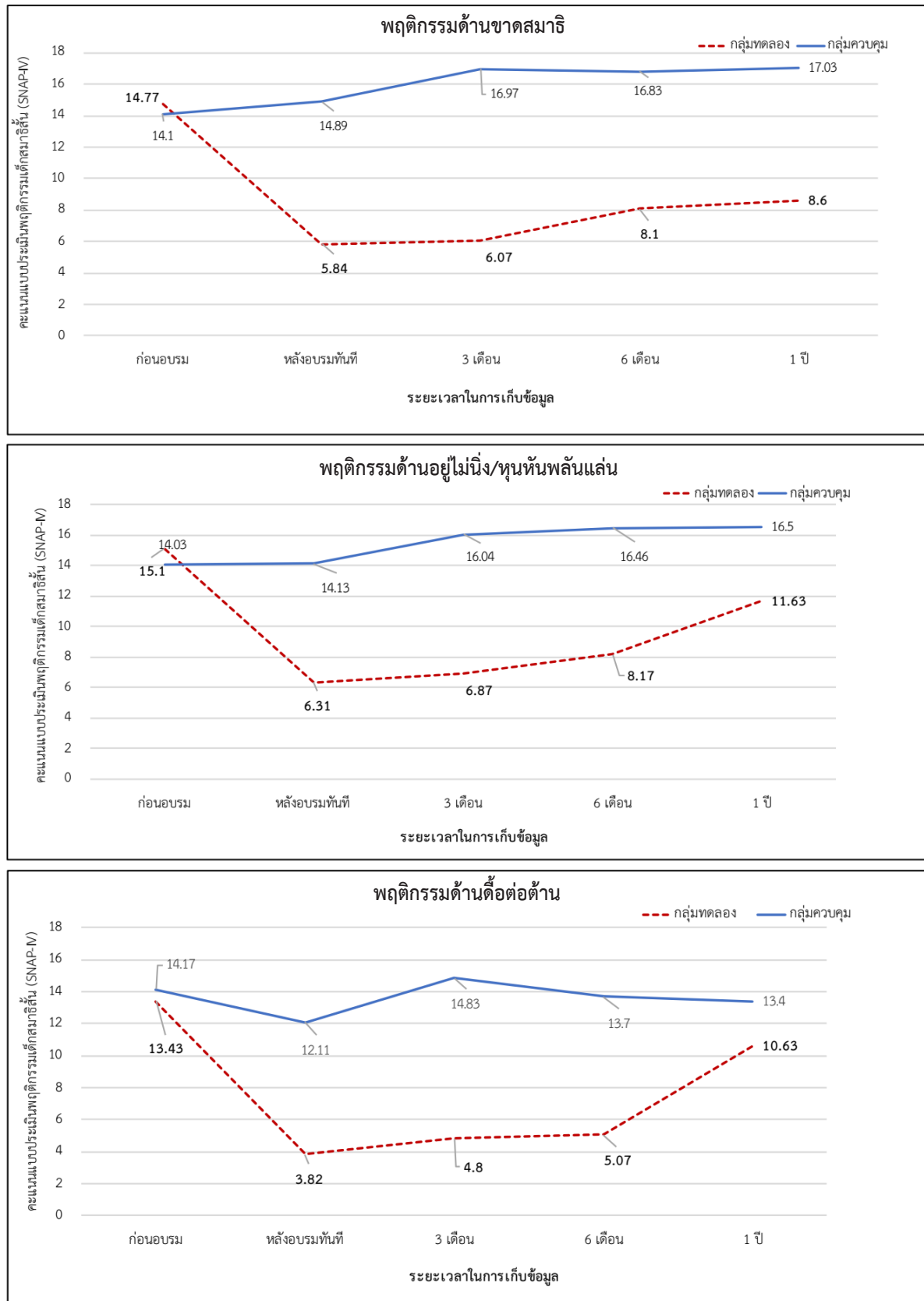
ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วย independent t-test

ช่วงเวลา	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)		กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง*						
ด้านขาดสมาธิ	14.77	2.55	14.10	2.89	0.91	.366
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	15.10	4.32	14.03	3.53	1.04	.300
ด้านดื้อต่อต้าน	13.43	2.80	14.17	2.21	1.12	.265
หลังการทดลองทันที*						
ด้านขาดสมาธิ	5.84	2.18	14.89	3.69	11.53	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	6.31	1.83	14.13	3.03	12.08	< .001
ด้านดื้อต่อต้าน	3.82	2.17	12.11	2.59	13.42	< .001
ระยะ 3 เดือน						
ด้านขาดสมาธิ	6.07	2.19	16.97	3.34	14.91	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	6.87	2.14	16.00	2.92	13.79	< .001
ด้านดื้อต่อต้าน	4.80	2.04	14.83	2.82	15.72	< .001
ระยะ 6 เดือน						
ด้านขาดสมาธิ	8.10	2.35	16.83	3.57	11.18	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	8.17	1.84	16.00	3.35	11.21	< .001
ด้านดื้อต่อต้าน	5.07	2.24	13.70	2.48	14.14	< .001
ระยะ 1 ปี						
ด้านขาดสมาธิ	8.60	2.14	17.03	4.03	10.12	< .001
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	11.63	4.01	16.50	3.47	5.02	< .001
ด้านดื้อต่อต้าน	10.63	4.17	13.40	2.47	3.12	< .001

* ในการศึกษาครั้งก่อน¹⁷

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นด้วย repeated measures ANCOVA

		SS	df	MS	F	p-value
ด้านขาดสมาธิ	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)					
	Time	2421.69	1.73	1393.00	157.21	< .001
	Error	446.70	50.41	8.86		
	กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)					
ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	Time	3.89	2.66	1.46	.158	.906
	Error	712.90	77.14	9.24		
	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)					
	Time	1761.00	1.97	891.66	77.82	< .001
ด้านดื้อต่อต้าน	Error	656.20	57.27	11.45		
	กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)					
	Time	16.56	1.44	11.43	.606	.499
	Error	792.24	42.01	18.57		
ด้านดื้อต่อต้าน	กลุ่มโปรแกรม (n = 30)					
	Time	1761.00	1.97	891.66	77.82	< .001
	Error	656.20	57.27	11.45		
	กลุ่มการดูแลตามปกติ (n = 30)					
	Time	16.56	1.44	11.43	.606	.499
	Error	792.24	42.01	18.57		



แผนภาพที่ 1 แนวโน้มค่าเฉลี่ยของแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ในระบบติดตาม 1 ปี ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำแนกเป็นด้านขาดสมาธิ (บน) อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (กลาง) และดื้อต่อต้าน (ล่าง)

ประสิทธิภาพ โดยผลลัพธ์ที่ได้ยังคงอยู่เมื่อประเมินซ้ำที่ 6 เดือน และสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Rimestad และคณะ²⁰ และ Chronis-Tuscano และคณะ²¹ ที่ชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น โดยช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมต่อต้านได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาดิตตามยาวนานกว่าการศึกษาในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมักมีระยะติดตาม 3 - 6 เดือน

ความยั่งยืนของผลที่พบในกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมสามารถอธิบายได้ผ่านทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของการเรียนรู้จากการสังเกตและการเลียนแบบ โดยเมื่อผู้ปกครองได้เรียนรู้และนำทักษะไปใช้กับเด็กอย่างต่อเนื่อง และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ เด็กจะเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม ผ่านการได้รับแรงเสริมเชิงบวก (positive reinforcement) จากผู้ปกครอง²² นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb¹⁴ ที่กล่าวว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการสะท้อนคิดร่วมกัน และเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ผู้ปกครองสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ และกำลังใจจากสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาล้ำคลึงกัน ยังช่วยเสริมความมั่นใจและความมุ่งมั่นของผู้ปกครองในการนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง²³ ทั้งนี้ การส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ไม่เพียงแต่ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อพัฒนาการทางสังคม การจัดการอารมณ์ การเรียนรู้ในโรงเรียน และการปรับตัวทางสังคมของเด็ก ซึ่งอาจช่วยลดภาระของระบบการศึกษาและสังคมในระยะยาว²⁴ อีกทั้งยังช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัว²⁵

นอกจากผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มแล้ว กิจกรรมของโปรแกรมยังมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการฝึกทักษะ เห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรม และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)²⁶ ที่ระบุว่า การตระหนักในความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลเชิงบวกที่เกิดขึ้นกับเด็กยังเป็นแรงจูงใจสำคัญให้ผู้ปกครองคงไว้ซึ่งการเลี้ยงดูเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง²⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เกิดสังข์²⁸ ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล และการศึกษาของจิราภรณ์ ธรรมบุตร และคณะ²⁹ ที่สนับสนุนว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ปกครองให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงดูเชิงบวกและทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ปกครองเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก และเป็นการเสริมแรงทางบวกผ่านการยอมรับและสนับสนุน ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจให้เด็กนำทักษะชีวิตและพฤติกรรมเชิงบวกที่ได้เรียนรู้ไปใช้ได้เหมาะสมและต่อเนื่อง

การติดตามแนวโน้มในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดลงหลังได้รับโปรแกรมและค่อนข้างคงที่ในระยะ 6 เดือนแรก อย่างไรก็ตาม ที่ระยะ 1 ปีพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านขาดสมาธิและด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นมีแนวโน้มกลับมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ขณะที่ด้านต่อต้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงที่สุด อาจเนื่องจากพฤติกรรมต่อต้านเกี่ยวข้องกับความรุนแรง ซึ่งกระตุ้นการตอบสนองเชิงลบจากผู้ใหญ่ได้ง่าย อีกทั้งการจัดการพฤติกรรมยังต้องอาศัยความมั่นคงทางอารมณ์และความสม่ำเสมอของผู้ปกครองในระดับสูง ซึ่งมีกลดลงตามธรรมชาติหลังสิ้นสุดการบำบัด จึงเป็นด้านที่มีความเปราะบางต่อการถดถอยสูงกว่าพฤติกรรมด้านอื่น^{30,31} ทั้งนี้ แม้แนวโน้มดังกล่าวไม่ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็อาจบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการติดตาม การฝึกทบทวน และการให้คำปรึกษาผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งทักษะและผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นของเด็กในระยะยาว³² โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา เช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กและอยู่ในพื้นที่เดียว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถใช้กับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทั้งหมดได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่เก็บข้อมูลที่หลากหลาย การศึกษานี้ไม่ได้เก็บรวบรวมปัจจัยกวน

สำคัญ เช่น ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น การใช้ยา และการรักษาที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลลัพธ์ในระยะหลังการทดลอง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการติดตามและควบคุมตัวแปรเหล่านี้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครองอาจมีประสิทธิผลแตกต่างกันตามช่วงอายุของเด็ก เนื่องจากเด็กอายุ 8 - 9 ปี มักตอบสนองได้ดีกับการเสริมแรงเชิงบวกและการตั้งกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน³³ ขณะที่เด็กอายุ 10 - 12 ปี ซึ่งกำลังเข้าสู่วัยรุ่น มักมีพฤติกรรมซับซ้อนขึ้น การปรับพฤติกรรมในวัยนี้จึงควรเน้นการสื่อสารสองทางและการให้เหตุผลมากกว่าการออกคำสั่ง^{34,35} การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาแยกการวิเคราะห์ผลของโปรแกรมตามช่วงอายุ เพื่อระบุแนวทางและเทคนิคที่เหมาะสมกับแต่ละวัย และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่นแต่ยังคงประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป

การศึกษานี้ติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองต่อพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่เคยได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างเดียวก่อนทั้งที่ระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี อย่างไรก็ตาม ผลการติดตามที่ระยะ 1 ปี บ่งชี้ว่าพฤติกรรมของเด็กมีแนวโน้มกลับมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกด้าน ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มการถดถอยของพฤติกรรมเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านต่อต้าน (oppositional defiant) ที่เพิ่มมากกว่าด้านอื่น ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความยั่งยืนของโปรแกรมในภาพรวม ขณะเดียวกันก็บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการวางแผนป้องกันพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยควรมีการฝึกทบทวนทักษะผู้ปกครอง (booster sessions) ในช่วงระยะ 6 เดือนหลัง เพื่อคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอและประสิทธิผลสูงสุดของโปรแกรม

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

กัญชน สี่ทะปัญญา : ทบทวนวรรณกรรมสืบค้นข้อมูล เขียนงานวิจัย ตรวจสอบการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เขียนบทความ ; อนุวัฒน์ สรวณรัมย์ :

เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบบทความ ; ชนกชนม์ โคตรสมบัติ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบบทความ ; กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ : เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Rajaprakash M, Leppert ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Rev.* 2022;43(3):135-47. doi:10.1542/pir.2020-000612.
2. Young S, Cocallis K. ADHD and offending. *J Neural Transm (Vienna).* 2021;128(7):1009-19. doi:10.1007/s00702-021-02308-0.
3. Peterson BS, Trampush J, Maglione M, Bolshakova M, Rozelle M, Miles J, et al. Treatments for ADHD in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2024;153(4):e2024065787. doi:10.1542/peds.2024-065787.
4. Danielson ML, Claussen AH, Bitsko RH, Katz SM, Newsome K, Blumberg SJ, et al. ADHD prevalence among U.S. children and adolescents in 2022: diagnosis, severity, co-occurring disorders, and treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2024;53(3):343-60. doi:10.1080/15374416.2024.2335625.
5. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345-65. doi:10.1111/jcpp.12381.
6. Wisanuyothin T. Prevalence of ADHD in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2):66-75. (In Thai)
7. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the family? a systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prev Sci.* 2024;25(Suppl 2):249-71. doi:10.1007/s11121-022-01358-4.
8. Penuelas-Calvo I, Palomar-Ciria N, Porras-Segovia A, Miguélez-Fernandez C, Baltasar-Tello I, Colmenero SP, et al. Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *Eur J Psychiatry.* 2021;35(3):166-72. doi:10.1016/j.ejpsy.2021.03.003.
9. Zhao X, Page TF, Altszuler AR, Pelham WE 3rd, Kipp H, Gnagy EM, et al. Family burden of raising a child with

- ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(8):1327-38. doi:10.1007/s10802-019-00518-5.
10. Evans S, Ling M, Hill B, Rinehart N, Austin D, Sciberras E. Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(1):9-27. doi:10.1007/s00787-017-1008-9.
11. Zarakoviti E, Shafran R, Papadimitriou D, Bennett SD. The efficacy of parent training interventions for disruptive behavior disorders in treating untargeted comorbid internalizing symptoms in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2021;24(3):542-52. doi:10.1007/s10567-021-00349-1.
12. Chongsuksiri P, Apinuntavech S, Punyapas S. One-year follow-up of parent management training program for children with externalizing behavior problems. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2019;64(2):163-76. (in Thai)
13. Mihandoost Z. Treatment programs for students with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2015;9(3):e1840. doi:10.17795/ijpbs-1840.
14. Kolb D. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
15. Juengsiragulwit D, Chaiudomsom C, Rueng P, Poowichai C. A pilot study of the efficacy of group teacher training for behavioral modification in school-aged children at-risk for emotional and behavioral problems. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2018;63(2):115-26. (in Thai)
16. Saboonma J, Rodcumdee B, Suktrakul S. The effect of group experiential learning for parents on aggressive behaviors of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Science.* 2012;30(2):23-34. (in Thai)
17. Seehapanya K, Suebpha N. Effects of parent skills training program for modifying the behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin.* 2024;14(2):42-63. (in Thai)
18. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of swanson, nolan, and pelham iv scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2014;59(2):97-110. (in Thai)
19. Mishra P, Pandey CM, Singh U, Gupta A, Sahu C, Keshri A. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth.* 2019;22(1):67-72. doi:10.4103/aca.ACA_157_18.
20. Rimestad ML, Lambek R, Zacher Christiansen H, Hougaard E. Short- and long-term effects of parent training for preschool children with or at risk of ADHD: a systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord.* 2019;23(5):423-34. doi:10.1177/1087054716648775.
21. Chronis-Tuscano A, Wang CH, Woods KE, Strickland J, Stein MA. Parent ADHD and evidence-based treatment for their children: review and directions for future research. *J Abnorm Child Psychol.* 2017;45(3):501-17. doi:10.1007/s10802-016-0238-5.
22. Dekkers TJ, Hornstra R, van der Oord S, Luman M, Hoekstra PJ, Groenman AP, et al. Meta-analysis: which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022;61(4):478-94. doi:10.1016/j.jaac.2021.06.015.
23. Sharma S, Govindan R, Kommu JVS. Effectiveness of parent-to-parent support group in reduction of anxiety and stress among parents of children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. *Indian J Psychol Med.* 2022;44(6):575-9. doi: 10.1177/02537176211056586.
24. Pfiffner LJ, Rooney ME, Jiang Y, Haack LM, Beaulieu A, McBurnett K. Sustained effects of collaborative school-home intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;57(4):245-51. doi:10.1016/j.jaac.2018.01.016.
25. Yap M, Jorm A, Bazley R, Kelly C, Ryan S, Lubman D. Web-based parenting program to prevent adolescent alcohol misuse: rationale and development. *Australas Psychiatry.* 2011;19(4):339-44. doi:10.3109/10398562.2011.603334.
26. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1-47. doi:10.1177/109019818401100101.
27. Wattanasoontorn P, Wattanaburanon A, Sitakalin P, Jaidee W. Knowledge and health belief model affecting fever management in children of caregivers. *Journal of Liberal Arts Maejo University.* 2022;10(2):70-86. (in Thai)
28. Kerdsangs U. The development of the health belief enhancement program on health belief perception and positive aspects of caregiving among caregivers of patients with schizophrenia. *Interdisciplinary*

- Academic and Research Journal. 2023;3(3):299-320. (in Thai)
29. Kummabutr J, Phuphaibul R, Nityasuddhi D, Suwonnaroop N. One-year follow-up effects of a parent training program in conjunction with a life skills training program on the life skills of school-age children. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(1):221-32. (in Thai)
 30. D'Aiello B, Di Vara S, De Rossi P, Vicari S, Menghini D. The effect of a single dose of methylphenidate on attention in children and adolescents with ADHD and comorbid Oppositional Defiant Disorder. *PLoS One*. 2024;19(8):e0299449.
 31. Klein O, Walker C, Aumann K, Anjos K, Terry J. Peer support groups for parent-carers of children with attention deficit hyperactivity disorder: the importance of solidarity as care. *Disabil Soc*. 2019;34(9-10):1445-61. doi: 10.1080/09687599.2019.1601059.
 32. Webster-Stratton C, Reid MJ. The Incredible Years parents, teachers, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Weisz JR, Kazdin AE, editors. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2018. p. 122-41.
 33. Kuppens S, Ceulemans E. Parenting styles: a closer look at a well-known concept. *J Child Fam Stud*. 2019;28(1):168-81. doi:10.1007/s10826-018-1242-x.
 34. Vasiou A, Kassis W, Krasanaki A, Aksoy D, Favre CA, Tantaros S. Exploring parenting styles patterns and children's socio-emotional skills. *Children (Basel)*. 2023;10(7):1107. doi:10.3390/children10071107.
 35. Valerie V, Wijaya E, Setiawan A, Astiarani Y, Surya J. Association between parental stress and adolescent behavior mediated by parenting style in public junior and senior high school students in North Jakarta. *Paediatr Indones*. 2024;64(1):61-70. doi:10.14238/pi64.1.2024.61-70.