

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี

ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี โดยการมีส่วนร่วมของครูและผู้ปกครอง

The Effects of a Behavioral Modification Program on Attention Deficit

Hyperactivity Disorder Behaviors in Children Aged 6–12 Years through

Teacher and Parent Participation in Makham District, Chanthaburi Province

สุปรียา ศรีทอง¹, วรกรรณ เนลสัน^{2*}

Supreeya Srithong¹, Warongrong Nelson^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: warongrong.n@bcnnon.ac.th)

(Received: June 30, 2025; Revised: November 29, 2025; Accepted: November 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 26 คน ครูประจำชั้น จำนวน 9 คน และผู้ปกครอง จำนวน 26 คน เข้าร่วมโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมบำบัด ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนต์ของสกินเนอร์ และทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตของแบนดูรา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมต่อต้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กอายุ 6-12 ปี มีคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งจากการประเมินของผู้ปกครอง และครูประจำชั้น ในด้านพฤติกรรมขาดสมาธิ ($t = 3.21, 2.31; p = .002, .021$) พฤติกรรมอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น ($t = 3.60, 3.77; p < .001$) และพฤติกรรมต่อต้าน ($t = 2.84, 2.31; p = .005, .001$)

โปรแกรมที่บูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมและปรับตัวได้ดีขึ้น หน่วยงานด้านสุขภาพและการศึกษา ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมไปใช้ในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา โดยการทำงานร่วมกับคลินิกสุขภาพจิตและจิตแพทย์เด็ก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Makham Hospital, Chanthaburi Province

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

รวมทั้ง พัฒนาหลักสูตรการอบรมครูและผู้ปกครอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, สมาธิสั้น, เด็กวัยเรียน, การมีส่วนร่วมของครูและผู้ปกครอง

Abstract

This quasi-experimental study utilized a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a behavior modification program on attention-deficit behaviors in children aged 6–12 years in Makham District, Chanthaburi Province, Thailand. The participants included 26 children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), 9 homeroom teachers, and 26 parents. The 10-week intervention program was developed based on principles of behavior therapy, Skinner's operant conditioning theory, and Bandura's observational learning theory. Data were collected using a behavior assessment tool of inattention, hyperactivity, impulsivity, and oppositional defiant disorder. Statistical analysis was conducted using descriptive statistics and paired t-tests.

The findings revealed that, after participating in the Attention Deficit Hyperactivity Behavior Modification Program, children aged 6–12 years demonstrated a statistically significant reduction in ADHD-related behaviors at the .05 level, as assessed by both parents and classroom teachers. Significant improvements were observed in inattentive behavior ($t = 3.21, 2.31; p = .002, .021$), hyperactive or impulsive behaviors ($t = 3.60, 3.77; p < .001$), and oppositional behaviors ($t = 2.84, 2.31; p = .005, .001$).

These outcomes underscore the effectiveness of an integrative, school-family collaborative approach in enhancing children's self-regulation and adaptive behavioral functioning. It is recommended that the health and education sectors collaborate to promote the implementation of such programs in primary schools through collaboration with mental health clinics and child psychiatry teams. Furthermore, the development of training curricula for teachers and parents is encouraged to enhance their knowledge, understanding, and skills in providing effective long-term care for children with ADHD.

Keywords: Behavioral modification program, ADHD, School-aged children, Teacher and parent participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องทางพฤติกรรมที่มีลักษณะสำคัญ ได้แก่ 1) การขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ภาวะซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) การขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (Drechsler et al., 2020) การวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต (diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5) ต้องอาศัยการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นอย่างน้อยสองสถานการณ์ขึ้นไป เช่น ที่บ้านและที่โรงเรียน อาการเหล่านี้ต้องดำเนินต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็ก โดยเฉพาะด้านการเรียนและการเข้าสังคม อาการของโรคสมาธิสั้นมักเริ่มปรากฏชัดตั้งแต่อายุยังน้อย โดยทั่วไปจะเริ่มแสดงอาการก่อนอายุ 12 ปี และต้องไม่สามารถอธิบายได้จากภาวะหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (American Psychiatric Association, 2013)

จากข้อมูลทางสถิติของ UNICEF (2020) พบเด็กอายุ 5-9 ปี ประมาณ 1 ใน 14 คน มีพัฒนาการล่าช้า โดยส่วนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มีปัญหาทางเขาวนปัญญา และมีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่อาจดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น และในบางกรณีอาจนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม เช่น การใช้สารเสพติด แนวโน้มนี้สอดคล้องกับ รายงานของโรงพยาบาลสวนปรุง ปี 2566 ซึ่งระบุว่า เด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 213 คน เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวช และในปี 2567 (ข้อมูลช่วง 9 เดือนแรก) พบว่ามีเด็กเข้ารับการรักษาแล้วเป็นจำนวน 164 คน ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในเด็กวัยเรียนทั้งนี้ โรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ความผิดปกติแบบไม่อยู่นิ่ง ภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะวิตกกังวล (Thaineua et al., 2024) ร่วมกับสถานการณ์โรคจิตเวชเด็กไทย ปี พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 พบอัตราป่วยรายใหม่ของเด็กอายุ 6-15 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 106.44 คนต่อประชากร 100,000 คน สะท้อนให้เห็นถึงความชุกของโรคสมาธิสั้นในระดับประเทศ เมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราป่วยรายใหม่สูงสุดที่ 205.32 คนต่อ 100,000 คน รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 10 และเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีอัตราป่วยรายใหม่ 161.70 และ 141.69 คนต่อ 100,000 คน ตามลำดับ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โดยรวมจะมีแนวโน้มลดลงในช่วงที่ผ่านมา แต่พบว่ายอดผู้ป่วยเริ่มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นอย่างชัดเจน

แม้ว่าแนวโน้มอัตราป่วยของโรคสมาธิสั้นในบางพื้นที่อาจลดลง แต่ในบางภูมิภาคยังมีแนวโน้มการป่วยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (Jutha et al., 2023) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและให้การดูแลสุขภาพจิตเด็กตั้งแต่วัยเริ่มต้น เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ การเรียนรู้ และพฤติกรรมในระยะยาว นอกจากนี้ องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคม สำหรับเด็กและวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก รวมถึงประเทศไทย เพื่อลดผลกระทบของภาวะสมาธิสั้นและปัญหาพฤติกรรม ช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมเสี่ยงในอนาคต (UNICEF, 2022) จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

แนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการจัดการปัญหาสมาธิสั้นคือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบโอเปอแรนต์ของสกินเนอร์ (operant conditioning theory) โดยมุ่งเน้นให้เด็กเรียนรู้การควบคุมตนเองและการเสริมแรงเชิงบวก รวมถึงทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตของแบนดูรา (observational learning theory) ที่เน้นให้เด็กเรียนรู้จากแบบอย่างที่ดี การประยุกต์แนวคิดเหล่านี้เข้ากับบริบทของโรงเรียนและครอบครัว จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับเด็กไทย ดังงานวิจัยของ Drechsler et al. (2020) ศึกษาความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยเน้นการฝึกทักษะการสื่อสาร การสร้างวินัย และการปลูกฝังความรับผิดชอบ ผลการวิจัยพบว่า ส่งผลให้อาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กมีแนวโน้มลดลง โดยผลการศึกษาของ Chacko et al. (2024) พบว่า โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองและการบำบัดในโรงเรียนโดยครูมีส่วนช่วยให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์และปรับตัวดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Panyaprateep and Tawatwattananun (2025) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง รวมถึงการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่บ้านพบว่า เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Pikunthong & Yoonyaphan, 2019) และงานวิจัยของ Singsathon and Permsirivanich (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กลดลงเมื่อมีการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก สะท้อนให้เห็นว่าการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมการฝึกทักษะและการให้ความรู้ มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง การฝึกทักษะการสื่อสารและการสร้างวินัยในผู้ปกครอง สามารถช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กได้

จากการสำรวจข้อมูลเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี จำนวน 600 คน พบว่ามีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 28 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.66 (Psychiatry and Substance Abuse Unit, Makhm Hospital, 2024) แม้ว่าสัดส่วนดังกล่าวจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศและระดับโลก แต่หากเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลและแก้ไขพฤติกรรม อาจส่งผลให้พวกเขาเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต รวมถึงมีปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงในอนาคตได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี โดยเน้นให้ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมของเด็ก ส่งเสริมการควบคุมตนเอง และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลในการช่วยลดพฤติกรรมขาดสมาธิ ความอยุ่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมต่อต้านของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นแนวทางต้นแบบในการพัฒนาและขยายผลไปยังสถานศึกษาอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในระดับชุมชนและประเทศต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี เขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ได้รับการพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดพฤติกรรมนิยม ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนได้ผ่านสิ่งเร้า การตอบสนอง และผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Skinner, 1953) โดยทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบโอเปอเรนต์ที่เน้นการใช้แรงเสริมเชิงบวกเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม ควบคู่กับการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบ (Skinner, 1953; Chinn, 2022) รวมทั้ง ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกต (Bandura, 1977) ซึ่งช่วยให้เด็กเรียนรู้ผ่านแบบอย่างจากครู ผู้ปกครอง และเพื่อน โดยออกแบบกิจกรรมที่มีการสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการสะท้อนคิด เพื่อเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเองและการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องของการปรับพฤติกรรมทั้งในโรงเรียนและที่บ้าน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กอย่างยั่งยืน ส่งผลให้เด็กสามารถพัฒนาสมาธิ ลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น รวมทั้ง สามารถควบคุมอารมณ์และปฏิบัติตามกฎกติกาได้ดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็ก

อายุ 6-12 ปี โดยการมีส่วนร่วมของครูและผู้ปกครอง

กิจกรรมการส่งเสริมบทบาทครู

- ให้ความรู้และอบรมการประเมินภาวะผิดปกติทางจิตเวชในเด็ก และผลกระทบต่าง ๆ
- อบรมวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์และฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็กสมาธิสั้น
- เรียนรู้วิธีการใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form)
- ทำกลุ่มกิจกรรมสร้างสรรค์

กิจกรรมการส่งเสริมบทบาทผู้ปกครอง

- ให้ความรู้และอบรมเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และผลกระทบต่าง ๆ
- เรียนรู้วิธีการใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form)

กิจกรรมสำหรับนักเรียน

- ประเมินพฤติกรรม
- ทำกลุ่มกิจกรรมสร้างสรรค์
- การฝึกทักษะควบคุมอารมณ์
- การสร้างสภาพแวดล้อม

พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV)

- พฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention)
- พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น (hyperactivity)
- พฤติกรรมต่อต้าน (oppositional defiant disorder)

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครูประจำชั้น ในเขตอำเภอมะขามโดยรวม จังหวัดจันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสมาธิสั้นต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research: one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มกราคม 2567 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ครูประจำชั้น และผู้ปกครองของเด็ก ที่อาศัยในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา เขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ในปีการศึกษา 2566 และมีภาวะสมาธิสั้น โดยการคัดกรองจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV โดยให้ครูประจำชั้น และผู้ปกครอง เป็นผู้ประเมินร่วมกัน พบว่ามีคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ย ≥ 1.78) ซึ่งถือว่าผิดปกติในเกณฑ์การคัดกรองภาวะสมาธิสั้น (Swanson et al., 1992) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power (Faul et al., 2007) สำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 กำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เด็กต้องไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมมาก่อน 2) เด็กสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง 3) เด็กไม่มีผลการเรียนตกต่ำจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับสมาธิสั้น 4) ไม่มีโรคทางกายที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมหรือการเข้าร่วมโปรแกรม และ 5) ผู้ปกครองลงนามยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เด็กที่มีโรคประจำตัวทางกาย เช่น โรคระบบประสาท หรือโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อพฤติกรรม 2) เด็กที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่สามารถเข้าร่วมครบระยะเวลา 10 สัปดาห์ 3) เด็กมีความเจ็บป่วยและต้องออกจากกรเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนครบกำหนด และ 4) เด็กมีการย้ายโรงเรียนหรือย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 26 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลักของเด็ก 2) สื่อสาร

ภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินยอมให้ตนเองและเด็กเข้าร่วมโปรแกรมครบตามระยะเวลา และกำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิต จนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ 2) ย้ายที่อยู่ และ 3) ไม่สามารถร่วมประเมินพฤติกรรมเด็กได้ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. ครูประจำชั้น จำนวน 9 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นครูประจำชั้นของกลุ่มตัวอย่าง 2) มีประสบการณ์สอนเด็กกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ภาคเรียน 3) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมอย่างสมัครใจ และ 4) ได้รับการอบรมและให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กและเทคนิคการจัดการพฤติกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล จำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน ระยะเวลาในการใช้จอของเด็ก และประวัติการคลอดของเด็ก ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายละเอียดของผู้ดูแล และรายได้ของครอบครัว

1.2 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Swanson et al., 1992) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต โดยใช้ประเมินพฤติกรรมเด็กอายุ 6–18 ปี สำหรับครูหรือผู้ปกครองเด็กที่รู้จักเด็กมากกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปีการศึกษา จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ข้อ 1-9 เป็นการประเมินอาการขาดสมาธิ ข้อ 10-18 เป็นการประเมินอาการนอนไม่นิ่ง และข้อ 19-26 เป็นการประเมินอาการหุนหันพลันแล่น ข้อคำถามในแบบประเมินเป็นการอธิบายพฤติกรรมที่สังเกตได้จริง ยกตัวอย่างเช่น “มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน” “ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้” และ “นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย” เป็นต้น ซึ่งไม่ใช้การถามความคิดเห็น แต่เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของเด็ก เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน คือ ไม่มีเลย 2 คะแนน คือ มีเล็กน้อย 3 คะแนน คือ มีค่อนข้างมาก และ 4 คะแนน คือ มีมาก โดยแบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 (Tipyaratsethian et al., 2014) คะแนนในแบบประเมิน SNAP-IV (short form) จะถูกรวมและคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ยของแต่ละหมวด ซึ่งสะท้อนความถี่ของพฤติกรรมที่สังเกตได้จริงในชีวิตประจำวัน จากนั้นนำผลลัพธ์เกณฑ์ตัดสินคะแนนมาตรฐานคือ ค่าเฉลี่ย ≥ 1.78 ถือว่าเข้าข่ายสงสัยภาวะสมาธิสั้น (Swanson et al., 1992)

2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เป็นกิจกรรมพฤติกรรมบำบัดร่วมกันกับครูและผู้ปกครอง ได้แก่ การประเมินพื้นฐานและพฤติกรรม การอบรมผู้ปกครอง ชี้แจงปัญหาและประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การสร้างสภาพแวดล้อมโดยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการเรียนรู้ การทำกลุ่มร่วมกับครูประจำชั้น เทคนิคการจัดการอารมณ์ และการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็ก ให้คำชมเชยและเสริมแรงส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างสรรค์ โดยมุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยลดสิ่งเร้ารบกวน เสริมสร้างสมาธิ และกระตุ้น

พฤติกรรมที่ดีของเด็กสมาธิสั้น โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ โดยมีการให้ความรู้และอบรมครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและผลกระทบต่าง ๆ

3. คู่มือเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่โรงเรียน อธิบายถึงการจัดระบบดูแลเด็กอย่างเป็นขั้นตอน โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน SNAP-IV การจัดสภาพแวดล้อมในห้องเรียนเพื่อลดสิ่งรบกวน การใช้คำสั่งที่ชัดเจน และการเสริมแรงเชิงบวก เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม ควบคู่กับการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์ การสื่อสารที่เหมาะสม และกิจกรรมกลุ่มให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งให้ครูและผู้ปกครองร่วมติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในสถานการณ์จริง ทั้งในห้องเรียนและที่บ้าน เพื่อให้การปรับพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งประกอบด้วยรูปภาพ และตัวอักษร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเด็กอายุ 6-12 ปี และ 2) คู่มือเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่โรงเรียน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมะขาม จังหวัดจันทบุรี ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และนักจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา โครงสร้าง และภาษาที่ใช้ให้สามารถวัดพฤติกรรมสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่างเด็ก และนำโปรแกรมและคู่มือไปทดลองใช้กับเด็ก ครูและผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง

1. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจิตเด็ก สามารถสื่อสารได้เป็นอย่างดี และมีความเข้าใจการใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) โดยผู้วิจัยทำการอธิบายขั้นตอน และวิธีการดำเนินการวิจัยการทำหน้าที่ประสานงานกับโรงเรียนประสานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อนัดประชุมเข้าร่วมรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงเรียน

2. ประสานงานกับครูผู้ดูแลเด็กเพื่อรวบรวมปัญหาเบื้องต้นที่พบในการดูแลเด็กที่สงสัยมีภาวะสมาธิสั้นในโรงเรียน

3. เตรียมแหล่งสนับสนุนทางบุคลากรจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการติดต่อและเชิญบุคลากรจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินงานในทุกช่วงของโปรแกรม ทั้งในด้านการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การทำความเข้าใจลักษณะอาการตามวัย และการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะทดลอง การดำเนินการตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี เขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี รายละเอียดโดยสังเขป ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี เขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี

สัปดาห์	ระยะเวลา	กิจกรรม
1	1 วัน	1. อบรมครูเกี่ยวกับการประเมินภาวะผิดปกติทางจิตเวชในเด็กปฐมวัย 2. อธิบายวิธีการใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ให้ครูและผู้ปกครอง
2	1 สัปดาห์	1. นำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ให้ครูประจำชั้นและผู้ปกครองในการประเมินภาวะสมาธิสั้นของเด็กกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ครูเป็นผู้อธิบายให้ผู้ปกครองทราบถึงวิธีการใช้แบบประเมิน 2. ผู้วิจัยประเมินผลแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form)
3	1 วัน	1. อธิบายให้ผู้ปกครองทราบถึงความจำเป็นในอาการของเด็กและวิธีการแก้ไขเบื้องต้น 2. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามข้อสงสัยและเสนอความคิดเห็นในการดูแลเด็กร่วมกัน
4	1 สัปดาห์	1. จัดสภาพแวดล้อมในการเรียนในชั้นเรียนของเด็กร่วมกับครูประจำชั้น 2. จัดให้เด็กสมาธิสั้นนั่งเรียนด้านหน้าติดโต๊ะครู นั่งสลับกับเด็กปกติ และไม่นั่งติดหน้าต่างหรือประตูทางออก และการฝึกทักษะควบคุมอารมณ์
5	3 ชั่วโมง	1. ทำกลุ่มร่วมกับครูประจำชั้น 2. ครูทำแบบประเมินพฤติกรรมทางอารมณ์
6	3 ชั่วโมง	1. ให้ความรู้และอบรมการประเมินภาวะผิดปกติทางจิตเวชในเด็ก และผลกระทบต่าง ๆ และเทคนิควิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์และฝึกทักษะควบคุมอารมณ์เด็กสมาธิสั้น 2. ทำกลุ่มร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการจัดการพฤติกรรมทางอารมณ์และฝึกทักษะการควบคุมเด็กสมาธิสั้น โดยการทบทวนทบทวน 3. สรุปข้อเสนอแนะและข้อปรับปรุงแก้ไขหลังจากการทำกลุ่ม
7	3 ชั่วโมง	1. ให้ความรู้กับครูผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นในเรื่องเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น 2. ทำกลุ่มร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น โดยการทบทวนทบทวน 3. สรุปข้อเสนอแนะและข้อปรับปรุงแก้ไขหลังจากการทำกลุ่ม
8	3 ชั่วโมง	1. ครูผู้ดูแลเด็กทำกิจกรรมกลุ่มสร้างสรรค์ร่วมกันกับเด็กสมาธิสั้น 2. ประเมินปัญหาและอุปสรรคร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
9	1 สัปดาห์	นำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ให้ครูประจำชั้นและผู้ปกครองประเมินหลังทำการทดลอง
10	1 เดือน	เด็กที่มีผลคะแนน SNAP-IV (short form) ผิดปกติได้รับการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้น ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 โครงการวิจัยที่ 050/66 รหัสโครงการ COA no. 061/66 ลงวันที่รับรอง 25 สิงหาคม 2566 ก่อนเริ่มการวิจัย ได้มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยต่อผู้ปกครองของเด็กอย่างชัดเจน รวมถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ โดยมีการจัดทำแบบฟอร์มการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และระบุตัวตนด้วยรหัสแทนชื่อจริงเพื่อป้องกันการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 26 คน เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 เพศหญิง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 10-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 ทุกคนผ่านการคลอดปกติและไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอด มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.01-2.50 คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการดูจอเฉลี่ยสูงสุด 2-4 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 92.31 โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดามีสถานะภาพการสมรสและอยู่ร่วมกัน มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.70 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียน (n = 26)			ผู้ปกครอง (n = 26)		
เพศ			เพศ		
ชาย	15	57.7	ชาย	4	15.39
หญิง	11	42.3	หญิง	22	84.61
อายุ			สถานภาพการสมรส		
<10 ปี	12	46.15	โสด	2	7.70
10-12ปี	14	53.85	สมรสอยู่ร่วมกัน	19	73.07
ผลการเรียน			หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	19.23
<2.00	5	19.23	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
2.01-2.5	13	50.00	5,000-10,000 บาท	15	57.70
2.51-3.00	8	30.77	10,001-20,000 บาท	8	30.80
ระยะเวลาการดูจอ			>20,000 บาท	3	11.50
2-4 ช.ม.	24	92.31	ครูประจำชั้น (n = 9)		
>4 ช.ม.	2	7.69	เพศ		
ผู้ดูแล			ชาย	1	11.11
บิดา	1	3.80	หญิง	8	88.89
มารดา	4	15.40	สถานภาพสมรส		
บิดาและมารดา	19	73.10	โสด	3	33.33
อื่น ๆ	2	7.70	สมรสอยู่ร่วมกัน	6	66.67
			รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
			5,000-10,000 บาท	2	22.22
			10,001-20,000 บาท	6	66.67
			>20,000 บาท	1	11.11
			ประสบการณ์ทำงาน		
			<3 ปี	2	22.22
			3-5 ปี	6	66.67
			>5 ปี	1	11.11

2. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองประเมินว่าเด็กอายุ 6-12 ปี มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ ($M = 10.73, SD = 5.81$) คะแนนพฤติกรรมไม่นั่งหรือหันหลังเล่น ($M = 9.23, SD = 6.13$) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ($M = 6.04, SD = 5.43$) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ตามการประเมินของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ด้าน	จุดตัด	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	t	p-value
		M	SD	M	SD			
พฤติกรรมขาดสมาธิ	16	15.12	3.31	10.73	5.81	4.39	3.21**	.002
พฤติกรรมอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น	14	17.58	4.53	9.23	6.13	8.35	3.60**	<.001
พฤติกรรมดื้อต่อต้าน	12	11.54	2.99	6.04	5.43	5.50	2.84*	.005

* $p < .05$, ** $p < .01$

3. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครูประจำชั้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ในเขตอำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี เด็กอายุ 6-12 ปี มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ ($M = 10.73$, $SD = 6.98$) พฤติกรรมไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น ($M = 7.92$, $SD = 7.63$) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ($M = 3.92$, $SD = 5.69$) ลดต่ำลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี โดยการมีส่วนร่วมของครูประจำชั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ด้าน	จุดตัด	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Mean difference	t	p-value
		M	SD	M	SD			
พฤติกรรมขาดสมาธิ	18	19.65	3.29	10.73	6.98	8.90	2.31*	.021
พฤติกรรมอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น	11	15.07	4.82	7.92	7.63	7.15	3.77**	<.001
พฤติกรรมดื้อต่อต้าน	8	9.00	3.70	3.92	5.69	3.31	3.21**	.001

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 3 และ 4 แสดงค่าจุดตัดคะแนนที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากแบบประเมิน SNAP-IV (short form) กำหนดเกณฑ์คัดกรองตามผู้ประเมินที่ต่างบริบทกัน คือ ผู้ปกครองกับครูประจำชั้น ซึ่งมีมุมมองต่อพฤติกรรมเด็กไม่เหมือนกัน ครูประจำชั้นมักเห็นอาการสมาธิสั้นได้ชัดเจนกว่าในสถานการณ์ในห้องเรียน จึงใช้ค่า cut off ต่ำกว่าเพื่อเพิ่มความไวในการคัดกรอง ขณะที่ผู้ปกครองมักเห็นอาการสมาธิสั้นน้อยกว่า จึงใช้ค่า cut off ที่สูงกว่า (Swanson et al., 1992)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเด็กอายุ 6-12 ปี เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีส่วนร่วมของทั้งผู้ปกครองและครูประจำชั้น เด็กมีพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านพฤติกรรมขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน เมื่อ

เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งนี้ใช้แนวคิดจากพฤติกรรมบำบัด การเสริมแรงเชิงบวก และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ซึ่งเน้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกต ผูกพัน และได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม การศึกษาของ Daley et al. (2014) ระบุว่า การบำบัดพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองสามารถช่วยลดอาการสมาธิสั้นในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า เด็กที่ได้รับการฝึกผ่านโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมวอกแวก และสามารถทำให้เด็กมีสมาธิในการเรียนมากขึ้น การศึกษาของ Kunavuti et al. (2023) พบว่า การบำบัดพฤติกรรมโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการกำกับและช่วยเหลือเด็ก สามารถช่วยให้เด็กเรียนรู้วิธีควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

การลดพฤติกรรมขาดสมาธิก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เด็กจำนวนมากแสดงลักษณะของพฤติกรรมขาดสมาธิ เช่น ไม่สามารถตั้งใจฟังรายละเอียดหรือทำผิดพลาดโดยไม่ตั้งใจ วอกแวกง่าย ไม่สามารถจดจ่อกับกิจกรรมได้นาน ดูเหมือนฟังแต่ไม่สนใจสิ่งที่ ไม่สามารถทำงานหรือการบ้านจนเสร็จสิ้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าเด็ก สามารถจดจ่อกับกิจกรรมที่ทำได้นานขึ้น และสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้จนสำเร็จ ซึ่งเป็นผลจากเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการโฟกัสและการจัดระบบความคิด ได้แก่ 1) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสมาธิ เช่น การลดสิ่งรบกวนระหว่างการทำงาน และการจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับการเรียนรู้ 2) การใช้เครื่องมือช่วยจำ เช่น การใช้ To-Do List ตารางงาน และการตั้งเป้าหมายรายวัน เพื่อช่วยให้เด็กสามารถจัดการภารกิจได้ดีขึ้น และ 3) การฝึกกำกับตนเอง เช่น การให้เด็กตรวจสอบงานของตัวเองหลังทำเสร็จ และฝึกให้พวกเขาจำไว้ว่าพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการลดพฤติกรรมนอนไม่นิ่ง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เด็กที่มีพฤติกรรมนอนไม่นิ่ง มักจะแสดงลักษณะดังต่อไปนี้ ขยับมือหรือเท้าตลอดเวลา หรืออยู่นิ่งไม่สุข ลุกออกจากที่นั่งบ่อยแม้ในสถานการณ์ที่ต้องนั่งนิ่ง ๆ วีนหรือปีนปายในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม พุดมากเกินไปจนรบกวนผู้อื่น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า เด็กสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ดีขึ้น และลดพฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นระหว่างการเรียนหรือทำกิจกรรม ซึ่งเป็นผลจากการใช้เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมความสงบและลดการกระตุ้นพฤติกรรมที่ไม่จำเป็น ได้แก่ 1) การฝึกการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ และการฝึกกำหนดลมหายใจ เพื่อช่วยลดความกระวนกระวาย 2) การใช้พฤติกรรมบำบัด เช่น การใช้แรงเสริมทางบวก เมื่อเด็กสามารถนั่งนิ่งและทำกิจกรรมได้โดยไม่ลุกออกจากที่นั่ง และ 3) การจัดกิจกรรมที่ช่วยลดพลังงานส่วนเกิน เช่น การให้เด็กได้เคลื่อนไหวในช่วงเวลาที่เหมาะสม หรือการใช้กิจกรรมกลางแจ้งเพื่อลดพฤติกรรมนอนไม่นิ่งในช่วงที่ต้องตั้งใจเรียน (Singh et al., 2015)

สำหรับการลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เด็กที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นมักจะแสดงลักษณะดังต่อไปนี้ พุดโพล่งหรือตอบก่อนที่คำถามจะจบ ขัดจังหวะการสนทนา หรือพูดแทรกผู้อื่นบ่อย ๆ รอคอยไม่เป็น และแสดงอาการหงุดหงิดเมื่อต้องรอ มักทำสิ่งต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าเด็กสามารถ รอคอยและคิดก่อนลงมือทำได้ดีขึ้น ลดการพูดแทรก และสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์ที่ต้องรอหรือปฏิบัติตามกฎกติกา ซึ่งเป็นผลจากการใช้เทคนิคที่ช่วยเสริมสร้างการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ 1) การฝึกทักษะ

ทางสังคม เช่น การสอนให้เด็กเข้าใจมารยาททางสังคม ผีการรอคอย และการฝึกปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสม 2) การฝึกการควบคุมอารมณ์ และ 3) การใช้เทคนิคหยุดคิดก่อนทำ เพื่อให้เด็กเรียนรู้ที่จะคิดก่อนลงมือทำ และสามารถไตร่ตรองถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกการควบคุมอารมณ์ของเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chacko et al. (2024) สนับสนุนว่า การฝึกอบรมผู้ปกครองด้านพฤติกรรม (behavioral parent training: BPT) ถือเป็นการฝึกทางจิตสังคม ส่งผลดีต่อเด็กเล็กที่มีภาวะสมาธิสั้น รวมไปถึงการให้ครูประจำชั้นเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเช่นกัน (Hamed Abd Elaleem et al., 2023)

ความโดดเด่นของโปรแกรมนี้คือ เทคนิคการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งที่บ้าน และในโรงเรียน ทำให้เด็กสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างรอบด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วมของครูประจำชั้น มีบทบาทสำคัญในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดสิ่งเร้ารบกวน การใช้คำสั่งที่ชัดเจน การเสริมแรงทางบวก และการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ปกครองมีบทบาทในด้านการสร้างวินัยเชิงบวก การใช้ตารางกิจกรรม การฝึกควบคุมอารมณ์ และการใช้สื่อช่วยเตือนความจำ การประสานงานระหว่างครูและผู้ปกครองในลักษณะนี้มีส่วนช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของการเรียนรู้และการปรับพฤติกรรมของเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hosseinnia et al. (2024) ที่พบว่า โปรแกรมการอบรมครูและผู้ปกครองร่วมกันช่วยลดอาการสมาธิสั้นและเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hornstra et al. (2023) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองและครูที่เน้นเทคนิคการให้แรงเสริมเชิงบวกและการใช้ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavioral consequences) เป็นองค์ประกอบหลักที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะเมื่อใช้ในรูปแบบการฝึกเฉพาะรายบุคคลหรือในบริบทของโรงเรียนในสถานการณ์จริง รวมทั้ง การประเมินพฤติกรรมโดยใช้เครื่องมือ SNAP-IV (short form) เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dvorsky et al. (2020) ที่ระบุว่า การติดตามของผู้ปกครองระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลอย่างยิ่งต่อการคงอยู่ของผลการปรับพฤติกรรมในระยะยาว

โปรแกรมที่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นทั้งด้านขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างครบถ้วน จึงสามารถใช้เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและมีจุดแข็งในด้านการบูรณาการหลายภาคส่วน การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมจริงของเด็ก ช่วยเสริมสร้างทั้งทักษะการควบคุมตนเองของเด็กและศักยภาพการดูแลของผู้ปกครองและครูอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การลดพฤติกรรมสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้ง ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวหรือความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้ครูประจำชั้นหรือครูแนะแนวได้รับการอบรมตามกิจกรรมของโปรแกรมการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น เพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ
2. หน่วยงานด้านสุขภาพหรือสถานศึกษาในชุมชน นำกิจกรรมไปใช้ในการเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมเด็กให้แก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเทคนิคไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน รวมทั้ง การพัฒนาแผ่นพับ คู่มือ หรือสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมกับเด็กในกลุ่มจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น เด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ รวมทั้ง การติดตามผลระยะยาวหลังจากการได้เข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินการพัฒนาทักษะทางสังคม และความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

รายการอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Chacko, A., Merrill, B. M., Kofler, M. J., & Fabiano, G. A. (2024). Improving the efficacy and effectiveness of evidence-based psychosocial interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Translational Psychiatry*, 14(1), 244. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02890-3>
- Chinn, P. L., Kramer, M. K., & Sitzman, K. (2022). *Knowledge development in nursing: Theory and process* (11th ed.). Elsevier.
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., Sonuga-Barke, E. J., & European ADHD Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835–847. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315–335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>

- Dvorsky, M., Friedman, L., Spiess, M., & Pfiffner, L. (2020). Patterns of parental adherence and the association to child and parenting outcomes following a multicomponent school-home intervention for youth with ADHD. *Behavior Therapy*, 52(3), 745-760. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.09.007>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Hamed Abd Elaleem, A. E. D. M., Halim Osman, Z. A. E., & El-Fatah, W. O. A. (2023). The effect of behavioral training program for parents on disruptive behavior among children with attention deficit hyperactivity disorder. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s41983-023-00738-z>
- 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 metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(2), 258–268. <https://doi.org/10.1111/camh.12561>
- Hosseinnia, M., Mazaheri, M., & Heydari, Z. (2024). Educational intervention of parents and teachers for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 53. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1816_22
- Jutha, V., Jayana, R., Srirueangrat, D., & Makklai, K. (2023). *The situation of child psychiatric disorders in Thailand, 2022–May 2023: Surveillance of psychiatric disorders and mental health problems from the Health Data Center (HDC)*. Mental Health Knowledge Hub, Department of Mental Health. (in Thai)
- Kunavuti, L., Konsila, W., Singjam, C., & Sukhawaha, S. (2023). Effectiveness of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) parents for behavior modification and stress management program. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 7(2), 44-61. (in Thai)
- Panyaprateep, Y., & Tawatwattananun, A. (2025). Effectiveness of a methylphenidate adherence promotion program for caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon. *Phaholpolpayuhasena Hospital Journal*, 13(1), 70-83. (in Thai)

- Pikunthong, K., & Yoonyaphan, J. (2019). Effects of aggressive behavior management program in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 46(3), 522-535. (in Thai)
- Psychiatry and Substance Abuse Unit, Makham Hospital. (2024). *Annual report on attention deficit development assessment at Makham Hospital for the year 2024*. (in Thai)
- Singh, A., Yeh, C. J., Verma, N., & Das, A. K. (2015). Overview of attention deficit hyperactivity disorder in young children. *Health Psychology Research*, 3(2), 2115. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.2115>
- Singsathon, D., & Permsirivanich, W. (2019). Effects of promoting development in ADHD children with a group activities program at the Queen Savang Vadhana Memorial Hospital in Chonburi, Thailand. *Burapha Journal of Medicine*, 5(2), 70-86. (in Thai)
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Swanson, J. M., Nolan, W., & Pelham, W. E. (1992). *The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale*. University of California, Irvine.
- Thaineua, V., Sirithongthaworn, S., Kanshana, S., Isaranurak, S., Karnkawinpong, O., Benjaponpitak, A., Wattanayingcharoen, S., Piensrivachara, E., Srikummoon, P., Thumronglaohapun, S., Nakharutai, N., Traisathit, P., & Tangviriyapaiboon, D. (2024). A 9-year retrospective cohort study of the monitoring and screening of childhood developmental delay in Thailand. *Child: Care, Health and Development*, 50(2), e13233. <https://doi.org/10.1111/cch.13233>
- Tipyaratsethian, N., Booranasuksakul, T., Jungsirakulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). *Psychometric properties of the Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and the Strengths and Difficulties Questionnaire hyperactivity/inattention subscale (SDQ-ADHD) Thai version*. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 59(2), 97-110. (in Thai)
- UNICEF, Institute for Population and Social Research, & Burnet Institute. (2022). *Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and the Pacific: Thailand*. UNICEF Bangkok. <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/>