



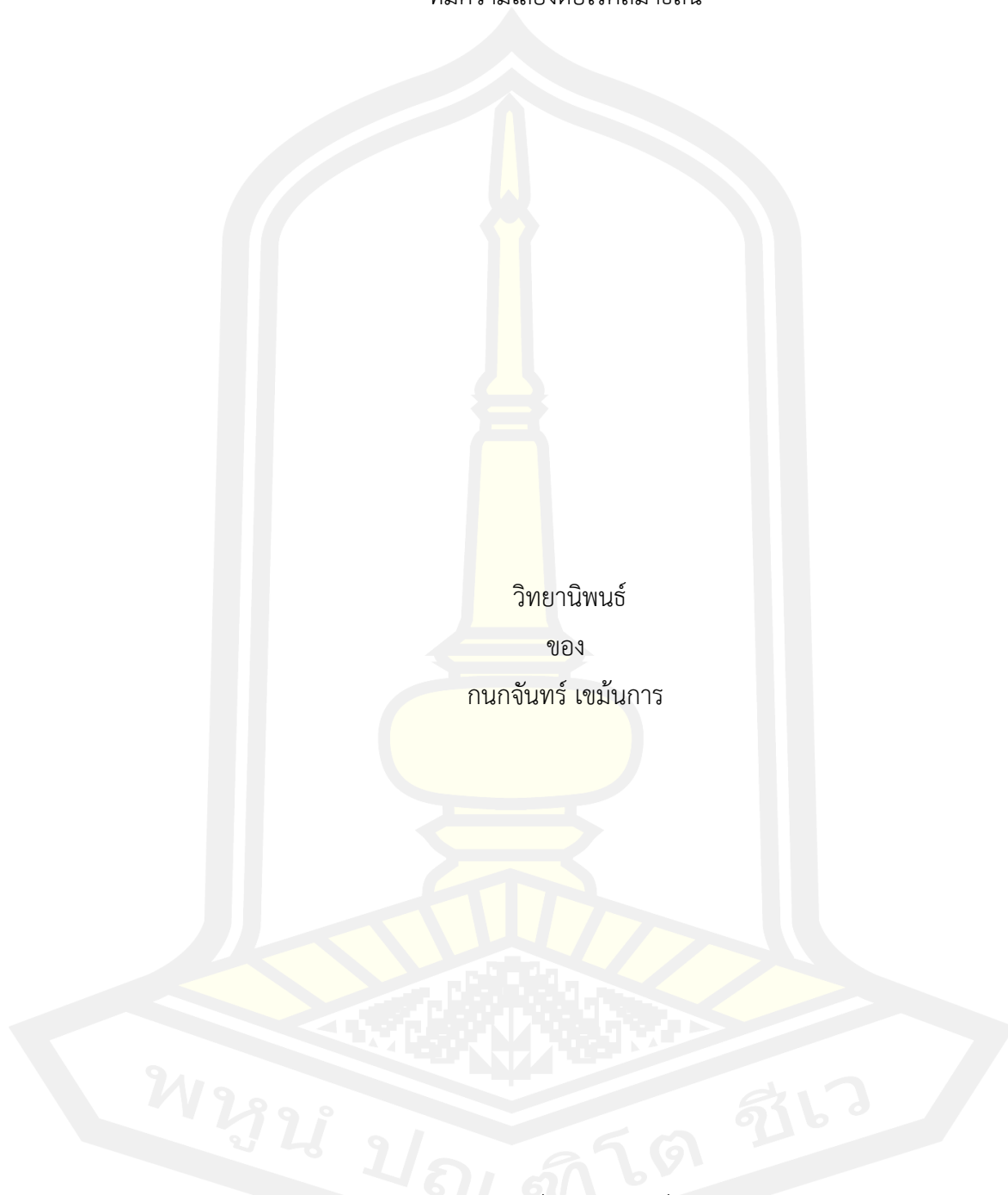
ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย
ที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

วิทยานิพนธ์
ของ
กนกจันทร์ เข้มนาการ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย
ที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

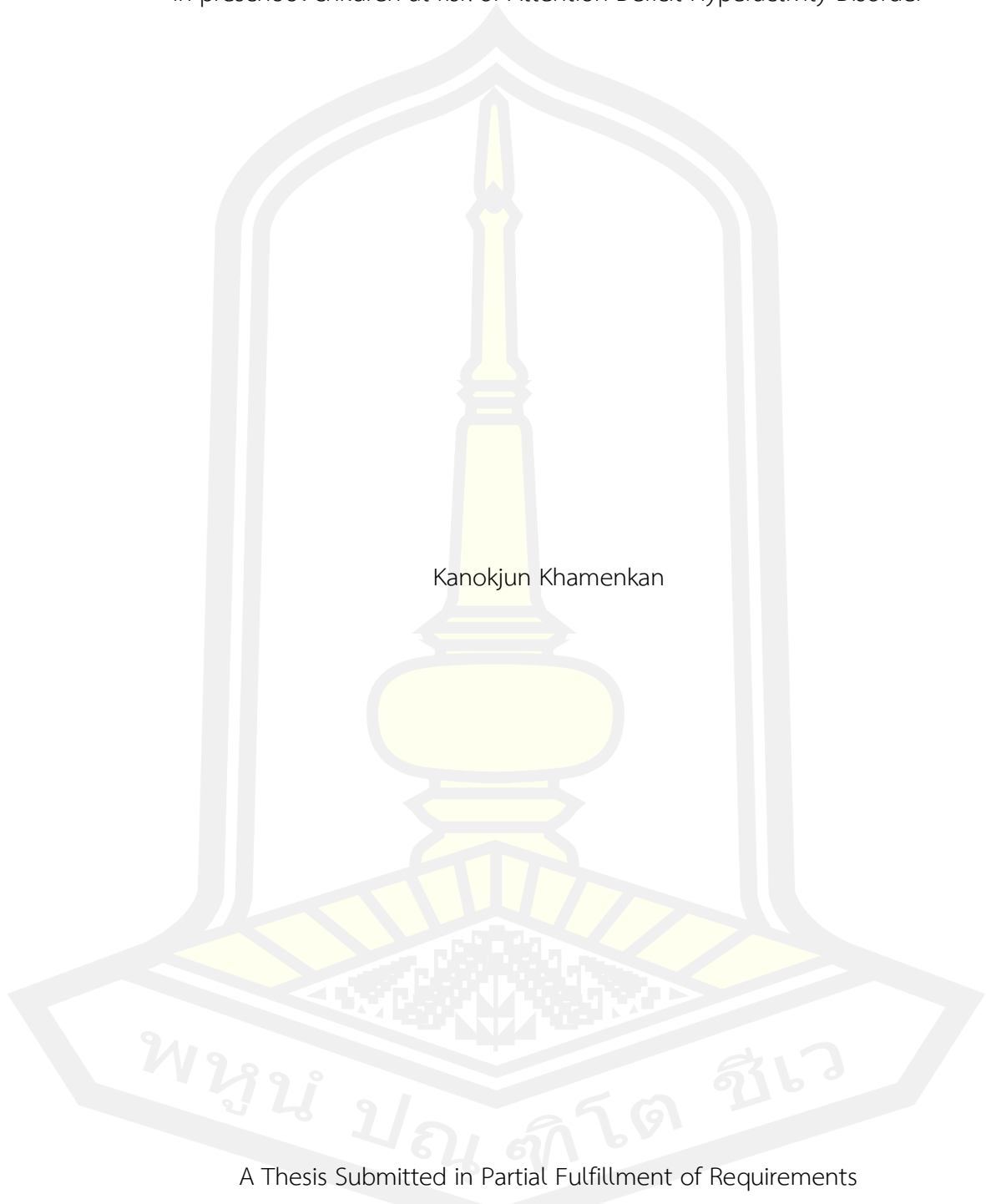
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กุมภาพันธ์ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Family skill development model for alleviation of behavior problems
in preschool children at risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Kanokjun Khamenkan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Health Sciences)

February 2023

Copyright of Maharakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางกนกจันทร์ เข้ม้นการ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. พญ. นีรมล พัจนสุนทร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. พิศมัย หอมจำปา)

.....กรรมการ

(ศ. นพ. สุรพล เวียงนนท์)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. จิระพร ชะโน)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. นพ. เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น		
ผู้วิจัย	กนกจันทร์ เข้มนาการ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศมัย หอมจำปา		
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีแบบสำรวจตามกาลเวลาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น และเป็นการศึกษาเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance ANCOVA) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22.0

ผลการศึกษา พบว่า ในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น 14 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 22-60 ปี อายุเฉลี่ย 42.0 ± 11.8 ปี ให้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีอายุเฉลี่ย 7.1 ± 0.9 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คือ 7 คน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น 8 เดือน-3 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 1.5 ± 0.6 ปี ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ครอบคลุม 3 กลุ่ม คือ 1) พฤติกรรมซนไม่อยู่นิ่ง ได้แก่ ซุกซน 2) พฤติกรรมวุ่นวาย/หุนหันพลันแล่น ได้แก่ โมโหง่าย ก้าวร้าว ขาดการอดทนรอคอย 3) พฤติกรรมขาดสมาธิ ได้แก่ สมาธิสั้น ขาดระเบียบวินัย ขี้ลืม ขาดความระมัดระวัง และขาดความรอบคอบ ผู้ดูแลมีพฤติกรรมปฏิบัติต่อเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก และใช้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัว ระยะที่ 2 ได้ผลลัพธ์การพัฒนา คือ “ตัวแบบการพัฒนาทักษะของครอบครัว” ประกอบด้วย 1) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ

พัฒนาความรู้และทักษะในการคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแลเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม 2) เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารและการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกด้วยกิจกรรม “สติ-ช่วย-คิดออก” การประเมินประสิทธิผลของตัวแบบที่พัฒนาขึ้นกับคู่มือดูแลและเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในกลุ่มทดลอง 15 คู่ เป็นผู้ดูแลอายุเฉลี่ย 39.1 ± 11.2 ปี และเด็กอายุเฉลี่ย 5.2 ± 0.8 ปี และกลุ่มควบคุม 15 คู่ ผู้ดูแลอายุเฉลี่ย 38.9 ± 13.8 ปี และเด็กอายุเฉลี่ย 4.9 ± 0.6 ปี ซึ่งในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยเด็กกลุ่มเป้าหมายเพศชาย 12 คน และเพศหญิง 3 คน พบว่าภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลเด็กที่ศึกษาในกลุ่มทดลองมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น กล่าวคือมีค่าคะแนนปัญหาพฤติกรรมลดลงน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าตัวแบบการพัฒนาทักษะของครอบครัวที่เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อพัฒนาทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัวและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น และยังทำให้ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กกลุ่มดังกล่าวที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดผลกระทบที่รุนแรงและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว, เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น, ปัญหาพฤติกรรม, ทักษะการคิดเชิงบริหาร, การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก

TITLE	Family skill development model for alleviation of behavior problems in preschool children at risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder		
AUTHOR	Kanokjun Khamenkan		
ADVISORS	Assistant Professor Pissamai Homchampa , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Health Sciences
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

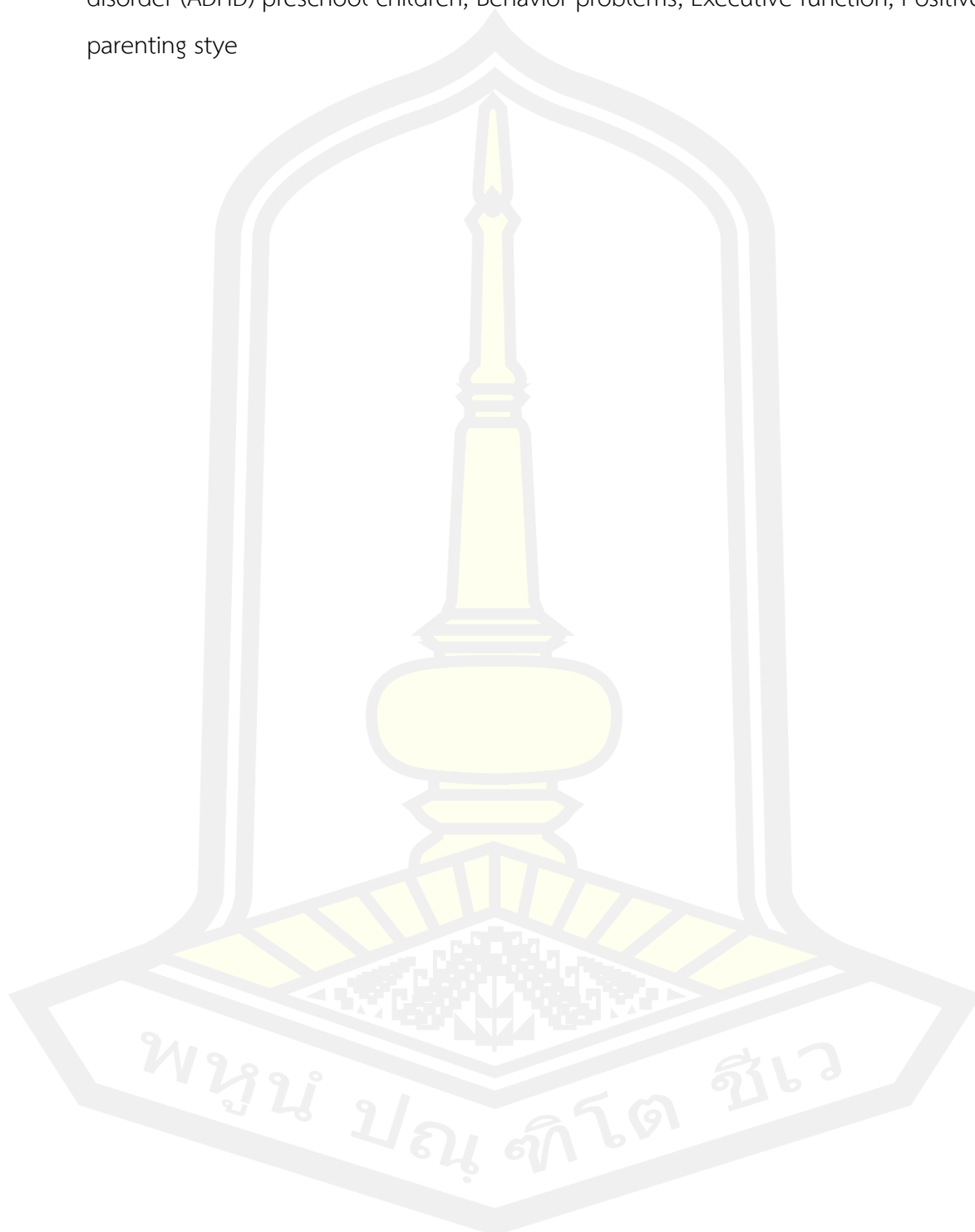
This exploratory sequential mixed-methods research study aimed to construct a family skill development model for the alleviation of behavioral problems of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in at risk preschool children. The study comprised two phases. Phase 1 was a qualitative study on family experience in caring for preschool children with ADHD, while Phase 2 involved the construction of a family skill development model for the alleviation of behavioral problems in the ADHD at risk preschool children, and experimental study aiming to assess the effectiveness of the constructed family skill development model. Both quantitative and qualitative data were collected, and qualitative data were analyzed by means of content and thematic analysis using the ATLAS.ti 22 program. Quantitative data analysis using frequency, percentage, mean, standard deviation, repeated measure ANOVA, and analysis of covariance ANCOVA with the application of the SPSS version 22.0 package.

Results in Phase 1 were derived from the in-depth interviews with 14 caretakers of the ADHD children who were all women with an age range of 22 to 60 years and their mean age (SD) of 42.0 (± 11.8) years. The children for whom they cared (n=14, mean age (SD)=7.1 (± 0.9) years, boys=7) had been diagnosed with ADHD ranging from 8 months to 3 years, with a mean (SD) of 1.5 (± 0.6) years. The caretakers

reported three categories of behavioral problems in the ADHD-affected children, including 1) hyperactivity, reflected by being energetic and restless; 2) impulsiveness, reflected by being hot-headed, aggressive, and impatient; and 3) inattention, reflected by having short attention span, lack of self-discipline, forgetfulness, lack of caution and due diligence. The caretakers' behavioral responses to alleviate such behavioral problems of their affected children were increasing interaction between family and children and using positive parenting in upbringing the child within a family. The Family Skill Development Model (FSDM) derived from Phase 2 comprised: 1) setting up a workshop training to enhance family's knowledge and skills in at risk of ADHD screening and child-rearing to alleviate behavioral problems and 2) increasing family-child interaction to develop executive function-and positive parenting skills through the "*Sati-Chuay-Kid Oog*" (Being mindful-help-cognition-exercise) activities, and implementation of the FSDM in 30 dyads of a caretaker and an ADHD at risk preschool child who utilized services at the Child Development Clinic of a selected tertiary care hospital in the *Northeast* region. Of which, they were divided into two groups (mean age (SD) of the caretaker, the child), experimental 15 dyads (39.1 (\pm 11.2), 5.2 (\pm 0.8)) and control groups 15 dyads (38.9 (\pm 13.8), 4.9 (\pm 0.6)) and each group equally had 12 boys and 3 girls. Results showed a significant decrease of behavioral problems among the ADHD at risk children in an experimental group both at post-test and follow-up ($p < 0.05$) comparative to the baseline value, with a small effect size.

Findings indicated the FSDM promoting family caretakers' knowledge and practical skills to develop ADHD at risk screening, executive function, and positive parenting skills can alleviate behavioral problems of the ADHD at risk preschool children. The model can also assist the family in modifying their behaviors better to appropriately respond to the behavioral problems of this group of children at an early stage, thereby increasing the quality of life while reducing potential severe impacts and enhancing the effectiveness of proper therapy in the future.

Keyword : Family skill development model, At risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) preschool children, Behavior problems, Executive function, Positive parenting stye



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีอันเนื่องมาจากความกรุณาอย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางการวิจัยตลอดจนช่วยตรวจสอบงานด้วยความเอาใจใส่ เสียสละ ให้กำลังใจ ให้ความรัก และให้ความเมตตาต่อนิสิตตลอดมา รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พญ.นิรมล พัจจนสุนทร ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระพร ชะโน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอก ศาสตราจารย์ นพ.สุรพล เวียงนันท และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ พญ.กนกกาญจน์ จันทน์จารุศิริ พญ.นลินี ยมศรีเคน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระพร ชะโน อาจารย์ ดร.ศิริภาณี อิ่มนำขาว และ พว.สิทธิพงศ์ ปาปะกัง ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่กรุณาใช้เวลาในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่งสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่กรุณาช่วยเหลือ สนับสนุน ตลอดจนอำนวยความสะดวกในทุกเรื่อง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนได้ข้อค้นพบอันจะเกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยและครอบครัวอื่นๆ ต่อไป

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2564 และได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2566 ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณยิ่ง ณ ที่นี้

ขอขอบคุณครอบครัว ญาติ เพื่อน พี่ น้อง เพื่อนร่วมงาน ตลอดจนเพื่อนนิสิตปริญญาเอก หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต รุ่นที่ 12 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สำหรับมิตรภาพและกำลังใจที่ดีตลอดในการเรียนการสอน ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่มีโอกาสในการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะรำลึกในคุณความดีของทุกท่านและทุกสถาบันตลอดไป

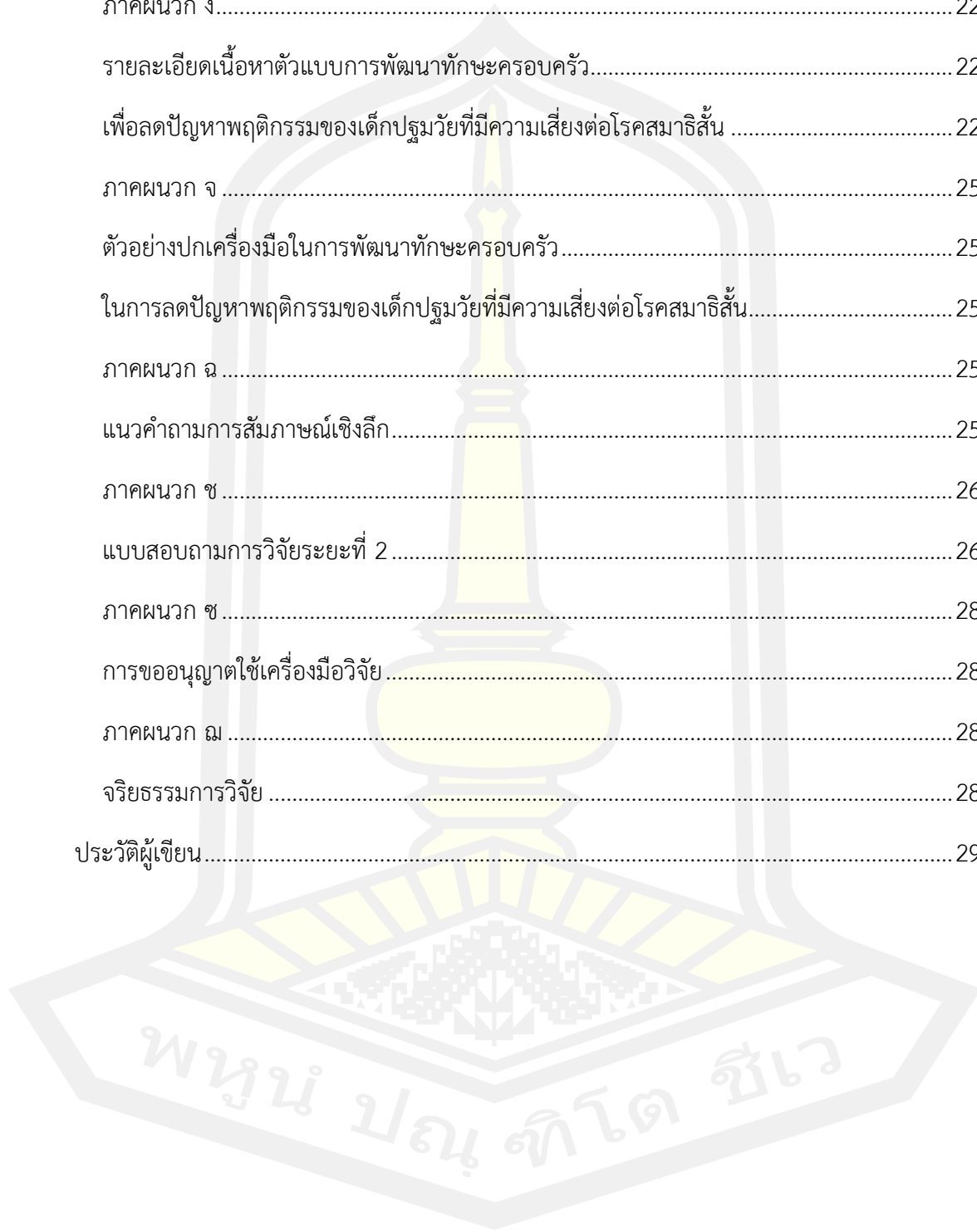
กนกจันทร์ เข้มningar

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฌ
สารบัญ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญรูปภาพ.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
1.4 สมมติฐานของการวิจัย.....	8
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	12
2.1 เด็กปฐมวัยและพัฒนาการ.....	12
2.2 โรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย.....	15
2.3 ทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย.....	28
2.4 การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในบริบทครอบครัว.....	35
2.5 แนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก.....	40
2.6 แนวคิดในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น.....	47

2.7 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	50
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	57
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	60
3.1 รูปแบบการวิจัย	60
3.2 กระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	61
3.3 การพิทักษ์สิทธิการวิจัย.....	76
บทที่ 4	77
ผลการวิจัย.....	77
4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ	77
4.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ.....	104
บทที่ 5	158
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย	158
5.1 สรุปผลการวิจัย	158
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	160
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย.....	173
5.4 การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะ	173
บรรณานุกรม.....	175
ภาคผนวก.....	190
ภาคผนวก ก	191
การทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมรวมถึงสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย	191
ฉบับภาษาต่างประเทศและภาษาไทย	191
ภาคผนวก ข	203
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	203
ภาคผนวก ค	205

แผนการดำเนินการของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว	205
ภาคผนวก ง.....	220
รายละเอียดเนื้อหาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว.....	220
เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น	220
ภาคผนวก จ	253
ตัวอย่างปกเครื่องมือในการพัฒนาทักษะครอบครัว.....	253
ในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น.....	253
ภาคผนวก ฉ	257
แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก.....	257
ภาคผนวก ช	262
แบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 2	262
ภาคผนวก ซ	282
การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	282
ภาคผนวก ฌ	287
จริยธรรมการวิจัย	287
ประวัติผู้เขียน.....	295



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมตามองค์ประกอบและพฤติกรรมบ่งชี้การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย.....	31
ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening Scales) สำหรับเด็กเล็ก อายุ 3-5 ปี ฉบับผู้ดูแล.....	68
ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็กโรคสมาธิสั้น.....	77
ตารางที่ 4 การรับรู้สาเหตุของโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแล (n=14).....	84
ตารางที่ 5 การรับรู้ระยะเวลาที่เริ่มเกิดการเจ็บป่วยและปัญหาพฤติกรรมระยะเริ่มต้นที่เกิดขึ้น.....	86
ตารางที่ 6 การรับรู้พยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (n=14).....	89
ตารางที่ 7 ระยะเวลาดำเนินโรคหรือการเจ็บป่วยและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น (n=14).....	90
ตารางที่ 8 การรับรู้วิธีการรักษาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย.....	91
ตารางที่ 9 ทศนคติต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น.....	93
ตารางที่ 10 ความเชื่อต่อการรักษาโรคสมาธิสั้น.....	94
ตารางที่ 11 ความคาดหวังต่อผลการรักษาของโรคสมาธิสั้น.....	95
ตารางที่ 12 ปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=14).....	96
ตารางที่ 13 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก (n=14).....	100
ตารางที่ 14 การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัว.....	101
ตารางที่ 15 รายละเอียดของตัวแบบการการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น.....	113
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30).....	115
ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบอายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30).....	117
ตารางที่ 18 เปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมรายข้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30).....	119

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบของปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)	123
ตารางที่ 20 เปรียบเทียบทักษะการคิดเชิงบริหารรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)	124
ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทักษะการคิดเชิงบริหารโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)	128
ตารางที่ 22 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30).....	129
ตารางที่ 23 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมโดยรวมจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30).....	135
ตารางที่ 24 เปรียบเทียบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)	136
ตารางที่ 25 เปรียบเทียบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)	142
ตารางที่ 26 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30).....	143
ตารางที่ 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n=30).....	150

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แนวคิดในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิด	47
ภาพที่ 2 โมเดลชีวนิเวศวิทยา (Ecological model).....	51
ภาพที่ 3 ปัจจัยกำหนดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม	56
ภาพที่ 4 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติ.....	57
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	59
ภาพที่ 6 แสดงแบบการวิจัยการวิจัยการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research)	60
ภาพที่ 7 การดำเนินการทดลอง.....	75
ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดทฤษฎีในการพัฒนาตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัย	106
ภาพที่ 9 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นสะท้อนจากประสบการณ์ของผู้ดูแลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22	108
ภาพที่ 10 การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัวจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ โดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22	109
ภาพที่ 11 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัวจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพโดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22.....	110
ภาพที่ 12 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล	156
ภาพที่ 13 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล	156
ภาพที่ 14 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง .	157
ภาพที่ 15 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล	157

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองและระบบประสาทที่พบได้ตั้งแต่วัยเด็กไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเมื่อเกิดในเด็กปฐมวัยส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและพฤติกรรม เช่น มีข้อจำกัดของการใช้ความคิด การทำความเข้าใจในสิ่งที่ซับซ้อน การสรุปความคิดรวบยอด การใช้เหตุผล การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การเรียนรู้ และการใช้ทักษะใหม่ๆ ทำให้มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (Hyperactivity) และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) (American Psychiatric Association, 2013; Ching'oma, Mkoka, Ambikile, & Iseselo, 2022; World Health Organization, 2013) โรคสมาธิสั้นของเด็กและวัยรุ่นมีจุดเริ่มต้นจากปัญหาพฤติกรรมที่พบในช่วงปฐมวัย (Lawrence et al., 2015) จากการรายงานของ National Survey of Children's Health (NSCH) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2560 พบโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น ร้อยละ 2.4, 9.4 และ 13.6 ตามลำดับ (Danielson et al., 2018) โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 2-6: 1 เท่า (Polanczyk & Rohde, 2007; Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018) เด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ทันเวลาและไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลตลอดจนการรักษาที่ดี พฤติกรรมที่ผิดปกติเหล่านั้นจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านการเรียน การทำงาน ชีวิตครอบครัว การปรับตัวในสังคม และคุณภาพชีวิต นอกจากนี้มีความเสี่ยงสูงมากกว่าคนปกติในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อุบัติเหตุ และการติดสารเสพติด (Arnold, Hodgkins, Kahle, Madhoo, & Kewley, 2020; Davis et al., 2019) ดังนั้นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิตเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทางความคิดอารมณ์และพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุขตามจุดมุ่งหมายของแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) (กรมสุขภาพจิต, 2560) และเป้าหมายที่ 3 ตาม Sustainable Development Goals (SDG) ขององค์การอนามัยโลกในการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อโดยส่งเสริมการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในทุกช่วงวัย (World Health Organization, 2016) แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่าปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กและวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตมากถึงร้อยละ 20.0 ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบ

ได้บ่อยเป็นลำดับแรกในเด็กและวัยรุ่นคือโรคสมาธิสั้น (Centers for Disease Control Prevention, 2019; Danielson et al., 2018)

โรคสมาธิสั้นเกิดจากการทำงานผิดปกติของระบบสมองและระบบประสาท เป็นความบกพร่อง เป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่พบได้มากที่สุดที่สุดในเด็กและวัยรุ่น (American Psychiatric Association & Association, 2013) โดยพบว่าทั่วโลกมีอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 2.0-7.0 หรือประมาณร้อยละ 5.0 (Sayal et al., 2018) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามี อัตราความชุก ร้อยละ 8.0 (Danielson et al., 2018) ในขณะที่ประเทศไทยมีความชุกของโรคสมาธิ สั้นถึงร้อยละ 8.1 หรือประมาณการได้ว่าในประเทศไทยมีเด็กวัยเรียนป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นถึง 1 ล้าน คน โดยเมื่อพิจารณารายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 9.4 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของความชุกในภาพรวมของประเทศ (Visanuyothin, Pavasuthipaisit, Wachiradilok, Arunruang, & Buranasuksakul, 2013) ในจังหวัดมหาสารคามจากสถิติที่พบใน โรงพยาบาลมหาสารคามระบุว่าเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการเด็กและคลินิก สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวน 657, 611 และ 1,234 คน ตามลำดับโดยส่วนมากพบในเด็กวัยเรียนมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามแนวโน้มเด็ก ปฐมวัยโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวน 49, 63, 146 คน ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจำนวน เด็กปฐมวัยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นจะน้อยกว่าวัยเรียน แต่นับว่าเป็นช่วงวัยที่มี ความสำคัญเพราะมีรายงานยืนยันว่าเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นมักมีอาการเริ่มต้นตั้งแต่วัย ปฐมวัย (O'Connell, Boat, & Warner, 2009) ในความเป็นจริงผู้ดูแลอาจสังเกตพบพฤติกรรมชุนอยู่ไม่นิ่งได้ ในช่วงที่เด็กอยู่ในเด็กปฐมวัย แต่เนื่องจากความยากและความซับซ้อนในการจำแนกว่าพฤติกรรมชุน อยู่ไม่นิ่งเป็นพฤติกรรมทั่วไปที่พบได้ตามระยะพัฒนาการปกติของเด็กปฐมวัยหรือเป็นภาวะที่ผิดปกติ (Tarver, Daley, & Sayal, 2015) จึงทำให้ปัญหาพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการแก้ไขจนส่งผลกระทบต่อ เด็กเมื่อเจริญเติบโตเข้าสู่ช่วงวัยอื่นๆ จากการศึกษาผลกระทบในระยะยาว (Longitudinal study) ยืนยันหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ว่าการที่เด็กปฐมวัยมีปัญหาพฤติกรรมและพัฒนาการ ทำให้มีความ เสี่ยงในการมีปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยเรียนและวัยรุ่น (Bornstein, Hahn, & Suwalsky, 2013) ดังนั้นการวินิจฉัยได้เร็วและช่วยเหลือเด็กในระยะเริ่มต้นจึงนับว่ามีความสำคัญยิ่ง

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลกส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ Diagnosis and Statistic Manual of Mental Disorder, Fifth Edition หรือ DSM-5 ซึ่งเป็นเกณฑ์ การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association & Association, 2013) กล่าวคือผู้ป่วยเด็กต้องมีอาการขาดสมาธิและหรืออาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลัน แล่นที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กวัยเดียวกัน เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไปเป็น

เวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน จนทำให้เกิดปัญหาสังคมและการเรียน โดยอาการดังกล่าวจะเกิดก่อนอายุ 12 ปี และไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวชอื่นใด (Doernberg & Hollander, 2016) จากเกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวโดยเฉพาะในเรื่องระยะเวลาทำให้พบเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษามากที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยเรียน (Centers for Disease Control Prevention, 2019) โรคสมาธิสั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประสาทชีววิทยา (Neurobiological factor) ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) และปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่าสาเหตุในการเกิดโรคสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562) นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัย ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Family function) รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล (Parenting style) สัมพันธภาพระหว่างเด็กและผู้ดูแล (Parent-child relationships) เป็นต้น โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อและรบกวนพัฒนาการของเด็กรวมถึงการเข้าสังคม การศึกษา และการประกอบอาชีพในอนาคต (American Psychiatric Association, 2013) มักมีผลการเรียนต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนวัยเดียวกัน เนื่องจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นส่งผลให้เด็กมีข้อจำกัดในการทำ ความเข้าใจกับสิ่งต่างๆ รอบตัวซึ่งเป็นผลมาจากอาการขาดสมาธิและทักษะการคิดเชิงบริหารทำให้มีข้อจำกัดในการทำ ความเข้าใจในการเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการเรียน เช่น แรงจูงใจ ทักษะคิดในการเรียน หรือกระบวนการในการเรียนรู้ของเด็ก (Colomer, Berenguer, Roselló, Baixauli, & Miranda, 2017) การศึกษาที่ผ่านมายืนยันได้ว่าเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้นจะมีปัญหาทักษะการคิดเชิงบริหารที่บกพร่องอย่างชัดเจน (Miklos, Futo, Komaromy, & Balazs, 2019) ผลกระทบจะคงอยู่จนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ กระทบต่อการประกอบอาชีพ และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาชญากรรมและปัญหาสังคม (Sayal et al., 2018) ทั้งนี้จากการศึกษาผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในระยะยาวพบว่า เด็กปฐมวัยที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีอัตราการคงอยู่ถึงวัยเรียน ประมาณร้อยละ 60.0-80.0 (Lahey, Pelham, Loney, Lee, & Willcutt, 2005) และคงอยู่ไปถึงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 50.0-60.0 (Caye et al., 2016) ผลกระทบในระยะยาวของครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมักประสบกับภาวะยากลำบาก (Family burden) จากผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม (Zhao et al., 2019) วิธีการรักษาโรคสมาธิสั้นในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา (Pharmacological interventions) การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) และการรักษาด้วยวิธีการแพทย์ผสมผสาน และวิธีการแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine interventions) (Catala-Lopez et al., 2017) สถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American

Academy of Pediatric) แนะนำว่าเด็กปฐมวัยที่อายุน้อยกว่า 6 ปี ให้ใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยาโดยแนะนำให้ใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นวิธีการแรก และเด็กที่อายุมากกว่า 6 ปี ควรใช้พฤติกรรมบำบัด ร่วมกับการใช้ยา (American Psychiatric Association & Association, 2013) การรักษาโรคสมาธิ สิ้นกระหนบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิ สิ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายตลอดในช่วงวัยเด็กมากกว่าเด็กที่ไม่มีภาวะดังกล่าวมากถึง 5 เท่า นอกจากนี้ยัง พบว่าการที่เด็กเป็นโรคสมาธิ สิ้น ส่งผลกระทบต่อครอบครัวต้องเปลี่ยนการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลเด็ก อาจการต้องออกจากงานเพื่อให้เวลาในการดูแลเด็ก ทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Zhao et al., 2019) ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นเมื่อ จำเป็นต้องรักษาโดยการให้ยา ในส่วนของการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) ในระยะเริ่มต้นก่อนการรักษาด้วยยาหรือควบคู่กัน ในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิ สิ้น เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค (Psycho education) การรักษา โดยวิธีจิตบำบัด (Psychotherapy) (Sayal et al., 2018) การให้ความช่วยเหลือด้านสังคม (Social interventions) (Abikoff et al., 2015) การฝึกสติ (Mindfulness training) (Van der Oord, Bogels, & Peijnenburg, 2012) หรือการบำบัดโดยการพัฒนาทักษะผู้ดูแลเด็กเพื่อปรับพฤติกรรม เด็ก เช่น การฝึกอบรมผู้ดูแลเด็ก (Parent behavior training) (Charach et al., 2013; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการอบรมผู้ดูแลเด็กเป็นกระบวนการ หนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ในเด็กโรคสมาธิ สิ้นและเพิ่ม สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลเด็กและเด็ก (Charach et al., 2011) ได้ผลดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก ที่ยังไม่มีอาการรุนแรงและซับซ้อน นอกจากนี้ยังจากการศึกษาในเด็กปฐมวัยอายุ 4-6 ปี ในโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าความชุกของปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและสมาธิ สิ้น มากถึงร้อยละ 24.0 (Teekavanich, Chantaratin, Sirisakpanit, & Tarugsa, 2017) ซึ่งกลุ่มดังกล่าวถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความ เสี่ยงต่อโรคสมาธิ สิ้นที่ต้องการการช่วยเหลือเนื่องจากช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิ สิ้นตั้งแต่อายุ น้อยมักได้ผลสำเร็จดี ซึ่งสามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้ด้วยเครื่องมือในการคัดกรองโรคสมาธิ สิ้น ทั้งนี้เนื่องจากค้นพบโรคได้เร็วจะช่วยให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการป้องกัน ปัญหาที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาในอนาคตได้อีกด้วย (Pityaratstian, Boornasuksakul, Juengsiragulwit, & Benyakorn, 2014) ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองเพื่อจะได้ช่วยเหลือเด็กปฐมวัย ในระยะเริ่มต้น

ปัจจุบันมีการพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิ สิ้นที่มีความหลากหลาย ส่วนใหญ่คัดกรองอาการ ปัจจุบันของเด็กโดยการคัดกรองอ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM 5 ซึ่งสามารถคัดกรอง ความเสี่ยงได้ตั้งแต่เด็กอยู่ในช่วงปฐมวัย เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงสามารถช่วยเด็กและครอบครัวดูแล

และปรับพฤติกรรมเด็กได้ในระยะเริ่มต้น ซึ่งครอบครัวนับว่าเป็นบุคคลที่สำคัญสำหรับเด็กในการที่จะเฝ้าสังเกตและประเมินความเสี่ยงของเด็ก (Miller et al., 2021) รวมถึงปรับพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นเพื่อช่วยลดผลกระทบจากโรคสมาธิสั้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาตั้งแต่อายุน้อยจะช่วยให้โรคไม่รุนแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นและส่งผลดีต่อการรักษาโรคสมาธิสั้น ในขณะที่เด็กทารกเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ไม่ได้รับการคัดกรองและให้การดูแลจนมีอาการเด่นชัดจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อาจได้รับผลกระทบกับเด็กที่รุนแรงจนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลในระยะเริ่มต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลกลุ่มดังกล่าวยังมีการศึกษาอยู่น้อยและจำกัด ในขณะที่เด็กในการที่จะปรับพฤติกรรมเด็กปฐมวัยนั้นครอบครัวนับว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเด็กมากเป็นอันดับแรก แต่กลับพบว่าผู้ดูแลเด็กที่ไม่เป็นและเป็นโรคสมาธิสั้นขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 83.9, 92.0 ตามลำดับ (Burachat, Ekarat, & Tharin, 2019) ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจอาจส่งผลกระทบต่อทักษะในการดูแลและปฏิบัติต่อเด็กโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่เริ่มมีอาการในระยะเริ่มต้นที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา หากมีการช่วยเหลือให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติต่อเด็กด้วยความเข้าใจจะสามารถลดปัญหาพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกและความรุนแรงของโรคได้

การศึกษานี้มุ่งสร้างตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัวในการป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานและประยุกต์ใช้ 3 แนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ คือ 1) ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะการดำรงชีวิตและการปรับตัวของบุคคลว่าประกอบด้วยปัจจัยหลายระดับ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล อาทิเช่น ครอบครัว ชุมชน และสถาบันซัดเกลตาทางสังคมต่างๆ (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 2007) การศึกษาวิจัยนี้ได้นำแนวคิดในทฤษฎีนี้มาใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นว่าประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ซึ่งส่งผลทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติ โดยเฉพาะพฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ชนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น ซึ่งมีความจำเป็นที่เด็กเองต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการปรับตัวโดยเฉพาะทักษะการคิดเชิงบริหารเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม (Alexandra & Marie-Pascale, 2016) และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ชุมชน และสถาบันซัดเกลตาทางสังคมต่างๆ ซึ่งในการวิจัยนี้ เน้นการพัฒนาทักษะของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติต่อเด็กในการลดปัญหาพฤติกรรมโดยใช้การ

เลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Aghebati, Gharraee, Hakim Shoshtari, & Gohari, 2014) เพื่อให้เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นสามารถปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข 2) ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory) เป็นทฤษฎีที่ให้มุมมองต่อครอบครัวว่าเป็นหน่วยย่อยที่เปรียบเสมือนจุดศูนย์รวมของสภาวะอารมณ์ของสมาชิกทุกคน การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มาจากบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวของสมาชิกแต่ละคนที่จะต้องทำเพื่อให้ระบบครอบครัวดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวไปด้วย ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวได้ (Haefner, 2014) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดตัวแบบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model of Family Functioning) ครอบคลุมหน้าที่สำคัญ 7 ประการ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ การตอบสนองต่ออารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม (Miller et al., 2000) และ 3) ทฤษฎีรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Unified Theory of Behavior) เป็นทฤษฎีที่เกิดจากการสังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลายทฤษฎี เพื่อรวมปัจจัยกำหนด (Determinants) ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการตัดสินใจที่จะตั้งใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย และการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย (Actual behavioral performance) ของบุคคล (Lindsey, Chambers, Pohle, Beall, & Lucksted, 2013) ในการศึกษาวิจัยนี้แนวคิดในทฤษฎีนี้มาอธิบายการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว (Family change agent) ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2 ส่วน ทั้งความตั้งใจในการปฏิบัติ (Behavioral intention) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Behavior) โดยความตั้งใจในการปฏิบัติ (Behavioral intention) ประกอบไปด้วยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitudes) ด้านความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรม (Expectancies) ด้านความเชื่อต่อบรรทัดฐานของสังคม (Normative beliefs) ด้านความเข้าใจตนเองหรืออัตมโนทัศน์ (Self-concept) ด้านอารมณ์ความรู้สึกเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Affect) ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Self-efficacy) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Behavior) เกิดจากปัจจัยสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม (Knowledge and skills for behavioral performance) ความตั้งใจหรือการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Intention or decision to perform behavior) การรับรู้ปัญหาอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม (Perception on environmental constraints) การปฏิบัติพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำ (Salience of behavior) การตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีอย่างเป็นปกติวิสัย (Habit and autonomic processes) (Olin et al., 2010) ดังนั้นตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิ

สั้น จึงมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของครอบครัวผ่านผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวโดยประยุกต์ใช้แนวคิดรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อภาพรวมของครอบครัวและเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้

ผลจากการศึกษาวิจัยนี้จะทำให้ครอบครัวของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กในครอบครัวได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ผ่านกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติร่วมกับเด็กซึ่งก่อให้เกิดการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก และพฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยโดยผู้ดูแลซึ่งเชื่อว่าจะช่วยลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ครอบครัวสามารถดูแลและอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ให้ได้รับประสบการณ์ที่ดี และได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพจนเจริญเติบโตกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น แบบแผนคำอธิบายการเจ็บป่วยโรคสมาธิสั้น ทศนคติ ความเชื่อ ความคาดหวัง ปัญหาพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กโรคสมาธิสั้นของครอบครัวรวมถึงผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

1.2.2 ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นควรเป็นอย่างไร

1.2.3 ประสิทธิภาพของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น แบบแผนคำอธิบายการเจ็บป่วยโรคสมาธิสั้น ทศนคติ ความเชื่อ ความคาดหวัง ปัญหาพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้น

1.3.2 เพื่อพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

1.3.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลเด็กได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

1.4.2 เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลเด็กได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.4.3 ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.4.4 ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมากกว่ากลุ่มควบคุม

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 3-5 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ผู้ดูแลเด็กกระบุผลการประเมินพฤติกรรมโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย มีค่าคะแนนมาตรฐาน 51 ขึ้นไป

1.5.2 เด็กโรคสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดยได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 และ ICD-10 ระบุรหัสโรค F90 และอยู่ในระหว่างเข้ารับการรักษาที่คลินิกพัฒนาการเด็ก โดยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน แต่ไม่เกิน 3 ปี

1.5.3 ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นหรือเด็กโรคสมาธิสั้นในครอบครัว โดยอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันและทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก ซึ่งอาจเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับเด็กทางสายโลหิต ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติ ได้แก่ ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือเป็นผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตก็ได้ เช่น ผู้อุปการะเลี้ยงดู

1.5.4 ครอบครัว หมายถึง หน่วยย่อยของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นหรือเด็กโรคสมาธิสั้นอาศัยอยู่และได้รับการอุปการะเลี้ยงดู ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปที่อาจมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือไม่ก็ได้ ได้แก่ ครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นและครอบครัวเด็กโรคสมาธิสั้น

1.5.5 แบบแผนคำอธิบายความเจ็บป่วย หมายถึง คำอธิบายที่สะท้อนพรมแดนความรู้และการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น ตามประสบการณ์ของเด็กโรคสมาธิสั้นและครอบครัวในด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เริ่มเกิดการเจ็บป่วยและอาการเริ่มต้นที่พบ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแล้วและที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยใน

อนาคต ระยะเวลาดำเนินโรคหรือการเจ็บป่วย ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น และวิธีการรักษาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย

1.5.6 ปัญหาพฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกที่ผิดปกติของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นหรือเด็กโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ชนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งความถี่ระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก

1.5.7 ทักษะการคิดเชิงบริหาร หมายถึง ความสามารถและการมีปฏิสัมพันธ์ของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นต่อบุคคลอื่นทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงความสามารถในการยับยั้งตนเอง ความจำขณะทำงาน ความยืดหยุ่นทางการคิด ควบคุมอารมณ์ตนเอง และการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ

1.5.8 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็ก หมายถึง ผลรวมของทัศนคติ ความเชื่อ และความคาดหวัง อัตมโนทัศน์ การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม ภาวะอารมณ์และความรู้สึก และการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลเด็ก รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อจุดมุ่งหมายในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

1.5.9 ทักษะครอบครัว หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กในครอบครัว ประกอบด้วย พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

1.5.9.1 พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น เพื่อหยุด ลดความถี่ของระยะเวลาและความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงเพื่อลดและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาพฤติกรรมขึ้นอีก ประกอบด้วยพฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกและพฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็ก

1) พฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการปฏิสัมพันธ์และให้การเลี้ยงดูเด็กในทางสร้างสรรค์ด้วยการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก ครอบคลุมถึงการสร้างความผูกพัน การยอมรับในตัวเด็ก การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และการสร้างวินัยเชิงบวก เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของเด็ก เผื่อารวัง และมีการวางแผนแก้ปัญหาในการดูแลเด็กรวมถึงการให้คำแนะนำคำสั่งสอนอย่างเหมาะสม

2) พฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้เด็กมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามสถานการณ์ ครอบคลุมถึงการพัฒนาระบบการยับยั้งตนเอง ความจำขณะทำงาน ความยืดหยุ่นทางการคิด การควบคุมอารมณ์ตนเอง และการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ เช่น สร้างวินัย

ในชีวิตประจำวัน ให้รู้จักการรอคอย ให้รู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง ฝึกให้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมได้เหมาะสมตามสถานการณ์

1.5.9.2 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลและสมาชิก ในครอบครัวต่อเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรวมถึงเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยการปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรมเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นและสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

1.5.10 ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว หมายถึง ตัวแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งในที่นี้คือผู้ดูแลของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเพื่อการป้องกัน ดูแล และแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น เป็นการพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็ก การให้สุขศึกษาเรื่องโรคสมาธิสั้น โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว 2) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครอบครัวและเด็ก ด้วยการพัฒนาทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก และพัฒนาทักษะการพัฒนาคิดเชิงบริหารของเด็ก โดยใช้หนังสือกิจกรรมเรื่อง สติ-ช่วย-คิด-ออก และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กซึ่งครอบคลุมระยะเวลาในการดำเนินการตามตัวแบบ 8 สัปดาห์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 30-45 นาที/กิจกรรม โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4 กิจกรรม/สัปดาห์ โดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ 3) การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของครอบครัวและทบทวนกิจกรรมย้อนหลัง โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว หนังสือกิจกรรม และแอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น”

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

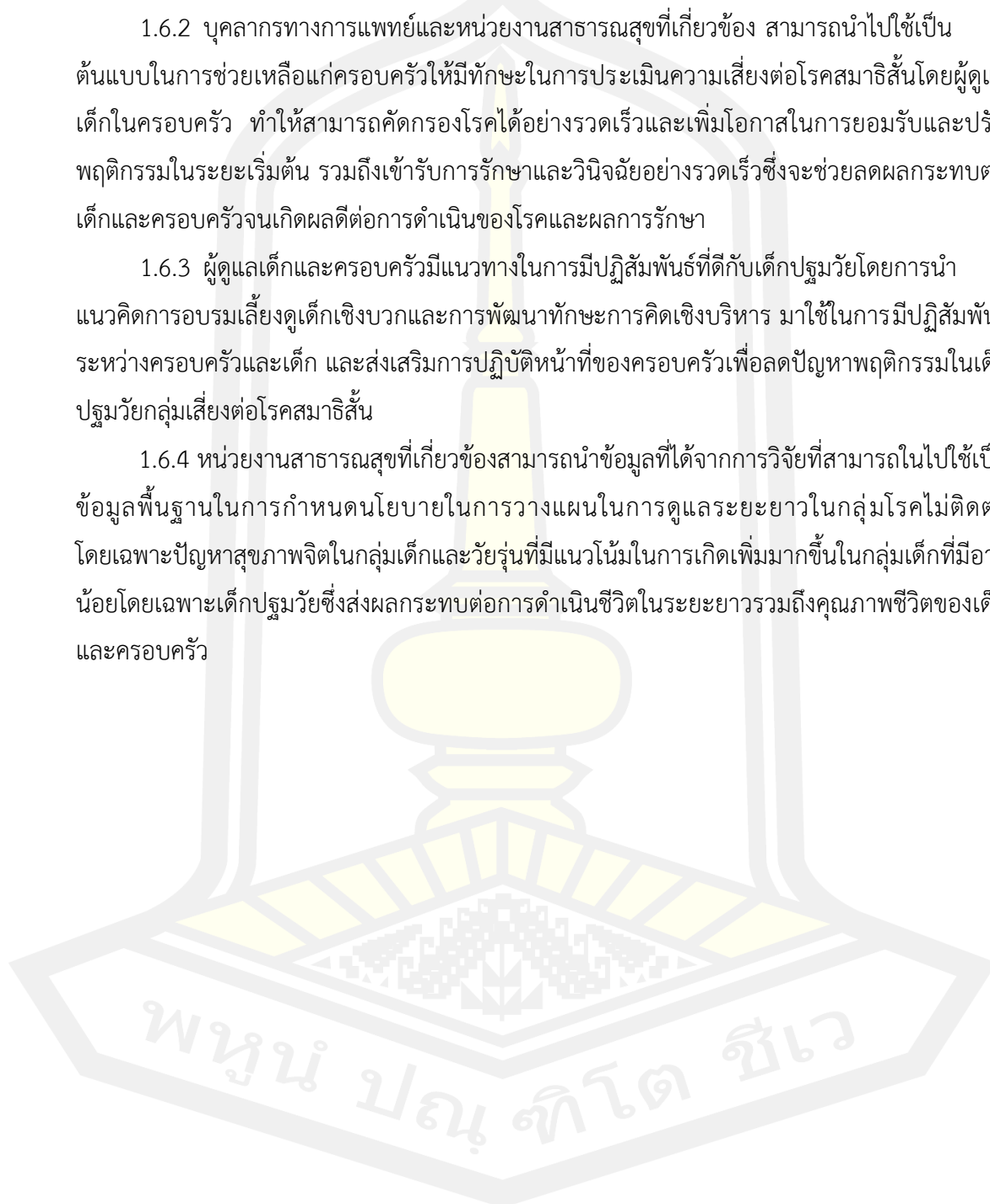
1.6.1 ผู้ดูแล ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีแนวทางในการพัฒนา กลยุทธ์ หรือวิธีการในการช่วยเหลือดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นและเด็กโรคสมาธิสั้นในครอบครัว ที่ตรงกับปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้นจริงจากข้อมูลเชิงประจักษ์จากการวิจัยนี้ เพื่อนำไปสู่การลดปัญหาพฤติกรรมของเด็ก และพัฒนาพฤติกรรมปฏิบัติของครอบครัวในการลด

ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก รวมถึงผลที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อ พัฒนาการ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

1.6.2 บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็น ต้นแบบในการช่วยเหลือแก่ครอบครัวให้มีทักษะในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นโดยผู้ดูแล เด็กในครอบครัว ทำให้สามารถคัดกรองโรคได้อย่างรวดเร็วและเพิ่มโอกาสในการยอมรับและปรับ พฤติกรรมในระยะเริ่มต้น รวมถึงเข้ารับการรักษาและวินิจฉัยอย่างรวดเร็วซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อ เด็กและครอบครัวจนเกิดผลดีต่อการดำเนินของโรคและผลการรักษา

1.6.3 ผู้ดูแลเด็กและครอบครัวมีแนวทางในการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเด็กปฐมวัยโดยการนำ แนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร มาใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างครอบครัวและเด็ก และส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก ปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

1.6.4 หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่สามารถนำไปใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายในการวางแผนในการดูแลระยะยาวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีแนวโน้มในการเกิดเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มเด็กที่มีอายุ น้อยโดยเฉพาะเด็กปฐมวัยซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในระยะยาวรวมถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก และครอบครัว



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะของครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น เพื่อให้การศึกษามีความครอบคลุมผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 เด็กปฐมวัยและพัฒนาการ

ความหมาย ธรรมชาติตามวัย พัฒนาการ และปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ความหมายของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัย (Preschooler) หมายถึง เด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 3-5 ขวบ 11 เดือน 29 วัน

2.1.2 ธรรมชาติของเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัยมีลักษณะธรรมชาติตามวัยดังต่อไปนี้ (Potts & Mandelco, 2012; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2563)

เด็กอายุ 3-4 ขวบ เป็นวัยที่ช่างสงสัย ช่างถาม ช่างสำรวจ และช่างเลียนแบบ ชอบเรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว จากประสบการณ์ตรงและทำอะไรซ้ำๆ ในสิ่งที่ชอบ ตื่นเต้นกับสิ่งแปลกใหม่ และยังเอาแต่ใจตนเองบ้าง ตัวอย่างธรรมชาติของเด็กวัยนี้ ได้แก่ 1) สามารถดูแลตนเองผ่านกิจวัตรประจำวัน แต่อาจต้องมีผู้ใหญ่คอยช่วยเหลือบ้าง และช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ได้ เช่น เก็บของเล่นเข้าที่รถ น้ำต้นไม้ เป็นต้น 2) การทรงตัวดีขึ้น ทั้งการเดิน เดินหน้า ถอยหลัง การวิ่งการปีนป่าย และกระโดดข้ามสิ่งกีดขวางที่ไม่สูงมาก 3) ชอบการเล่นที่ต้องใช้มือและนิ้ว กิจกรรมที่ชื่นชอบคือวาดภาพระบายสี ปั้น พิมพ์ 4) เริ่มเข้าใจคำบอกตำแหน่ง เช่น ข้างหน้า ข้างหลัง บน ล่าง และสามารถพูดเป็นประโยค 5) เริ่มเข้ากลุ่มและเล่นร่วมกับผู้อื่น เริ่มรู้จักการแบ่งปันและอดทนรอคอยได้นานขึ้น

เด็กอายุ 4-5 ขวบ เป็นวัยที่มีความเชื่อมั่นในตนเองและอยากทดลองทำอะไรใหม่ๆ อยากรู้ อยากเห็น ชอบกระโดดโลดเต้น ชอบตะโกน หัวเราะ ร่าเริง แจ่มใส ตัวอย่างธรรมชาติของเด็กวัยนี้ ได้แก่ 1) สามารถดูแลตนเองผ่านกิจวัตรประจำวันได้ มากขึ้น เช่น กินข้าว ล้างหน้า ล้างมือ เป็นต้น 2) ใช้มือได้ดีขึ้น สามารถจับดินสอ พู่กันได้ ใช้กรรไกรตัดกระดาษ วาดรูปคนส่วนหัว แขน ขา และลำตัว รวมถึง สัตว์ สิ่งของ และสามารถ ทรงตัว วิ่ง ปีนป่ายได้ดีขึ้น 3) สนใจคำศัพท์ใหม่ๆ เริ่มโต้แย้งและมีการใช้ เหตุผล เริ่มเข้าใจการอ่านหนังสือจากซ้ายไปขวา จัดหมวดหมู่หรือจับคู่สิ่งต่างๆ ได้ ถามและตอบ เกี่ยวกับใคร ทำอะไร ที่ไหน ทำไม ฯลฯ 4) รู้จักคิดมีเหตุมีผลมากขึ้น แต่บางครั้งยังแยกไม่

ออกระหว่างเรื่องจริงกับเรื่องที่แต่งขึ้น เริ่มแสดงความมั่นใจและตัดสินใจด้วยตัวเอง รวมทั้งเล่นเป็นกลุ่ม รู้จักการรอคอยและแบ่งปัน

เด็กอายุ 5-6 ขวบ เป็นวัยที่เริ่มเรียนรู้บทบาทของผู้ใหญ่โดย การจินตนาการและเล่นบทบาทสมมุติ เตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวและในโรงเรียน มีสมาธิจดจ่อในการทำกิจกรรมนานขึ้น และเริ่มเข้าใจผู้อื่น ตัวอย่างธรรมชาติของเด็กวัยนี้ได้แก่ 1) สามารถดูแลตนเองผ่านกิจวัตรประจำวันได้ดียิ่งขึ้น 2) ทรงตัว วิ่ง ปีนป่าย และโหนตัวไปมาได้คล่องแคล่ว รู้จักโยน เตะ และรับของ 3) เริ่มเขียน ลอกแบบรูปร่างตัวหนังสือและตัวเลขได้ แก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น เริ่มเข้าใจ เรื่องเวลา วันในแต่ละสัปดาห์ 4) จดจำและเล่าเรื่องราวประกอบท่าทางได้และมีเหตุผลมากขึ้น รวมทั้งเริ่มคิดค้นเกมที่มีกฎกติกาต่างๆ และชักชวนเพื่อนเล่นบทบาทสมมุติซึ่งเพื่อนเริ่มมีบทบาทสำคัญ ทำให้เด็กเริ่มเข้าใจการแบ่งปันและความยุติธรรม

2.1.3 พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาร่างกาย ด้านภาษา ด้านสติปัญญา ด้านจริยธรรม และด้านจิตสังคมสังคม สรุปลงได้ดังนี้ (Potts & Mandelco, 2012; พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2563)

2.1.3.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายค่อนข้างช้าเมื่อเทียบกับเด็กวัยทารกและวัยหัดเดิน โดยเฉลี่ยเด็กมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 2-3 กิโลกรัมต่อปี มีความสูงเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 5.0-7.5 เซนติเมตร เด็กจะมีการเจริญเติบโตของแขนขาอย่างรวดเร็วเมื่อเด็กอายุ 3 ปี มีเส้นรอบศีรษะประมาณ 50 เซนติเมตร หลังจากนั้นมีความใหญ่ขึ้นประมาณ 1 เซนติเมตร/ปี

2.1.3.2 พัฒนาการด้านภาษา

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาและการใช้ภาษาค่อนข้างซับซ้อน ซึ่งอาศัยความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเลียนแบบจากบุคคลอื่น เด็กสามารถใช้คำศัพท์ได้มากขึ้นเป็น 2,100 คำ เมื่ออายุ 5 ปี และประโยคที่ใช้จะมีโครงสร้างไวยากรณ์คล้ายคลึงกับผู้ใหญ่

2.1.3.3 พัฒนาการด้านสติปัญญา

เด็กปฐมวัยมีระยะพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นก่อนการคิดแบบมีเหตุผล (Preoperational Stage) ขั้นนี้เริ่มตั้งแต่อายุ 2-7 ปี พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กในวัยนี้ขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้เป็นส่วนใหญ่โดยเด็กจะเริ่มเรียนรู้และเข้าใจสัญลักษณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น เริ่มเข้าใจภาษาได้ดีขึ้น มีความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ เด็กจะเกิดพฤติกรรมเลียนแบบผู้ใหญ่โดยที่ตัวแบบไม่จำเป็นต้องอยู่ตรงหน้าขณะนั้น จะมีความตั้งใจและทำงานมอบหมายได้ที่ละ

อย่างยังยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นเด็กจะไม่เข้าใจถึงความคิดหรือความรู้สึกของผู้อื่นยึดแต่ความคิด ความรู้สึก และความต้องการของตนเท่านั้น แต่สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้โดยไม่ต้องคิดเตรียมล่วงหน้าไว้ก่อน รู้จักนำความรู้ในสิ่งหนึ่งไปอธิบายหรือแก้ปัญหาอื่น และสามารถนำเหตุผลมาใช้ในการสรุปและแก้ปัญหาตามกับสิ่งที่ตนรับรู้เท่านั้น (Piaget, 1976) นอกจากนี้มีการเรียนรู้อย่างรวดเร็ว เด็กจะมีความอยากรู้อยากเห็นว่าสิ่งต่างๆ รอบตัวเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำหน้าที่ร่วมกันได้อย่างไร ยังคงมีจินตนาการค่อนข้างสูง เชื่อความเหนือธรรมชาติ เช่น เวทมนต์ คาถาต่างๆ ตามที่เด็กได้เป็นจากการดู โทรทัศน์ เคยฟังจากนิทานหรือคำบอกเล่าของผู้ดูแลเด็กในวัยนี้จะเชื่อว่าเจ้าชายเจ้าหญิงมีจริง

2.1.3.4 พัฒนาการด้านจริยธรรม

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการด้านจริยธรรม ในขั้นก่อนมีจริยธรรมหรือระดับก่อน

กฎเกณฑ์สังคม (Pre-conventional morality level) ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจริยธรรมของโคลเบอร์ก เด็กจะตัดสินความถูกผิดจากความรู้สึกของตนเอง และตามเกณฑ์ที่ผู้อื่นซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใหญ่ในครอบครัว บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย และครู ซึ่งถือว่าเป็นผู้กำหนดและตัดสิน ซึ่งพัฒนาการด้านจริยธรรมแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อยดังนี้ (Kohlberg, 1968)

ขั้นตอนย่อยที่ 1 การหลีกเลี่ยงการลงโทษและการทำตามคำสั่ง (Punishment and obedience orientation) เด็กจะทำตามกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่บิดามารดาผู้ใหญ่ในครอบครัวตลอดจนครูที่โรงเรียนเป็นผู้กำหนด เพราะเด็กจะหลีกเลี่ยงการลงโทษ เด็กตัดสินความถูกและผิดโดยพิจารณาผลที่ได้รับ ถ้าถูกลงโทษถือว่าทำไม่ดี เด็กวัยนี้จึงยังไม่มีเหตุผลในการตัดสินใจทำสิ่งต่างๆ นอกจากปฏิบัติตามคำสั่งสอนของผู้ใหญ่เท่านั้น

ขั้นตอนย่อยที่ 2 การปฏิบัติเพื่อมุ่งหวังรางวัลส่วนตัว (Personal reward orientation) เด็กจะนำความต้องการของตนมากำหนดสิ่งที่ถูกและผิด ที่ให้รางวัลเมื่อเด็กทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่เด็กเรียนรู้ว่าถูก หากปฏิบัติสิ่งใดแล้วได้รางวัลเด็กจะยึดถือสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถตัดสินสิ่งต่างๆ ได้ด้วยเหตุผลของตนเองเด็กเริ่มเรียนรู้เรื่องคุณธรรมจริยธรรมแต่ยังมีความคิดไม่ถูกต้องตามหลักความเป็นจริงและยังไม่เป็นเหตุเป็นผลเท่าที่ควร เด็กปฐมวัยจึงเข้าใจว่าการทำดี คือ สิ่งที่ทำแล้วไม่ถูกลงโทษและเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองมีความสุข

2.1.3.5 พัฒนาการด้านจิตสังคมสังคม

เด็กปฐมวัยจัดเป็นวัยที่มีการพัฒนาการขัดเกลาทางสังคม โดยที่เด็กในวัยนี้ต้องการโอกาสที่จะได้เล่นกับผู้อื่นเพื่อเรียนรู้การเข้าสังคมและการใช้ทักษะทางสังคมในแง่มุมต่างๆ จากทฤษฎีพัฒนาการด้านจิตสังคมของแอร์ริคสัน เด็กปฐมวัยจะมีพัฒนาการอยู่ในขั้นพัฒนาการเริ่มสร้างสรรค์และความรู้สึกผิด (Initiative & guilt) เด็กสามารถเรียนรู้ว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้เขาสามารถทำ

กิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงและได้รับผลดี กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหากเด็กไม่สามารถทำไม่สำเร็จ หรือทำได้ไม่ดีถือว่าเป็นภาวะวิกฤตในการปรับตัวของเด็กวัยนี้ จะทำให้เด็กรู้สึกผิด กังวล ละอาย กลัว ผลลัพธ์จากการกระทำ (Erikson & Erikson, 1998)

2.1.4 ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กในช่วงปฐมวัยเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเมื่อเด็กโตขึ้น และเข้าสู่วัยรุ่น (Lawrence et al., 2015) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบันส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัยในหลายด้าน ข้อมูลทางระบาดวิทยาในปัจจุบันพบว่า ในเด็กปฐมวัย 4 คน จะมีปัญหาพฤติกรรม 1 คน (Egger & Angold, 2006) ปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกด (Internalizing behavior problems) และปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก (Externalizing behavior problems) (Alexandra & Marie-Pascale, 2016; Campbell, 2006) ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

2.1.4.1 ปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกด (Internalizing behavior problems)

ประกอบไปด้วย พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล, รังเกียจ, ตื่นเต้น, ซึมเศร้า, พฤติกรรมที่แสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้, พฤติกรรมแยกตัว เช่น ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกดส่งผลกระทบต่ออารมณ์ด้านลบ ที่ส่งผลต่อเด็กโดยตรง ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

2.1.4.2 ปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก (Externalizing behavior problems)

เป็นปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกอย่างตรงไปตรงมาโดยขาดการควบคุม ประกอบไปด้วย พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมซนไม่อยู่นิ่ง สมาธิสั้น ปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกจะส่งผลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมกับบุคคลอื่น

ดังนั้นการเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยซึ่งโดยมากพฤติกรรมแบบแสดงออกจึงเป็นสิ่งแรกที่คุณดูแลเด็กจะสังเกตเห็นและให้การช่วยเหลือดูแลได้ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมซนไม่อยู่นิ่งและสมาธิสั้นซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในเด็กปฐมวัย

2.2 โรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย

ความหมาย สาเหตุ การคัดกรอง การวินิจฉัย การดูแลรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ความหมายโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) คือกลุ่มอาการ

ที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน (หรือการทำงาน) หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (Attention deficit) อาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม (Impulsivity) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีอาการซน และอาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม เป็นอาการเด่น ในขณะที่ผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีอาการซน และอาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม เป็นอาการเด่น ในขณะที่ผู้ป่วยบางคน อาจจะมีขาดสมาธิเป็นอาการเด่น โดยไม่มีอาการซนหรือหุนหันพลันแล่นชัดเจน ผู้ป่วยต้องเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 12 ปี และแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน (Black et al., 2017)

2.2.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ระบบประสาท และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคที่แตกต่างกัน (Belanger, Andrews, Gray, & Korczak, 2018)

2.2.2.1 ปัจจัยด้านประสาทชีววิทยา (Neurobiological factor)

ในระยะแรก การศึกษาความผิดปกติด้านโครงสร้างในสมองของเด็กโรคสมาธิสั้นมาจากการสันนิษฐานว่าอาการเกิดจากความผิดปกติของสมองส่วน Frontostriatal circuitry แต่ในระยะต่อมา พบว่าโรคสมาธิสั้นมีลักษณะความผิดปกติในสมองบริเวณอื่นๆ ด้วยเช่นกัน โดยการศึกษาเปรียบเทียบ MRI สมองของผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับคนปกติ พบว่าผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีปริมาณเนื้อสมองลดลงในหลายบริเวณ เช่น บริเวณ Posterior inferior cerebellar vermis, Splenium of corpus callosum, Right caudate และ Right cerebral cortex เป็นต้น (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562) นอกจากนี้ภาพถ่ายรังสีสมองพบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีการเจริญของชั้น Cortex ช้า และระบบเครือข่ายหลักของสมองคือเครือข่ายควบคุมสมาธิ (Dorsolateral prefrontal cortex, parietal cortex, cerebellum) และเครือข่ายที่ทำหน้าที่ในการยับยั้งชั่งใจ (Inferior frontal cortex, anterior cingulate cortex) มีการทำงานบกพร่อง ทำให้ทักษะของสมองด้านเชิงบริหาร (Executive function) ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นบกพร่อง (วิลาวัลย์ เชิดเกียรติกำจาย, 2561)

2.2.2.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor)

ผลการศึกษาในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่าประชากรทั่วไป โดยญาติในลำดับแรก (บิดา/มารดา/พี่น้อง/บุตร) ของผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสเป็นมากกว่าคนทั่วไป 4-5 เท่า ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy,

& Faraone, 2000) ยีนที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นนั้นมีหลายยีนด้วยกันซึ่งส่วนใหญ่เป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับ Dopamine และ Serotonin pathways เช่น Dopamine transporter-1 gene (DAT1), Dopamine D₄ receptor gene (DRD4), Dopamine D₅ receptor gene (DRD5), Serotonin-transporter-linked polymorphic region (5HTTPLR), และ 5-Hydroxytryptamine (serotonin) receptor 1B (HTR1B) เป็นต้น (วิลาวัณย์ เชิดเกียรติกำจาย, 2561)

2.2.2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor)

โรคสมาธิสั้นมีอัตราการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้สูง แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่ก็มีข้อสังเกตที่น่าสนใจว่ายีนนั้นอาจไม่ใช่เพียงปัจจัยเดียวที่ทำให้เด็กเป็นโรคสมาธิสั้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นที่มีค่าต่ำกว่าร้อยละ 100 และจากข้อสังเกตดังกล่าว แม้สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะได้รับการถ่ายทอดยีนของโรคสมาธิสั้นมาเช่นเดียวกัน แต่ในความเป็นจริงไม่สามารถทำนายได้ว่าใครจะเป็นหรือไม่เป็นโรคสมาธิสั้น และแม้ว่าสมาชิกในครอบครัวเดียวกันจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเหมือนกันก็อาจมีอาการแสดงของโรคที่แตกต่างกันได้ ซึ่งข้อสังเกตดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดที่ว่าสาเหตุของโรคสมาธิสั้นไม่ได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านพันธุกรรมเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพันธุกรรมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Genetic x Environment interactions) โดยมองว่าการเผชิญกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัมนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้ยีนมีปฏิกิริยาตอบสนอง จนเกิดการแสดงออกของอาการที่ต่างกัน ดังนั้นสรุปได้ว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนั้นมีส่วนสำคัญในการกำหนดการแสดงออกของยีน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562) และมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น

2.2.2.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor)

ความเสี่ยงในการเกิดโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตสังคม หลายประการทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางครอบครัว เช่น สภาพครอบครัวที่วุ่นวาย (Family dysfunction) ความขัดแย้งระหว่างคนในครอบครัวและความผิดปกติทางจิตของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามจากการศึกษาระยะยาวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลกับการเกิดโรคสมาธิสั้นยังให้ผลไม่ชัดเจนจึงมีความเป็นไปได้ว่าลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลกับโรคสมาธิสั้นนั้นมีความสัมพันธ์ต่อกันทั้ง 2 ทาง (Bidirectional) โดยมีส่วนช่วยกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ใหญ่ตอบสนองต่อเด็กเชิงลบ ซึ่งการตอบสนองเชิงลบของผู้ใหญ่ที่มีต่อเด็กนั้นส่งผลให้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กยังคงอยู่ในเวลาต่อมา และเนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมสูง จึงเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นอาจป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเช่นกันจึงส่งผลต่อลักษณะการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นจะมีลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่รุนแรง และมีสภาพครอบครัวที่

วุ่นวาย นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าเด็กที่ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมถูกทารุณกรรม หรือล่วงละเมิดจะมีลักษณะอาการ ADHD และมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กทั่วไป (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562)

2.2.3 การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย

2.2.3.1 ความหมายของการคัดกรอง การคัดกรอง (Screening) หมายถึง กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการระบุความเสี่ยงต่อปัญหาความผิดปกติความบกพร่องหรือความพิการในกลุ่มประชากรทั่วไปซึ่งอาจยังไม่ปรากฏอาการชัดเจนหรือเริ่มมีอาการแล้วแต่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา พยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข ดำเนินการโดยการตรวจทางคลินิกการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการทดสอบเมื่อบุคคลได้รับการคัดกรองแล้วมีผลการคัดกรองเป็นบวก จะจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาหรือกลุ่มมีปัญหา ควรได้รับการประเมิน (Assessment) โดยใช้เครื่องมือเฉพาะด้านในขั้นตอนต่อไปจนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ช่วยให้สามารถช่วยลดผลกระทบจากความผิดปกติความบกพร่องหรือความพิการอาจจะเกิดขึ้น (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2560)

2.2.3.2 วัตถุประสงค์ของการคัดกรอง การคัดกรองมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- 1) การคัดกรองโรค (Disease screening) คือ การคัดกรองว่าบุคคลใดป่วยเป็นโรคบ้างหากสงสัยว่าจะมีโรคจึงดำเนินการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยต่อไป
- 2) การคัดกรองความเสี่ยง (Risk screening) คือ การคัดกรองว่าบุคคลใดมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางขณะที่ยังไม่ได้ป่วยเป็นโรค หากพบจะดำเนินการให้คำแนะนำในการลดปัจจัยเสี่ยงนั้นซึ่งการคัดกรองความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความตระหนักและนำไปสู่แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

2.2.3.3 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันมีการพัฒนาแบบคัดกรองเพื่อนำมาใช้คัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นที่หลากหลาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นการคัดกรองในช่วงเด็กปฐมวัยเพื่อนำมาใช้ในการคัดกรองและให้การช่วยเหลือเด็กในระยะเริ่มต้นซึ่งจากการทบทวนเครื่องมือในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นที่สามารถใช้ในเด็กปฐมวัย (รายละเอียดดังภาคผนวก ก) สรุปได้ว่าแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 4 ฉบับคือ แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน SDQ สำหรับช่วงอายุ 4-16 ปี 2) แบบวัด SNAP-IV ฉบับภาษาไทย สำหรับช่วงอายุ 4-16 ปี 3) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ดูแลฉบับภาษาไทย (modified IOWA Conners rating scale) สำหรับช่วงอายุ 5-12 ปี 4) Thai ADHD Screening Scales: THASS สำหรับช่วงอายุ 3-18 ปี

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง

3-18 ปี (Thai ADHD Screening Scales: THASS) แบบคัดกรอง THASS ได้รับการพัฒนาโดยชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2557) โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาเป็นผู้ดูแลเด็กและครู จำนวนทั้งสิ้น 15,360 ราย จากโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร จำนวน 320 โรงเรียน และคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 22 แห่ง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาครวม 15 จังหวัด จาก 5 ภูมิภาค และถูกคัดเลือกผ่านการสุ่มอย่างมีระบบเพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรในระดับประเทศ แบบคัดกรองสามารถนำไปใช้คัดกรองเด็กและวัยรุ่นที่อาจเป็นโรคสมาธิสั้นได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเด็กเยาวชนและครอบครัว อาทิ ครู พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กและผู้ดูแล เป็นต้น ข้อคำถามในแบบคัดกรอง THASS พัฒนามาจากแบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น การเรียนรู้อ่อนแอ และออทิซึมด้านที่ 1 พฤติกรรมสมาธิสั้น (KUS-SI Rating Scale 1 : ADHD) มาเป็นข้อคำถามฉบับครูและพัฒนาต่อเป็นฉบับตนเอง ฉบับผู้ดูแลและฉบับครู รวม 7 ฉบับ

แบบคัดกรองแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ 3-5 ปี 11 เดือน, 6-12 ปี 11 เดือน และ 13-18 ปี 11 เดือน และแบ่งเป็นฉบับประเมินตนเอง ฉบับผู้ดูแล และฉบับครู ยกเว้นในปฐมวัยไม่มีฉบับประเมินตนเอง แต่ละฉบับประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ อ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อาการซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity-Impulsivity) ข้อคำถามที่ 1-15 และอาการขาดสมาธิ (Inattention) ข้อคำถามที่ 16-30 ข้อคำถาม สร้างจากคำพูดของผู้ดูแลและผู้ป่วยสมาธิสั้น รวมถึงประสบการณ์ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นผ่านกระบวนการทำ Focus-group discussion โดยไม่ได้แปลข้อคำถามจากต้นฉบับภาษาต่างประเทศ เพื่อให้มีสำนวนภาษาเข้าได้กับบริบทของสังคมไทยมากที่สุด แต่ละฉบับใช้เวลาในการตอบประมาณ 10 นาที ทุกข้อคำถามมีค่า loading factor มากกว่า 0.40 การทดสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยการหาค่า Cronbach' s alpha coefficient ทั้งฉบับตนเอง ฉบับผู้ดูแล และฉบับครู พบว่า ค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดีเท่ากับ 0.94, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ การทดสอบค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) โดยเปรียบเทียบผลที่ได้จากแบบคัดกรอง THASS กับผลการวินิจฉัยจากแบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยชื่อ Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) section ADHD เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย (Gold standard) มีผู้สัมภาษณ์ ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้แบบสัมภาษณ์ DICA ผลการศึกษาพบว่า หากใช้ผลจากแบบคัดกรองฉบับตนเอง ฉบับผู้ดูแล และฉบับครู ฉบับใดฉบับหนึ่งเพียงฉบับเดียวจะมีค่าความไวและความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยแบ่งเป็น ฉบับตนเอง ฉบับผู้ดูแล และฉบับครู มีค่าความไวเท่ากับ 0.57, 0.75, 0.63 และมีค่าความจำเพาะเท่ากับ

0.49, 0.55, 0.54 ตามลำดับ แต่เมื่อใช้ผลการคัดกรองร่วมกันทั้ง 3 ฉบับจะมีความไวและความจำเพาะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความไวเท่ากับ 0.90 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.88 นอกจากนี้สามารถคัดกรองเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ "ไม่มีโรคร่วม" ได้อย่างดีแล้วยังสามารถคัดกรองเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ "มีโรคร่วม" ได้อย่างดี โดยมีความไวเท่ากับ 0.82 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.93 ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าคุณสมบัติต่างๆ ของแบบคัดกรองกับแบบวัดที่เป็นที่นิยมใช้ในต่างประเทศ พบว่ามีคุณสมบัติใกล้เคียงกับแบบวัดที่ใช้กันแพร่หลายในต่างประเทศ

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์หลักในการให้การดูแลและช่วยเหลือเด็กในระยะเริ่มต้น และอายุน้อย ด้วยคุณสมบัติและจุดเด่นของเครื่องมือคือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ (n=15,360 ราย) การแบ่งแบบคัดกรองเป็น ฉบับเด็กเล็ก เด็กโต และวัยรุ่น เนื่องจากอาการของโรคสมาธิสั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย (Age-related manifestation) และข้อคำถามมีการปรับภาษาให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก ข้อคำถามในแต่ละฉบับที่มีจุดประสงค์ในการวัดความบกพร่องอย่างเดียวกันจำเป็นต้องใช้ถ้อยคำแตกต่างกันโดยเฉพาะเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening Scales) สำหรับเด็กเล็ก อายุ 3-5 ปี ฉบับผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้

2.2.4 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) เป็นการวินิจฉัยทางคลินิกซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติและการตรวจประเมินสภาพจิตเป็นหลัก เพื่อพิจารณาว่าอาการของผู้ป่วยมีลักษณะเข้าได้กับอาการของโรคสมาธิสั้นหรือไม่ ดังนั้นการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นสากลเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นที่นำมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในปัจจุบันนี้มี 2 ระบบ ระบบแรกอ้างอิงจากคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ระบบที่สอง ได้แก่ บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD) ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทั้งในการวินิจฉัยโรคทั่วไปและโรคทางจิตเวช จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดยเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบดังกล่าวได้ปรับเปลี่ยนทั้งรูปแบบและรายละเอียดของการวินิจฉัยมาหลายครั้งเพื่อให้ สอดคล้องกับองค์ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562)

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น ในปัจจุบันใช้หลักเกณฑ์ตาม DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition) (American

Psychiatric Association, 2013) อาการเหล่านี้ต้องเกิดก่อนอายุ 12 ปีมีอาการแสดงในสถานการณ์ที่ต่างกันอย่างน้อย 2 สถานที่ เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้านและความบกพร่องนี้รบกวนชีวิตประจำวัน การเรียนหรือการอยู่ในสังคมของเด็กอย่างมาก หลักเกณฑ์ตาม DSM 5 มีดังนี้

2.2.4.1 อาการขาดสมาธิ โดยมีอาการเหล่านี้มากกว่า 6 ข้อขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้าน หรือไม่เข้าใจคำสั่ง

1. ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียด หรือไม่รอบคอบเวลาทำงาน
2. มีความลำบากในการคงสมาธิในการทำกิจกรรมหรือการเล่น
3. ดูเหมือนไม่ได้ฟังคนที่กำลังพูดกับตนอยู่
4. ทำงานไม่ครบ ทำงานไม่เสร็จ
5. มีปัญหาในการจัดระเบียบ ระบบการทำงานหรือการเล่น
6. หลีกเลียง ไม่ชอบทำงานที่ต้องใช้ความใส่ใจพยายามมาก
7. ทำของที่จำเป็นในการเรียน หรือการทำกิจกรรมหาย
8. วอกแวก สนใจสิ่งเร้าภายนอกได้ง่ายในวัยรุ่น คือเผลอใจลอยคิดไปเรื่องอื่น
9. หลงลืมกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำเป็นประจำ

2.2.4.2 อาการซน ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น โดยมีอาการเหล่านี้มากกว่า 6 ข้อขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนและไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้าน หรือไม่เข้าใจคำสั่ง

1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข เคาะมือ แกว่ง-เตะเท้า หรือนั่งนิ่งๆ ไม่ได้
2. ถ้าให้นั่งอยู่กับที่นานๆ มักลุกออกไปจากที่นั่ง
3. วิ่งไปมา ปีนป่าย ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ
4. ไม่สามารถเล่น หรือทำกิจกรรมที่เงียบๆ ได้
5. พร้อมที่จะไปหรือมีลักษณะที่เหมือนเครื่องยนต์ ติดเครื่องตลอดเวลา
6. พูดมากเกินควร
7. ซิงตอบคำถามก่อนที่จะผู้ถามจะถามจบ ไม่สามารถรอให้ถึงจังหวะของตนเอง
8. มีปัญหาเวลาเข้าคิว และการรอคอย เช่น การแข่งคิว การอยู่ไม่นิ่ง
9. ชัดจังหวะหรือแทรกผู้อื่น อาจหยิบของใช้ของผู้อื่นโดยไม่ได้ขออนุญาต

ทั้งนี้การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (ADHD) สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) โรคสมาธิสั้นชนิดผสม (ADHD, Combined presentation) 2) โรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ (ADHD, Predominantly inattentive presentation) 3) โรคสมาธิสั้นชนิดซน/หุนหันพลันแล่น (ADHD, Predominantly hyperactive/impulsive presentation) และการวินิจฉัยยังพบว่า 2 ใน 3 ของเด็กที่เป็น ADHD เป็นโรคทางจิตเวช อื่นร่วมด้วย โรคที่พบร่วมด้วยบ่อย ได้แก่ โรคคือ

(Oppositional defiant disorder), ความผิดปกติทางพฤติกรรม (Conduct disorder) และโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disorder) เป็นต้น

2.2.5 การดูแลรักษาโรคสมาธิสั้น

การรักษาในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non pharmacological interventions) การรักษาการรักษาดัวยยา (Pharmacological interventions) และการรักษาด้วยวิธีการแพทย์เสริมและวิธีการแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine interventions) (Catala-Lopez et al., 2017)

2.2.5.1 การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions)

1) พฤติกรรมบำบัดในเด็กโรคสมาธิสั้น (Behavior therapy) (สุพร อภินันทเวช, 2562) ได้แก่

การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก เนื่องจากการขาดความยับยั้งตนเอง การพูดโพล่ง พูดแทรกโดยไม่ยั้งคิด ใจร้อน วู่วาม อาจทำให้เพื่อนไม่ยอมรับ การฝึกฝนให้เด็ก จึงจำเป็นต้องฝึกทักษะด้านนี้ โดยสามารถฝึกได้ทั้งแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยนักจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่นหรือจิตแพทย์ต่อเนื่องกันทุกสัปดาห์ๆ ละ 1-3 ชั่วโมง เป็นจำนวน 6-8 ครั้ง

การฝึกทักษะทางด้านวิชาการ (Academic skills training) มีความสำคัญเนื่องจากการที่เด็กไม่มีสมาธิในการเรียนขาดการเชื่อมโยงทางความคิดหรือการจดจ่อต่อเนื้อหาวิชา การฝึกทักษะทางด้านวิชาการจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งในการช่วยเด็กพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองแก่เด็ก

การทำจิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) เด็กบางคนที่ถูกตำหนิมีความรู้สึกตนเองด้อย ไม่ได้รับการยอมรับจนอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ การทำจิตบำบัดรายบุคคลสำหรับเด็กจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ช่วยให้การรักษาโรคสมาธิได้ผลดีขึ้น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจะพูดคุยกับเด็กในเรื่องที่เป็นปัญหาหรือการปรับตัวของเด็ก รวมทั้งสร้างความภาคภูมิใจให้เด็กกลับมารู้สึกว่าตนก็มีคุณค่าได้ในที่สุด

การปรับพฤติกรรมและการรับรู้ (Cognitive behavior modification) การปรับความรู้เป็นเทคนิคทางด้านจิตวิทยาช่วยให้เด็กเรียนรู้เหตุผลที่มาจากปัญหาอารมณ์และความคิดที่อาจขัดแย้งกัน การฝึกนี้ใช้สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาดีจะได้ผลเร็วยิ่งขึ้น

3) การบำบัดโดยการพัฒนาทักษะผู้ดูแลเด็ก (Parent behavior

therapy) เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น เป็นการฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้ความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเด็ก ได้แก่

การฝึกอบรมผู้ดูแลเด็ก (Parent behavior training) ผู้ดูแลเด็กได้รับการฝึกอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมในการดูแลเด็ก เช่น วิธีการจัดการหรือการปรับพฤติกรรมเด็ก โดยมีหลักการทางจิตวิทยาเป็น เนื้อหาที่อบรมได้แก่ องค์ประกอบของการปรับพฤติกรรมเด็ก ความตามแตกต่างของพัฒนาการในแต่ละคนและแต่ละช่วงวัย การสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ การให้คำชม/รางวัลการลงโทษ การบันทึกกิจกรรมที่เด็กทำได้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้อีกด้วย ตัวอย่างการปรับพฤติกรรมเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

- จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบกำหนดเวลาในการทำกิจกรรมประจำวันให้

ชัดเจน

- จัดสถานที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิเด็ก ในเวลาทำการบ้าน หรืออ่านหนังสือ
- แบ่งงานให้เด็กทำทีละน้อย และกำกับให้เด็กทำจนเสร็จ
- ควรใช้ภาษาพูดที่ดี หรือสั่งงานในขณะที่เด็กตั้งใจฟัง และมองหน้าสบตาขณะ

พูดคุยกันกับเด็ก

- หากเด็กมีพฤติกรรมก่อกวน ควรใช้วิธีพูดเตือนให้เด็กรู้ตัวหรือเบี่ยงเบนความสนใจ

เด็กไปทำอย่างอื่น

- ใช้ทำที่เอาจริงและสงบในการจัดการเมื่อเด็กทำผิด และลงโทษด้วยวิธีที่ไม่รุนแรง
- ผู้ดูแลควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการอดทน รอคอย ใจเย็น ไม่วู่วาม มีวินัย

และบริหารเวลาอย่างเป็นระบบระเบียบ

- ติดต่อและประสานกับครูอย่างสม่ำเสมอ ในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนและ

พฤติกรรม

การบำบัดครอบครัว (Family therapy) นอกจากผู้ดูแลเด็กรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเครียดกับการดูแลเด็กแล้ว บุคคลอื่นในครอบครัวก็อาจมีส่วนทำให้การดูแลรักษาไม่ประสบความสำเร็จ เช่น พี่หรือน้องของเด็ก ปู่ ย่า ตายาย และสมาชิกที่เกี่ยวข้อง การรักษาด้วยวิธีครอบครัวบำบัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมเด็กไปได้พร้อมกัน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นไม่เข้าใจในเรื่องการดูแลรักษา มีความคิดเห็นต่างกันหรือมีทัศนคติไม่ดีต่อเด็ก เช่น คิดว่าเด็กแกล้งทำนิสัยไม่ดี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเรื่องความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือความขัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัวที่เป็นเหตุให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ครอบครัวบำบัดคือการเชิญสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับเด็กมาร่วมพูดคุยเป็นวงสนทนา โดยมีจิตแพทย์เป็น

ผู้นำสนทนาซึ่งอาจมีสมาชิกมากถึง 6-7 คน เพื่อแสดงความคิดเห็นและปรับมุมมองต่อกันในปัญหาต่าง ๆ ที่แต่ละคนรู้สึกต่อเด็ก เพื่อร่วมกันปรับพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสม

3) การบำบัดด้วยการจัดการในห้องเรียน (Behavioral classroom management) โดยการที่ครูมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทางจิตสังคมกับเด็ก ซึ่งครูต้องมีความเข้าใจธรรมชาติของเด็กสมาธิสั้น ส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนการสอน ใช้เทคนิคที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งนอกจากจะช่วยเด็กในด้านการเรียนแล้วยังช่วยให้เด็กมีการพัฒนาด้านกำกับตนเอง (DuPaul, Weyandt, & Janusis, 2011) ของเด็กโรคสมาธิสั้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการใช้พฤติกรรมบำบัดที่ตัวผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โดยตรงส่วนมากจะได้ผลในเด็กวัยเรียนตอนปลายถึงวัยรุ่น ส่วนในเด็กปฐมวัยจะเน้นการอบรมผู้ดูแลเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก ดังนั้นในเด็กปฐมวัยจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะของผู้ดูแลโดยเฉพาะครอบครัว

2.2.5.2 การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment)

ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันมีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมาธิให้เด็กและสามารถลดปัญหาจากการขาดสมาธิและอยู่นิ่งได้ ทำให้เด็กสามารถควบคุมตนเองได้ดี มีความตั้งใจในการเรียนการทำงาน ทำงานเสร็จ และพร้อมรับการปรับพฤติกรรมและการปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคมได้ดีขึ้นกว่าเมื่อไม่ได้รับประทานยา (สุพร อภินันท์เวช, 2562)

ยาในกลุ่ม Psychostimulants ได้แก่

Methylphenidate เป็นยาตัวแรกที่แพทย์พิจารณาเลือกใช้เป็นลำดับแรกออกฤทธิ์เพิ่มระดับโดปามีนในสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ทำให้การทำงานเรื่องการควบคุมตนเองอยู่นิ่ง ไม่หุนหันพลันแล่นดีขึ้น ซึ่งได้ผลดีประมาณร้อยละ 80 จัดว่าเป็นยาที่ปลอดภัยและได้ถูกนำมารักษาเป็นเวลานานกว่า 60 ปี ในต่างประเทศ ในประเทศไทยมีจำหน่ายเพียง 2 ชนิด คือ คือ ชนิดออกฤทธิ์สั้น ได้แก่ ยา Ritalin และออกฤทธิ์ยาว ได้แก่ ยา Concerta โดยยาชนิดออกฤทธิ์สั้นมีระยะเวลาออกฤทธิ์ 3-4 ชั่วโมงขนาดเริ่มต้นคือ 0.3 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง วันละ 3 ครั้งคือหลังอาหารเช้า กลางวัน และเวลา 16.00 น. แต่เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อยคืออาการเบื่ออาหารและนอนไม่ค่อยหลับ จึงควรทานยาหลังจากได้รับประทานอาหารเพื่อให้เด็กได้รับประทานอาหารได้บ้าง และไม่ควรทานยาเกิน 16.00 น. เพราะอาจจะทำให้นอนไม่หลับ หลังจากนั้นจะปรับยาขึ้นเป็นขนาด 0.7-1.0 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน สูงสุดไม่ควรเกิน 60 มิลลิกรัม/วัน และหากไม่มีอาการข้างเคียงอย่างมาก เช่น เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงอย่างมากหรือมีอาการปวดท้อง ควรให้เด็กทานยาต่อเนื่องไม่ต้องหยุดวันเสาร์หรืออาทิตย์เพื่อให้เด็กได้ฝึกฝนปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง ส่วนยาชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวจะออกฤทธิ์นานถึง 12 ชั่วโมง จึงรับประทานยาเพียงวันละครั้งหลังอาหารเช้า ลักษณะเป็น

ยาเม็ดแคปซูล ออกฤทธิ์ที่ละน้อย ห้ามหัก หรือทำให้เม็ดแตก ต้องตึมน้ำตามด้วยเพราะใช้น้ำในการทำให้เริ่มออกฤทธิ์ (เด็กบางคนกลืนยาโดยไม่ตึมน้ำหรือของเหลวใดๆ ก็จะทำให้ยาไม่ได้ประสิทธิภาพ) ขนาดเริ่มต้นคือ 18 มิลลิกรัม/วัน หลังจากนั้นปรับยาขึ้นเมื่อไม่ได้ผลการรักษาที่ดี ในประเทศไทยขณะนี้ขนาดยาเพียง 3 ขนาดคือ 18, 27 และ 36 มิลลิกรัม โดยขนาดสูงสุดในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีคือไม่เกิน 54 มิลลิกรัม/วัน ส่วนในวัยรุ่น ไม่เกิน 72 มิลลิกรัม/วัน ในส่วนของอาการข้างเคียงเหมือนกับยาที่ออกฤทธิ์สั้น

1) ยาในกลุ่ม Antidepressant ได้แก่

Atomoxetine ได้แก่ ยา Strattera เป็นยาที่ออกฤทธิ์เพิ่มระดับนอร์อะดรีนาลีนที่บริเวณสมองส่วนหน้าทำให้การควบคุมตนเองและอาการอยู่ไม่นิ่งดีขึ้น แต่ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพต่ำกว่ายาในกลุ่ม Psychostimulants จึงมักเลือกใช้เมื่อไม่สามารถใช้ยา Methylphenidate ได้เนื่องจากมีอาการข้างเคียงมากเกินไป หรือไม่ได้ผลตามที่ต้องการขนาดยาเริ่มต้นคือ 0.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน และปรับขึ้นเป็น 1.2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ในสัปดาห์ที่ 2 อาการข้างเคียง ได้แก่ เบื่ออาหารแต่น้อยกว่า ยาในกลุ่ม Psychostimulants และง่วงนอน อีกทั้งต้องใช้เวลารั้ง 2 สัปดาห์ ขึ้นไป จึงเริ่มเห็นผลการรักษาซึ่งต่างจาก ยาในกลุ่ม Psychostimulants ซึ่งได้ผลทันที

Imipramine เป็นยากลุ่ม Tricyclic antidepressants ซึ่งใช้รักษาโรคซึมเศร้าในอดีตและไม่นิยมในปัจจุบัน เนื่องจากมีอาการข้างเคียงรุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิตหากใช้เกินขนาด ซึ่งในทางปฏิบัติไม่นิยมยาในกลุ่มนี้แล้ว แม้ในอดีตพบว่าสามารถรักษาเด็กสมาธิสั้นได้ผลดีกว่ายาหลอก ขนาดยาที่ใช้คือ 2-5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน เริ่มที่ 25 มิลลิกรัม/วัน ค่อยๆ หลังจากนั้นปรับยาขึ้นทุก 4-5 วัน ครั้งละร้อยละ 25-30 เมื่อขนาดยาประมาณ 3 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ควรตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

Bupropion เป็นยาที่ดูดซึมได้ดีและออกฤทธิ์เร็วภายใน 2 ชั่วโมง ขนาดยาคือ 4-6 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน แบ่ง 2 มื้อ ส่วนอาการข้างเคียงคือหงุดหงิด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ในขนาดยาที่สูงถึง 6 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ต้องเฝ้าระวังอาการชัก

2) ยาในกลุ่ม Alpha adrenergic agonist

Clonidine ออกฤทธิ์เพิ่มระดับนอร์อะดรีนาลีน ใช้รักษาเด็กสมาธิสั้นได้ผล โดยเฉพาะในเด็กที่มีโรค Tics หรือ Tourette's ร่วมด้วย ขนาดที่ให้คือ 0.25 มิลลิกรัม/วัน แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง ขนาดเริ่มต้นในเด็กเล็ก 0.025 มิลลิกรัม ก่อนนอน ส่วนเด็กโตและวัยรุ่นเริ่มที่ 0.05 มิลลิกรัมก่อนนอน หลังจากนั้นปรับเพิ่มขนาดทุก 3-4 วัน โดยเริ่มปรับเพิ่มช่วงเช้า กลางวัน และเย็นหรือก่อนนอน ผลการรักษาจะได้ผลดีที่สัปดาห์ที่ 3-4 ส่วนอาการข้างเคียงที่สำคัญคือง่วงซึม

โดยเฉพาะในช่วงแรก ของการรักษาและระมัดระวังไม่ให้เด็กหยุดยาทันทีเพื่อป้องกันปัญหาความดันโลหิตสูง (Rebound hypertension)

2.2.5.3 การรักษาด้วยวิธีการแพทย์เสริมและวิธีการแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine interventions)

การรักษาด้วยวิธีการแพทย์เสริมและวิธีการแพทย์ทางเลือกไม่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาในปัจจุบันและส่วนใหญ่มักขาดการศึกษาวิจัยเพื่อหาประสิทธิผลของการรักษาด้วยกระบวนการทางวิจัย เช่น การจำกัดหรือการปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาด้วยวิธีธรรมชาติบำบัด การกระตุ้นสมอง การฝังเข็ม เป็นต้น (Catala-Lopez et al., 2017)

2.2.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย

การทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย ครอบคลุมปัจจัยด้านเด็ก ด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก ด้านครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสภาพแวดล้อมของครอบครัวและบริบทสังคม สรุปได้ดังนี้

2.2.6.1 ปัจจัยด้านเด็ก (Child characteristic)

เพศ เพศที่แตกต่างการทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศมาเลเซียพบว่า เด็กผู้ชายมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการในการพัฒนาของผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพมากกว่าชาย และมีการยืดหยุ่นค่อนข้างสูงจึงทำให้มีปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่าชาย (Ahmad & Mansor, 2016) การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็กโรงพยาบาลสิชลพบว่า เด็กเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเพศหญิง 2.70 เท่า (Burachat et al., 2019) และจากการทบทวนวรรณกรรมในภาพรวมยืนยันได้ชัดเจนว่าเพศชายมีอัตราการเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง 2: 1 เท่า ถึง 6: 1 เท่า (Sayal et al., 2018)

การเจ็บป่วยในอดีตและประวัติการตั้งครรภ์และปัญหาสุขภาพ เช่น การติดเชื้อไวรัสระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดา เช่น หัด อีสุกใส และหัดเยอรมัน การติดเชื้อไวรัสในช่วงวัยเด็ก เช่น Enterovirus 71, HIVs, Varicella zoster encephalitis และชักจากไข้สูงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัส เช่น การติดเชื้อ Human herpes virus 6 หรือเชื้อไขหวัดใหญ่ Influenza A เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็ก (Millichap, 2008)

การใช้สื่อมัลติมีเดีย การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก พบว่าในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือ

เท่ากับ สองชั่วโมงต่อวันเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นถึง 2.20 เท่าของเด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Burachat et al., 2019) และการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า เด็กที่ใช้โมบายเทคโนโลยี (Mobile devices) เป็นประจำ (มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน) มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่ใช้โมบายเทคโนโลยีน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน 1.82 เท่า (Hosokawa & Katsura, 2018)

ความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหาร เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นจะมีปัญหาการคิดขั้นสูงหรือทักษะการคิดเชิงบริหารที่บกพร่องอย่างชัดเจน การศึกษาลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น พบว่าลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการยับยั้ง ด้านความจำขณะทำงาน ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ และด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ โดยเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นนั้นมีลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารที่บกพร่องอย่างชัดเจนในทุกองค์ประกอบ คือไม่สามารถยับยั้งตนเองให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับงาน มีปัญหาในการจดจำและประมวลผลข้อมูล ขาดความยืดหยุ่นทางการคิด ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ไม่ดี รวมทั้งขาดการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ (ฉันทิตา สนิทราทร เวชมงคลกร และคณะ, 2562) และมีรายงานการศึกษาที่ยืนยันว่าการพัฒนาสมองเชิงบริหารสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ (Alexandra & Marie-Pascale, 2016) การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาสมาธิสั้นจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ (Tarver et al., 2015)

2.2.6.2 ด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก (Parenting behavior)

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็ก (Parenting style) รูปแบบพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็ก รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Authoritative parenting style) เป็นรูปแบบที่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการพฤติกรรมน้อยลงและประสบความสำเร็จในการเรียนสูง ซึ่งตรงกันข้ามกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive parenting style) ทำให้เด็กมีปัญหาในการเรียนรู้และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ขาดความรับผิดชอบต่อสังคม และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian parenting style) การเลี้ยงดูแบบนี้มีความเข้มงวดและควบคุมมากเกินไป ส่งผลกระทบต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กได้เช่นเดียวกัน (Alizadeh, Talib, Abdullah, & Mansor, 2011) การศึกษาพบว่าการศึกษาที่ผู้ดูแลมีการอบรมเลี้ยงดูเชิงบวกมีผลดีกับเด็กสมาธิสั้นมากกว่าการลงโทษและการอบรมเลี้ยงดูเชิงลบ (Healey, Flory, Miller, & Halperin, 2011)

2.2.6.3 ด้านครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว (Family composition and interaction Inadequate)

สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลเด็กและเด็ก (Parent-child relationships) การศึกษาระยะยาวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกับโรคสมาธิสั้น พบว่าโรคสมาธิสั้นส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลเด็กและเด็ก แต่ไม่สามารถยืนยันได้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการเกิดโรคสมาธิสั้น (Lifford, Harold, & Thapar, 2008)

2.2.5.4 ด้านสภาพแวดล้อมของครอบครัวและบริบทสังคม (Family environment/social context)

การสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Family dysfunction) เป็นภาวะที่ครอบครัวขาดความสามารถในการสื่อสาร สัมพันธภาพ และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้ครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีการสูญเสียหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่เด็กไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น (Foley, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าหากครอบครัวมีความขัดแย้งอย่างรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อเด็กเช่นเดียวกัน จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กปฐมวัยในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมิน Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พบว่าความขัดแย้งรุนแรงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (OR = 2.7 [95% CI, 1.1-6.6]) (Teekavanich et al., 2017)

การศึกษาครั้งนี้นำความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โรคสมาธิสั้นมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาปัจจัยที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับเปลี่ยนได้โดยครอบครัว เช่น การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นได้ รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลที่กล่าวว่าผู้ดูแลมีการเลี้ยงดูเชิงบวกมีผลดีกับเด็กสมาธิสั้นมากกว่าการลงโทษและการเลี้ยงดูเชิงลบ และการพัฒนาสัมพันธ์ภาพและการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กระหว่างเด็กและผู้ดูแล รวมถึงการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวซึ่งพบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กจึงนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาใช้ในการพัฒนาตัวแบบดังกล่าวต่อไป

2.3 ทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

ความหมาย ความสำคัญ ปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้นมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 ความหมายของทักษะการคิดเชิงบริหาร

ทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive functions, EF) คือการทำงานระดับสูงของสมองที่ควบคุมความคิด การตัดสินใจ และการกระทำจนส่งผลให้เริ่มลงมือทำและมุ่งมั่นทำงานจนสำเร็จ (Goal directed behaviors) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้ (Anderson, 2002)

2.3.1.1 ด้านการยับยั้งการหยุด (Inhibit) หมายถึง การยับยั้งตนเองไม่หุนหันพลันแล่น หยุดคิดก่อนทำหยุดพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน การยับยั้งความคิดไม่ให้คิดเรื่อยเปื่อยในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง ควบคุมความคิดให้มีสมาธิจดจ่อในสิ่งที่กำลังทำ

2.3.1.2 ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด (Shift) หมายถึง ความยืดหยุ่นทางการคิดได้ไม่ยึดติดความคิดเดียว รู้จักเปลี่ยนมุมมองคิดนอกกรอบได้ สามารถทำงานหลายอย่างสลับไปมาได้ ความสามารถในการคิดยืดหยุ่นจะพัฒนาช้ากว่าความจำขณะทำงานและการยับยั้งพฤติกรรม

2.3.1.3 ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ให้แสดงออกอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

2.3.1.4 ด้านความจำขณะทำงาน (Working memory) หมายถึง ความสามารถในการจำข้อมูลไว้ในใจและจัดการข้อมูลกับเหล่านั้นเพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ เพื่อคิดแก้ปัญหา จำเป็นต้องอาศัยการมีความตั้งใจจดจ่อ (Attention) เป็นพื้นฐาน

2.3.1.5 ด้านการวางแผนจัดการ (Plan/organize) หมายถึง การวางแผนจัดการงานให้เสร็จ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของงาน เริ่มต้นลงมือทำการไม่ติดกับปัญหาเล็กน้อยจนลืมหุ้ภาพรวมของงาน การคาดการณ์ผลของการกระทำการติดตามสะท้อนผลจากการกระทำเพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

2.3.2 ความสำคัญของการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

สมองของเด็กมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในระยะ 2-3 ปีแรก ซึ่งเป็นการเติบโตอย่างมีความหมายสมองเด็กแรกเกิดหนักประมาณ 350 กรัม แต่มีจำนวนเซลล์ประสาทใกล้เคียงกับในสมองของผู้ใหญ่ แต่สมองผู้ใหญ่มีขนาดใหญ่กว่าคือมีน้ำหนัก 1,130 กรัม (หนักกว่าสมองของเด็กทารกถึง 3.5 เท่า) การที่สมองมีขนาดใหญ่ขึ้นโดยจำนวนเซลล์ประสาทไม่ได้เพิ่มมากขึ้นนี้เป็นผลลัพธ์จากการแตกแขนงของกิ่งประสาท (Dendrites) และการเพิ่มจุดเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (Synapses) ซึ่งจะเกิดมากที่สุดในเด็กวัย 1-6 ปี และจากนั้นจะมีแนวโน้มลดลงในวัยรุ่นจนมีจำนวน Synapses เท่ากับผู้ใหญ่เมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นเมื่อมีการใช้งานวงจรประสาทบ่อยขึ้นก็จะทำให้มีการสร้างเยื่อไมอีลิน (Myelination) มาหุ้มเส้นใยประสาทให้หนามากขึ้นด้วยทำให้เซลล์ประสาทสื่อสารกันได้อย่างรวดเร็วขึ้นถึง 40-100 เท่า การสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาทมีประสิทธิภาพมากขึ้น จนเกิดเป็นเครือข่ายวงจรประสาทที่ทำให้มนุษย์คิดซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การเพิ่ม synapse ของเซลล์ประสาทในช่วงในระยะ 1-6 ปีแรกเป็นช่วงหน้าต่างแห่งโอกาส (Golden period) ในการพัฒนาสมอง

หมายถึง ถ้ามีการฝึกฝนการปฏิบัติ ฝึกคิดหรือฝึกทักษะใดๆ ที่จะพื้นฐานของการพัฒนา EF เช่น การสอนภาษา ดนตรี ฝึกการรอคอยรู้จักยับยั้ง คัดยัดหย่น ฯลฯ การรับรู้เหล่านี้ส่งผลถึงการเพิ่มจำนวน Synapse ในสมองส่วนหน้าสุด (Prefrontal cortex) เพิ่มขึ้นอย่างมาก การเลี้ยงดูเด็กด้วยเรื่องดีๆ ก็ จะเพิ่ม Synapse ที่เกิดขึ้น และจะได้รับการขัดเกลาให้ดีขึ้นจากการทำงานของ Prefrontal cortical area ของสมองแต่ถ้าไม่ฝึกหรือฝึกไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอ Synapse เหล่านั้นก็จะถูกกำจัดไป จุด Synapse ที่มากมายนี้จะเห็นเป็นความหนาของ Gray mater ในก้อนสมอง (หนาสูงสุดในวัย 1-6 ปี) การควบคุมอารมณ์และการยับยั้งตัวเองก็มีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัย 20-25 ปีขึ้นไป ความหมายที่สำคัญคือทำให้ความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูอย่างมีความหมายในระยะเวลา Golden period เด็กปฐมวัยเป็นช่วงเวลาสำคัญอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูเด็กวัยนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ เกิด Synapse และการแตกแขนงของเส้นประสาทในสมองส่วน Prefrontal cortex ที่เริ่มมีการ พัฒนาตั้งแต่วัยเด็กเล็กและเจริญเต็มที่เมื่อหลังวัยรุ่น การมีพื้นฐานการทำงานของสมองส่วนหน้าสุดที่ สนับสนุนกลไกระดับเซลล์ที่สำคัญให้เด็กเกิดการรู้จักหยุดยั้งคิด ไตร่ตรองที่มีการค่อยๆ เพิ่มขึ้นไป อย่างเหมาะสมกับวัยจากง่ายๆ แล้วซับซ้อนมากขึ้น (นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, 2560)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าช่วงปฐมวัยเป็นระยะ Golden period จึงต้องมีการเรียนรู้ป้อนเข้าไปอย่าง เหมาะสม ซึ่งก็จะส่งผลให้เกิดการสร้างวงจรประสาทที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น สามารถคิดอย่างเป็นเหตุผลแบบ ผู้ใหญ่ การขาดการอบรมเลี้ยงดูหรือขาดการส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีจะทำให้เด็กขาด โอกาสในการฝึกคิด การกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการคิดเชิงบริหารจึงจำเป็นต้องค้นหาวิธีที่มี ประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เด็กได้พัฒนาการคิดและการกำกับตนเองไปสู่ความสำเร็จได้ และเป็น ช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารให้กับเด็ก เพราะเป็นช่วงที่สมองส่วนหน้า พัฒนามาก ในระหว่างที่สมองส่วนหน้าและทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กยังไม่แข็งแรงตาม ธรรมชาติของวัยผู้ดูแลที่ดูแลเด็กจะต้องช่วยนำทางพฤติกรรมพร้อมไปกับการฝึกฝนทักษะการคิดเชิง บริหารอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนทักษะนี้ฝังตัวก่อรูปเป็นโครงสร้างของเซลล์ประสาทในสมองที่ แข็งแรงที่จะทำให้เด็กสามารถใช้ทักษะเหล่านี้ในการดำเนินชีวิตของเขาได้ด้วยตนเองเมื่อเติบโตขึ้น และใช้ไปตลอดชีวิต (นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, 2560) ทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับเด็กปฐมวัยหากเด็กได้รับโอกาสในการพัฒนาจะเกิดประโยชน์กับตัวเด็กทำให้เด็กรู้จักการคิด ไตร่ตรอง คิดก่อนตัดสินใจลงมือทำ รู้จักควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ปรับเปลี่ยน ความคิดเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ง่าย ทำให้เกิดความสุขในการ ดำรงชีวิตและประสบความสำเร็จในการทำงานเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Diamond, 2014)

2.3.3 ปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร

ปัจจุบันมีนักวิชาการไทยที่ได้ศึกษาเรื่องทักษะการคิดเชิงบริหารอย่างจริงจังและได้ให้ความหมายของทักษะการคิดเชิงบริหารที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ผศ.ดร.ปนัดดา ธนเศรษฐกร จากสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวมหาวิทยาลัยมหิดล ให้คำนิยามว่าทักษะการคิดเชิงบริหาร คือ กระบวนการทำงานของสมองระดับสูงที่ประมวลประสบการณ์ในอดีตและสถานการณ์ในปัจจุบันมาประเมิน วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน เริ่มลงมือทำตรวจสอบตนเอง แก้ไขปัญหา ตลอดจนควบคุมอารมณ์ บริหารเวลา จัดความสำคัญ กำกับตนเอง และมุ่งมั่นทำงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารตามองค์ประกอบและพฤติกรรมบ่งชี้การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาตัวแบบสรุปได้ดังนี้ (ขวัญฟ้า รังสิยานนท์ และคณะ, 2562)

ตารางที่ 1 ปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมตามองค์ประกอบและพฤติกรรมบ่งชี้การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

องค์ประกอบ	พฤติกรรมบ่งชี้	ปัจจัยยับยั้ง	ปัจจัยส่งเสริม
ด้านการยับยั้ง การหยุด (inhibit)	<ul style="list-style-type: none"> - หยุดใช้กำลังในการแก้ปัญหาเมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น - หยุดทำสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องเพื่อทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จ - หยุดทำสิ่งที่ไม่ได้เป็นไปตามข้อตกลงที่ตั้งไว้ - หยุดเล่นเมื่อเห็นว่าการเล่นอาจทำให้บาดเจ็บหรือเกิดอันตราย - อุดหนุนรอให้ถึงคิวของตนเอง - อุดหนุนรอที่จะพูดโดยไม่พูดแทรกในกรณีที่ผู้อื่นกำลังพูด - อุดหนุนรอให้ผู้อื่นเล่นเสร็จก่อนเมื่อต้องการของที่ผู้อื่นกำลังเล่นอยู่ 	การตามใจ	การกำหนด ข้อตกลง
ด้านความยืดหยุ่น ทางการคิด (shift)	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนกิจกรรมตามตารางประจำวันได้ - เปลี่ยนความคิดได้ไม่ยึดติดความคิดเดียว 	การเตรียมทุกอย่างให้ การแก้ปัญหา	อุปสรรคและ ปัญหา

องค์ประกอบ	พฤติกรรมบ่งชี้	ปัจจัยยับยั้ง	ปัจจัยส่งเสริม
	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนวิธีเล่นให้มีความหลากหลายได้ - เปลี่ยนแผน หรือวิธีการได้เมื่อพบอุปสรรค - ปรับตัวเข้ากับสถานที่ใหม่ได้โดยใช้เวลาไม่นานนัก - ปรับตัวเข้ากับคนที่เพิ่งรู้จักได้โดยใช้เวลาไม่นานนัก 	ให้ทุกครั้ง	
ด้านการควบคุมอารมณ์ (emotional control)	<ul style="list-style-type: none"> - สงบสติอารมณ์ระบายนความโกรธอย่างเหมาะสมโดยไม่ใช้ความรุนแรง - ระวังอารมณ์ตื่นเต้น วิตกกังวล เพื่อทำกิจกรรมต่อไปได้ - แสดงวิธีการจัดการอารมณ์ได้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างเหมาะสม - บอกความรู้สึก หรือความต้องการของตนเองได้ - เมื่อพบปัญหาสามารถควบคุมอารมณ์ และแสดงออกอย่างเหมาะสม 	ไม่สอน และห้ามความรู้สึก	เรียนรู้ชื่ออารมณ์วิธีจัดการกับอารมณ์
ด้านความจำขณะทำงาน (working memory)	<ul style="list-style-type: none"> - บอกลำดับขั้นตอนของการปฏิบัติงานที่ผ่านมาได้ - ปฏิบัติงานได้และไม่ทำผิดในเรื่องเดิมซ้ำเมื่อได้รับการชี้แนะแล้ว - บอกกติกา ข้อตกลง และนำมาปฏิบัติได้ - อธิบายเรื่องราวที่เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เดิมสู่การแก้ปัญหาได้ 	การออกคำสั่งสั่งให้ทำ	ประสบการณ์ตรง เช่น การทำงานบ้าน การเล่นเกม
ด้านการวางแผนจัดการ (plan/organize)	<ul style="list-style-type: none"> - บอกเป้าหมายของการปฏิบัติงานได้ - บอกวิธีการวางแผนการปฏิบัติงานได้ - บอกลำดับความสำคัญของการปฏิบัติงาน ก่อน-หลังได้ - ปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ได้ 	คิดให้และคอยบอก	มีตัวอย่างและมีการลองผิดลองถูก

องค์ประกอบ	พฤติกรรมบ่งชี้	ปัจจัยยับยั้ง	ปัจจัยส่งเสริม
	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติงานเสร็จทันเวลาที่กำหนด - ปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมาย 		

2.3.4 การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น

การศึกษาที่ผ่านมายืนยันได้ว่าเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้นจะมีปัญหาทักษะการคิดเชิงบริหารที่บกพร่องอย่างชัดเจน (Skogan, 2015) และพบประเด็นที่น่าสนใจจากการศึกษาลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร (ฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร และคณะ, 2562) พบว่าเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นมีลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารที่ล่าช้าและมีคุณภาพด้อยกว่าทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการปกติลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้านเช่นเดียวกับเด็กปกติ แต่เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นมีลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารที่ล่าช้ากว่า และมีคุณภาพด้อยกว่าทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการปกติ ซึ่งข้อค้นพบลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น ประกอบด้วย 5 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.3.4.1 ด้านการยับยั้ง (Inhibit) เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นจะมีลักษณะด้านการยับยั้งที่บกพร่อง คือ ยังควบคุมยับยั้งตนเองได้ไม่ดีนัก เด็กไม่สามารถยับยั้งตนเองให้มีสมาธิจดจ่ออยู่กับงาน ไม่สามารถยับยั้งตนเองให้อดทนอดกลั้นต่อสิ่งกระตุ้นเร้าอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงาน รวมทั้งไม่สามารถควบคุมยับยั้งตนเองให้มีการแสดงออกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อเสนอแนะคือควรฝึกฝนส่งเสริมลักษณะด้านการยับยั้งอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะช่วยเสริมสร้างให้เด็กมีทักษะด้านการยับยั้งที่ดีขึ้นได้ โดยการฝึกฝนด้านการยับยั้งนี้ควรฝึกโดยให้เด็กมีความรู้สึกร่วมด้วย เช่น เล่นเกมควบคุมยับยั้งการเคลื่อนไหว เล่นเกมที่มีกฎกติกาเพื่อฝึกให้เด็กรู้จักยับยั้งชั่งใจ อดทนรอคอย เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ

2.3.4.2 ด้านความจำขณะทำงาน (Working memory) เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาด้านความจำขณะทำงาน ลักษณะด้านความจำขณะทำงานของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นทำงานได้ไม่ดีนัก โดยเด็กไม่สามารถเก็บจดจำข้อมูลไว้ได้นาน ไม่สามารถประมวลผล หรือดึงข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม หากเด็กไม่ได้รับโอกาสในการฝึกฝนความจำ ก็จะมีเสียโอกาสในการพัฒนา ข้อเสนอแนะคือเด็กควรได้รับการฝึกฝนลักษณะด้านความจำขณะทำงานเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความจำขณะทำงานให้ทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งวิธีการส่งเสริมความจำขณะทำงานของเด็กนี้

สามารถทำได้ด้วยการเล่นเกมฝึกความจำ ใช้ภาพช่วยจำทำข้อมูลให้จำง่ายชัดเจนมากขึ้น เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กจดจำข้อมูลได้ดีขึ้น มีความจำขณะทำงานที่มีคุณภาพมากขึ้น

2.3.4.3 ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด (Cognitive flexibility/ shift) เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นจะยังขาดความยืดหยุ่น ขาดความสามารถในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งหากเด็กไม่ได้รับการฝึกฝนด้านความยืดหยุ่นทางการคิด ก็จะทำให้เด็กเสียโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ข้อเสนอแนะคือ ควรได้รับการฝึกฝนส่งเสริมลักษณะด้านความยืดหยุ่นทางการคิดเพื่อเสริมสร้างให้เด็กมีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น สามารถปรับตัวต่อสิ่งใหม่ๆ ได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถหาทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

2.3.4.4 ด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นมีลักษณะการควบคุมอารมณ์ตนเองที่บกพร่อง โดยเด็กจะถูกกระตุ้นเร้าอารมณ์ได้ง่ายกว่าเด็กทั่วไป เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นจึงมีอารมณ์โมโหฉุนเฉียว หุนหันพลันแล่น โกรธง่าย ระเบิดอารมณ์รุนแรงได้ง่ายกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากมีลักษณะด้านการยับยั้งที่บกพร่องไป ข้อเสนอแนะคือ เด็กควรได้รับการส่งเสริมฝึกฝนให้มีทักษะด้านการยับยั้งที่ดีขึ้น ลักษณะด้านการควบคุมอารมณ์ของเด็กจะดีขึ้นด้วย นอกจากนี้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นควรได้รับการฝึกฝนส่งเสริมให้เข้าใจอารมณ์ของตัวเองและรู้จักหาวิธีในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

2.3.4.5 ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ (Plan & organize) เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นมีลักษณะด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบที่ไม่ค่อยดี โดยเด็กไม่สามารถตั้งเป้าหมาย วางแผนการทำงาน จัดลำดับความสำคัญของงานที่ต้องทำ เด็กจึงขาดระบบระเบียบในการทำงาน ทำให้เด็กไม่สามารถทำงานได้สำเร็จทันเวลา ข้อเสนอแนะ ควรได้รับการฝึกฝนส่งเสริมลักษณะด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ เช่น ได้รับคำแนะนำในการทำงานอย่างมีโครงสร้าง ได้รับการฝึกฝนให้คิดเป็นหมวดหมู่ ได้ฝึกเล่นเกมที่ต้องใช้การคิดการวางแผนอย่างสม่ำเสมอ ก็จะช่วยเสริมสร้างให้เด็กมีการคิดวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบได้ดีขึ้น รู้จักตั้งเป้าหมายในการทำงานรวมทั้งหาทางให้ตนเองบรรลุเป้าหมายที่วางไว้และทำงานได้สำเร็จต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในรูปแบบของการพัฒนาทักษะของครอบครัว โดยนำข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้นมาใช้ในการพัฒนาโดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของครอบครัวพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวโดยการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้รับการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารจากครอบครัว ซึ่งจะสามารถช่วยให้เด็กมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามสถานการณ์โดยผ่านกระบวนการยับยั้งและควบคุมตนเองจากครอบครัวเนื่องจากการพัฒนาของเด็กด้านดังกล่าวสามารถทำได้ในครอบครัว เช่น สร้าง

วินัยในชีวิตประจำวัน ให้รู้จักรอยยิ้ม ให้รู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง และแสดงออกได้เหมาะสม ฝึกเข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น หรือมีกิจกรรมที่ได้ฝึกความจำฝึกสมาธิ การเล่นที่เหมาะสมและหลากหลาย โดยเฉพาะการให้เด็กได้เรียนรู้ด้วยการลงมือทำด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญ (นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, 2560) การพัฒนาการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยจึงเป็นทักษะที่จำเป็นที่ผู้ดูแลควรเข้าใจและนำมาใช้ในการดูแลและป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

2.4 การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในบริบทครอบครัว

การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว ครอบครัวมีความหมายและลักษณะของครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ความหมายและลักษณะของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดและเป็นรากฐานที่สำคัญของบุคคลในสังคม มีบทบาทหน้าที่อบรมเลี้ยงดูให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูล พร้อมทั้งปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม ค่านิยมและถ่ายทอดวัฒนธรรมของสังคมให้แก่เด็ก เพราะเด็กคือทรัพยากรอันมีค่าในการพัฒนาประเทศ การอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของเด็กเพื่อให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพและเป็นพลังในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบครัวมีลักษณะต่างๆ ดังนี้ (Friedman, 2003; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

2.4.1.1 ครอบครัวในลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic) หมายถึง ครอบครัวมีคุณสมบัติมีชีวิตในฐานะที่เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต นั่นคือมีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงและการเคลื่อนไหวต่างๆ มีการเกิด การเติบโตการพัฒนาอย่างมีทิศทาง มีความทุกข์ความสุข มีการเริ่มต้น การถดถอยและการสิ้นสุด แต่ละครอบครัวต่างก็มีรายละเอียดบนหน้าประวัติศาสตร์ของตนเอง โดยเฉพาะซึ่งแตกต่างไปจากครอบครัวอื่นๆ อย่างมากมาย

2.4.1.2 ครอบครัวในลักษณะที่เป็นระบบ (System) หมายถึง ครอบครัวเกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกันเกิดเป็นระบบใหม่ คือ ระบบครอบครัวซึ่งประกอบด้วยหลายระบบย่อย ได้แก่ ระบบย่อยของบุคคล ของสามีภรรยา ของบิดามารดาและพี่น้อง ภายในระบบย่อยจะบ่งบอกถึงตำแหน่งของสมาชิกที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งอื่นๆ และระบบทั้งระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วยในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของระบบรวมก็จะส่งผลกระทบต่อหน่วยย่อยแต่ละหน่วยเช่นกัน ดังนั้นการเข้าใจครอบครัวอย่างลึกซึ้งต้องพิจารณาสมาชิกแต่ละคน และความสัมพันธ์ระหว่าง

สมาชิกนั้นกับสมาชิกอื่นภายในครอบครัวด้วย ระบบครอบครัวจัดเป็นระบบกึ่งปิด ครอบครัวไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวแต่จะมีการเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาครอบครัวจึงมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บทบาทของสมาชิกครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากระบบต่างๆ ภายในสังคม เช่น ระบบชุมชน ระบบโรงเรียน ระบบสถาบันศาสนาและอื่นๆ

2.4.1.3 เป็นแหล่งรวมบุคลิกภาพที่มีการปฏิสัมพันธ์ (Interacting personality) หมายถึงครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 1 คน มาอยู่ร่วมกัน ทำให้เกิดความเชื่อมโยงของสภาพต่างๆ ที่สมาชิกเป็นอยู่และกำลังกระทำอยู่ซึ่งแต่ละคนก็ยังถือว่า มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเองครอบครัวจึงได้รับผลกระทบจากสมาชิกทั้งในปัจจุบันและอนาคตการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีลักษณะการโต้กลับไปกลับมาและมีกฎควบคุมชีวิตครอบครัวอยู่ทั้งที่เป็นสากล ยอมรับกันทั่วไปในทุกสังคม กฎที่ถือปฏิบัติเฉพาะครอบครัวกฎเหล่านี้แม้ว่าเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นแต่สามารถสังเกตรูปแบบได้จากการวิเคราะห์วิธีการเมื่อสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การทำความเข้าใจการปฏิสัมพันธ์จะต้องคำนึงถึงบริบทด้านสังคมและวัฒนธรรมเข้าด้วยกันภายใต้เงื่อนไขต่างๆ ของสังคม

2.4.2 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

นอกจากครอบครัวเป็นระบบที่ทุกคนมีความสัมพันธ์กันและไม่สามารถแยกออกจากกันได้ซึ่งเมื่อพิจารณาหน้าที่ของครอบครัว สามารถอธิบายหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิด McMaster Model of Family Functioning ซึ่งครอบครัวมีหน้าที่สำคัญ 6 ประการ ดังนี้ (Miller et al., 2000)

2.4.2.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกัน

2.4.2.2 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน การสื่อสารมีสองแบบคือการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) การสื่อสารการสื่อสารโดยใช้คำพูดสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้น แม้เนื้อหาจะไม่เด่นชัดแต่เป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้สีหน้าแววตา การประสานสายตาและท่าทาง เป็นต้น

2.4.2.3 บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำบทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้านเช่นเดียวกับการสื่อสารคือบทบาทพื้นฐานและบทบาทอื่น 1) บทบาทพื้นฐาน หมายถึงบทบาทจำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข 2) บทบาทอื่นๆ หมายถึงบทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัวจึงอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

2.4.2.4 การตอบสนองต่ออารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง

ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีทั้งอารมณ์ในภาวะปกติเช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น กลัว โกรธเป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมาน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวกแต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ เช่น ภรรยาไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธต่อสามีได้ เพราะกลัวสามีจะไม่พอใจ หรือลูกไม่สามารถเล่าความรู้สึกเศร้าและคิดถึงบิดาที่เสียชีวิตไปเพราะเกรงจะสะเทือนใจมารดา สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ ได้อย่างจำกัดและมีปัญหาบุคลิกภาพ

2.4.2.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึงระดับความ

ผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัว แต่ละคนคนมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ 1) ปราศจากความผูกพัน (Disengagement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น 2) ผูกพันอย่างมีความเข้าใจความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง (Emphatic involvement) โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุดเพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์อีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

2.4.2.6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัว

ควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกการควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่นพฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ 1) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกินนอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศและความก้าวร้าว เป็นต้น 2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูงหรือเป็นสมาชิกในชมรม เป็นต้น 3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน 4) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

2.4.3 รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็กของและครอบครัวมีความแตกต่างกัน ในปัจจุบันการศึกษา รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กเป็นการรวบรวมระหว่างแนวคิดของ Baumrind ในปี ค.ศ. 1971 (Baumrind, 1971) โดยเริ่มต้นจากในปี ค.ศ. 1967 ได้ศึกษาเด็กปฐมวัยและผู้ดูแลของเด็กโดยการสังเกตพฤติกรรมของเด็กทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน ประกอบกับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กและสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลเด็กกับเด็กที่บ้าน จากการศึกษาดังกล่าว Baumrind ได้ทำการวิเคราะห์แบ่งองค์ประกอบพฤติกรรมของผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็กออกเป็น 2 รูปแบบ และปรับปรุงเป็น 3 รูปแบบ

จากนั้น Maccoby and Martin (Maccoby, Martin, Mussen, & Hetherington, 1983) ในรูปแบบที่ 4 ตามลำดับ ซึ่งครอบคลุมรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กในปัจจุบันสรุปได้ดังนี้

4.4.3.1 แบบเอาใจใส่ (Authoritative parenting style) คือการอบรมเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการตามวุฒิภาวะของเด็ก โดยที่ผู้ดูแลจะอนุญาตให้เด็กมีอิสระตามควรแก่วุฒิภาวะ แต่ในขณะเดียวกันผู้ดูแลจะกำหนดขอบเขตพฤติกรรมของเด็กให้เด็กเชื่อฟังและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างมีเหตุผล ถึงแม้ผู้ดูแลจะมีการเรียกร้องสูงแต่ก็ให้ความรักความอบอุ่นและใส่ใจต่อเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กเป็นตัวของตัวเองรับฟังเหตุผลจากเด็กและสนับสนุนให้เด็กมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจเรื่องต่างๆ ของครอบครัว

4.4.3.2 แบบควบคุม (Authoritarian parenting style) คือการอบรมเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลเด็กมีความเข้มงวด เรียกร้องสูง แต่ไม่ตอบสนองความต้องการของเด็กโดยสิ้นเชิง มีการจัดระบบการควบคุมและวางกฎเกณฑ์ให้เด็กปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด โดยมีการอธิบายน้อยมากหรือไม่มีเลยเด็กต้องยอมรับในคำพูดของผู้ดูแลว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องเสมอ และมีการใช้อำนาจควบคุมโดยวิธีบังคับและลงโทษเมื่อเด็กไม่ทำตามความคาดหวัง

4.4.3.3 แบบตามใจ (Permissive parenting style) คือการอบรมเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลปล่อยให้เด็กทำสิ่งต่างๆ ตามการตัดสินใจของเด็กโดยไม่มีการกำหนดขอบเขต ใช้การลงโทษน้อยไม่เรียกร้องหรือควบคุมพฤติกรรม เด็กสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกและอารมณ์ได้อย่างเปิดเผย ผู้ดูแลอาจให้คำปรึกษาหรือพยายามใช้เหตุผลกับเด็ก แต่ไม่มีอำนาจในการควบคุมพฤติกรรมของเด็กและให้ความรัก ความอบอุ่นและตอบสนองความต้องการของเด็ก

4.4.3.4 แบบทอดทิ้ง (Uninvolved parenting style) คือการอบรมเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลไม่ให้ความสนใจหรือตอบสนองความต้องการของเด็ก ให้การดูแลเอาใจใส่ต่อเด็กน้อยมากและจะเพิกเฉยต่อเด็กพอๆ กับการไม่เรียกร้องหรือวางมาตรฐานพฤติกรรมใดๆ ให้เด็กปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย โดยรุ่งรัตน์ สุขะเดชะ ใน พ.ศ. 2563 (รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ, 2563) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสืบค้นงานวิจัยในช่วงปี พ.ศ. 2538-2558 ทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ พบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาเด็กในด้านต่างๆ โดยการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่แบบประชาธิปไตย แบบรักสนับสนุน และแบบใช้เหตุผลส่งผลดีต่อการพัฒนาเด็กในด้านต่างๆ และการอบรมเลี้ยงดูแบบบังคับ แบบตามใจ แบบควบคุม และแบบทอดทิ้ง ส่งผลเสียต่อการพัฒนาเด็กในด้านต่างๆ การอบรมเลี้ยงดูทางบวก ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย แบบใช้เหตุผล แบบรักสนับสนุนมีผลทางบวกกับบุคลิกภาพและสังคมลักษณะเหตุผลเชิงจริยธรรมของเด็กและลักษณะพึ่งตนเองควบคุมตนเองและยังมีอิทธิพลทางบวกต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา ส่วนการอบรมเลี้ยงดู

แบบปล่อยปละละเลยหรือแบบไม่ใช้เหตุผลจะมีผลทางลบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและจิตสังคม ทำให้เด็กควบคุมอารมณ์ ของตนเองไม่ได้ขาดจุดมุ่งหมายของชีวิต มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและก้าวร้าว

2.4.4 แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในครอบครัว

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงสำคัญที่ร่างกายและสมองกำลังเจริญเติบโต เด็กวัยนี้มีโอกาสเรียนรู้จากการ ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และการสัมผัส รวมทั้งการเคลื่อนไหว การเล่น การลงมือกระทำ ได้สำรวจ ทดลอง ค้นพบด้วยตนเอง ได้มีโอกาสคิดแก้ปัญหา เลือกลงตัดสินใจ พุดคุย คิดริเริ่มสร้างสรรค์ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และความเอาใจใส่เป็นพิเศษ เพื่อให้เด็กเกิดการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งผู้ดูแลเด็ก ไม่ว่าจะเป็น พ่อแม่ ผู้ปกครอง เป็นบุคคลสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กให้มีพฤติกรรมและพัฒนาการที่ดีได้ด้วยการส่งเสริม และเปิดโอกาสให้เด็กได้ลงมือทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยโดยเฉพาะช่วงเวลาที่อยู่ร่วมกันที่บ้าน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) ได้เสนอแนวทางในการแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 3-6 ปี สำหรับผู้ดูแลในการทำกิจกรรมกับเด็กสรุปดังนี้

2.4.4.1 จัดกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านการลงมือทำจริงอย่างหลากหลาย ที่สำคัญสามารถปรับและยืดหยุ่น ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบ้าน

2.4.4.2 จัดพื้นที่ในบ้านให้เหมาะสมกับการทำกิจกรรม มีความปลอดภัยต่อเด็กและช่วยจัดหาอุปกรณ์ เช่น ดินสอ กระดาษ สีเทียน สีน้ำ ฯลฯ ให้เด็กเรียนรู้ผ่านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เก็บที่นอน ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว ล้างมือ กินข้าว ฯลฯ อาจกำหนดช่วงเวลาให้เด็กทำ และทำต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในช่วงแรกอาจคอยช่วยเหลือหรือทำกิจวัตรประจำวันพร้อมกันกับเด็ก เมื่อเด็กทำได้แล้วจึงให้เด็กลงมือทำเอง นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้เด็กทำกิจกรรมที่เหมาะสมเท่าที่เด็กจะทำได้ ในการช่วยทำงานบ้าน งานครัว เช่น กวาดบ้าน เก็บของเข้าที่ ปอกผลไม้ ล้างผักง่ายๆ ฯลฯ งานสวน เช่น ปลูกผัก รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

2.4.4.3 ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก แต่หากไม่มีเวลา ควรเปิดโอกาสให้เด็กเรียนรู้จาก สิ่งของและผู้คนที่อยู่รอบตัว และให้เด็กได้เล่นอิสระ อาจเป็นของเล่นหรือของใช้ ที่ไม่เป็นอันตราย หาได้ง่ายในบ้าน และจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ของจริง ตามธรรมชาติ (ใบไม้ ผลไม้ก้อนหิน ฯลฯ) จากสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน (ช้อน จาน แก้วน้ำ ฯลฯ) รวมทั้งให้เด็กได้เล่นออกกำลังกลางแจ้งหรือในร่ม เล่นน้ำ เล่นทราย โดยมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครองคือของเล่นที่ดีที่สุดสำหรับเด็ก อาจเล่นกับเด็กโดยใช้อวัยวะบางส่วนในร่างกาย

(มือ แขน ขา หู ตา จมูก ผม ฯลฯ) นำมาประกอบการเล่นได้มากมาย เช่น อุ้ม โอบกอด ชีหลัง ชีคอ เล่นนิ้วมือ เป็นต้น

2.4.4.4 ชวนเด็กพูดคุยสม่ำเสมอ กระตุ้นด้วยคำถาม เล่าเรื่องราว หรือ ชักชวนเด็ก อ่านจากสิ่งของรอบตัว เช่น ป้ายร้านค้า กล่องนม กล่องสบู่ ฯลฯ รวมทั้งการอ่านหนังสือให้เด็กฟัง โดยเฉพาะหนังสือนิทานที่มี เนื้อหาที่เหมาะสมกับเด็ก หรือเล่าเรื่องราวจากแผ่นภาพ เป็นต้น

2.4.4.5 ส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมศิลปะ เช่น การระบายสีและวาดรูป อย่างอิสระ พบกระดาษ ปั้นแป้ง พิมพ์ภาพ ฯลฯ และกิจกรรมด้าน ดนตรีเช่น การฟังเพลง การร้องเพลง การพูด คำกลอน คำคล้องจอง การแสดงท่าทางประกอบตามจินตนาการ เป็นต้น

2.4.4.6 กรณีผู้ดูแลมีความพร้อมให้เด็กเรียนรู้โดยใช้สื่อเทคโนโลยี ได้แก่ โทรศัพท์ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ตและคอมพิวเตอร์ ต้องทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้สื่อเทคโนโลยีกับเด็กวัย 3-6 ปี ดังนี้

1) ผู้ดูแลเป็นตัวอย่างที่ดีในการใช้สื่อเทคโนโลยีโดยใช้เวลาอยู่กับเด็กอย่างเต็มที่ หากจำเป็นต้องใช้ควรเลือกใช้สื่อที่มีปฏิสัมพันธ์และเหมาะสมกับเด็ก และใช้เพื่อเป็นช่องทางในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น ช่วยเด็กค้นหาข้อมูลที่เด็กสนใจ ค้นหาเพลงสำหรับเด็ก ค้นหาหนังสือนิทาน อิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

2) ใช้สื่อเทคโนโลยีร่วมกับเด็ก ไม่ควรปล่อยให้เด็กใช้หรืออยู่กับหน้าจอตามลำพัง การพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างดูโทรทัศน์ โทรศัพท์ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ จะช่วยให้เด็กเข้าใจสิ่งที่ตัวเองกำลังดูอยู่และเป็นโอกาสให้ผู้ดูแลได้ดูแลการใช้สื่อเทคโนโลยีอย่างเหมาะสมของ เด็กด้วย

3) ไม่ควรให้เด็กใช้สื่อเทคโนโลยีทุกประเภทนานเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน อาจกำหนดข้อตกลงในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว แล้วชักชวนเด็กทำกิจกรรมที่ได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่อตัวเด็ก เช่น การเล่น การทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยทำงานบ้าน การอ่านหนังสือร่วมกัน การออกกำลังกาย การทำงานศิลปะ และงานประดิษฐ์ เป็นต้น

4) จัดมุมการวางสื่อเทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ไว้ในส่วนที่ทุกเห็นได้ง่าย สะดวกในการใช้ร่วมกัน สามารถเป็นจุดรวมของสมาชิกในครอบครัว

2.5 แนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก

การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Positive parenting) เป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและเด็ก โดยผู้ดูแลมีการพัฒนาวิธีจัดการกับปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กในรูปแบบต่างๆ ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำล่วงหน้าถึงพัฒนาการด้านอารมณ์และ

พัฒนาทักษะการกำกับควบคุมตนเองตามความสามารถของเด็ก ลดการใช้วิธีการดูแลเด็กโดยวิธีการลงโทษรุนแรง ช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัว รวมถึงลดความตึงเครียดของผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็กด้วย (รวีวรรณ รุ่งไพบุลย์วรรณ, 2561)

2.5.1 หลักการในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Five principle positive parenting) ซึ่ง Rebecca Eanes (Eanes, 2016) ได้นำเสนอ 5 หลักการในการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Five principle positive parenting) ดังนี้

2.5.1.1 ความผูกพัน (Attachment) เด็กต้องการการเข้าใจความต้องการและได้รับการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีความผูกพัน (Attachment theory) ซึ่งกล่าวว่าเด็กต้องได้รับการตอบสนองความต้องการและการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแลจึงจะเกิดความผูกพันอันเป็นก้าวแรกสู่พัฒนาการที่ดีด้านสังคม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ สิ่งสำคัญคือความสัมพันธ์ที่ระหว่างเด็ก กับผู้ดูแลจะเป็นต้นแบบของปฏิสัมพันธ์ที่เขานำไปใช้กับเพื่อนและบุคคลอื่น ช่วยสั่งสมความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการที่จะออกไปเรียนรู้สำรวจโลกรอบตัวทำให้เด็กสามารถรับมือกับความเครียดและอารมณ์อย่างสมดุล เข้าใจและยอมรับตนเอง ตลอดจนสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีคุณค่าความหมายในอนาคตได้ซึ่งสามารถทำได้โดย

- 1) การตอบสนองต่อการร้องไห้และอารมณ์เสียของเด็กด้วยความรัก
 - 2) การทำความเข้าใจความต้องการของเด็กและตอบสนองความต้องการ
- ความสุขสบาย การพักผ่อน การเล่นและผ่อนคลายด้วยความรักและความเข้าใจ
- 3) การให้ความสนใจและให้เวลากับเด็ก
 - 4) การจัดสิ่งแวดล้อมในเชิงบวก เช่น การพูดคุยหัวเราะ เล่น สัมผัสและ

กอดเด็ก เป็นต้น

2.5.1.2 การยอมรับในตัวเด็ก (Respect) การที่ผู้ใหญ่ยอมรับในตัวเด็กเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีสำหรับเด็กและเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และรู้จักการยอมรับและเคารพผู้อื่น ควรปฏิบัติต่อเด็กด้วยความสุภาพและยอมรับในตัวเด็กเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อบุคคลอื่น จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีพบว่าเด็กที่ได้รับความรักและความใส่ใจจากผู้ดูแลทำให้ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กและตอบสนองต่อความเครียดได้ดี เราควรยอมรับความคิดเห็นและตอบสนองเด็กเชิงบวกไม่ควรลงโทษทางกายด้วยการทำร้ายหรือตีเด็กเพื่อกำหนดให้เด็กทำตามเพราะมักจะได้ไม่ผล การเคารพในจิตวิญญาณของเด็กและเคารพในความแตกต่างของเด็กแต่ละคนสามารถทำได้โดย

- 1) การฝึกทักษะในการสื่อสารกับเด็กและเป็นผู้ฟังที่ดี
- 2) การยอมรับร่างกายของเด็ก เช่น ไม่ควรจับหรือทำอะไรรบกวนใบหน้าเด็ก

เหยียดตัวเด็ก หรือทำสิ่งใดกับร่างกายเด็กโดยที่เด็กไม่อนุญาตหรือไม่ได้บอกให้เด็กรับรู้ก่อน

3) การให้ทางเลือกและให้เด็กมีโอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยธรรมชาติเด็กไม่ต้องการถูกควบคุมตลอดทั้งวัน ควรให้โอกาสเด็กในการตัดสินใจเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ด้วยตนเอง ทำให้เด็กรับรู้ได้ว่าเด็กสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองและได้รับการยอมรับจากผู้ดูแล

4) การซื่อสัตย์และไม่โกหก สามารถทำได้โดยการพูดความจริงกับเด็ก ไม่โกหกซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่เด็กจะเรียนรู้ในการที่จะสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีกับเด็ก

5) การรู้จักขอโทษเมื่อทำผิดต่อเด็ก การที่ผู้ดูแลรู้จักขอโทษเมื่อทำผิดต่อเด็กเป็นการแสดงออกให้เห็นว่าผู้ดูแลเคารพความเป็นเด็กและเป็นแบบอย่างที่ดีของเด็กทำให้เด็กรู้จักการขอโทษเมื่อทำผิดต่อผู้อื่นเช่นกัน

6) เคารพพื้นที่ส่วนตัวของเด็กตามความเหมาะสม

7) หลีกเลี่ยงการต่อว่าเด็กหรือทำให้เด็กขายหน้าต่อบุคคลอื่นหรือในที่หรือทางออนไลน์

8) พูดคุยกับเด็กด้วยความสุภาพและมีความกรุณาต่อเด็ก

2.5.1.3 การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก (Proactive parenting) คือ 1) การเฝ้าระวังและจัดการกับสถานการณ์ที่อาจจะเป็นปัญหาในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะเป็นไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ในอนาคต โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็กและสอนเด็กล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากการศึกษาที่เด็กขาดความรู้ 2) มีการวางแผนล่วงหน้าในการที่จะแก้ไขปัญหาเมื่อมีสถานการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับเด็กที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น

2.5.1.4 การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathetic leadership) ผู้ดูแลควรแสดงออกในเด็กเห็นว่าผู้ดูแลเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกและอยู่เคียงข้างเด็กเสมอ การเห็นอกเห็นใจเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยปลดล็อกสมองเด็กเมื่อเด็กมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งสามารถยกตัวอย่างปฏิกิริยาของผู้ดูแลในสถานการณ์ที่เด็กขว้างบอลโดนแจกันในบ้านแตกดังนี้

ปฏิกิริยาที่ 1 (ไม่เห็นอกเห็นใจ) “หนูก็รู้ว่าขว้างบอลเข้าบ้านมามันผิดกฎของบ้าน ไม่อยากจะทำอะไรที่หนูประมาทมากและทำอย่างนี้อีกแล้ว! หนูจะต้องถูกลงโทษโดยการกักบริเวณหนึ่งสัปดาห์นะ”

ปฏิกิริยาที่ 2 (การเห็นอกเห็นใจเด็ก) “หนูทำแจกันแตก?” “หนูคงรู้สึกแย่มากกับมันแม่เห็นน้ำตาในตาของหนูนี่คือเหตุผลที่เราห้ามเล่นบอลในบ้านนะคะ ตอนนี้เกิดปัญหาขึ้นแล้วหนูคิดว่าหนูจะแก้ไขปัญหานี้อย่างไร?”

เมื่อผู้ดูแลแสดงให้เห็นความพยายามที่จะเข้าใจเด็กอย่างเห็นอกเห็นใจเด็ก ทำให้เด็กเปิดรับคำแนะนำและคำสั่งสอนของผู้ดูแลและเป็นการนำไปสู่การเรียนรู้และเป็นผู้ที่รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่นในอนาคต

2.5.1.5 การสร้างวินัยเชิงบวก (Positive discipline) การลงโทษทางร่างกายโดยการตี การหยิก หรือการดูว่ากล่าวให้เด็กอับอายเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมในการที่จะนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กในยุคปัจจุบัน เพราะการลงโทษเป็นการทำให้เด็กรู้สึกทุกข์ทรมานเพื่อให้เด็กหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมนั้นซึ่งมักไม่ได้ผล แต่การสร้างวินัยเชิงบวกเป็นการฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมแรงกระตุ้นและเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการแก้ไขข้อผิดพลาดผ่านประสบการณ์ในวัยเด็ก เด็กได้รับการตักเตือนและแก้ไขพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้นโดยมี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความต้องการ (Assess the need) พฤติกรรมไม่เหมาะสมเด็กแสดงออกมาบ่งบอกถึงความต้องการภายในของเด็ก ในเด็กเล็กแม้ว่าจะยากในการประเมินผู้ดูแลอาจมองหาจากสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น เมื่อเด็กก้าวร้าวอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ หิว ง่วง หรือเหนื่อย เป็นต้น การค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหานั้นตรงจุดจะทำให้สามารถช่วยเหลือเด็กได้ อาจจะไม่ใช่สาเหตุหลักแต่อาจจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมออกมา

ขั้นตอนที่ 2 สงบอารมณ์ทั้งตนเองและเด็ก (Calm yourself and your child) หากผู้ดูแลไม่มีวินัยเด็กก็จะไม่สามารถพัฒนาวินัยในตนเองได้ ดังนั้นเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมขั้นแรกผู้ดูแลต้องสงบใจก่อนเปลี่ยนจากการตอบสนองด้วยอารมณ์เป็นการตอบสนองด้วยปัญญาและการหาเหตุผลก่อนที่จะแก้ไขปัญหา เมื่อผู้ดูแลสงบเด็กจะสงบโดยอาจจะหากิจกรรมอื่นที่ช่วยให้เด็กสงบและผ่อนคลาย เช่น การวาดภาพ การออกกำลังกาย โดยขั้นตอนนี้อาจใช้เวลา 2-20 นาที ขึ้นอยู่กับอายุและพัฒนาการของเด็ก การให้เวลา (Time in) จะทำให้เด็กสงบลงและพร้อมที่จะเปิดรับคำสั่งสอนและแนะนำจากผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การสอนและแก้ไขปัญหา (Teach and problem-solve) ผู้ดูแลควรสอนและแนะนำตามระยะพัฒนาการและความสามารถของเด็ก

การฝึกวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย สามารถทำได้ง่ายๆ การฝึกกิจวัตรประจำวันสำหรับเด็กซึ่งมีประโยชน์ในการที่จะช่วยผู้ดูแลในการฝึกเด็กผ่านกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางแผนให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันให้เด็กเข้าใจลำดับ การวางแผนและทำงานได้สำเร็จ เช่น การแต่งตัว การแปรงฟัน การรับประทานอาหารเข้า การเล่น การทำงานสร้างสรรค์ การทำความสะอาด การรับประทานอาหารเที่ยง การร้องเพลงหรือเล่นดนตรี การเล่นอิสระ การรับประทานอาหารเย็น การอาบน้ำ เล่นนันทนาการก่อนนอน เข้านอน เป็นต้น

2.5.2 แนวทางการส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก

แนวทางในการส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมีประโยชน์ต่อเด็กและครอบครัวอย่างมาก เพราะเด็กพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง สร้างเสริมความรับผิดชอบต่อตนเอง และเป็นการสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและพัฒนาความนับถือตัวเองของเด็ก ตลอดจนช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ดูแลที่ดีขึ้น การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก โครงสร้างครอบครัว ความเชื่อ วัฒนธรรมด้วย การเสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและผู้ดูแลทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีในช่วงเวลาของการดูแลเด็ก ประกอบด้วยหลักการสำคัญดังต่อไปนี้ (รวีวรรณ รุ่งไพบุลวัลย์, 2561)

2.5.2.1 เด็กต้องการความรัก การยอมรับและเข้าใจในธรรมชาติของเด็กแต่ละคน ทั้งในด้านทักษะความสามารถ พัฒนาการ ความถนัด พื้นฐานอารมณ์ การที่เด็กได้รับการยอมรับอย่างแท้จริงนำไปสู่ความรู้สึกมั่นคง มีความสุข ส่งผลดีต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ดูแล

2.5.2.2 ผู้ใหญ่ควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็ก

2.5.2.3 ส่งเสริมให้เกิดการใช้เวลาคุณภาพกับเด็ก

2.5.2.4 ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดูแลเด็ก

2.5.2.5 การพัฒนาทักษะการควบคุมกับตนเอง

2.5.2.6 การส่งเสริมการฝึกวินัยเชิงบวก

2.5.3 โปรแกรมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Triple P-Positive Parenting Program)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและเสริมความสามารถของผู้ดูแล มีการพัฒนาโปรแกรมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกที่ได้รับความสนใจมากอย่างแพร่หลาย ได้แก่ Triple P-Positive Parenting Program ซึ่งมีรากฐานการพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Matthew Roy Sanders, Turner, & Markie-Dadds, 2001) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันปัญหาพัฒนาการพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กและวัยรุ่น โดยการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแล ซึ่งการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกตามแนวคิดดังกล่าวมีหลักการสำคัญของโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 5 หลักการดังนี้

2.5.3.1 การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมต่อการดูแลเด็ก (Safe and engaging environment) เด็กทุกคนต้องการความปลอดภัย ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมพัฒนาการตามวัยของเด็ก โดยจัดกิจกรรมสิ่งของ หรือของเล่นที่เหมาะสมตามความสามารถพัฒนาการของเด็ก หลักการนี้จะมุ่งเน้นการส่งเสริมและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นในบ้าน

2.5.3.2 การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ (Positive learning

environment) หลักการนี้จะให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะบิดามารดาในฐานะที่เป็นครูคนแรกของเด็ก จะมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะในการช่วยให้เด็กจัดการปัญหาต่างๆ ในทางสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพมีการสื่อสารอย่างเหมาะสม และช่วยส่งเสริมการให้เด็กได้เป็นอิสระพึ่งพาตนเองโดยการเล่นและทำสิ่งที่สนใจได้ตามลำดับขั้น โดยได้รับการกำกับดูแล จนสามารถประสบความสำเร็จในการกระทำได้ด้วยตนเอง

2.5.3.3 การฝึกระเบียบวินัยที่มุ่งมั่น (Assertive discipline) หลักการนี้จะมุ่งฝึกให้ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนวิธีการในการจัดการและกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเด็ก ให้เด็กมีความสามารถสร้างเสริมการเรียนรู้ในการควบคุมตนเองได้ดีผ่านการฝึกระเบียบวินัยเชิงบวกที่ต่อเนื่อง ทั้งในบ้านและในชุมชน ผู้ดูแลเด็กจะได้เรียนรู้ปฏิบัติการฝึกระเบียบวินัยเชิงบวก (แทนการใช้วิธีไม่ได้ผล เช่น การตะโกน การชูป หรือตี) ได้แก่ การใช้แรงเสริมเชิงบวกสำหรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็ก เช่น การใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจนกับเด็กตามวัย การกำหนดกฎเกณฑ์ การที่เด็กได้เรียนรู้จากผลที่ตามมา การสงบอารมณ์โดยแยกเด็กออกจากสถานการณ์ เป็นต้น

2.5.3.4 ความคาดหวังตามความเป็นจริง (Realistic expectations) หลักการนี้จะมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กมีความเข้าใจและคาดหวังในตัวเด็กให้สอดคล้องไปกับความสามารถตามระยะพัฒนาการ พื้นฐานอารมณ์ของบุตร ด้วยความเข้าใจ สามารถจัดให้เด็กได้ทำสิ่งต่างๆ พอเหมาะกับระดับความสามารถโดยค่อยๆ เพิ่มจากง่ายไปยาก ทำให้เด็กมีกำลังใจและรับรู้ว่าตนเองจะทำได้ และภูมิใจเมื่อทำสำเร็จ ทั้งนี้ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ที่ทำร้ายเด็กหรือลงโทษเด็กส่วนใหญ่เป็นผลจากการคาดหวังมากกว่าความสามารถของเด็ก

2.5.3.5 ผู้ดูแลเด็กมีการดูแลตนเองให้มีความพร้อมในการดูแลเด็ก (Parental self-care) ผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้ความเข้าใจต่อพัฒนาการ พฤติกรรม และความต้องการของเด็กตามวัย มีเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงดู มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ มีทักษะในการจัดการความเครียดและปัญหาต่างๆ ทั้งในเรื่องส่วนตัว การงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความสนใจการทำหน้าที่ของบิดามารดา ย่อมส่งผลต่อความมั่นใจในการอบรมเลี้ยงดูบุตร

โปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก Positive Parenting Program (Triple P) (Matthew R Sanders, 2008) ใช้ในการป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และปัญหาพัฒนาการในเด็กเพื่อส่งเสริมความรู้ พัฒนาทักษะ และเสริมความมั่นใจในการดูแลเด็ก ประกอบด้วยกลยุทธ์ 5 ระดับ ใช้ในการดูแลเด็กตั้งแต่แรกเกิด-12 ปี โดยระดับที่ 1 และ 2 เป็นการให้แนวทางและคำแนะนำล่วงหน้าในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการและการในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการเล็กน้อย ระดับที่ 3 สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาระดับเล็กน้อย-ปานกลาง ระดับที่ 4 เป็นโปรแกรมสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงมาก และระดับที่ 5 เป็นกลุ่มที่ต้องเข้าไปให้การดูแลทั้งครอบครัวเนื่องจาก

ระดับปัญหาพฤติกรรมเด็กรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ผู้ดูแลมีภาวะเครียด ซึมเศร้า จากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก (Aghebati et al., 2014)

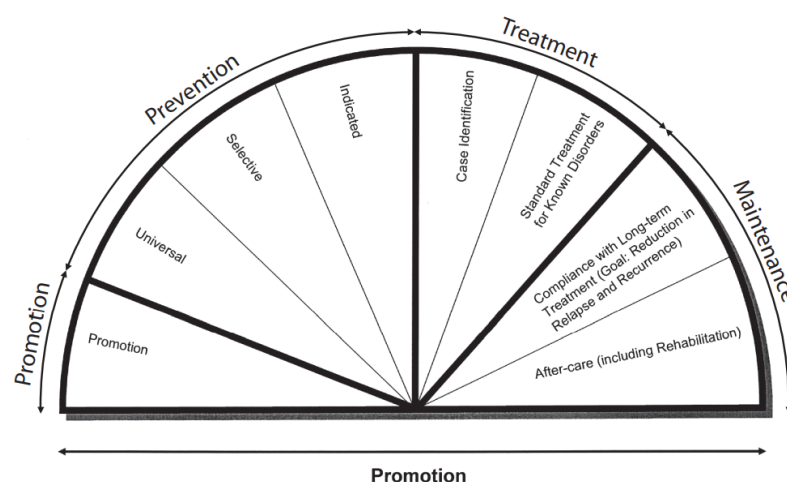
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันได้ว่าการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัย และมีความชัดเจนว่าเป็นหลักการที่ใช้ได้จริงและเกิดผลดีกับเด็ก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ความเข้าใจและนำหลักการการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมาใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นสำหรับเด็กปฐมวัย นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลเด็กในครอบครัว ซึ่งถือว่ามี ความใกล้ชิดและเป็นนิเวศที่ใกล้ชิดตัวเด็กมากที่สุด ทำให้ทราบว่าในการที่การพัฒนาทักษะครอบครัว (Family skills training) เป็นวิธีการหนึ่งที่ยิมนำมาใช้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งสามารถออกแบบการจัดกิจกรรมได้หลากหลายรูปแบบทั้งแบบรายครอบครัวเดียว (Single-family intervention) แบบประยุกต์จากรายครอบครัวเดียว (Modified single-family intervention) และแบบรายกลุ่ม (Multi-family intervention) ซึ่งบุคลากรสามารถเลือกใช้ได้ตามข้อจำกัดและความเหมาะสม ของสถานที่ เช่น พื้นที่ในคลินิก เวลานัด เวลาในการทำกิจกรรมโดยมีความแตกต่างกันดังนี้ 1) แบบรายครอบครัวเดียว (Single-family intervention) เป็นการบำบัดรายครอบครัว 2) แบบประยุกต์จากรายครอบครัวเดียว (Modified single-family intervention) เริ่มจากการเยี่ยมครอบครัวและมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนที่ตัวเด็กโดยครอบครัว และ 3) แบบรายกลุ่ม (Multi-family intervention) (Ajzen, 1991)

นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่ามีการนำแนวคิดการพัฒนาทักษะครอบครัวมาใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมพบว่าวิธีดังกล่าวได้ผลดี (Drugs & Crime, 2010) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาและการนำวิธีดังกล่าวมาใช้ในเด็กที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เพื่อช่วยเหลือเด็กและครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กได้ในระยะเริ่มต้นเพื่อลดผลกระทบและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในอนาคตต่อไป

2.6 แนวคิดในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

2.6.1 แนวคิดในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัย

แนวคิดในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิด Mental health intervention spectrum นำมาใช้ในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงปัญหาพฤติกรรมและโรคสมาธิสั้น ซึ่งจำแนกกลยุทธ์ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันแบบทั่วไป (Universal prevention interventions) การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (Selective prevention interventions) และการป้องกันแบบเจาะจง (Indicated prevention interventions) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพประกอบที่ 1 (O'Connell et al., 2009)



ภาพที่ 1 แนวคิดในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิด

Mental health intervention spectrum

ที่มา: O'Connell et al. (2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ในเด็กปฐมวัยในปัจจุบันสามารถสรุปได้ดังนี้

2.6.1.1 การป้องกันแบบทั่วไป (Universal prevention interventions) มีเป้าหมายเป็นประชากรทั่วไปหรือประชากรทั้งหมด ซึ่งไม่ได้จำแนกตามความเสี่ยงและสามารถทำได้ในทุกกลุ่มประชากร การป้องกันเป็นสิ่งที่พึงประสงค์และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (O'Connell et al., 2009; World Health Organization, 2004) กลยุทธ์ที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการเสริมทักษะทางสังคมของเด็ก โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมในชั้นเรียน โปรแกรมการฝึกอบรม

บิดามารดา และมาตรการหลายรูปแบบ เป็นต้น (Muratori et al., 2019; Rincon et al., 2018; World Health Organization, 2004)

2.6.1.2 การป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (Selective prevention interventions)

กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เช่น กลุ่มที่มีค่าคะแนนการเกิดปัญหา พฤติกรรมสูงกว่าเกณฑ์ปกติ เช่น โปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก การบำบัดด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ดูแลและเด็ก เป็นต้น (Charach et al., 2013; World Health Organization, 2004)

2.6.1.3 การป้องกันแบบเจาะจง (Indicated prevention interventions)

กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม แต่ไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรค กลยุทธ์ที่ใช้ เช่น โปรแกรมหลายรูปแบบสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น (World Health Organization, 2004)

การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาตัวแบบในการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงเฉพาะโดยมี เป้าหมายเป็นเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและหาก สามารถช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นจะเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลและรักษากลุ่มดังกล่าวอย่างยิ่ง

2.6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นค่อนข้างมีจำกัด ส่วนมากมุ่งเน้นไปในกลุ่มที่มีอาการชัดเจนและได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นแล้ว แต่อย่างไรก็ตามพบรายงานการวิจัยในกลุ่มดังกล่าวของ กาญจนา บุญประคม และจิระพร ชะโน, 2562 (กาญจนา บุญประคม & จิระพร ชะโน, 2562) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาชุดกิจกรรม การจัดการประสบการณ์เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเสี่ยงสมาธิสั้น ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมการจัดการประสบการณ์เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสมาธิสั้น ประกอบด้วยชุดกิจกรรมย่อยจำนวน 5 ชุด ได้แก่ 1) จิตกรตวันน้อย 2) กระจดาขรรษา 3) หนูน้อยนักประดิษฐ์ 4) หนูน้อยนักปั้น 5) ผู้จัดการตัวจิ๋ว ซึ่งแต่ละชุดประกอบด้วย กิจกรรมย่อย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างสรรค์ ชุดกิจกรรมการจัดการประสบการณ์เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสมาธิสั้น มีขั้นตอนการจัดการประสบการณ์ BASE MODEL โดยผลการศึกษาประสิทธิภาพชุดกิจกรรมการจัดการประสบการณ์เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสมาธิสั้น พบว่าคะแนนระหว่างจัดการประสบการณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 228.25 จากคะแนนเต็ม 300 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 76.1 และหลังการจัดการประสบการณ์มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 11.65 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 77.6 ดังนั้นการจัดการประสบการณ์เพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเสี่ยงสมาธิสั้นจึงมีประสิทธิภาพ (E1/E2) เท่ากับ 76.08/77.67 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้ง

ไว้ 75/75 (กาญจนา บุญประคม & จิราพร ชะโน, 2562) จึงกล่าวได้ว่าการจัดประสบการณ์ดังกล่าว ทำให้เด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีค่าคะแนนการคิดเชิงบริหารเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันที่มี รายงานหลายฉบับในการศึกษาในต่างประเทศที่ยืนยันได้ว่าการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ของ เด็กปฐมวัยสามารถลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยได้ (Alexandra & Marie-Pascale, 2016) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลเด็กซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดในการส่งเสริมทักษะดังกล่าวแก่เด็กทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยงและ กลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมที่มีความ เกี่ยวข้องในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้การพัฒนาทักษะของครอบครัว เช่น โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (กัลยา สุวรรณสิงห์, 2563; ลัดดาวลัย อรัญย กานนท์, 2559; สนธยา มณีรัตน์, 2562) การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก (Halperin et al., 2013; Halperin et al., 2020; ฉันทิตา สนิทราทร เวชมงคลกร, 2561b) และการอบรมเลี้ยงดู เด็กเชิงบวก (Aghebati et al., 2014) เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบตัวแบบการพัฒนา ทักษะครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้และนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการกำหนดระยะเวลาในการ พัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อให้สามารถเกิดผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กและเด็ก พบว่าระยะเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กอยู่ในช่วง 20 นาที/ครั้ง ถึง 1-2 ชั่วโมง/ครั้ง ระยะเวลา ในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลาระหว่าง 2 สัปดาห์ ถึง 8 สัปดาห์ และมีประเมินก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และมีระยะเวลาการติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองในช่วง 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน และ 3 เดือน ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวใน การลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล เด็กให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจนมีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กโดยใช้แนวคิดการอบรมเลี้ยงดู เด็กเชิงบวก การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร มาใช้ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ของ ครอบครัวของเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นให้ได้รับการดูแลโดยให้มีการปฏิบัติต่อเด็กโดย ผู้ดูแลเด็ก อย่างน้อย 4 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มี การประเมินผลตัวแปรตามเดียวกันและมีการประเมินก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และมีการ ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 14 (โดยเป็นการติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ซึ่งอยู่ ระยะเวลาห่าง 1-3 เดือน) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีผลการศึกษาที่สามารถรายงานผลการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กและเด็กได้ โดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กและครอบครัวสามารถดูแล และอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ให้ได้รับประสบการณ์และรูปแบบการเลี้ยงดูที่ดีและได้รับ การพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพต่อไป

2.7 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

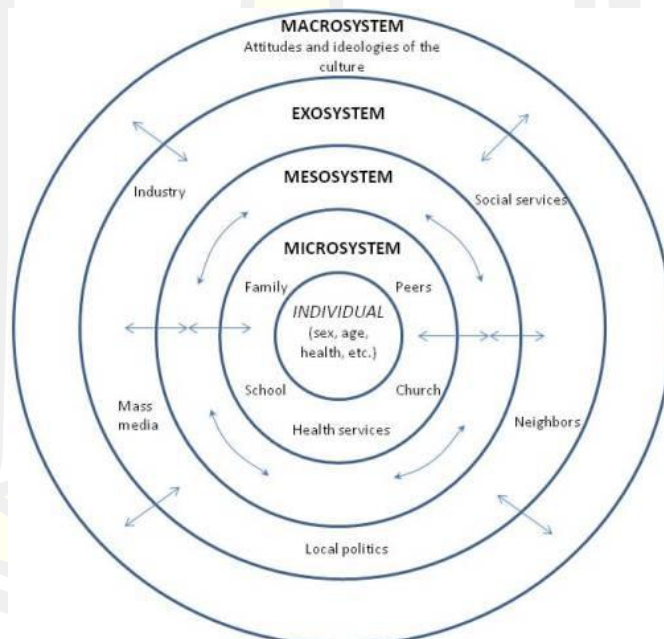
2.7.1 ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory)

ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) พัฒนามาจากโมเดลชีวนิเวศวิทยา (Bioecological model) ซึ่งเป็นแบบจำลองทางชีววิทยาที่อธิบายว่าพัฒนาการของมนุษย์เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างยีนกับสิ่งแวดล้อม นำเสนอครั้งแรกโดย ยูรี บรอนเฟนเบนเนอร์ (Urie Bronfenbrenner) และสตีเฟน เจ เซคกี (Stephen J. Ceci) ในปี ค.ศ.1979 ได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นแนวคิดนิเวศวิทยาของพัฒนาการมนุษย์ (The ecological of human development) (Bronfenbrenner & Ceci, 1994) จากนั้นได้นำโมเดลชีวนิเวศวิทยาถูกนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมชื่อทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ซึ่งสามารถอธิบายพัฒนาการมนุษย์ได้ตลอดช่วงอายุทุกช่วงอายุ โดยให้ความสำคัญในการทำ ความเข้าใจอิทธิพลจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมและ พัฒนาการมนุษย์ โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมี 5 ระดับ คือ

1. ระบบเล็ก (Microsystem) เป็นการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดตัวบุคคลมากที่สุด เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนที่โรงเรียน
2. ระบบกลาง (Mesosystem) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมของระบบเล็กกับระบบเล็กด้วยกัน เช่น ครอบครัวของเด็กกับโรงเรียน
3. ระบบนอก (Exosystem) เป็นระบบนอกระหว่างบุคคลไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง เช่น เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม
4. ระบบใหญ่ (Macrosystem) เป็นระบบใหญ่ของสังคม เช่น ความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคมนั้น
5. ระบบเวลา (Chronosystem) ระบบเวลาทำให้พัฒนาการและพฤติกรรมมนุษย์เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ในปี ค.ศ.1988 แมคลีรอย บิบิว สเตคเกอร์ และกลานซ์ (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988) ได้นำโมเดลเชิงนิเวศวิทยามาใช้เป็นแนวคิดสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความสำคัญของการใช้โมเดลนี้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเน้นที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยดำเนินการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ทั้ง 5 ระดับ ซึ่งต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลายและการดำเนินงานในระดับพหุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นโมเดลการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและสมบูรณ์แบบสามารถนำมาใช้ทั้งการออกแบบเพื่ออธิบายพฤติกรรมและเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการและปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนปัจจัยของบุคคล

และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environments) และได้แบ่งระดับของสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล (Intrapersonal) ระหว่างบุคคล (Interpersonal) องค์กร (Organizational) ชุมชน (Community) และนโยบายสาธารณะ (Public policy) ซึ่งต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลายและการดำเนินงานในระดับพหุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นโมเดลการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมหลายระดับ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบเพื่ออธิบายพฤติกรรม และใช้เป็นแนวทางในการจัดการและปฏิบัติการพัฒนาพฤติกรรม โมเดลเชิงนิเวศวิทยานี้มีฐานคิดประกอบด้วย 1) พฤติกรรมถูกกำหนดโดยพหุปัจจัยในหลายระดับ (Multiple levels of influence) 2) มีการปฏิสัมพันธ์กันในแต่ละระดับหรืออิทธิพลจากพหุปัจจัยเหล่านั้นยังมีผลต่อกันและกัน (Interaction across different levels) 3) โมเดลจะต้องเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่ละชนิด (Behavior-specific) และ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้การจัดการกระทำหลายระดับ (Multi-level interventions) (McLeroy et al., 1988)



ภาพที่ 2 โมเดลชีวนิเวศวิทยา (Ecological model)

ที่มา: Mash EJ. (2019) (Mash, 2019)

ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาได้อธิบายการเกิดพฤติกรรมจากบุคคล ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลเองและจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อนเป็นระดับชั้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายในตัวบุคคลโดยเฉพาะเด็กปฐมวัยและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้และมีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุดคือครอบครัว ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น คือ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด การเจ็บป่วยในอดีต ปัญหาสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลเด็ก และเด็ก เป็นต้น

2.7.2 ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory)

ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory) พัฒนาโดย มูเรย์ โบเวน (Murray Bowen) (Bowen, 1976) เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกันเป็นผู้ริเริ่มนำแนวคิดระบบครอบครัวมาใช้เป็นแนวทางอธิบายการหล่อหลอมรูปแบบชีวิตของบุคคล โดยมีแนวคิดที่ว่าครอบครัวเปรียบเสมือนจุดศูนย์รวมของอารมณ์ ท่านเริ่มสนใจศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวเมื่อทำงานเป็นจิตแพทย์ที่เมนิงเกอร์คลินิก โดยทำการรักษาด้วยจิตวิเคราะห์กับผู้ป่วยโรคจิต จากการวิจัยความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นท่านก็เริ่มสนใจถึงผลกระทบของการถ่ายโยงความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรซึ่งมีผลต่อการพัฒนาและการคงอยู่ของโรค การประเมินจากแนวคิดทางจิตวิเคราะห์ พบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลจากความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไขกับบุคลิกภาพของมารดาและความต้องการของบุตรที่จะเติมเต็มความต้องการทางอารมณ์ของมารดา โบเวนจึงเริ่มศึกษาเกี่ยวกับการหลอมรวมทางอารมณ์ระหว่างมารดาและบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทโดย

ในปี ค.ศ. 1951 ได้ทำโครงการวิจัยขึ้นที่โรงพยาบาลเมนิงเกอร์และใช้เวลาหลายเดือนเพื่อที่จะมองความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรอย่างใกล้ชิด

ในปี 1954 ได้ย้ายไปทำวิจัยใน National Institute of Mental Health (NIMH) เพื่อวิจัยการใช้ชีวิตของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวซึ่งมีสมาชิกป่วยด้วยโรคจิตเภท ระยะเวลาหลายเดือนที่ท่านและผู้ช่วยสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องของทั้งครอบครัวอย่างใกล้ชิดในแผนกวิจัยของโรงพยาบาล ทำให้พบว่ามีความเข้มข้นทางอารมณ์อย่างมากในปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรและความเข้มข้นทางอารมณ์นี้ยังมีความสัมพันธ์กับสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว กล่าวคือความเข้มข้นทางอารมณ์ไม่ได้มีเฉพาะระหว่างมารดาและบุตรเท่านั้น บิดาและพี่น้องของผู้ป่วยก็มีความเข้มข้นทางอารมณ์กับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน สิ่งนี้ทำให้ปัญหาในครอบครัวเป็นไปอย่างถาวรมากขึ้นจนเป็นสามเหลี่ยมสัมพันธ์ ซึ่งก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องและสามารถลดลงได้เมื่อมีความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัวเกิดขึ้น การทำหน้าที่ซึ่งกันและกันของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อเขาเริ่มขยายแนวคิดของเขาจากการมองความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร หรือการพิจารณาเฉพาะส่วนไปสู่การมองแบบองค์รวม (ทั้งครอบครัว) ซึ่งต่อมาเรียกว่า “ระบบอารมณ์ในครอบครัว” (Family emotional system) ครอบครัวถือเป็นสายสัมพันธ์ที่หลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน (Interlocking) การที่จะสามารถทำความเข้าใจบุคคลในครอบครัวได้ต้องมีการวิเคราะห์ประวัติครอบครัว โบเวนจึงเสนอแนวคิดของระบบความสัมพันธ์ทางอารมณ์ซึ่งประกอบไปด้วยแนวคิด 8 ประการที่เป็นตัวเชื่อมอารมณ์ที่เกิดขึ้น

ในครอบครัว ซึ่งเป็นพลังในการเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวซึ่งมีดังต่อไปนี้ (Kerr & Bowen, 1988)

1. ความเป็นตัวของตัวเอง (Differentiation of self) การแยกตนจากครอบครัว
ความสามารถของบุคคลที่จะแยกแยะความรู้สึก อารมณ์จากครอบครัว ไม่ตกอยู่ภายใต้การครอบงำ
ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง แบ่งออกเป็นสเกลจาก 0-100 จากการหลอมร่วมทางอารมณ์ถึงการแยก
ตนเอง
2. สามเหลี่ยมสัมพันธ์ (Triangles) เกี่ยวข้องกับบุคคลสามคนหากมีความเครียดกับคู่
ใดคู่หนึ่ง จะมีการดึงบุคคลที่สามเข้ามาเป็นพวกเพื่อลดความเครียด หากบุคคลที่สามไม่เข้าข้างใคร
ความเครียดจะลดลง หากบุคคลที่สามเข้าข้างใครก็จะขยายวงสามเหลี่ยม โดยดึงบุคคลภายนอกเข้า
มาเกี่ยวข้องหากไม่ต้องการให้เกิดสามเหลี่ยมสัมพันธ์ต้องหันมาคุยกันด้วยเหตุผล
3. ระบบอารมณ์ของครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family emotional system)
ระบบอารมณ์ในครอบครัวเดี่ยวคือครอบครัวที่ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุตร ความเครียด
เกิดขึ้นจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เช่น มารดาแยกจากครอบครัว อาจส่งผลกระทบต่อบิดา
เกิดความเครียด และอาจส่งผลกระทบต่อบุตร ทำให้บุตรมีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ การเรียนหรือการ
คบเพื่อน ทำให้บิดามารดาจึงเครียดยิ่งขึ้น
4. กระบวนการที่ครอบครัวหาสิ่งมาใช้ในการรองรับอารมณ์ (Family projection
process) กระบวนการถ่ายทอดสิ่งไม่เหมาะสมให้ครอบครัว วิธีการที่บิดามารดาถ่ายทอดบุคลิกภาพ
ความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนสู่สมาชิกในครอบครัวโดยไม่ตั้งใจ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยสองประการ
คือระดับการขาดวุฒิภาวะของบิดามารดา และระดับความตึงเครียดทางอารมณ์โดยไม่ตั้งใจ เพราะ
บิดามารดาดำเนินชีวิตโดยใช้อารมณ์และความรู้สึกเป็นตัวนำ
5. การตัดขาดทางอารมณ์ (Emotional cut-off) การตัดขาดทางอารมณ์ วิธีการ
ที่สมาชิกหนีจากการผูกพันทางอารมณ์ที่ยังไม่ได้สะสาง โดยมีการแสดงพฤติกรรมต่างๆ เช่น หนีไป
จากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ หากเกิดขึ้นในรุ่นปู่ย่าตายาย มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในรุ่น
ต่อไป ส่งผลต่อชีวิตสมรส
6. มรดกของตระกูล (Multigenerational transmission process) กระบวนการ
สืบทอดจากบรรพบุรุษ คนที่มีความสามารถในการแยกแยะตนเองต่ำ เมื่อแต่งงานกับคนที่มี
ความสามารถในการแยกแยะตนเองต่ำ อาจส่งผลให้บุตรคนที่มีความสามารถในการแยกแยะตนเอง
ต่ำเป็นสามรุ่น
7. ลำดับการเกิดของพี่น้อง (Sibling position) ตำแหน่งของพี่น้องในครอบครัว

ลำดับการเกิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์และมีความสัมพันธ์ต่อการเลือกคู่ชีวิต เช่น คนที่เป็นบุตรคนโตจะเลือกคู่ชีวิตที่เป็นบุตรคนสุดท้อง แต่สภาพปัจจุบันทำให้การเลือกคู่ครองเปลี่ยนแปลงไป

8. กระบวนการทางอารมณ์ในสังคม (Emotional process in society) การถดถอยทางสังคม ความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ทำให้สังคมถดถอยลง นอกจากครอบครัวเป็นระบบที่ทุกคนมีความสัมพันธ์กันและไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาหน้าที่ครอบครัว สามารถอธิบายหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิด McMaster Model of Family Functioning ซึ่งครอบครัวมีหน้าที่สำคัญ 6 ประการ ดังนี้ (Miller et al., 2000)

1. การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกัน

2. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน การสื่อสารมีสองแบบคือการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) การสื่อสารแบบการสื่อสารโดยใช้คำพูด สามารถวัดได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้น แม้เนื้อหาจะไม่เด่นชัด แต่เป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้ สีหน้าแววตา การประสานสายตาและท่าทาง เป็นต้น

3. บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติกรรมต่อกันและกันแบบซ้ำๆ เป็นประจำบทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้าน เช่นเดียวกับการสื่อสารคือบทบาทพื้นฐานและบทบาทอื่น

4. บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทจำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข 2) บทบาทอื่นๆ หมายถึงบทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัวจึงอาจเป็นได้ทั้งบทบาทเหมาะสมและไม่เหมาะสม

5. การตอบสนองต่ออารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีทั้งอารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น กลัว โกรธ เป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมาน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวกแต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ เช่น ภรรยาไม่สามารถแสดงอารมณ์โกรธต่อสามีได้เพราะกลัวสามีจะไม่พอใจ หรือลูกไม่สามารถเล่าความรู้สึกเศร้าและคิดถึงพ่อที่เสียชีวิตไปเพราะเกรงจะสะเทือนใจแม่ สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัดและมีปัญหาบุคลิกภาพ

6. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนคนมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าซึ่งของกันและกันความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ 1) ปราศจากความผูกพัน (Disengagement) สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น 2) ผูกพันอย่างมีความเห็นอกเห็นใจกัน (Emphatic involvement) โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการอีกฝ่ายหนึ่งความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์อีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

7. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกการควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ 1) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกินนอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศและความก้าวร้าว เป็นต้น 2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูงหรือเป็นสมาชิกในชมรม เป็นต้น 3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย หรือทรัพย์สิน 4) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

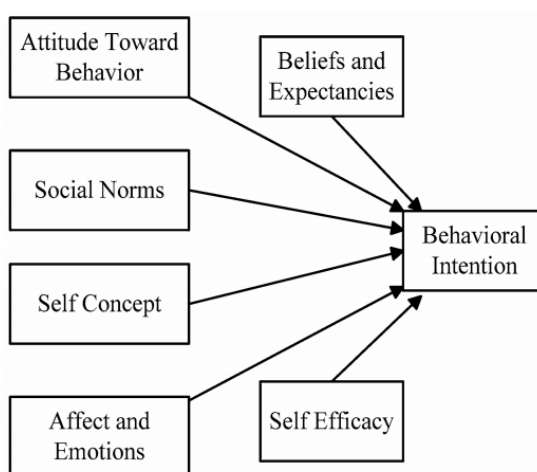
2.7.3 ทฤษฎีรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Unified Theory of Behavior)

ทฤษฎีที่เกิดจากการสังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลายทฤษฎี เพื่อนำมาหาจุดเชื่อมโยงในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว (Family change agent) ซึ่งเป็นการสังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยกำหนดพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กและเด็ก โดยกรอบแนวคิดทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นจากการประชุมของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ National Institute of Mental Health (NIMH) ในปี 1991 เป็นการประชุมร่วมกันของผู้นำด้านทฤษฎีพฤติกรรม (Fishbein et al., 2001) โดยมีเป้าหมายในการสรุปรวมทฤษฎีทางสังคมและจิตวิทยาพัฒนาการ เพื่อรวมทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เป็นการรวบรวมปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งระดับจุลภาคและมหภาคจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจทางสุขภาพ จากนั้นแจคการ์ด เจมส์ Jaccard James (Jaccard, Dodge, & Dittus, 2002) ได้สรุปรวมเป็นทฤษฎีรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Unified theory of behavior) ซึ่งเป็นการบูรณาการระหว่างทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) (Bandura & Walters, 1963) ทฤษฎีการกระทำตามหลักเหตุผล (The theory of reasoned action) (Fishbein & Ajzen, 1977, 1980) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ทฤษฎีข้ามวัฒนธรรม (The theory of subjective

culture) (Triandis, 1972), และ ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation theories) (Kanfer, 1987) เพื่ออธิบายการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรม โดยลินเซและไมเคิล (Lindsey et al., 2013) ในปี ค.ศ. 2013 ซึ่งกล่าวโดยสรุปการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Intention behavior) 2) พฤติกรรมการปฏิบัติ (Behavior)

ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Behavioral intention) ประกอบไปด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitudes)
2. ด้านความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรม (Expectancies)
3. ด้านความเชื่อต่อบรรทัดฐานของสังคม (Normative beliefs)
4. ด้านความเข้าใจตนเองหรืออัตมโนทัศน์ (Self concept)
5. ด้านอารมณ์ความรู้สึกเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Affect)
6. ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการที่จะปฏิบัติกรรม (Self efficacy)



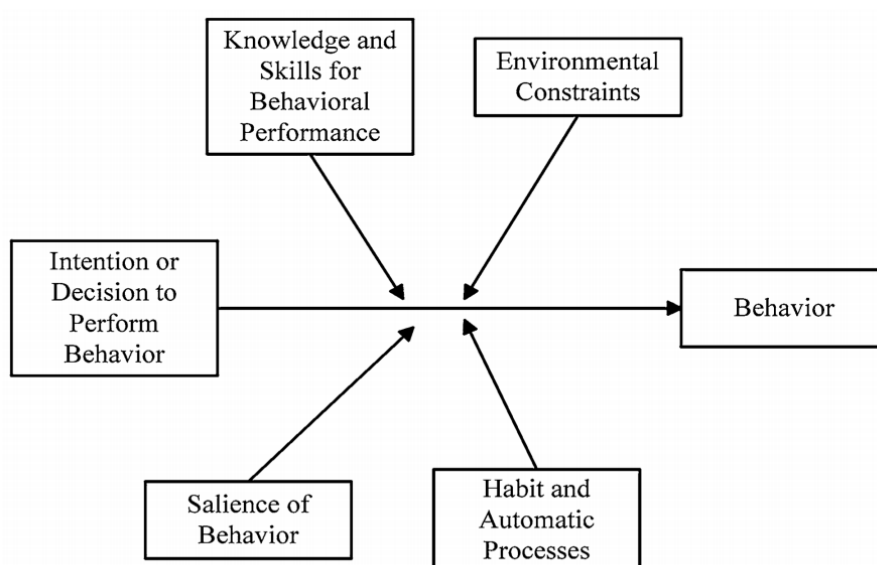
ภาพที่ 3 ปัจจัยกำหนดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม
(Immediate determinants of behavior intention)

ที่มา: Lindsey et al. (2013)

ในส่วนของพฤติกรรมปฏิบัติ (Behavior) คือการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นผลจากปัจจัยสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. ความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม (Knowledge and skills for behavioral performance)

2. ความตั้งใจหรือการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Intention or decision to perform behavior)
3. การรับรู้ปัญหาอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม (Perception on environmental constraints)
4. การปฏิบัติพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำ (Salience of behavior)
5. การตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีอย่างเป็นปกติวิสัย (Habit and autonomic processes)



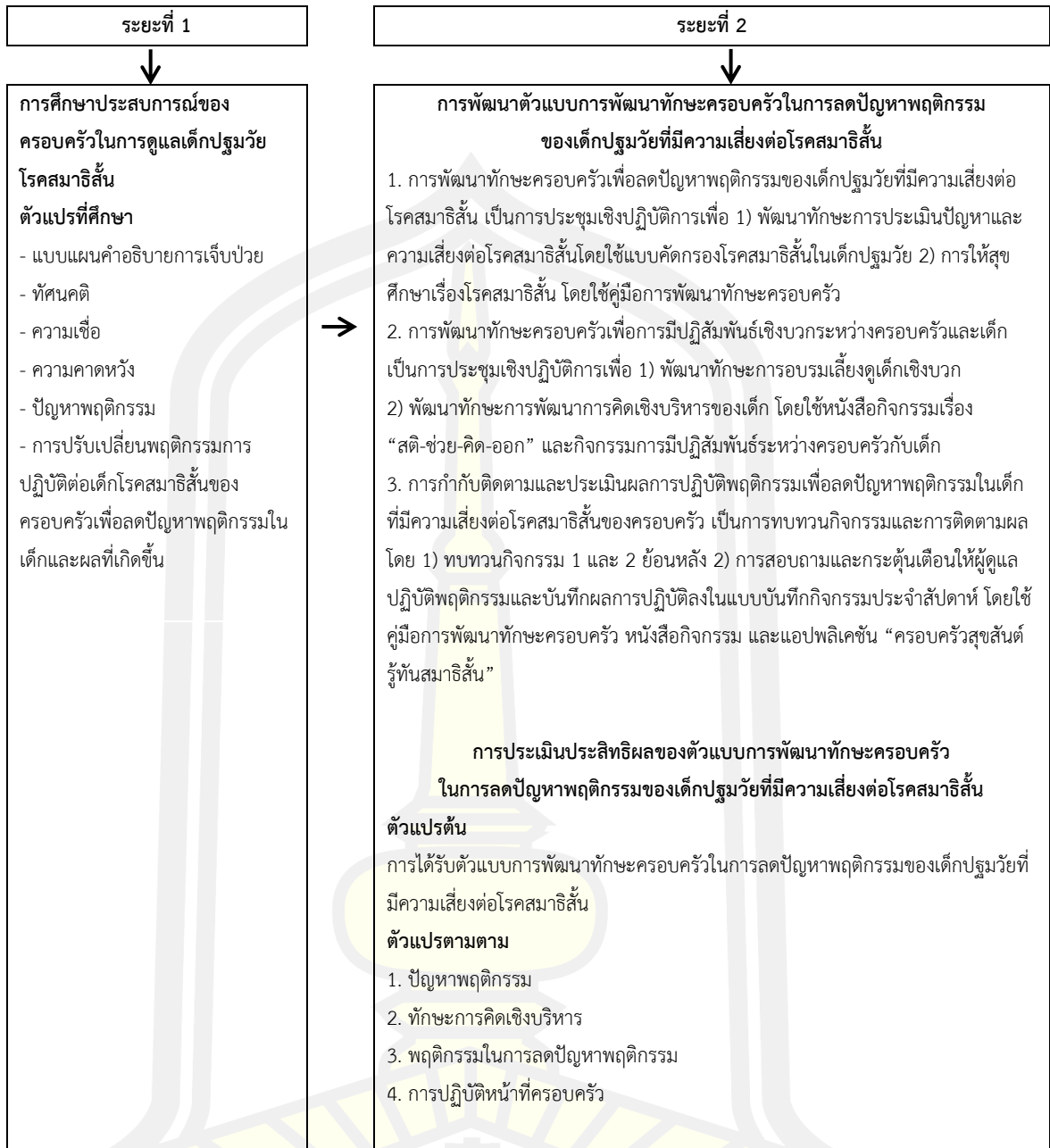
ภาพที่ 4 ปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การปฏิบัติ
(Immediate determinants of behavior)

ที่มา: Lindsey et al. (2013)

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system theory) ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory) และทฤษฎีรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Unified theory of behavior) มาใช้ในการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะของครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่อธิบายว่าเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวทั้งปัจจัยภายในตัวเด็กเองและปัจจัยภายนอก เด็กกลุ่มนี้อยู่ภายใต้ระบบนิเวศวิทยาที่ประกอบด้วยบริบทต่างๆ ของสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและการเกิดปัญหาพฤติกรรมโดยบริบทที่อยู่ใกล้ตัวเด็กมากที่สุดคือครอบครัว เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับ

สถานการณ์ที่เด็กปฐมวัยมีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ส่งผลกระทบต่อระบบอารมณ์ของผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวในขณะที่เดียวกันครอบครัวเป็นสายสัมพันธ์ที่หลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกันและมีการเชื่อมอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระบบครอบครัวดำเนินอยู่ได้ด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 6 ประการ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองต่ออารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม ในการที่ผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวจะเกิดความตั้งใจและลงมือปฏิบัติในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้นเกิดจากปัจจัยกำหนด 2 ส่วนคือ 1) ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม ด้านความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านความเชื่อต่อบรรทัดฐานของสังคม ด้านความเข้าใจตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ด้านอารมณ์ความรู้สึกเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการที่จะปฏิบัติกรรม และ 2) การปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 5 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจหรือการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ปัญหาอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติที่มีผลกระทบเป็นประจำ การตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีอย่างเป็นปกติวิสัย จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแลเด็กได้ ดังนั้นตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น มุ่งพัฒนาทักษะครอบครัวโดยประยุกต์ใช้แนวคิดรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก โดยนำข้อมูลที่ได้จากระบบนิเวศของเด็กและครอบครัวในการทำความเข้าใจในสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระยะที่ 1 ของการวิจัยและนำมาใช้ในพัฒนาตัวแบบในระยะที่ 2 โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลเด็กซึ่งถือว่าเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในการตอบสนองต่อเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นให้มีทักษะในการลดปัญหาทางพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

พหุ ม ประถมศึกษา

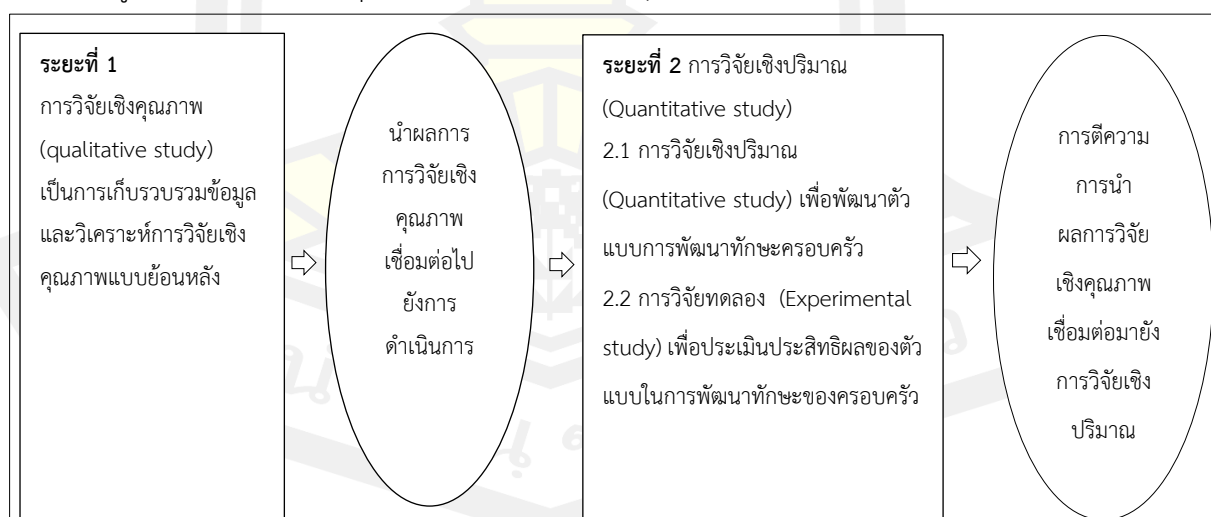
บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามกาลเวลา (Exploratory sequential designs) (Creswell & Clark, 2018) โดยเริ่มต้นจากการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทแวดล้อมที่ศึกษาเป็นพื้นฐานในการวางแผนคิด นวัตกรรมตัวแปร รวมถึงสร้างเครื่องมือในการวิจัยรวมถึงการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะของครอบครัวเพื่อศึกษาและทดสอบสมมุติฐานด้วยการวิจัยเชิงปริมาณมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามกาลเวลา (Exploratory sequential designs) (Creswell & Clark, 2018) ในการศึกษาประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 ระยะ (ภาพที่ 6) ในระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบย้อนหลัง (Retrospective qualitative study) เพื่อค้นหาประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพื่อพัฒนาตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัวและการวิจัยทดลอง (Experimental study) เพื่อประเมินประสิทธิผลของตัวแบบในการพัฒนาทักษะของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัย การวิจัยใช้เวลา 2 ปี อยู่ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565



ภาพที่ 6 แสดงแบบการวิจัยการวิจัยการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามกาลเวลา (Exploratory sequential designs)

3.2 กระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้มีกระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

3.2.1 กระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบย้อนหลัง (Retrospective qualitative study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาตามแบบแผนคำอธิบายการเจ็บป่วยโรคสมาธิสั้น โดยการศึกษาแบบแผนคำอธิบายความเจ็บป่วย (Explanatory models of illness) โดยมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายถึงพรมแดนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่บุคคลหรือครอบครัวประสบ ครอบคลุมคำอธิบาย 5 ส่วน ได้แก่ สาเหตุของการเจ็บป่วย (Etiology) ระยะเวลาที่เริ่มเกิดการเจ็บป่วยและอาการเริ่มต้นที่เกิดขึ้น (Time and mode of illness onset) พยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (Pathophysiology associated with or resulting from illness) ระยะเวลาดำเนินโรคหรือการเจ็บป่วยและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น (Course and severity of illness) และวิธีการรักษาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย (Required treatment) (Kleinman, 1981) นอกจากนี้ยังศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น ทักษะคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ความต้องการความช่วยเหลือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น การแก้ไขปัญหามาตรฐานรวมถึงผลที่เกิดขึ้น และปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้นที่ครอบครัวประสบ ข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในระยะที่ 2

3.2.1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการเด็ก โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 และ ICD-10 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90 และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 และ ICD-10 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90 จำนวน 14 คน จะได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) และดำเนินการการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focused group discussion) จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน (เนื่องจากช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 และปฏิบัติตามหลักการในการป้องกันและควบคุมในขณะนั้น)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปฐมวัยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น 2) ผู้ดูแลสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) ผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) ผู้ดูแลที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น การฟังภาษาไทย 2) ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยปัญหาพฤติกรรมอื่น เช่น ออทิสซึม สมาธิสั้น

3.2.1.2 เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) เป็นแนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเริ่มต้นด้วยคำถามทั่วไปก่อน จากนั้นจะใช้คำถามที่มีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น ทักษะคิดและการรับรู้ ความต้องการการช่วยเหลือในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัย ปัญหาพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้วนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและโรคสมาธิสั้น จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาและการพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น 1 ท่าน และพยาบาลด้านพัฒนาการและพฤติกรรม 1 ท่าน (รายชื่อดังภาคผนวก ข) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่จำเป็นในการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็น ความถูกต้องตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน คือ มีความสอดคล้องกับนิยามมาก = 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับนิยาม = 3 คะแนน สอดคล้องกับนิยามน้อย = 2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับนิยาม = 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบครบทั้ง 5 ท่าน มีความคิดเห็นที่ตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.92 และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focused group discussion guideline) เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเริ่มต้นด้วยคำถามปลายเปิด จะเริ่มต้นด้วยคำถามทั่วไปก่อน และดำเนินการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นและปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น

3.2.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยผู้วิจัยได้รับการฝึกสัมภาษณ์มาแล้วมีรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

- 1) ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งที่ 1 เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ณ คลินิกพัฒนาการเด็ก วันพฤหัสบดีและศุกร์ เวลา 09.00-12.00 น. ซึ่งในกระบวนการวิจัย ผู้ดูแลเด็กและเด็กต้องได้รับการซักประวัติ คัดกรอง และประเมินโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในคลินิกพัฒนาการก่อนพบผู้วิจัย เพื่อไม่ให้กระทบต่อการรักษาและการติดตามผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง
- 3) ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้นเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
- 4) นำหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พร้อมทั้งประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์พิจารณา และขออนุญาตสัมภาษณ์
- 5) ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างพร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกการให้สัมภาษณ์ของผู้ดูแลเด็ก โดยขออนุญาตจากผู้ดูแลเด็กอีกครั้งทางวาจา (หลังจากระบุในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว) การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ภายหลังจากสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการบันทึกภาคสนาม (Field note) ทุกครั้ง
- 6) ขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลเด็กสามารถยุติการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มได้ตลอดเวลา
- 7) นำบทสัมภาษณ์มาถอดเทปเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ต้องมีความต่อเนื่องกัน
- 8) สาระของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปตรวจสอบกับผู้ดูแลเด็กอีกครั้ง โดยทำการสัมภาษณ์รายกลุ่ม (Focus group)

3.2.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic Content Analysis, TCA) โดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22 ในการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้ ATLAS.ti 22 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ทำความเข้าใจกับ

- 2) กำหนดรหัสเริ่มต้น 3) กำหนดขอบเขตของรหัส 4) ค้นหาประเด็น 5) ทบทวนประเด็นที่เกี่ยวข้อง
6) กำหนดและตั้งชื่อ 7) จัดทำรายงาน (Friese, Soratto, & Pires, 2018)

3.2.1.5 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามหลักการของ Lincoln and Guba (Lincoln & Guba, 1985) โดยดำเนินการดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็กและใช้ทักษะในการถามนำก่อนเข้าสู่ประเด็น 2) นำข้อมูลจากการวิเคราะห์กลับไปให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (Member check) โดยผู้ดูแลเด็กจำนวน 4 ราย 3) วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ (Peer debriefing) จำนวน 1 ท่าน 4) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบข้อสรุปในการวิเคราะห์ข้อมูลว่ามีความสอดคล้องกันทั้งการสัมภาษณ์และการบันทึกภาคสนาม

3.2.2 กระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2

ในขณะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพื่อพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวและการประเมินประสิทธิผลของตัวแบบในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

3.2.2.1 พัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นรวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาคุณภาพในระยะที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลและเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและเด็กปฐมวัยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งที่ 2 ซึ่งผู้ดูแลเด็กและเด็กที่เข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการต้องได้รับการซักประวัติ การประเมิน และคัดกรองโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในคลินิกพัฒนาการก่อน พบผู้วิจัยเพื่อไม่ให้กระทบต่อการรักษาและการติดตามผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล และในการทำการนัดหมายในกระบวนการวิจัยจะไม่กระทบต่อการให้บริการตามปกติที่ผู้ดูแลและเด็กพึงได้รับตามปกติ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยผู้ดูแลและบุคลากรประเมินพฤติกรรมเด็กโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย มีค่า 51 คะแนน ขึ้นไป ไม่มีมีการ

เจ็บป่วยปัญหาพฤติกรรมอื่น เช่น ออทิสซึม สมองพิการ 2) เด็กมีภาวะสุขภาพดีไม่มีการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบาย เช่น มีไข้ ติดเชื้อ 3) ผู้ดูแลและเด็กสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ผู้ดูแลและเด็กสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) ผู้ดูแลหรือเด็กมีความบกพร่องด้านการมองเห็น การฟังภาษาไทย 2) ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยปัญหาพฤติกรรมอื่น เช่น ออทิสซึม สมองพิการ 3) เด็กมีภาวะเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบาย เช่น มีไข้ ติดเชื้อ

2) การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาคุณภาพในระยที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น เป็นตัวแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะของครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเพื่อการดูแลและแก้ไขปัญหาพฤติกรรม มีเป้าหมายในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่คัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยตัวแบบครอบคลุมการพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัว การสร้างปฏิสัมพันธ์ในการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหาร และการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวที่ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ตัวแบบที่ได้ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาคุณภาพในระยที่ 1 มาใช้โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

2. กำหนดรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรม
3. พัฒนาตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัว โดยผู้วิจัยปรึกษากับ

อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เนื้อหาและขั้นตอนในการดำเนินการมีความเหมาะสมโดยการนำแนวคิดทฤษฎี โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานและประยุกต์ใช้หลายแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ คือ 1) ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological theory) ที่อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัยว่าเกิดจากสาเหตุทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งทำให้เด็กมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติ โดยเฉพาะพฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ชนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น ซึ่งจำเป็นที่ตัวเด็กเองต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลและการพัฒนาสมองเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม (Alexandra & Marie-Pascale, 2016) และผู้ดูแลต้องได้รับการพัฒนาในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Aghebati et al., 2014) เพื่อให้เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นสามารถปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข, 2) ทฤษฎีระบบครอบครัว

(Family system theory) ที่ให้มุมมองต่อครอบครัวว่าเป็นหน่วยย่อยที่เปรียบเสมือนจุดศูนย์รวมของอารมณ์ เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว การพัฒนาศักยภาพสมาชิกในครอบครัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวได้ (Haefner, 2014) 3) ทฤษฎีรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Unified theory of behavior) เป็นทฤษฎีที่เกิดจากการสังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลายทฤษฎี เพื่อนำมาหาจุดเชื่อมโยงในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว (Family change agent) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจาก 2 ส่วน คือ ความตั้งใจในการปฏิบัติ (Behavioral intention) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Behavior) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ดังนั้นเนื้อหาในตัวแบบดังกล่าวได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดโครงสร้างเนื้อหาเบื้องต้นของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว มีหลักการสำคัญที่ต้องการพัฒนาทักษะของครอบครัว คือ การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ทำให้ได้การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็ก เนื้อหาประกอบด้วย ธรรมชาติของเด็กปฐมวัย ความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัวเด็กปฐมวัย บทบาทของครอบครัวในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยและแนวทางในการแก้ไขของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

4. ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

โดยผู้วิจัยนำตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัวไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้วนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและโรคสมาธิสั้น จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาและการพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น 1 ท่าน และพยาบาลด้านพัฒนาการและพฤติกรรม 1 ท่าน (รายชื่อดังภาคผนวก ข) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่จำเป็นในการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็น ความถูกต้องตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน คือ มีความสอดคล้องกับนิยามมาก = 4 คะแนน

ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม = 3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย = 2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม = 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบครบทั้ง 5 ท่าน มีความคิดเห็นที่ตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าตรงกับความตรงเท่ากับ 0.93 และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม

5. ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับการวิจัยครั้งนี้ โดยดำเนินการ ณ คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 15 ครอบครัว โดยทดลองใช้ตัวแบบการพัฒนาศกยภาพครอบครัวครบทุกกิจกรรม เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของกิจกรรม ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากนำไปทดลองใช้หากพบปัญหาในการทดลองใช้ ผู้วิจัยนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและรับคำแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ตัวแบบที่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พร้อมทั้งเป็นการเพิ่มความถูกต้อง สมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

3) การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยง

ต่อโรคสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก รายได้ของครอบครัวลักษณะครอบครัว และข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัยที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening Scales) สำหรับเด็กเล็ก อายุ 3-5 ปี ฉบับผู้ดูแล ผู้ดูแล โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือซึ่งพัฒนาโดยชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2557) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ อ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-15 ด้านอาการชุนอยู่ไม่นิ่ง ทุนหันพลันแล่น (Hyperactivity-Impulsivity) และข้อคำถามที่ 16-30 ด้านอาการขาดสมาธิ (Inattention) โดยให้ค่าคะแนนแต่ละข้อ คือ ทำบ่อยมาก = 3 คะแนน ทำค่อนข้างบ่อย = 2 คะแนน ทำนานๆ ครั้ง = 1 คะแนน ไม่เคยทำ = 0 คะแนนแต่ละฉบับใช้เวลาในการตอบประมาณ 10 นาทีทุกข้อคำถามมีค่า Loading factor มากกว่า 0.4 มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) อยู่ในเกณฑ์ดี โดยค่า Cronbach' s alpha coefficient 0.96 และมีความไว (Sensitivity) เท่ากับ 0.90 และค่า

ความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 0.88 ในการวิจัยครั้งนี้ ค่า Cronbach' s alpha coefficient เท่ากับ 0.92

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินผลแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening Scales) สำหรับเด็กเล็ก อายุ 3-5 ปี ฉบับผู้ดูแล

คะแนนมาตรฐาน (T-score)	ผลการคัดกรอง	คำแนะนำ
≤ 50	อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ไม่ต้องทำอะไรต่อ
51-60	มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นเล็กน้อย	เฝ้าระวัง ติดตาม ทำแบบคัดกรองซ้ำ
61-70	เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น	ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและติดตามผล
≥ 71	มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นสูง	ควรแนะนำให้พบแพทย์ทันทีเพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและยืนยันผลอย่างถูกต้อง

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย เป็นแบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบวัดแบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งพัฒนาโดย ฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร (ฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร, 2561b) โดยค่า Cronbach' s alpha coefficient เท่ากับ 0.90 ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 0.86 แบบวัดดังกล่าวมีการประเมินองค์ประกอบของทักษะการคิดเชิงบริหารทั้งหมด 5 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านการยับยั้ง องค์ประกอบด้านความจำขณะทำงาน องค์ประกอบด้านความยืดหยุ่นทางการคิด องค์ประกอบด้านการควบคุมอารมณ์ และ องค์ประกอบด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ โดยองค์ประกอบในแต่ละด้านมีข้อคำถามต่าง 5 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ โดยลักษณะของแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามต่าง ๆ ในแต่ละข้อคำถามให้เลือก คำตอบเพียงข้อเดียว ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่าของ Likert Scale มีตัวเลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยในแต่ละข้อเลือกมีความหมายดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด
มาก	หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กมาก
ปานกลาง	หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กปานกลาง

น้อย หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กน้อย
น้อยที่สุด หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กน้อยที่สุด

แบบวัดนี้มีทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ซึ่งข้อความทางบวก หมายถึง พฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีทักษะการคิดเชิงบริหารดี และข้อความทางลบ หมายถึง พฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีทักษะการคิดเชิงบริหารบกพร่อง โดยในแบบวัดนี้มีข้อความทางลบอยู่บ้างเนื่องจากแม้ว่าองค์ประกอบของทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นจะมี 5 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับเด็กปฐมวัยโดยทั่วไป แต่เด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นมีลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารที่บกพร่อง ดังนั้นข้อความทางลบจึงชี้ให้เห็นถึงทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กที่บกพร่องไปได้อย่างชัดเจนมากขึ้นการคิดคะแนนรวม คะแนนรวมของแบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับดังนี้

คะแนน 4.21-5.00 หมายถึง ระดับทักษะการคิดเชิงบริหารมากที่สุด

คะแนน 3.41-4.20 หมายถึง ระดับทักษะการคิดเชิงบริหารมาก

คะแนน 2.61-3.40 หมายถึง ระดับทักษะการคิดเชิงบริหารปานกลาง

คะแนน 1.81-2.60 หมายถึง ระดับทักษะการคิดเชิงบริหารน้อย

คะแนน 1.00-1.80 หมายถึง ระดับทักษะการคิดเชิงบริหารน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) = 0.92 และค่า Cronbach' s alpha coefficient เท่ากับ 0.86

แบบสอบถามพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น มีรายละเอียดประกอบไปด้วย 1) พฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก 2) พฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กประเมินพฤติกรรมปฏิบัติของตนเองและครอบครัวในการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์ในการคะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1	คะแนน

เมื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก การแปลผลคะแนนใช้ค่าพิสัยและอันตรภาคชั้นตามหลักสถิติจากค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ดังนี้ (กัลยา วานิชย์ บัญชา, 2560)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

จะได้เกณฑ์การแปลผลอิงกลุ่มดังนี้

4.00-5.00 หมายถึง ผู้ดูแลพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมระดับมากที่สุด

2.67-3.99 หมายถึง ผู้ดูแลพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมระดับปานกลาง

1.33-2.66 หมายถึง ผู้ดูแลพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมระดับเล็กน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Family function) เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือโดยดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก อุมารพร ตรังคสมบัติ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างตาม แนวคิดของ McMaster แปลเป็นภาษาไทย โดยอุมารพร ตรังคสมบัติ (อุมารพร ตรังคสมบัติ, 2545) ภายใต้ชื่อแบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, CFI) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ครอบครัว 7 ด้าน ซึ่งมีค่า Cronbach' s alpha coefficient เท่ากับ 0.92 ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 0.81

แบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	จำนวนข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ด้านการแก้ปัญหา	6	1, 2, 8, 25, 26	3
ด้านการสื่อสาร	5	16, 23, 28, 31	9
ด้านบทบาท	3	10, 17, 29	-
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	5	4, 11, 34, 35	18
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	5	5	12, 21, 24, 33
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	4	13	6, 27, 30
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	8	7, 14, 19, 20, 22,	15, 36

ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ เกณฑ์ในการให้คะแนน แต่ละข้อความดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
ตรงมากที่สุด	4	1
ตรงปานกลาง	3	2
ตรงเล็กน้อย	2	3
ไม่ตรงเลย	1	4

การแปลผล รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็นรายด้าน คิดค่าเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนของข้อความ โดยใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวเป็นไปตามข้อเสนอแนะของแพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน ดังนี้

3.50-4.00 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีมาก

2.50-3.49 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีพอสมควร

1.50-2.49 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย

1.00-1.49 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ไม่ค่อยดี ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและโรคสมาธิสั้น จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาและการพัฒนาคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น 1 ท่าน และพยาบาลด้านพัฒนาการและพฤติกรรม 1 ท่าน (รายชื่อดังภาคผนวก ข) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่จำเป็นในการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบในการให้คะแนนความคิดเห็น ความถูกต้องตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ ให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน คือ มีความเกี่ยวข้องกับคำนิยามมาก = 4 คะแนน ค่อนข้างเกี่ยวข้องกับคำนิยาม

= 3 คะแนนมีความเกี่ยวข้องกับคำนิยามน้อย = 2 คะแนน และไม่เกี่ยวข้องกับคำนิยาม = 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบครบทั้ง 5 ท่าน มีความคิดเห็นที่ตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรม

ดำเนินการหาความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับ การปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กวัย ก่อนเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 15 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยการหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ดังข้อมูลที่ได้นำเสนอในรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3.2.2.2 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลองและการติดตามผล เพื่อประเมินประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะ ครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลและเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับ บริการในคลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัด (โรงพยาบาลที่ 1 และ 3)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและเด็กปฐมวัยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในคลินิกพัฒนาการเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งที่ 1 และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 ซึ่งผู้ดูแลเด็กและเด็กที่เข้ารับบริการในคลินิก พัฒนาการต้องได้รับการซักประวัติ การประเมิน และคัดกรองโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ ให้บริการในคลินิกพัฒนาการก่อนพบผู้วิจัยเพื่อไม่ให้กระทบต่อการรักษาและการติดตามผู้ที่มารับการ รักษาในโรงพยาบาล และในการทำการนัดหมายในกระบวนการวิจัยไม่กระทบต่อการให้บริการ ตามปกติที่ผู้ดูแลและเด็กพึงได้รับตามปกติ

คำนวณกลุ่มตัวอย่างการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 ในกรณีที่การศึกษา ครั้งก่อนไม่ได้รายงานขนาดอิทธิพล แต่รายงานค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2563) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ.90 มี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 สำหรับค่าขนาด อิทธิพลของกลุ่ม (Effect size) ผู้วิจัยคำนวณจากการศึกษาครั้งก่อน ของจินิส สีห์รา และคณะ ในปี

พ.ศ.2562 การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมผู้ดูแลเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ซึ่งประเมินผลด้วย Thai ADHD Screening scale (THASS) (Genis, Wanlop, Chutima, & Chanvit, 2019) โดยใช้ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 30.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง 27.20 ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 21.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม 16.60 มาคำนวณค่าอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ 0.31 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ 0.90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คู่ ผู้ดูแลเด็กและเด็กทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 6 คู่ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (Grove, Burns, & Gray, 2012) จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 30 คู่ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คู่ และกลุ่มทดลอง 15 คู่

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยผู้ดูแลระบุผลการประเมินพฤติกรรมเด็กโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย มีค่า 51 คะแนน ขึ้นไป ไม่มีมีการเจ็บป่วยปัญหาพฤติกรรมอื่น เช่น ออทิสซึม สมาธิสั้น 2) เด็กมีภาวะสุขภาพดีไม่มีการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบาย เช่น มีไข้ ติดเชื้อ 3) ผู้ดูแลและเด็กสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ผู้ดูแลและเด็กสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) ผู้ดูแลหรือเด็กมีความบกพร่องด้านการมองเห็น การฟังภาษาไทย 2) ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยปัญหาพฤติกรรมอื่น เช่น ออทิสซึม สมาธิสั้น 3) เด็กมีภาวะเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบาย เช่น มีไข้ ติดเชื้อ

2) การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

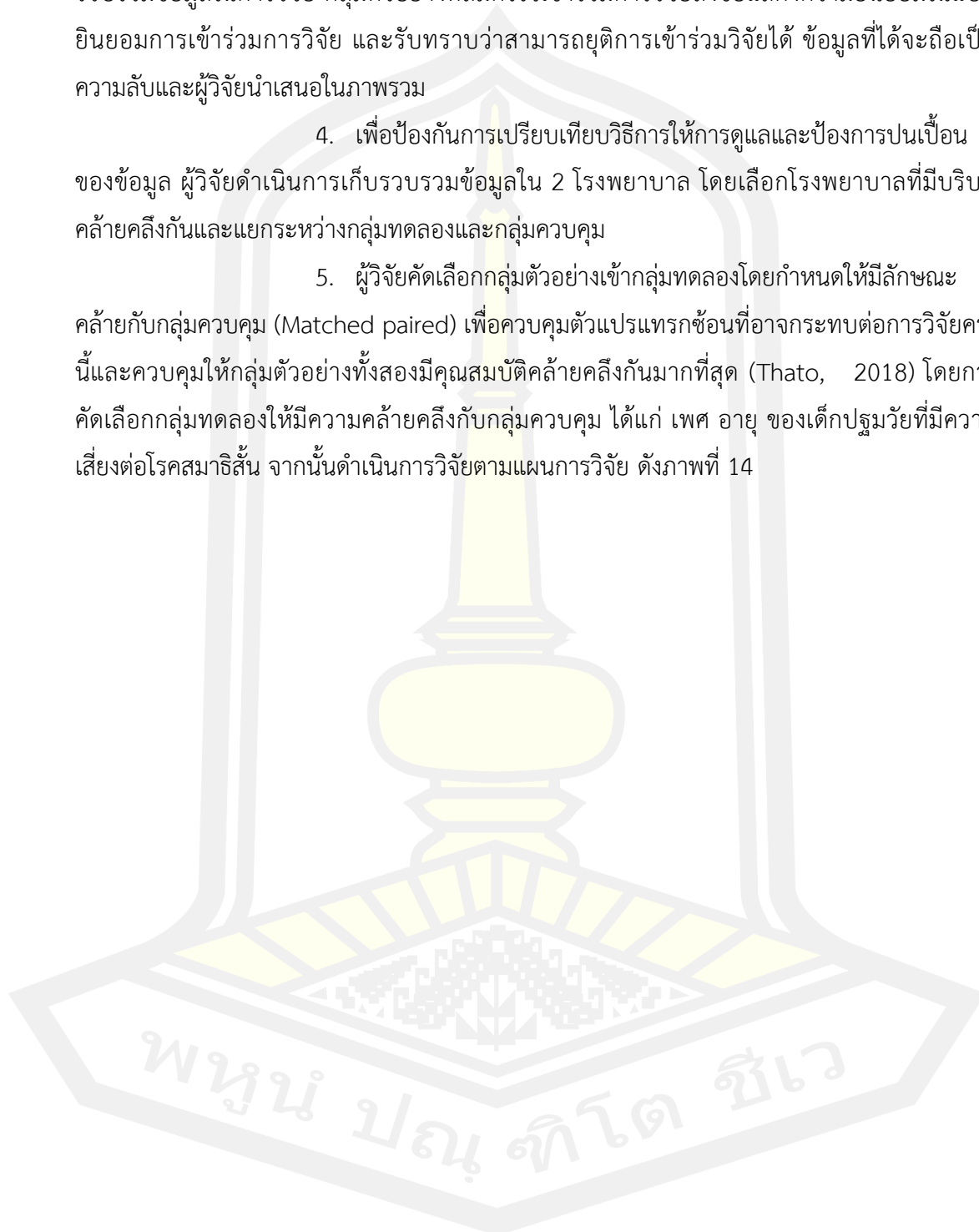
(Inclusion criteria) จากจำนวนผู้ดูแลเด็กที่พาเด็กมาเข้ารับบริการที่คลินิกพัฒนาการ

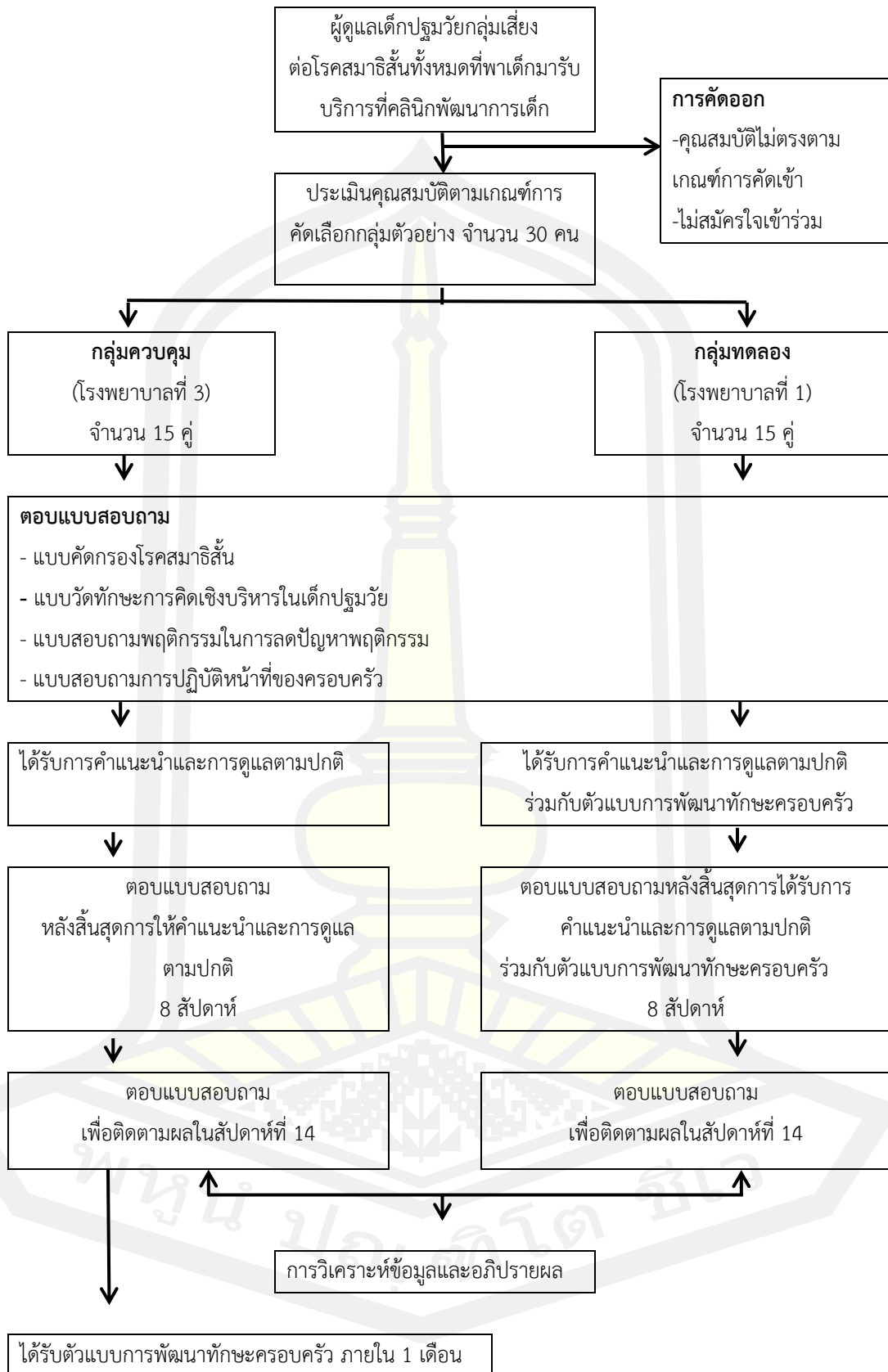
2. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากนั้นดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยผู้ดูแลระบุผลการประเมินพฤติกรรมเด็กโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย มีค่า 51 คะแนน ขึ้นไป ไม่มีมีการเจ็บป่วยปัญหาพฤติกรรมอื่น เช่น ออทิสซึม สมาธิสั้น 2) เด็กมีภาวะสุขภาพดีไม่มีการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบาย เช่น มีไข้ ติดเชื้อ 3) ผู้ดูแลเด็กและเด็กสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) ผู้ดูแลเด็กและเด็กสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงชื่อแสดงความยินยอมในแบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และรับทราบว่าจะสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับและผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

4. เพื่อป้องกันการเปรียบเทียบวิธีการให้การดูแลและป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 โรงพยาบาล โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันและแยกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองโดยกำหนดให้มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มควบคุม (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้และควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Thato, 2018) โดยการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ จากนั้นดำเนินการวิจัยตามแผนการวิจัย ดังภาพที่ 14





ภาพที่ 7 การดำเนินการทดลอง

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาและทดลองใช้รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขในระยยะที่ 2 โดยเครื่องมือวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง 2) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรม SPSS version 22.0 วิเคราะห์ทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance ANCOVA) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22.0 โดยกำหนดค่าของขนาดอิทธิพลตามหลักการของ Cohen, Jacob (Cohen, 1992) ในระดับ น้อย ปานกลาง มาก ตามค่าของขนาดอิทธิพลที่ได้จากการคำนวณคือ 0.10, 0.30 และ 0.50 ตามลำดับ

3.3 การพิทักษ์สิทธิการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 100-044/2564 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 64-02-007 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ 007/2022E คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE08/2565 และได้ลงทะเบียนงานวิจัยทางคลินิกของไทย (Thai Clinical Trials Registry, TCTR) เลขที่ TCTR20210921003 วันที่ 21 กันยายน 2564 (เอกสารแนบในภาคผนวก ฉ) ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ โดยไม่กระทบต่อการได้รับบริการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กควรจะได้รับแต่อย่างใด และภายหลังสิ้นสุดการศึกษาในระยยะที่ 2 ไม่เกิน 1 เดือน กลุ่มควบคุมจะได้รับการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นตามความสมัครใจ

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องตัวแบบการพัฒนาทักษะของครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น นำเสนอตามวัตถุประสงค์ในแต่ละระยะของการวิจัยดังนี้

4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น แบบแผนคำอธิบายการเจ็บป่วยโรคสมาธิสั้น ทักษะคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ปัญหาพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งได้ผลการวิจัยดังนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคสมาธิสั้นและครอบครัว

ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในครอบครัว 14 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยมีอายุระหว่าง 22-60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 42.0 ปี (SD=11.87) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 42.9 ครอบครัวหย่าร้างกันมากที่สุดร้อยละ 57.1 รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือนมากที่สุดร้อยละ 50.0 ครอบครัวขยายมากที่สุดร้อยละ 92.1

เด็กโรคสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลเด็กให้การดูแลมีอายุระหว่าง 6 ปี 1 เดือน-8 ปี 11 เดือน อายุเฉลี่ย 7 ปี 1 เดือน (SD=0.96) โดยเป็นเด็กสมาธิสั้นเพศชาย 7 คน และเพศหญิง 7 คน มีอายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น 5.6 ปี (SD=1.11) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้น 8 เดือน-3 ปี เฉลี่ย 1.5 ปี (SD=0.64) เด็กทุกคน ร้อยละ 100.0 มีการใช้เครื่องมือสื่อสารได้แก่ โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน โดยมีระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 1-2 ชั่วโมงต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 64.3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็กโรคสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก		
เพศ		
หญิง	14	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	28.6
มัธยมศึกษา	6	42.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อนุสัญญา	3	21.4
ปริญญาตรี	1	7.1
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
สมรสอยู่ด้วยกัน	6	42.9
หย่าร้าง	8	57.1
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน	7	50.0
10,000-20,000 บาท	6	42.9
20,001-30,000 บาท	1	7.1
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	1	7.1
ครอบครัวขยาย	13	92.1
ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคสมาธิสั้น		
ชาย	7	50.0
หญิง	7	50.0
อายุเฉลี่ย		
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต		
มี	2	14.3
ไม่มี	12	85.7
การใช้เครื่องมือสื่อสาร*		
ใช้	14	100.0
ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ยชั่วโมง/วัน		
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน	4	28.6
1-2 ชั่วโมง/วัน	9	64.3
3-4 ชั่วโมง/วัน	1	7.1

* เครื่องมือสื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน/ไอแพด/แท็บเล็ต

ข้อมูลบริบทครอบครัวของผู้ดูแลเด็กและเด็กกรณีศึกษามีรายละเอียดดังนี้
กรณีศึกษาที่ 1 (ID 01) มารดา อายุ 34 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 6 ปี 4 เดือน

มารดาสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา สถานภาพสมรสของครอบครัวสมรสและอาศัยอยู่ร่วมกัน รายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/เดือน ครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกัน 5 คน เด็กเป็นบุตรลำดับที่ 1 จากจำนวนบุตรทั้งหมด 2 คน ประวัติการคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ยน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน เด็กหญิง อายุ 8 ปี 6 เดือน เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อเรียนชั้นอนุบาล 2 (อายุ 5 ปี) มาด้วยอาการไม่นิ่ง สมาธิสั้น ช่วยเหลือตนเองได้และสื่อสารได้ดี ในช่วงแรกรักษาโดยการปรับพฤติกรรม จากนั้นเริ่มการรักษาด้วยยาร่วมด้วยเมื่อเด็กอายุ 6 ปี 4 เดือน รวมระยะเวลาในการรักษาด้วยยาร่วมด้วยเป็นระยะเวลา 2 ปี 2 เดือน โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD หลังจากเริ่มยาเด็กนิ่งขึ้น เรียนได้ดีขึ้น ไม่มีอาการหงุดหงิดง่าย ตั้งใจเรียนมากขึ้น บวกลบเลขได้

กรณีศึกษาที่ 2 (ID 02) มารดาอายุ 47 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ขวบ 3 เดือน มารดาสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสและอาศัยอยู่ร่วมกัน รายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท /เดือน ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกัน 5 คน เด็กเป็นบุตรคนเดียวไม่มีพี่น้อง ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดคลอดครบกำหนด มีโรคประจำตัวคือโรคหอบหืด ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ยน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน เด็กชาย อายุ 7 ปี 3 เดือน เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อเรียนชั้นอนุบาล 2 (อายุ 5 ปี) แต่เคยมาปรึกษาด้วยสมาธิสั้นตั้งแต่อายุ 3 ขวบ พัฒนาการด้านอื่นปกติ พูดได้คล่อง วิ่งได้คล่อง พัฒนาการทุกด้านปกติ เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 5 ขวบ โดยเริ่มต้นด้วยการปรับพฤติกรรมก่อน จากนั้นเริ่มใช้ยาเมื่ออายุ 6 ปี 1 เดือน รวมรักษาด้วยยามาเป็นระยะเวลา 1 ปี 2 เดือน ได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD ปัจจุบันน้องเรียนชั้น ป.2 หลังจากกินยาแล้วนิ่งขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ดี ช่วยงานบ้านได้ดี

กรณีศึกษาที่ 3 (ID 03) พี่สาวอายุ 24 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กหญิงเพศหญิงอายุ 8 ปี พี่สาวเป็นผู้ดูแลหลักเนื่องจากบิดามารดาหย่าร้างกัน โดยมารดาไปทำงานต่างประเทศส่วนบิดาทำงานที่กรุงเทพมหานคร พี่สาวสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรสของบิดามารดาหย่าร้างกัน รายได้ของครอบครัว 20,000-30,000 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายครอบครัวมีสมาชิกด้วยกัน 4 คน คือ คุณยาย พี่สาวพี่ชายและเด็ก เด็กเป็นบุตรคนที่ 3 จากจำนวนบุตรทั้งหมด 3 คน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง/วัน เด็กหญิง อายุ 8 ปี เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อเริ่มเข้า ป.2 (อายุ 7 ปี) เริ่มเข้ารับการรักษาด้วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวจนเพื่อนไม่ยอมเล่นด้วย หลังเข้ารับการรักษา เริ่มรักษาด้วยยาและปรับพฤติกรรม รวมได้รับยามาเป็นระยะเวลา 1 ปี ได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD ปัจจุบันเล่นกับเพื่อนในกลุ่มได้ นิ่งขึ้น หงุดหงิดลดลง เวลากินยา เรียนหนังสือได้

กรณีศึกษาที่ 4 (ID 04) ยายอายุ 62 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 6 ปี 6 เดือน ยายเป็นผู้ดูแลหลักเนื่องจากบิดามารดาหย่าร้างกัน ยายสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาบุตรทั้งหมด 1 คน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยสถานภาพสมรสของบิดามารดาหย่าร้างกัน รายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกัน 5 คน สมาชิกครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 5 คน คือ คุณตา คุณยาย บิดา (สามีใหม่ของแม่) มารดาและเด็ก เด็กเป็นบุตรคนที่ 1 จากจำนวนในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ยน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กชาย อายุ 6 ขวบ 6 เดือน เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อเริ่มเรียนชั้นอนุบาล 3 (อายุ 5 ขวบ) ด้วยครูที่โรงเรียนบอกว่าไม่ค่อยนั่ง ไม่สนใจการเรียน เขียนหนังสือ ก.ไก่ได้ เขียนตัวเลขได้ เขียนชื่อตัวเองได้ มีชนบ้างไม่ค่อยจำเวลายายสอน เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 5 ขวบ ช่วงแรกใช้การปรับพฤติกรรม จากนั้นเริ่มใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมเมื่ออายุ 5 ขวบ 10 เดือน ซึ่งมีระยะเวลาในการได้รับยา 8 เดือน โดยได้รับ Methylphenidate 10 mg ½ tab oral pc OD หลังเริ่มรับยานิ่งขึ้นไม่มีหงุดหงิดง่าย เรียนชั้น ป.1 บวกลบเลขหลักเดียวได้

กรณีศึกษาที่ 5 (ID 05) ยายอายุ 50 ปี ยายเป็นผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 7 ปี 9 เดือน สำเร็จการศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสแต่แยกกันอยู่เนื่องจากบิดาและมารดาแยกกันไปทำงานกรุงเทพฯ มาเยี่ยมเป็นครั้งคราว รายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คน สมาชิกครอบครัวประกอบด้วย คุณยาย และเด็ก เด็กเป็นบุตรคนเดียว ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง/วัน เด็กหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน เริ่มรับการรักษาเมื่อเริ่มเรียนชั้นอนุบาล 3 (อายุ 5 ปี 9 เดือน) ด้วยอาการซนไม่นิ่ง ชอบแกล้งเพื่อนที่โรงเรียน สื่อสารได้ดี เขียน ก.ไก่ อ่านได้ หลังเข้ารับการรักษาอาการดีขึ้น อ่านได้บางตัว ยกเว้นตัวที่ยาก การรักษาเริ่มต้นด้วยการปรับพฤติกรรม จากนั้นเริ่มรักษาด้วยยาร่วมด้วยเมื่ออายุ 6 ปี 9 เดือน มีระยะเวลาในการได้รับยา 1 ปี โดยได้ยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ไปโรงเรียนทุกวัน หลังเริ่มรักษาด้วยยานิ่งขึ้น เล่นกับเพื่อนในห้องได้ดี ไม่มีปัญหาทะเลาะกับเพื่อนในห้องแล้ว ทำงานส่งคุณครูได้ไม่มีงานค้าง เข้าแถวและรอคอยได้ เวลาครูสอนสนใจมากขึ้น

กรณีศึกษาที่ 6 (ID 06) นางสาวอายุ 22 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี เนื่องจากบิดามารดาหย่าร้างกัน มารดาไปทำงานกรุงเทพฯ นางสาวสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สถานภาพบิดามารดาหย่าร้างกัน มารดาเป็นคนส่งเสียเลี้ยงดูโดยการไปทำงานกรุงเทพฯ และส่งเงินมาให้ นางสาวในการเลี้ยงดูเด็ก รายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกัน 6 คน อาศัยอยู่กับยาย นางสาว น้ำเชย และบุตรของนางสาว เด็กเป็น

บุตรคนเดียว ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง/วัน เด็กหญิง อายุ 8 ปี เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออยู่ชั้นอนุบาล 2 (อายุ 5 ปี) ด้วยสมาธิสั้นอยู่ไม่นิ่งไม่สามารถแยกขยะถูกผิดได้ ไม่ตั้งใจเรียน เล่นโทรศัพท์วันละ 4 ชั่วโมง เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 5 ปี โดยการปรับพฤติกรรม จากนั้นเริ่มรักษาด้วยยาร่วมด้วยเมื่ออายุ 7 ปี ซึ่งมีระยะเวลาในการได้รับยา 1 ปี โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc bid ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ปัจจุบันเรียนได้มีอยู่ไม่นิ่งบ้าง มีหงุดหงิดง่ายบางครั้ง

กรณีศึกษาที่ 7 (ID 07) มารดาอายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 6 ปี 10 เดือน มารดาสำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสและอยู่ร่วมกัน รายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกัน 6 คน มีตา ยาย พ่อ แม่ พี่ชายและเด็ก เด็กเป็นบุตรคนที่ 2 จากพี่น้อง 2 คน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดคลอดครบกำหนด มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยชักจากไข้สูง ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง/วัน เด็กชาย 6 ปี 10 เดือน เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 4 ปี 10 เดือน ด้วยอาการไม่นิ่ง โมโหง่าย พุดไม่ค่อยฟัง เริ่มต้นด้วยการปรับพฤติกรรมและเริ่มรักษาด้วยการใช้ยาร่วมด้วยเมื่ออายุ 5 ปี 10 เดือน มีระยะเวลาในการได้รับยา 1 ปี โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 หลังได้รับการรักษานิ่งขึ้นเรียนได้

กรณีศึกษาที่ 8 (ID 08) มารดาอายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 8 ปี มารดา มารดาสำเร็จการศึกษาในระดับ ปวส. สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสและอยู่ร่วมกัน รายได้ของครอบครัว 20,000-30,000 บาท/ปี ลักษณะของครอบครัวโดยครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวมีสมาชิก 3 คน พ่อ แม่ และเด็ก เด็กเป็นบุตรคนเดียว ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง/วัน เด็กชาย อายุ 8 ปี เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อเข้าเรียนชั้น ป.1 (อายุ 7 ปี) ด้วยอาการสมาธิสั้นอ่านไม่ออก หลังจากเข้ารับการรักษาเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรมควบคู่กับการใช้ยา ซึ่งระยะเวลาเริ่มเข้ารับการรักษาและระยะเวลาในการได้รับยา 1 ปี โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้น ป.2 ช่วยเหลืองานบ้านได้ การเรียนอยู่ในระดับปานกลาง

กรณีศึกษาที่ 9 (ID 09) มารดาอายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 8 ปี มารดาสำเร็จการศึกษาในระดับ ปวส. สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสและอยู่ร่วมกัน รายได้ของครอบครัว 20,000-30,000 บาท/ปี ลักษณะของครอบครัวโดยครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวมีสมาชิก 3 คน พ่อ แม่ และเด็ก เด็กเป็นบุตรคนเดียว ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง/วัน

เด็กชาย อายุ 8 ปี 3 เดือน เข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 6 ปี ด้วยอาการนอนไม่นิ่ง นั่งเรียนไม่ได้ เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 6 ปี รักษาด้วยการปรับพฤติกรรมควบคู่กับการใช้ยา ซึ่งระยะเวลาเริ่มเข้ารับการรักษาและได้รับยา 2 ปี 3 เดือน โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD หลังเข้ารับการรักษาหนึ่งขึ้น ยังมีหงุดหงิดง่า

กรณีศึกษาที่ 10 (ID 10) มารดาอายุ 49 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 2 เดือน มารดาสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสและอยู่ร่วมกัน รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิกครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกัน 4 คน คือ พ่อ แม่ พี่ชายและเด็ก 1 คน เป็นบุตรคนที่ 2 จากจำนวนบุตร 2 คน เดี่ยว ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง/วัน เด็กชาย อายุ 7 ปี 2 เดือน เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อเข้าเรียนชั้น ป. 1 (อายุ 6 ปี) ด้วยอาการนอนไม่นิ่งมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่เชื่อฟัง เล่นกับเพื่อนได้แต่ถ้าถูกขัดใจจะทำร้ายเพื่อน เริ่มต้นการรักษาโดยใช้การปรับพฤติกรรม และเริ่มใช้การรักษาด้วยยาพร้อมด้วยเมื่ออายุ 6 ปี 2 เดือน ระยะเวลาในการได้รับยา 1 ปี โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้น ป.2 นิ่งขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้ดี อ่านหนังสือได้เชื่อฟังมากขึ้น บวกลบเลขได้ เล่นกับเพื่อนได้ความจำดี เรียนหนังสือเก่ง

กรณีศึกษาที่ 11 (ID 11) มารดาอายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 8 ปี 11 เดือน มารดาสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานภาพสมรสของบิดามารดาหย่าร้างกัน มารดาสมรสใหม่ รายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/ปี ลักษณะของครอบครัวโดยครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวมีสมาชิก 4 คน พ่อเลี้ยง แม่ น้องและเด็ก เด็กเป็นบุตรแรกจากจำนวนบุตร 2 คน ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดครบกำหนด มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคหัวใจร้ายปัจจุบันหายเป็นปกติแล้ว ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง/วัน เด็กหญิง อายุ 8 ปี 7 เดือน เข้ารับการรักษาเมื่อเรียนชั้น ป. 1 (อายุ 6 ปี 6 เดือน) มาปรึกษาด้วยสมาธิสั้น นั่งเรียนไม่ได้ มาห้องตรวจวิ่งไปวิ่งมาตลอด เริ่มรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมควบคู่กับการใช้ยามีระยะเวลาเริ่มเข้ารับการรักษาและการได้รับยา 2 ปี 1 เดือน โดยได้รับยา Methylphenidate 0 mg 1 tab oral pc OD หลังเข้ารับการรักษาทานยาแล้วอาการดีขึ้น เรียนอยู่ชั้น ป.2 เรียนในห้องเรียนได้ เขียนได้ เล่นกับเพื่อนได้ ช่วยเหลือตนเองได้ดี อ่านหนังสือได้เชื่อฟังมากขึ้น บวกลบเลขได้ เล่นกับเพื่อนได้ความจำดี เรียนหนังสือเก่ง

กรณีศึกษาที่ 12 (ID 12) ยายอายุ 51 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 11 เดือนเนื่องจากบิดามารดาแยกทางกันเด็กอาศัยอยู่กับมารดาและยาย ยายสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดาหย่าร้างกัน รายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/ปี ลักษณะของครอบครัวโดยครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวมีสมาชิก 10 คน เป็นครอบครัวใหญ่

ประกอบด้วยตา ยาย พ่อเลี้ยง มารดา น้ำสาว น้ำเขย น้อง และลูกของน้ำสาว 2 คนและเด็ก อาศัยอยู่ด้วยกันหลายคนโดยมียายทำหน้าที่หลักในการดูแลหลานทั้ง 4 คน เด็กเป็นบุตรคนที่ 1 จากจำนวนบุตร 2 คน ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง/วัน เด็กหญิง อายุ 8 ปี 11 เดือน เข้ารับการรักษาเมื่อเรียน ป.1 (อายุ 7 ปี) มาปรึกษาด้วยเรื่องชอบแกล้งน้อง ชอบแกล้งเพื่อน ไม่นิ่ง หลังจากเริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 7 ปี ได้เริ่มการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม จากนั้นรักษาด้วยยาควบคู่กับการปรับพฤติกรรมเมื่ออายุ 7 ปี 10 เดือน ซึ่งระยะเวลาเริ่มเข้ารับการรักษา 1 ปี 11 เดือน และระยะเวลาในการได้รับยา 1 ปี 1 เดือน โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg 1 tab oral pc OD ปัจจุบันเรียนอยู่ชั้น ป.2 ช่วยเหลืองานบ้านได้ การเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ช่วยงานบ้านได้ กวาดบ้าน ถูบ้านได้

กรณีศึกษาที่ 13 (ID 13) มารดา อายุ 35 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 6 ปี 2 เดือน มารดาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสและอยู่ร่วมกัน รายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/ปี ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวมีสมาชิก 10 คน ประกอบไปด้วย ตา ยาย พ่อ แม่ น้ำสาว น้ำเขย ลูกของน้ำ และเด็ก เด็กเป็นบุตรคนเดียว ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง/วัน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กหญิง อายุ 6 ปี 2 เดือน เริ่มเข้ารับการรักษาเมื่อ 5 ปี 1 เดือน ด้วยอาการไม่นิ่ง เริ่มการรักษาเริ่มต้นด้วยการปรับพฤติกรรมควบคู่กับการใช้ยา ซึ่งระยะเวลาเริ่มเข้ารับการรักษาและระยะเวลาในการได้รับยา 1 ปี 1 เดือน โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg ½ tab oral pc OD ปัจจุบันนั่งขึ้น เรียนได้

กรณีศึกษาที่ 14 (ID 14) ย่าอายุ 56 ปี เป็นผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 6 ปี 10 เดือน เนื่องจากบิดามารดาหย่าร้างกัน ย่าสำเร็จการศึกษาในระดับประถม สถานภาพสมรสของบิดามารดาหย่าร้างกัน รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/ปี ลักษณะของครอบครัวโดยครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวมีสมาชิก 10 คน ประกอบไปด้วย ปู่ ย่า พ่อ แม่อา อาเขย บุตรของอา และเด็ก เด็กเป็นบุตรคนเดียว ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดครบกำหนด ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบันเด็กมีการใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง/วัน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กชาย อายุ 6 ปี 10 เดือน เข้ารับการรักษาเมื่ออนุบาล 2 (อายุ 5 ปี) ด้วยอาการ ไม่นิ่ง ชอบป็นปาย ทำงานไม่เสร็จ ไม่มีสมาธิ ชอบตีเพื่อน ใช้ความรุนแรงกับเพื่อนพุดมาก ขี้ลืม หลังจากเริ่มเข้ารับการรักษาเมื่ออายุ 5 ปี เริ่มรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม หลังจากนั้นปรับพฤติกรรมควบคู่กับการใช้ยาเมื่ออายุ 6 ขวบ ซึ่งระยะเวลาเริ่มเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี 10 เดือนและระยะเวลาใน

การได้รับยา 10 เดือน โดยได้รับยา Methylphenidate 10 mg ½ tab oral pc OD หลังได้รับยา
นึ่งขึ้น

4.1.2 แบบแผนการอธิบายโรคสมาธิสั้นในเด็กของครอบครัวตามประสบการณ์ของครอบครัว
ผู้ดูแลสะท้อนแบบแผนอธิบายการเจ็บป่วย (Explanatory models of illness) ตามประสบการณ์
ของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในเรื่อง สาเหตุ ระยะเวลาที่เริ่มและอาการเริ่มต้น พยาธิ
สภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย ระยะเวลาดำเนินโรคและการเจ็บป่วยและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น และ
วิธีการรักษาทำให้หายจากการเจ็บป่วย ดังนี้

4.1.2.1 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น (Etiology)

พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นมีสาเหตุจากการเลี้ยงดูเด็ก
ในครอบครัว โดยร้อยละ 57.1 รับรู้ว่าการเลี้ยงดูเด็กเป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะการเลี้ยงดู
แบบตามใจ การขาดการเอาใจใส่ดูแลเด็ก และการแก่งแย่งและการข่มขู่ให้เด็กโกรธและโมโหบ่อยครั้ง
นอกจากนี้ และร้อยละ 42.9 รับรู้ว่าการใช้โทรศัพท์มือถือแบบไร้การควบคุมดูแลมีความเกี่ยวข้องกับ
สาเหตุของโรคสมาธิสั้น โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรับรู้สาเหตุของโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแล (n=14)

การรับรู้สาเหตุ	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ N (%)
การเลี้ยงดูเด็ก ในครอบครัว	(1) “การเลี้ยงดูแบบตามใจ ตอนอายุ 9 เดือนพ่อแม่ไปทำงาน กรุงเทพจึงให้ลูกไปอยู่กับปู่กับย่า เด็กเป็นหลานคนแรกตอน อยู่กับปู่กับย่าจะตามใจเด็กมากไม่ค่อยขัดใจ ไม่เคยดุ ต่า อะไรเลยตามใจเด็กตลอดเด็กดูโทรศัพท์ตลอดก็ให้ดู” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน) (2) “การขาดการเอาใจใส่ดูแลเด็ก แม่คิดว่าเป็นเพราะ ช่วงเวลาที่น้องยังเด็กแม่ไม่ค่อยได้ดูแลเอาใจใส่ลูกเท่าไรนัก ช่วงนั้นแม่คลอดน้องคนเล็กและต้องเลี้ยงลูกคนเดียวทำให้ ไม่ได้ใส่ใจดูแลเค้าเท่าที่ควร” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน) (3) “การเลี้ยงดูที่เด็กแบบที่ชอบแก่งแย่งหรือข่มขู่ให้เด็ก โกรธ ชอบข่มขู่ให้เด็กโมโหหรือชอบทำให้เด็กร้องไห้ ชอบกวน ให้หงุดหงิดโมโหทำให้เด็กติดนิสัยหงุดหงิดง่าย ยิ่งตอนเด็ก ๆ ผู้ใหญ่ที่บ้านชอบแหย่ ชอบแก่งแย่งและกวนให้เด็กโมโห เวลา เด็กโมโหและตีหรือทำร้ายคนอื่นผู้ใหญ่ก็หัวเราะชอบใจ ทำให้	8 (57.1%)

การรับรู้สาเหตุ	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ N (%)
การใช้โทรศัพท์มือถือแบบไร้การควบคุมดูแล	<p>เด็กเข้าใจว่าการทำร้ายคนอื่นเป็นวิธีที่ถูกต้อง” (ID 06, นางสาว อายุ 22 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 8 ปี)</p> <p>(1) “ขาดการควบคุมการใช้โทรศัพท์มือถือในช่วงที่เด็กยังเล็ก ตาก็บยายจะเป็นคนเลี้ยง ตาก็บยายแก่แล้วไม่ค่อยแข็งแรง วิธีที่ง่ายในการดูแลเด็กคือเปิดโทรทัศน์ให้ดูเด็กก็จะนั่งไม่ชนส่วนมากจะให้เด็กนั่งหน้าจอโทรทัศน์หรือโทรศัพท์เป็นระยะเวลานาน แม่คิดว่าอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้น” (ID 11, มารดาอายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)</p> <p>(2) “ช่วงที่ให้ลูกดูโทรศัพท์แม่ก็จะสบายมาก ลูกจะอยู่นิ่งทำงานได้สบายมาก แต่หลังๆ มารู้สึกว่าลูกติดโทรศัพท์ ถ้าไม่ให้ดูจะมีอาการโกรธรุนแรงมาก” “แต่เดิมน้องติดโทรศัพท์มือถือมาก เวลาไม่ให้เล่นจะหงุดหงิด ต้องเปิดให้ดูตลอดเวลาแทบจะไม่มีอาการจำกัดระยะเวลาในการใช้โทรศัพท์” (ID 13, มารดาอายุ 35 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 6 ปี 2 เดือน)</p>	6 (42.9%)

4.1.2.2 ระยะเวลาที่เริ่มและอาการเริ่มต้นของโรคสมาธิสั้น (Time and mode of illness onset)

พบว่าผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ระยะเวลาที่เริ่มและอาการเริ่มต้นของโรคสมาธิสั้น การรับรู้ว่ามีปัญหาพฤติกรรมที่เริ่มต้นที่สังเกตพบ และบุคคลแรกที่สังเกตพบอาการในระยะเริ่มต้นคือครอบครัวและครู ได้แก่

การรับรู้ระยะเวลาที่เริ่มและอาการเริ่มต้นของโรคสมาธิสั้น พบว่าร้อยละ 100.0 รับรู้วาระยะเวลาเริ่มต้นที่สังเกตพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กเริ่มเกิดขึ้นในช่วงปฐมวัยโดยส่วนมากสังเกตพบปัญหาพฤติกรรมในระยะเริ่มต้น เมื่ออายุ 2-3 ปี อายุน้อยที่สุด 2 ปี อายุมากที่สุด 5 ปี

การรับรู้ว่ามีปัญหาพฤติกรรมที่เริ่มต้นที่สังเกตพบ พบว่าร้อยละ 64.3 มีพฤติกรรมชน/อยู่ไม่นิ่ง เด็กไม่ค่อยอยู่นิ่งมีลักษณะเครื่องติดอยู่ตลอดเวลา และร้อยละ 35.7 มีอารมณ์อาละวาด โหมโง่งาย เด็กมักมีอาการอาละวาดเมื่อถูกขัดใจและควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้และไม่ชอบเขียนหนังสือ เป็นต้น

บุคคลแรกที่สังเกตพบอาการในระยะเริ่มต้นคือครอบครัวและครู พบว่ามี 2 ลักษณะ

คือ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สังเกตเห็นและยืนยันโดยครู พบว่าร้อยละ 78.6 ให้ข้อมูลว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สังเกตเห็นและยืนยันโดยครูจึงเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 21.4 ครูสังเกตเห็นอาการเริ่มต้นและแจ้งให้ครอบครัวทราบ โดยเมื่อครูพบว่าเด็กเริ่มมีปัญหาพฤติกรรม ครูเป็นผู้แนะนำและแจ้งให้ครอบครัวทราบก่อนเข้ารับการรักษา

โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การรับรู้ระยะเวลาที่เริ่มเกิดการเจ็บป่วยและปัญหาพฤติกรรมระยะเริ่มต้นที่เกิดขึ้น
ในเด็กโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแล (n = 14)

การรับรู้ระยะเวลา	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
ช่วงอายุเริ่มต้นของปัญหาพฤติกรรมเกิดขึ้นในช่วงปฐมวัย		
	(1) “เมื่ออายุ 2 ปี สังเกตว่าน้องไม่ค่อยนั่ง ชอบเล่นปีนป่าย ไม่อยู่นิ่ง เป็นเด็กหญิงแต่ไม่อยู่นิ่งคล้ายเด็กผู้ชาย” (ID 03, พี่สาวอายุ 24 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี)	14 (100.0%)
	(2) “อายุประมาณ 5 ปี เริ่มเข้าชั้นอนุบาล 2 คุณครูเริ่มสังเกตเห็นว่า ไม่นิ่ง ไม่อยากเขียน อยากเล่นกลางแจ้งนอกห้องมากกว่านั่งเรียนในห้องเรียน” “เวลาให้เขียน ไม่ยอมทำ มักจะร้องไห้และฉีกสมุดฉีกหนังสือ” “ชอบไปยืนตรงประตูห้องเรียน มีแต่อยากออกไปเล่นนอกห้องเรียน” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน)	
ปัญหาพฤติกรรมระยะเริ่มต้นที่สังเกตพบคืออยู่ไม่นิ่งและอารมณ์อาละวาด		
อยู่ไม่นิ่ง	(1) “เพื่อนบ่ยอมอยู่นิ่ง มีแต่อยากไปเหมือนติดเครื่องอยู่ตลอดเวลา” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน)	9 (64.3%)
	(2) “เริ่มต้นเด็กไม่ค่อย นิ่ง เกาโน่นเกานี้ตลอด สังเกตมาเรื่อยๆ กินข้าว 1 คำ แล้วก็วิ่งตอนแรกแม่คิดว่าตามวัยของเค้าแต่โตมาจะ ป.1 แล้วยังเป็น” (ID 08, มารดาอายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 8 ปี)	
อารมณ์อาละวาด โมโหง่าย	(1) “เวลาถูกขัดใจจะอาละวาด หากน้องไม่ได้ตั้งใจจะปาข้าวของ ทูบทำร้ายข้าวของ ทูบโต๊ะ ทูบข้าว ทูบของในบ้าน” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน)	5 (35.7%)

การรับรู้ระยะเวลา	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
	<p>(2) “ชอบแกล้งเพื่อน เวลาโมโหร้าย เวลาโมโห จะโยนข้าว ช้อง ใส่เด็กคนอื่น สิ่งที่ได้ไม่ชอบทำมากที่สุดคือการเขียนหนังสือ เวลาให้เขียนหนังสือ เขียนได้ตัวสองตัวก็จะเลิกเขียนไม่พอใจฉีกสมุดทิ้งทันที” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กพิเศษหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน)</p>	
<p>บุคคลแรกที่สังเกตพบปัญหาพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นคือสมาชิกในครอบครัวและครูสมาชิกในครอบครัว</p> <p>สังเกตเห็นและยืนยันโดยครู</p>	<p>(1) “ตอนแรกคนในครอบครัวเริ่มสังเกตตอนอายุ 2-3 ขวบ สังเกตว่าน้องไม่ค่อยนั่ง ชอบเล่นไม่อยู่นิ่ง คล้ายเด็กผู้ชายและสงสัยว่าทำไมน้องไม่ค่อยอยู่เฉยๆ แต่ก็ไม่แน่ใจและก็ได้พาไปรับการรักษาที่ใด” “จนเมื่อเด็กเริ่มเข้าโรงเรียนระดับประถมศึกษาประมาณประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับคำแนะนำจากครูให้คำแนะนำแก่ครอบครัวว่าเหมือนน้องมีปัญหาสมาธิสั้นและมีปัญหาเรื่องการเรียนไม่ยอมเรียน ครูจึงแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลอำเภอ และส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด (ID 03, พี่สาวอายุ 24 ปี ผู้ดูแลเด็กพิเศษหญิงอายุ 8 ปี)</p> <p>(2) “ตอนแรกแม่สังเกตเห็นว่าเด็กไม่ค่อย นั่ง สังเกตมาเรื่อยๆ เริ่มต้นแรกๆ ประมาณ 3 ปี ลูกมีลักษณะไม่นิ่ง กินข้าวได้ 1 คำ แล้วก็วิ่งไปเลยต้องวิ่งตามเพื่อป้อนข้าวเด็กตลอดแต่ยังไม่เอะใจ ไม่ได้พาไปรักษาที่ใดเพราะคิดว่าเป็นเพราะเค้ายังกะโต แต่ก็ยังเป็นแบบเดิมมาตลอดจนกระทั่งเมื่อเด็กเข้าโรงเรียน อายุประมาณ 8 ขวบ เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 เริ่มสังเกตพบว่าลูกไม่ค่อยนั่ง และคุณครูกับคุณแม่ได้มีโอกาสคุยกับคุณครู ทำให้ได้ข้อมูลที่ตรงว่า เวลานั่งทำงานในห้องจะยุกๆ ยิกๆ เกาโน่นเกานี้ตลอดเวลา ทำงานไม่เรียบร้อย ไม่นิ่ง” (ID 08, มารดาอายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กพิเศษชายอายุ 8 ปี)</p>	<p>11 (78.6%)</p>

การรับรู้ระยะเวลา	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
ครูสังเกตเห็น อาการเริ่มต้น และแจ้งให้ ครอบครัวทราบ	(1) เมื่ออนุบาล 3 คุณครูสังเกตเห็นว่าลูกสมาธิสั้น แม่ไม่มี ความรู้ไม่รู้จักโรคสมาธิสั้นเลย จนวันหนึ่งคุณครูมาบอกว่า อยากให้คุณแม่พาน้องไปตรวจ น้องน่าจะมีสมาธิสั้น คุณครู พูดด้วยความเกรงใจและกลัวว่าแม่จะรับไม่ได้หลังจากที่ได้ ข้อมูลจากคุณครู แม่จึงพาลูกมาตรวจเพื่อรับการ รักษาโดยเริ่มการรักษาเมื่อระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1” (ID 10, มารดาอายุ 49 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 2 เดือน) (2) “คุณครูแนะนำว่าลูกไม่สนใจเรียน ไม่นิ่ง คุณแม่จึงพามา รับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อประมาณ ป.1 คุณครูแจ้งแม่ ว่าน้องไม่สนใจเรียนก็เลยแนะนำคุณแม่ให้พาน้องมารับการ รักษาที่โรงพยาบาลจึงเริ่มการรักษาที่โรงพยาบาล” (ID 11, มารดาอายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)	3 (21.4%)

4.1.2.3 พยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (Pathophysiology associated with or resulting from illness)

พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคสมาธิสั้น ได้แก่
ผลกระทบด้านการเรียน พบว่าร้อยละ 100.0 รับรู้ว่าส่งผลกระทบด้านการเรียน
เช่น การเรียนและการเขียนจะไม่ชอบเขียนและเขียนไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนด

ผลกระทบด้านอารมณ์ พบว่าร้อยละ 100.0 รับรู้ว่าส่งผลกระทบอารมณ์ เช่น
เอาแต่ใจและไม่โง่งายและมีอารมณ์รุนแรง

ผลกระทบด้านสังคม พบว่าร้อยละ 71.4 รับรู้ว่าส่งผลกระทบด้านสังคม เช่น รับรู้
ว่าการเป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลการรบกวนให้ถึงคิวตัวเองไม่ได้บางทีก็แย่งของเล่นเพื่อนทำให้มีบางครั้ง
เพื่อนไม่ยอมเล่นด้วยทำให้มีผลกระทบด้านสังคม

ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าร้อยละ 21.4 รับรู้ว่าส่งผลกระทบด้านร่างกาย เช่น
เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งจากการเล่นปืนบ้ายบ่อยครั้ง

โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การรับรู้พยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย (n=14)

การรับรู้พยาธิสภาพ	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
ผลกระทบ ด้านการเรียน	(1) “เวลาทำงานจะวอกแวกไม่อยู่นั่งเวลาเขียนหนังสือหรือ ทำการบ้านจะทำไม่เสร็จ” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแล เด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน) (2) “เวลาทำงานที่ต้องนั่งและใช้สมาธิ เช่น การเขียน หนังสือเค้าจะเหม่อไม่สนใจไม่ยอมเขียน” (ID 07, มารดา อายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 6 ปี 10 เดือน)	14 (100.0%)
ผลกระทบ ด้านอารมณ์	(1) “เอาแต่ใจตนเอง ชัดใจไม่ได้ ตีพี่บ่อยครั้งชอบเถียงพ่อ และทะเลาะกับพ่อบ่อย และเวลาเล่นกับเพื่อนชอบเล่น รุนแรง ตีเพื่อน” (ID 07, มารดา อายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศ หญิง อายุ 6 ปี 10 เดือน) (2) “โมโหง่าย เห็นของเล่นของคนอื่นถ้าไม่พอใจก็หัก ทำลายของเล่นเพื่อนเลย” (ID 12, ยายอายุ 51 ปี ผู้ดูแล เด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 11 เดือน)	14 (100.0%)
ผลกระทบ ด้านสังคม	(1) “เพื่อนไม่ค่อยอยากเล่นด้วย น้องเป็นผู้หญิงแต่ชอบตี เพื่อน” “ชอบเถียงและทะเลาะกับเพื่อนบ่อย ทะเลาะกับ เพื่อนและรุ่นพี่บ่อย” (ID 03, พี่สาวอายุ 24 ปี ผู้ดูแลเด็ก เพศหญิงอายุ 8 ปี) (2) “ถ้าอยากเล่นจะแย่งเลยรอให้ถึงคิวตัวเองไม่ได้ ชอบ แย่งของเล่นเพื่อนอยู่บ่อยๆ เพื่อนก็ไม่อยากเล่นด้วย” (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน)	10 (71.4%)
ผลกระทบ ด้านร่างกาย	(1) “น้องไม่ระวังอะไรเลย เช่น เวลานอนลงจะเหยียดขา ก็เหยียดไปเลยไม่มองว่ามีกระดูกอยู่ทำให้กระดูกแตกบาดขา จนแผล” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน) (2) “ชอบเล่นแบบปีนป่าย ปีนหน้าต่างที่โรงเรียนบ่อย จนมี อุบัติเหตุบ่อยๆ” (ID 14, ย่าอายุ 56 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 10 เดือน)	3 (21.4%)

4.1.2.4 ระยะเวลาดำเนินโรคหรือการเจ็บป่วยและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น (Course and severity of illness)

พบว่าผู้ดูแลเด็กทุกราย ร้อยละ 100.0 ระบุว่าโรคสมาธิสั้นมีระยะเวลาในการรักษาและรักษาหายเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่วนมากระบุว่าช่วงประมาณวัยรุ่นเมื่อเด็กโตขึ้นจะสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ นอกจากนี้ ร้อยละ 78.6 ระบุว่าการรักษาเริ่มต้นลดความรุนแรงของโรค และร้อยละ 57.1 ระบุว่าถึงความรุนแรงและผลกระทบในอนาคตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษา โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระยะเวลาดำเนินโรคหรือการเจ็บป่วยและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น (n=14)

การรับรู้ระยะเวลา ดำเนินโรค	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
รับรู้ระยะเวลาในการรักษา		
รับรู้ว่ามีระยะเวลา ในการรักษาและ รักษาหายเมื่ออายุ เพิ่มขึ้น	(1) “คิดว่าน่าจะประมาณวัยรุ่นก็น่าจะควบคุมอารมณ์ตัวเองได้แหละ อันที่จริงแม้ว่าเค้าก็ค่อยๆ รู้เรื่องขึ้น ตามอายุของเค้าละ” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 7 ปี 3 เดือน) (2) “มันใจและตั้งใจในการรักษาเพราะรู้ว่าโรคนี้เป็นโรคที่รักษาหาย เมื่อโตขึ้นถ้าเค้าควบคุมตัวเองได้ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อ” (ID 13, มารดาอายุ 35 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 6 ปี 2 เดือน)	14 (100.0%)
รับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง		
รับรู้ถึงความรุนแรง ของโรคจะลดลง หากได้รับการ ช่วยเหลือและรักษา ในระยะเริ่มต้น	(1) “คิดว่าการช่วยเหลือระยะเริ่มต้นได้ผลดี เพราะเรียนรู้ออกจากประสบการณ์จากเด็กคนอื่นที่ไม่ได้รับการรักษาส่งผลกระทบต่อเด็ก เพราะมีเพื่อนบ้านคนหนึ่งคุณครูสังเกตเห็นว่าสมาธิสั้นตั้งแต่อุนบาล แต่พ่อแม่ไม่ยอมรับและไม่ไปรับการรักษา ปล่อยไว้จนเด็กเข้า ป.1 เด็กเรียนไม่ได้ จนเมื่ออาการรุนแรงขึ้นพ่อแม่ค่อยยอมรับและพาไปหาหมอ พอรักษาแล้วก็ดีขึ้น พอครูแนะนำว่าน้องน่าจะสมาธิสั้นแม่ก็เลยรีบพาลูกมาเลย รักษาเร็วน่าจะดีกว่า” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน) (2) “การที่เรารักษาเด็กตั้งแต่เล็กๆ จะปรับพฤติกรรมได้ดีกว่า	11 (78.6%)

การรับรู้ระยะเวลา ดำเนินโรค	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
รับรู้ถึงความรุนแรง และผลกระทบที่ รุนแรงในอนาคต หากไม่ได้รับการ ช่วยเหลือและรักษา	เหมือนโบราณว่าไม้อ่อนดัดง่าย ไม้แก่ดัดยาก” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน) (1) “แม่คิดว่าถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ลูกล่อลวงได้ง่าย อาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตจากการถูกล่อลวงให้ใช้สารเสพติด ได้” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน) (2) “ถ้าไม่รู้ว่าเป็นสมาธิสั้นและไม่ได้กินยาคงจะไม่เข้าใจและ ใช้อารมณ์กับเด็กและถ้าไม่ได้กินยาปานนี้คงตีกันตายแล้ว แกดื้อมาก ดื้อจนยากี่ไม่ไหว จนประสาทจะกินเลยล่ะ” (ID 14, ย่าอายุ 56 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 6 ปี 10 เดือน)	8 (57.4%)

4.1.2.5 วิธีการรักษาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย (Required treatment)

พบว่าผู้ดูแลเด็กทุกคน ร้อยละ 100.0 รับรู้ว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นมี 2 วิธี คือ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็ก โดยการปรับเปลี่ยนการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวและ การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว 2) การรักษาด้วยยา รับรู้ว่าการรักษาด้วยยาทำให้เด็กรู้สึกกว่าเด็ก มีสมาธิเพิ่มมากขึ้นภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาและทุกรายรับรู้ว่าเด็กมีพฤติกรรมดีขึ้นภาพหลังเริ่ม การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การรับรู้วิธีการรักษาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย

การรับรู้	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็ก		
การปรับเปลี่ยนการ อบรมเลี้ยงดูเด็ก ในครอบครัว	(1) “การเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมเด็ก ยาย สังเกตว่า เวลาพ่อดุ ด่า เด็กจะยังมีการต่อต้านและทำให้เด็ก มีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น พ่อจะคุมมากเวลาที่เด็กอยู่ไม่นิ่ง พอยายห้ามเค้าก็ว่าดีสิ่งดีสอน แต่พอยายบอกพ่อเค้าก็ค่อยๆ ลดลงเด็กก็ดีขึ้น ครอบครัวเลยตกลงกันว่าถ้ามีคนหนึ่งดู ต้อง มีคนหนึ่งปลอบเด็กอย่าฮ้ำย(ดู) อย่างเดียว” (ID 04, ยายอายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน)	14 (100.0%)

การรับรู้	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
<p>การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว</p>	<p>(2) “กะคิดว่าการรักษาคือครอบครัวต้องมีการปรับการดูแลกะปรับไปเรื่อย ทั้งฮ้าย (ดู) ทั้งออย (ปลอม) เอาตามสถานการณ์ไป แต่เค้าชอบให้ชมถ้าเราชมเชยนี้จะได้ ตัดสินใจเองเลือกเองจะยิ่งพอใจ เช่น ถ้ามีของเล่นมาเค้าต้องได้เป็นคนแบ่งและจัดสรรให้น้องเองแล้วเรายอมรับการตัดสินใจของเค้าจะอารมณ์ดี” (ID 12, ยายอายุ 51 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 11 เดือน)</p> <p>(1) “การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ให้ช่วยงานง่ายๆ โกลัตัวควบคู่ไปกับงานที่ผู้ปกครองทำเพื่อให้เค้านิ่ง เช่น ครอบครัวมีอาชีพทำบายศรี แม่ให้น้องช่วยเรียงใบตอง ตัดหัวตัดท้ายใบตองช่วยแม่ แม้ว่าเค้านิ่งขึ้นเวลาทำงาน และช่วยงานภายในบ้านบ้างสังเกตว่าเมื่อทำกิจกรรมร่วมกันและน้องนิ่งขึ้น” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน)</p> <p>(2) “การทำกิจกรรมด้วยกันในครอบครัว พาเล่นของเล่นที่เสริมสร้างสมาธิ เช่น การต่อเลโก้ทำให้เด็กนิ่งและเล่นได้นานขึ้น การวาดภาพระบายสีทำให้เด็กนิ่งได้นานขึ้น ก็พาดอนนี้เล่นเสิร์ฟสเก็ต เค้าจะนิ่งระว่างเวลาเล่น และแม่จะพาเค้าทำสมาธิสวดมนต์ก่อนนอน ทำได้บ้างไม่ได้บ้างเป็นบางวันก็ไม่ยอมทำ”(ID 07, มารดา อายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 6 ปี 10 เดือน)</p>	14 (100.0%)
<p>การรักษาด้วยยา</p>	<p>(1) “หลังจากเริ่มรักษาด้วยยาเด็กดีขึ้นมาก ด้านการเรียนดีขึ้น ทำงานที่มอบหมายเสร็จ เช่น การทำการบ้าน เขียนหนังสือเสร็จก็เอามาโชว์เราด้วยความภาคภูมิใจว่า หนูทำเองนะเนี่ย หนูทำเองไม่ได้ลอกใคร” “คุณครูก็บอกว่าน้องทำงานได้ดีขึ้นในห้องก็เรียนได้” “ด้านอารมณ์อารมณ์ด้านโกรธและก้าวร้าวลดลง แต่ก่อนอารมณ์ร้อน โกรธง่ายหลังจากกินยาสมาธิสั้นแล้วดีขึ้นเยอะเล่นกับเพื่อนได้เพื่อนก็อยากเล่นด้วย” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6</p>	14 (100.0%)

การรับรู้	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
	เดือน) (2) “ช่วงเวลาทองในการสอนเด็กของแม่คือ ในช่วงที่ยาออกฤทธิ์เด็กจะนอนได้ง่าย เด็กจะบอกง่ายสอนง่าย” “มั่นใจในการรักษาด้วยยาเพราะจากประสบการณ์ที่ผ่านมามีเพื่อนบ้านที่มีสมาธิสั้นแต่ไม่มารับการรักษา แล้วเด็กมีปัญหาพฤติกรรมมาก” (ID 08, มารดาอายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 8 ปี)	

4.2.3 ทักษะคิดต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น ความเชื่อต่อการรักษา และความคาดหวังต่อผลการรักษาของโรคสมาธิสั้น

4.2.3.1 ทักษะคิดต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น

พบว่าผู้ดูแลเด็กมีทักษะคิดต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยทักษะคิดด้านลบพบว่าร้อยละ 57.1 มีความรู้สึกเสียใจและกังวลที่เด็กไม่นั่งเหมือนเพื่อนกลัวว่าจะเรียนกับเพื่อนไม่ได้ ทักษะคิดด้านบวกพบว่าร้อยละ 42.9 มีความรู้สึกว่ายอมรับได้และไม่มีความกังวลเพราะรู้ว่าสามารถรักษาได้ เนื่องจากมีประสบการณ์จากชุมชนที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น และเข้าสู่กระบวนการรักษาและการเริ่มต้นการรักษาเด็กที่เร็วจะช่วยเด็กได้มากขึ้น โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ทักษะคิดต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น

แนวคิด	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ N (%)
ด้านลบ	(1) “รู้สึกเสียใจ กลัวว่าเด็กทำอะไรไม่ได้เหมือนเพื่อนคนอื่น เรียนไม่ได้เหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน” (ID 06, นางสาว อายุ 22 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 8 ปี) (2) “รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการของเด็ก กลัวไม่มีเพื่อน กลัวเรียนกับเพื่อนไม่ได้” (ID 09, มารดา อายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 8 ปี)	8 (57.1%)
ด้านบวก	(1) “ยอมรับได้เท่าที่สังเกตลูกมาก็คิดว่าน่าจะใช้ แม่ไม่กังวลอะไรเพราะมีเด็กในหมู่บ้านเดียวกันสมาธิสั้นพอมารับการรักษาเด็กก็ดีขึ้นมาก ปัจจัยที่ทำให้แม่ยอมรับได้คือจาก	6 (42.9%)

แนวคิด	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ N (%)
	<p>ประสบการณ์เห็นเพื่อนบ้านมีเด็กสมาธิสั้นและเข้ารับการรักษแล้วเด็กดีขึ้นก็เลยคิดว่าน่าจะเป็นโรคที่รักษาหายได้” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน)</p> <p>(2) “ยอมรับได้เพราะแม่เป็นคนสังเกตเห็นเองว่าน้องไม่นิ่งจากนั้นเปิดใจและพูดคุยกับคุณครูทำให้เริ่มต้นเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล” “เราไม่ต้องกลัวว่าลูกเราเป็นไม่ต้องกลัวคนอื่นว่าเพราะการรักษาเร็วจะเป็นประโยชน์กับเด็กมาก” (ID 08, มารดาอายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 8 ปี)</p>	

2. ความเชื่อต่อการรักษาโรคสมาธิสั้น

พบว่าผู้ดูแลเด็กทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100.0 มีความเชื่อมั่นและพึงพอใจในการรักษาโดยเชื่อมั่นในการรักษาโรคสมาธิสั้นสามารถช่วยให้เด็กหายและดีขึ้นได้ โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความเชื่อต่อการรักษาโรคสมาธิสั้น

การรับรู้	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ N (%)
ความเชื่อมั่นและพึงพอใจในการรักษา	<p>(1) “หลังจากมารักษาคุณครูเล่าว่าเด็กทำงานได้ดีขึ้น ทำกิจกรรมในชั้นเรียนได้เขียนหนังสือได้ดี หากไม่ได้รับการรักษาคิดว่าจะเกิดผลกระทบต่อเด็กในอนาคตโดยคิดว่าการกินยาจะช่วยให้เด็กมีอาการดีขึ้นเพราะหลังจากกินยาสมาธิสั้นมีแต่คนบอกว่าน้องดีขึ้น น้องรู้จักฟังคนอื่นมากขึ้นเมื่อก่อนมีอาการร้ายแต่เริ่มกินยามาเพื่อนน้องก็บอกว่าน้องดีขึ้นใจเย็นลง” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน)</p> <p>(2) “หลังจากที่ลูกกินยารู้สึกว่ามีอาการดีขึ้น ช่วงที่ยาออกฤทธิ์เค้าจะพูดง่าย สอนง่าย เวลากลับจากโรงเรียนมาแม่จะรีบให้เด็กทำการบ้านให้เสร็จก่อน เพราะถ้าปล่อยให้ไปทำอย่างอื่นเด็กจะทำบ้านไม่ได้ แม่คิดว่าช่วงที่ยาออกฤทธิ์น้อง</p>	14 (100.0%)

การรับรู้	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ N (%)
	จะบอกง่าย สอนง่าย” (ID 11, มารดาอายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)	

3. ความคาดหวังต่อผลการรักษาของโรคสมาธิสั้น
พบว่าผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 50.0 คาดหวังว่าการรักษาช่วยลดผลเกิดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และร้อยละ 50.0 คาดหวังว่าโรคสมาธิสั้นสามารถรักษาหาย เมื่อเด็กโตขึ้นเด็กจะมีสมาธิและไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความคาดหวังต่อผลการรักษาของโรคสมาธิสั้น

แนวคิด	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ N(%)
คาดหวังว่าการรักษาช่วยลดผลเกิดผลกระทบจากโรค	(1) “การรักษาทำให้เด็กดีขึ้นมาก และคิดว่าถ้าไม่ได้รับการรักษาคิดว่าในอนาคตเด็กน่าจะมีปัญหา คือ การเข้าสังคม น่าจะมีปัญหาการอยู่ร่วมกับคนอื่นไม่ได้เพราะน้องจะชอบตีเพื่อน น่าจะมีปัญหาการเข้าสังคม เพราะน้องชอบแกล้งเพื่อน อารมณ์ร้อน วีน โวยวาย ต่ำคนอื่น” (ID 03, พี่สาวอายุ 24 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี) (2) “คาดหวังให้ลูกปกติเหมือนเด็กทั่วไป” (ID 07, มารดา อายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 6 ปี 10 เดือน)	7 (50.0%)
คาดหวังว่าสามารถรักษาหาย	(1) “ เด็กสมาธิสั้นไม่ได้เป็นโรคที่รุนแรงอะไร ถ้ามองแล้วก็คิดว่าดีกว่าโรคอื่นๆ เช่น ออทิสติกนะแม่ว่า” (ID 08, มารดาอายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 8 ปี) (2) “แม่คิดว่าเค้าจะหาย เมื่อโตขึ้นถ้าเค้าควบคุมตัวเองได้ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อ” (ID 13, มารดาอายุ 35 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 6 ปี 2 เดือน)	7 (50.0%)

4.1.2.3 ปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล

พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีพฤติกรรมที่เด็กสมาธิสั้นแสดงออกมาและรับรู้ว่าเป็นปัญหา

พฤติกรรมในเด็กที่ควรได้รับการแก้ไขโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มพฤติกรรม ดังนี้

พฤติกรรมชอนอยู่ไม่นิ่ง

ชุกชน ร้อยละ 78.6 เคยมีพฤติกรรมนั่งนิ่งๆ นานไม่ได้ ชอบเล่นปีนป่าย เคลื่อนไหวตลอดเวลา

พฤติกรรมวู่วาม/หุนหันพลันแล่น

โมโหง่าย ร้อยละ 92.9 เคยมีพฤติกรรมโมโหง่าย ใจร้อน งอแง ร้องไห้ง่ายเมื่อไม่ได้ตั้งใจ ควบคุมอารมณ์ไม่ไหวไม่ได้

ก้าวร้าว ร้อยละ 64.3 เคยมีพฤติกรรมตำว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำที่ไม่สุภาพ หรือทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ ทำร้ายเพื่อนและ/หรือพี่น้อง

ขาดการอดทนรอคอย ร้อยละ 64.3 เคยมีพฤติกรรมเล่นตามกติกาหรือต้องรอคิวไม่ได้ ไม่รอคอย มักแทรกคิวคนอื่น

ขาดความระมัดระวัง ร้อยละ 21.4 เคยมีพฤติกรรมเล่นแรง เล่นเสี่ยงอันตราย

พฤติกรรมขาดสมาธิ

สมาธิสั้น ร้อยละ 78.6 เคยมีพฤติกรรมสมาธิสั้น เมื่อให้เด็กที่ต้องใช้สมาธิใดๆ จะไม่ได้ เช่น เมื่อต้องเขียนหนังสือ การทำการบ้านจะไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ

ขาดระเบียบวินัย ร้อยละ 42.9 เคยมีพฤติกรรมไม่เก็บของเล่นหรือของใช้เข้าที่ภายหลังจากใช้งานเสร็จ ไม่เก็บของของตนเอง ไม่ช่วยเหลือและดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง

ขี้ลืม ร้อยละ 35.7 เคยมีพฤติกรรม ลืมง่ายของหายบ่อย ของใช้ส่วนตัวหายบ่อย เช่น ยางลบ ดินสอ ไม้บรรทัด หายบ่อยครั้ง

ขาดความรอบคอบ ร้อยละ 21.4 เคยมีพฤติกรรมไม่สนใจตรวจทานเมื่อต้องเขียนหนังสือ ทำการบ้าน ไม่เคยตรวจคำตอบรายละเอียดของงานที่ทำ

โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพุดตั้งตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล (n=14)

ปัญหาพฤติกรรม	ตัวอย่างคำพุด	ความถี่ (%)
พฤติกรรมชอนอยู่ไม่นิ่ง		
ชุกชน	(1) “วอกแวกอยู่ตลอด เหมือนรถที่สตาร์ทเครื่องอยู่ตลอดเวลา และพร้อมที่จะไปตลอด” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน)	11 (78.6%)
	(2) “ชอนอยู่ไม่นิ่ง ชอบเล่นแบบปีนป่าย ปีนหน้าต่างที่โรงเรียนจนเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ” (ID 14, ย่าอายุ 56 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 6 ปี 10 เดือน)	

ปัญหาพฤติกรรม	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
พฤติกรรมวุ่นวาย/หุนหันพลันแล่น		
โมโหง่าย	(1) “โมโหง่าย ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ มีอยู่วันหนึ่งตาดปิด ประตูบ้านทำให้น้องเข้าบ้านไม่ได้ก็เลยโมโห เตะประตูและตู้กระจกจนบาดเจ็บ” (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน) (2) “โมโหง่ายมาก เอาแต่ใจเมื่อไม่ได้ตั้งใจจะโยนข้าวโยนของในบ้าน” (ID 11, มารดาอายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)	13 (92.9%)
ก้าวร้าว	(1) “ก้าวร้าวต่าคคนอื่นด้วยคำหยาบและทำลายข้าวของ เช่น เวลาเล่นเกมสโนว์โทรัศพ์กับเพื่อนมักจะใช้คำหยาบคายต่อเพื่อน เมื่อถูกขัดใจจะอาละวาด ปาข้าวของ ทบทำลายข้าวของแบบไม่สนใจว่าจะอะไรจะเสียหายเลย” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน) (2) “เด็กเป็นผู้หญิงแต่ทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนบ่อยๆ ชอบตีเพื่อนและตีกับรุ่นพี่บ่อย” (ID 03, พี่สาวอายุ 24 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี)	9 (64.3%)
ขาดการอดทน รอคอย	(1) “ขาดการอดทนรอคอย ถ้าอยากเล่นของเล่นจะแย่งเลยจะรอคอยให้ถึงคิวตัวเองไม่ได้ ทำให้แย่งของเล่นเพื่อนอยู่บ่อยๆ” (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน) (2) “แม่คิดว่าเค้าอดทนรอคอยไม่เป็น เช่น ถ้าเค้าอยากกินขนมก็ต้องได้กินเลยทันที บอกให้รอก่อนจะรอไม่ได้ต้องไปซื้อทันทีไม่จั้นไม่ยอม” (ID 11, มารดาอายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)	5 (35.7%)
ขาดความ ระมัดระวัง	(1) “เด็กชอบเล่นแรง ชุ่มซำม ไม่ระมัดระวัง ตามแขนตามขา มีแต่รอยขีดข่วนที่น้องเป็นเด็กผู้หญิง” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน) (2) “เวลาปั่นจักรยานจะปั่นเร็วไม่ระมัดระวัง ไม่มองซ้ายมองขวาจนไปทั่ว ไม่รู้จักระมัดระวังอุบัติเหตุ” (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน)	3 (21.4%)

ปัญหาพฤติกรรม	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
พฤติกรรมขาดสมาธิ		
สมาธิสั้น	(1) “ไม่มีสมาธิและไม่ชอบทำงานที่ต้องใช้สมาธิ เช่น ให้เขียนหนังสือจะไม่ยอมทำ อยู่นิ่งๆ นานๆ ไม่ได้ เช่น ระบายสีในสมุดวาดภาพจะไม่สำเร็จ (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน) (2) “ไม่มีสมาธิทำงานไม่เสร็จ ไม่อยากเขียนเวลาให้เขียนการบ้านเขียนไม่สวย ไม่อยากแก้ไข ทำไปพอให้งานเสร็จ” (ID 14, ย่าอายุ 56 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 6 ปี 10 เดือน)	11 (78.6%)
ขาดระเบียบวินัย	(1) “ตื่นเข้ามาไม่อาบน้ำเอง ไม่ทำอะไรเอง ต้องคอยบอกซ้ำบ่อยๆ ถึงจะทำเสร็จ” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน) (2) “ไม่มีระเบียบวินัย ไม่เก็บของเล่น เมื่อเล่นเสร็จแล้วไม่เคยเก็บเองเลย” (ID 11, มารดาอายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)	6 (42.9%)
ขี้ลืม	(1) “ลืมเรื่องที่เคยสอน ต้องสอนซ้ำอีกครั้ง ความจำไม่ค่อยดี สอนแป็บเดียวจะลืม เช่น ตัวอักษรเขียนตามได้แต่บอกให้เขียนทีละตัวจำไม่ได้” (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน) (2) “ของใช้ส่วนตัวหายบ่อยมาก ไม่บรรทัด สมุด หนังสือ แม้กระทั่งเสื้อแขนยาวถ้าใส่ไปโรงเรียนไม่เคยได้กลับมา” (ID 14, ย่าอายุ 56 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 6 ปี 10 เดือน)	5 (35.7%)
ขาดความรอบคอบ	(1) “เวลาให้เขียนหนังสือจะเขียนรีบๆ รีบทำลวกๆ พอให้เสร็จ ไม่มีการตรวจทานแก้ไข” (ID 08, มารดาอายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 8 ปี) (2) “เวลาให้ทำการบ้าน ให้บอกเลข คำจะไม่เคยตรวจคำตอบว่าถูกหรือไม่ เมื่อทำแล้วถือว่าเสร็จเลย” (ID 11, มารดาอายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)	3 (21.4%)

4.1.2.4 พฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

พบว่าผู้ดูแลเด็กมีประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กในครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นตามการรับรู้ของครอบครัว ประกอบไปด้วย 2 ประเด็นคือ 1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัว 2) การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็ก (Family-child interaction) ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กโดยการทำกิจกรรมร่วมกันทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นได้

การส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและการช่วยงานบ้านในครอบครัว ร้อยละ 85.7 รับรู้ว่าเด็กสมาธิสั้นมีความสนใจสิ่งรอบตัวเสมอและอยากมีส่วนร่วมตลอดในทุกกิจกรรม ครอบครัวทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กโดยให้เด็กช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัวเอง การช่วยงานบ้านในครอบครัว เช่น การล้างจาน การพับผ้า เก็บของเล่น เป็นต้น

การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ร้อยละ 71.4 รับรู้ว่าเด็กสมาธิสั้นชอบเล่นของเล่นที่พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ครอบครัวทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็ก โดยการเล่นกับเด็กโดยใช้ของเล่นที่หาง่ายๆ ซึ่งกิจกรรมมีความแตกต่างกันไปตามความชอบของเด็ก เช่น การวาดภาพระบายสี การปั้นดินน้ำมัน การต่อเลโก้ ให้เป็นรูปร่างต่างๆ เป็นต้น

การส่งเสริมการฝึกสติและการทำสมาธิ ร้อยละ 57.1 รับรู้ว่าเด็กสมาธิสั้นมักขาดสมาธิ ครอบครัวทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กโดยการฝึกสติและทำสมาธิง่ายๆ ด้วยการสอนให้เด็กตั้งสติโดยการนับ 1-10 ให้เด็กรู้จักตั้งสติเพื่อระงับอารมณ์โกรธให้ลดลงก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป การสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอนเพราะเชื่อว่าจะทำให้เด็กมีสมาธิมากยิ่งขึ้น

การส่งเสริมการออกกำลังกาย ร้อยละ 50.0 รับรู้ว่าเด็กโรคสมาธิสั้นชอบกิจกรรมการเล่นที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายครอบครัวจึงมีการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กโดยการส่งเสริมการออกกำลังกายซึ่งมีหลายวิธีตามความชื่นชอบของเด็ก เช่น การเต้น การเล่นเชิรฟ์สเก็ต การเล่นฟุตบอล การปั่นจักรยาน เป็นต้น

โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก (n=14)

การมีปฏิสัมพันธ์	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
การส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและการช่วยงานบ้านในครอบครัว	(1) “เค้าชอบช่วยล้างจาน เวลาเค้าทำเหมือนเขาจะนั่ง” (ID 06, นางสาว อายุ 22 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 8 ปี) (2) “แม่ให้เค้าทำงานบ้านช่วยแม่ กวาดบ้าน เก็บที่นอน ทำให้มีสมาธิได้ช่วงขณะค่ะ” (ID 10, มารดาอายุ 49 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 2 เดือน)	12 (85.7%)
การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความคิดสร้างสรรค์	(1) “แม่พาเล่นของเล่นที่เสริมสร้างสมาธิ เช่น การต่อเลโก้ทำให้เด็กนั่งและเล่นได้นานขึ้นเพราะต้องต่อจนเสร็จ และการวาดภาพระบายสีทำให้เด็กนั่งได้นานขึ้น” (ID 07, มารดา อายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 6 ปี 10 เดือน) (2) “แม่พาล้องทำกิจกรรม เช่น อ่านหนังสือนิทานให้ฟัง พาอ่านให้เรียนรู้และการจดจำ เช่น ชื่อสีภาษาอังกฤษเด็กจะจำได้ดีขึ้น” (ID 13, มารดาอายุ 35 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 6 ปี 2 เดือน)	10 (71.4%)
การส่งเสริมการฝึกสติและการทำสมาธิ	(1) “ตาจะพยายามพาเด็กสวดมนต์ไหว้พระและทำสมาธิก่อนนอนทุกคืนเด็กก็จะนั่งขึ้น” (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน) (2) “เวลาเด็กโกรธหรือโมโหจะสอนให้เด็กตั้งสติ นับเลข 1-10 ก่อนที่จะแสดงอารมณ์โกรธออกมา ก็ได้ผลนะคะเด็กจะสงบลงไม่อาละวาดทันที” (ID 06, นางสาว อายุ 22 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 8 ปี)	8 (57.1%)
การส่งเสริมการออกกำลังกาย	(1) “ตอนนี้พาล้องเล่นเซิร์ฟสเก็ตน้องก็จะนั่งขึ้นค่ะ สังเกตเห็นว่าเวลาเล่นเค้าจะต้องตั้งใจและระมัดระวังมากขึ้น บางทีก็เดิน cover การเดินทำให้น้องต้องใช้ความจำทำให้จดจำดีขึ้นเค้าจำท่าเดินได้ดี” (ID 03, พี่สาวอายุ 24 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี) (2) “การเตะฟุตบอลทำให้เด็กรู้จักรอคิว และรู้แบ่งปันให้คนอื่นเล่นด้วยและรอคอยเป็น” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน)	7 (50.0%)

2) การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัว (Positive parenting style) พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีการปรับเปลี่ยนวิธีในการอบรมเลี้ยงดูเด็กโดยการปรับเปลี่ยนเกิดจากประสบการณ์ และรับรู้ว่าเป็นเด็กโรคสมาธิสั้นต้องใช้การอบรมเลี้ยงดูเชิงบวกจะได้ผลดีกว่าการดุหรือการลงโทษเด็กโดยการตี วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกจากการวิจัยครั้งนี้มีรายละเอียดดังนี้

การสร้างความผูกพัน ร้อยละ 35.7 มีการแสดงความรักและให้ความใกล้ชิดกับเด็ก โดยการกอด การให้กำลังใจ และร้อยละ 57.1 การใช้เวลาในการเล่นและพูดคุยกับเด็ก

การยอมรับในตัวเด็ก ร้อยละ 57.1 มีการสื่อสารกับเด็กด้วยภาษาที่สุภาพ และขอโทษเด็กหากทำผิด และร้อยละ 57.1 มีการเปิดโอกาสให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก ร้อยละ 71.4 มีการค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลเด็ก อยู่เสมอ และร้อยละ 57.1 มีการเฝ้าระวังปัญหา

การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ร้อยละ 42.8 มีการตักเตือนเมื่อเด็กทำผิดโดยไม่ใช้อารมณ์และแสดงความเห็นใจเด็กและเลี้ยงดูเด็กโดยการมีการใช้เหตุผลกับเด็ก

การสร้างวินัยเชิงบวก ร้อยละ 64.2 มีการกำหนดกฎเกณฑ์กับเด็กในครอบครัว และร้อยละ 57.1 หลีกเลี่ยงการลงโทษเด็กโดยการตี

โดยมีรายละเอียดและตัวอย่างคำพูดดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัว

การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
การสร้างความผูกพัน		
การแสดงความรักและให้ความใกล้ชิดกับเด็ก	(1) “เวลาเค้าไม่โหยจะกอดเพื่อให้เด็กสงบลง แล้วเค้าจะนึ้ยยอมเชื่อฟังสิ่งในสิ่งที่เ้าสอน” (ID 09, มารดา อายุ 42 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 8 ปี) (2) “เวลาที่เค้าไม่นึ้ย เช่น เวลาเขียนหนังสือแม่จะนึ้ยใกล้ๆ เค้าให้กำลังใจและสอนเค้าให้ค่อยๆ เขียนจนเสร็จ” (ID 11, มารดา อายุ 31 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 7 เดือน)	5 (35.7%)
การใช้เวลาในการเล่นและพูดคุยกับเด็ก	(1) “แม่พยายามให้เวลากับน้อง เวลาไปไหนส่วนมากแม่จะเ้าน้องไปด้วยแม่จะค่อยๆ สอนเค้าให้เรียนรู้และปรับตัวตามสถานการณ์จริง” “แม่เล่นกับลูกด้วยกิจกรรมง่ายๆ โดยใช้ของที่หาได้ในบ้าน เช่น วาดภาพระบายสี กรอกดินใส่ขวดแม่คิดว่าทำให้ลูกนึ้ยและทำกิจกรรมจนเสร็จ” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี)	8 (57.1%)

การอบรม เลี้ยงดูเด็กเชิงบวก	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
	<p>ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน</p> <p>(2) “แม่จะเล่นกับลูกเพราะคิดว่าการเล่นกับลูกมีผลดีหลายหลายอย่าง เช่น เล่นขายของ วาดรูปเล่นกัน ผลจากการเล่นกับลูกที่ชัดเจนและทำให้แม่พึงพอใจมากที่สุดคือช่วยลดการใช้โทรศัพท์ของลูกเพราะแม่คิดว่าการเล่นโทรศัพท์มากเกินไปทำให้ลูกสมาธิสั้น” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน)</p>	
การยอมรับในตัวเด็ก		
<p>การสื่อสารกับเด็กด้วยภาษาที่สุภาพและขอโทษเด็กหากทำผิด</p>	<p>(1) “แม่คิดว่าถ้าพูดกับเค้าเพราะๆ พูดกับเค้าดีๆ ชมเชยจะยอมเขียนหนังสือ แม่สังเกตว่าเป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการที่จะทำให้เด็กร่วมมือ” (กรณีศึกษาที่ 1 มารดาผู้ดูแลเด็กเพศหญิง)</p> <p>(2) “เราต้องขอโทษเด็กหากเราทำผิดต่อเด็ก มีครั้งหนึ่งพ่อตีเด็กทั้งที่เด็กไม่ได้ทำผิดเค้าโกรธมาก แต่เมื่อกล่าวขอโทษก็ทำให้อารมณ์โกรธลดลง” (ID 10, มารดาอายุ 49 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 2 เดือน)</p>	8 (57.1%)
<p>การเปิดโอกาสให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</p>	<p>(1) “ให้ทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเองง่ายๆ เช่น พับถุงเท้า เก็บที่นอนเอง เด็กก็จะมีระเบียบวินัยมากขึ้น” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน)</p> <p>(2) “แม่ให้ทำงานบ้านช่วยแม่ เช่น กวาดบ้าน เก็บที่นอน ทำให้นิ่งมีสมาธิได้ชั่วขณะ” (ID 10, มารดาอายุ 49 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 2 เดือน)</p>	8 (57.1%)
การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก		
<p>การค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลเด็กอยู่เสมอ</p>	<p>(1) “เวลาอยากรู้อะไรก็จะหาความรู้จากอินเทอร์เน็ต และหาหนังสือไม่แน่ใจอะไรก็ถามบุคคลากรทางการแพทย์เมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล” (ID 03, พี่สาวอายุ 24 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี)</p> <p>(2) “บางทีถ้าไม่รู้รู้อะไรก็จะถามจากเพื่อนบ้านที่มีลูกสมาธิสั้นเค้ามีประสบการณ์ก็จะแนะนำเราได้ แต่บางทีก็ถามจากคุณครูของลูกเพราะคุณครูมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น” (ID</p>	10 (71.4%)

การอบรม	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
เลี้ยงดูเด็กเชิงบวก		
การเฝ้าระวังปัญหา	02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน (1) “ยายก็จะสอนและคอยห้ามเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาโดยตลอด ว่าเมื่อไปโรงเรียนต้องทำกับเพื่อนดีๆ อย่าแกล้งเพื่อน” (ID 04, ยาย อายุ 62 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชาย อายุ 6 ปี 6 เดือน) (2) “ยายก็พยายามจอบซอมเค้า (เฝ้าระวัง) ถ้าเริ่มเสียงดังแสดงว่าเริ่มจะมีปัญหากับน้องอาจจะตื๋องได้ ยายก็จะพยายามเข้าไปใกล้ๆ เพื่อจะได้แก้ไขและจับแยกจากกันได้ทันเวลา” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน)	3 (21.42%)
การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น		
การตักเตือนเมื่อเด็กทำผิดโดยไม่ใช้อารมณ์และแสดงความเห็นใจเด็ก	(1) “เราต้องพยายามปรับอารมณ์ไม่ให้เป็นไปตามอารมณ์ของเค้า เค้าจะโวยวายมาเราก็ไม่ต้องไปต่อปากต่อคำ ยิ่งถ้าเราหงุดหงิดใส่เค้าอารมณ์เค้าจะรุนแรงขึ้น แต่เราต้องนิ่งแล้วพูดดีๆ กับเค้าและตักเตือนเมื่อเค้าสงบแล้ว” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน) (2) “เวลาเค้าก้าวร้าว ยายก็จะพยายามระงับอารมณ์ก็จะพยายามนิ่งๆ ก่อน เมื่อเค้าสงบลงแล้วค่อยตักเตือนสั่งสอน” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน)	6 (42.8%)
การใช้เหตุผลกับเด็ก	(1) “เราต้องบอกเหตุผลทุกครั้งเวลาที่จะทำอะไรกับเค้า เค้าก็จะยอมทำตามเราถ้าเราบอกเหตุผลเค้าก่อน” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน) (2) “แม่ก็จะสอนให้น้องคิด เช่น เมื่อน้องพูดคำหยาบแม่ก็จะพูดกับน้องว่า แม่คิดว่าคำพูดอย่างนี้เค้าไม่พูดกันแล้วนะ หนูคิดว่าพูดเพราะๆ น่าจะดีกว่ามัยคะลูก?” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน)	6 (42.8%)
การสร้างวินัยเชิงบวก		
การกำหนดกฎเกณฑ์กับเด็กในครอบครัว	(1) “แม่คุยกับลูกและกำหนดกติกาไว้ว่าเมื่อเลิกเรียนมาต้องทำการบ้านให้เสร็จก่อน จึงจะอนุญาตให้ไปเล่นได้ งานที่ครูมอบหมายจากโรงเรียนจึงจะเสร็จ” (ID 01, มารดาอายุ 34 ปี)	9 (64.28%)

การอบรม เลี้ยงดูเด็กเชิงบวก	ตัวอย่างคำพูด	ความถี่ (%)
<p>ผู้ดูแลเด็กเพศหญิงอายุ 8 ปี 6 เดือน</p> <p>(2) “ยายกำหนดกฎเกณฑ์และพยายามให้ทำตามกฎแต่จะไม่บังคับเด็ก เช่น เวลาทำการบ้านถ้าบังคับว่าให้ทำเลยเค้าจะต่อต้านและไม่ยอมทำ แต่ถ้าเรากำหนดกฎเกณฑ์ไว้และยืดหยุ่นเมื่อเค้าพร้อมจะได้ผลกว่า เช่น บางทีเค้าก็จะขอว่าขอเล่นก่อนแล้วจะทำการบ้านนะ หลังจากนั้นเด็กก็จะทำจริงๆ ตามที่ตกลงกันไว้” (ID 05, ยาย อายุ 50 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศหญิง อายุ 7 ปี 9 เดือน)</p> <p>หลีกเลี่ยงการลงโทษเด็กโดยการตี</p> <p>(1) “แม่ว่าวิธีการที่ไม่ได้ผลเลยคือการตีเพราะการตีเกิดผลด้านลบ เมื่อเราตีเด็กจะตอบสนองกลับเราทันที เช่น ถ้าแม่ตีเค้าก็จะตีแม่กลับทันทีและตีแรงด้วยเพราะเด็กกลุ่มนี้จะมีแรงเยอะมาก บางทีเค้าก็ไปทำกับเด็กคนอื่นที่เค้าสามารถตีได้ เช่น เพื่อนที่อ่อนแอกว่าตน หรือน้อง” (ID 02, มารดาอายุ 47 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 3 เดือน)</p> <p>(2) “เมื่อก่อนยังไม่รู้ว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นครอบครัวเคยใช้วิธีลงโทษโดยการตี แต่ยิ่งตีเค้ายิ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวกับเราหนักกว่าเดิม มีอยู่ครั้งหนึ่งพ่อลงโทษเด็กโดยการตีเด็กตอบสนองรุนแรงมาก วิ่งหนีขึ้นบ้านพร้อมตำท้อพ่อแม่ด้วยถ้อยคำหยาบคาย มึงไม่ต้องมายุ่งกับกูอีก จากนั้นโกรธมากจนไม่พูดกับพ่อเกือบสัปดาห์ ครอบครัวก็เลยคุยกันว่าเราต้องปรับวิธีการสอนลูกใหม่โดยจะสอนเมื่อเค้าสงบและเชื่อว่าการตีไม่ได้ผลหยุดพฤติกรรมได้ชั่วขณะเท่านั้น แต่ในระยะยาวเด็กก็ทำผิดเหมือนเดิม” (ID 10, มารดาอายุ 49 ปี ผู้ดูแลเด็กเพศชายอายุ 7 ปี 2 เดือน)</p>	<p>8 (57.1%)</p>	

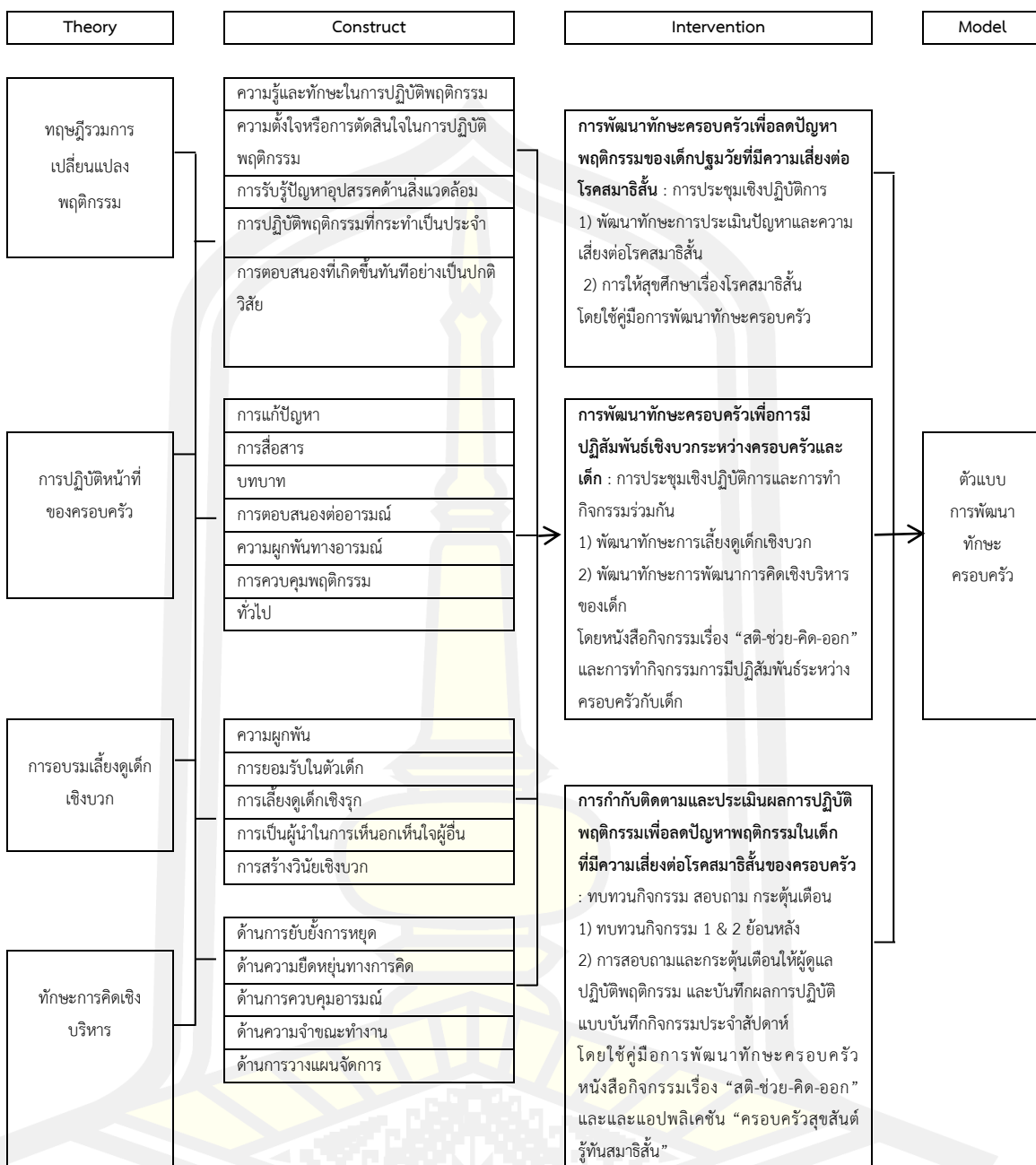
4.2 ผลการวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวและประเมินประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้ผลการวิจัยดังนี้

4.2.1 การพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวและตรวจสอบคุณภาพของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว ได้ผลการวิจัยดังนี้

4.2.1.1 การทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แนวคิดทฤษฎีรวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น เพื่อให้เนื้อหาและขั้นตอนในการดำเนินการมีความเหมาะสมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีสำคัญ คือ 1) ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological theory) ที่อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัยว่าเกิดจากสาเหตุทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งทำให้เด็กมีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดปกติ โดยเฉพาะพฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ชนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น ซึ่งจำเป็นที่ตัวเด็กเองต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลและการพัฒนาสมองเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองเพื่อลดปัญหาพฤติกรรม (Alexandra & Marie-Pascale, 2016) และผู้ดูแลต้องได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Aghebati et al., 2014) เพื่อให้เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นสามารถปรับตัวและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข 2) ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory) ที่ให้มุมมองต่อครอบครัวว่าเป็นหน่วยย่อยที่เปรียบเสมือนจุดศูนย์รวมของอารมณ์ เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว การพัฒนาศักยภาพสมาชิกในครอบครัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวได้ (Haefner, 2014) 3) ทฤษฎีรวมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Unified theory of behavior) เป็นทฤษฎีที่เกิดจากการสังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหลายทฤษฎี เพื่อนำมาหาจุดเชื่อมในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว (Family change agent) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจาก 2 ส่วน คือ ความตั้งใจในการปฏิบัติ (Behavioral intention) และพฤติกรรมปฏิบัติ (Behavior) โดยการวิจัยครั้งนี้กำหนดกรอบแนวคิดทฤษฎีในการพัฒนาตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัว ดังแสดงในภาพที่ 9 ดังนี้

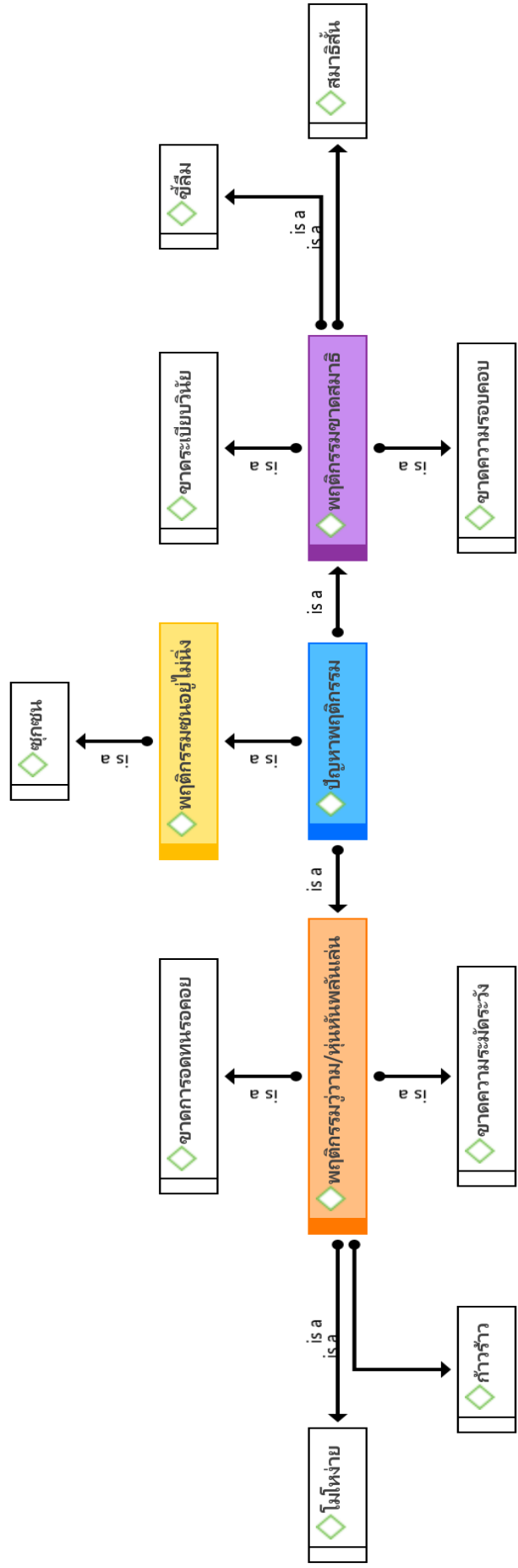


ภาพที่ 8 กรอบแนวคิดทฤษฎีในการพัฒนาตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

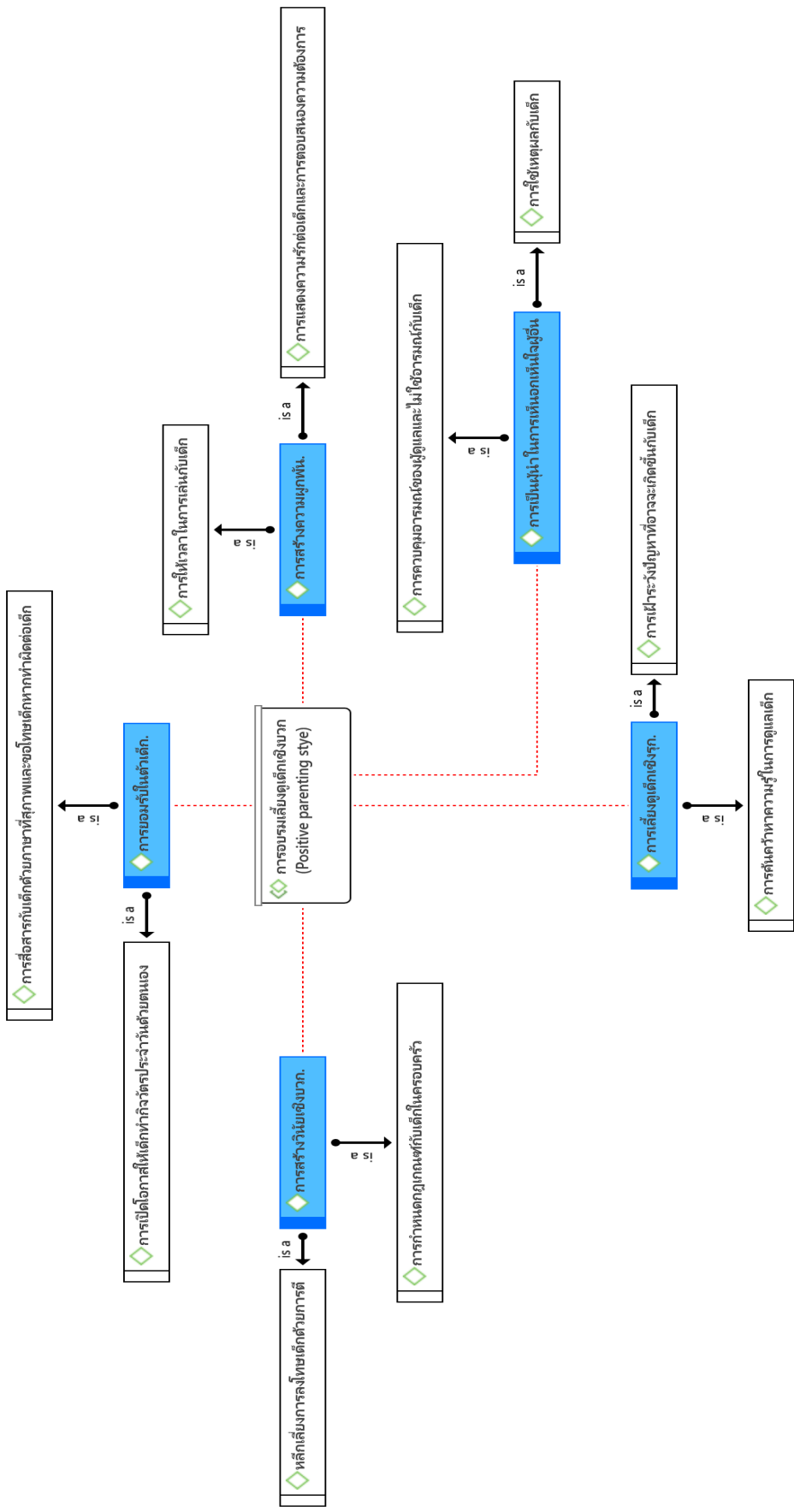
4.2.1.2 การวิเคราะห์ผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาเนื้อหาตัวแบบในการพัฒนา
ทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมี
ประเด็นที่น่าสนใจที่มีความเชื่อมโยงกับการทบทวนวรรณกรรมสามารถนำไปใช้ในการพัฒนา
เครื่องมือการวิจัยระยะที่ 2 คือผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กโดยการมี
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กและการอบรมเลี้ยงดูเด็กซึ่งบวกในครอบครัวช่วยลดการเกิด
ปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นโดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 9-11

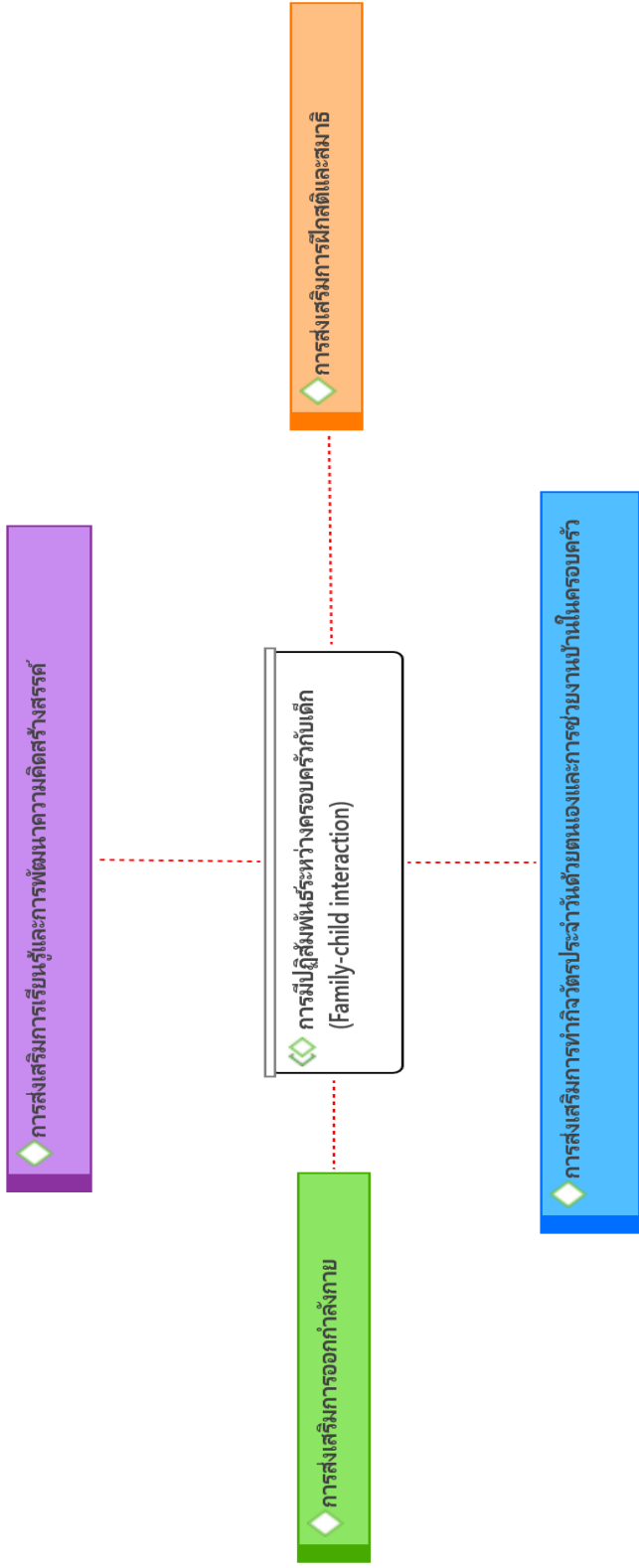




ภาพที่ 9 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นสะท้อนออกมาจากประสบการณ์ของผู้ดูแลจากกรameworkที่ข้อมูลเชิงคุณภาพได้ใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22



ภาพที่ 10 การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัวจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ โดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22



ภาพที่ 11 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัวจากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพโดยใช้โปรแกรม ATLAS.ti 22

4.2.1.4 การกำหนดแผนการดำเนินการรายละเอียดตัวแบบการพัฒนาทักษะ

ครอบครัว

ผลการกำหนดแผนการดำเนินการรายละเอียดตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว รายละเอียดในส่วนของเนื้อหามุ่งเน้นการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ผ่านการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในระบบนิเวศและหน่วยย่อยที่เล็กที่สุดและใกล้ชิดกับเด็กปฐมวัยมากที่สุดด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็ก จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กปฐมวัยที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นปัญหาสมาธิสั้นในระยะเริ่มต้นได้ผ่านตัวแบบซึ่งประกอบไปด้วย 3 กิจกรรมคือ 1) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น 2) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครอบครัวและเด็ก 3) การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดในแผนการดำเนินการ (รายละเอียดดังแสดงใน ภาคผนวก ง และตารางที่ 14) โดยสรุปมีรายละเอียดดังนี้

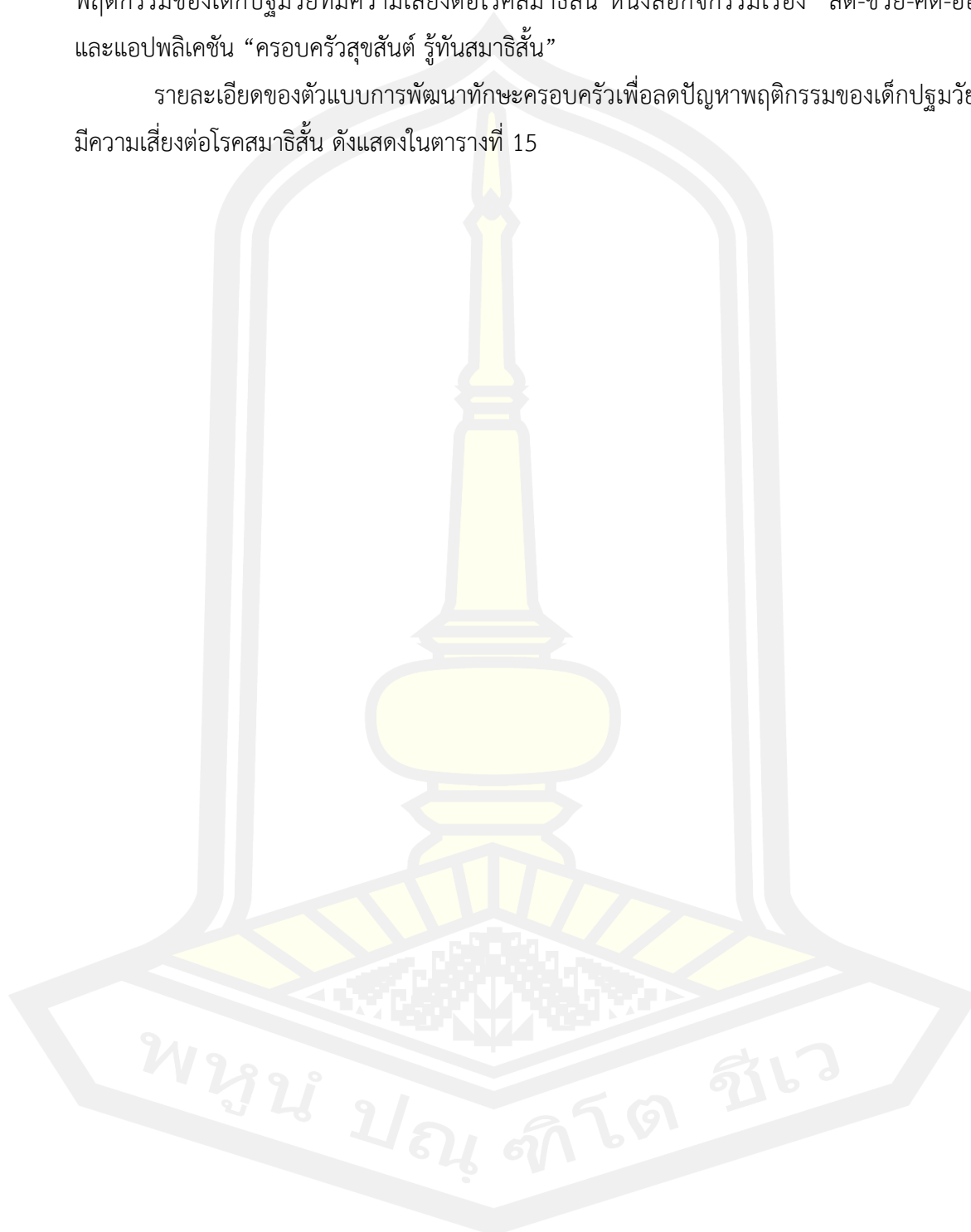
1. การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ 1) พัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 3-5 ปี 11 เดือน 29 วัน ระยะเวลา 90 นาที 2) การให้สุขศึกษาเรื่องโรคสมาธิสั้น โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว 2) การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ระยะเวลา 30 นาที รวมทั้งสิ้น 120 นาที โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

2. การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครอบครัวและเด็ก โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการและใช้หนังสือกิจกรรม 1) พัฒนาทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก 2) พัฒนาทักษะการพัฒนาการคิดเชิงบริหารของเด็ก โดยประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) ขวดแห่งสติ 2) คนเก่ง...ช่วยเหลือตัวเองได้ 3) คิดดูซิ...คืออะไร 4) ออกกำลังกายกันก้าวทันสี ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 30-45 นาที/กิจกรรม โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 4 กิจกรรม/สัปดาห์ โดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ โดยใช้หนังสือกิจกรรมเรื่อง “สติ-ช่วย-คิด-ออก” และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็ก

3. การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของครอบครัว เป็นการทบทวนกิจกรรม สอบถาม และกระตุ้นเตือน การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นและการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครอบครัว 1) ทบทวนกิจกรรมข้อที่ 1 และ 2 ย้อนหลัง 2) การสอบถามและกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมและบันทึกผลการปฏิบัติ

โดยใช้ในรูปแบบบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์ โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น หนังสือกิจกรรมเรื่อง “สติ-ช่วย-คิด-ออก และแอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น”

รายละเอียดของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ดังแสดงในตารางที่ 15



ตารางที่ 15 รายละเอียดของตัวแบบการการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

ลำดับ	เครื่องมือ	ภาพปก	รายละเอียด
1	คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น		
2	หนังสือกิจกรรมเรื่อง “สติ-ช่วย-คิด-ออก” กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัว		
3	แอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น”		

4.2.1.4 การตรวจสอบคุณภาพของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัวที่พัฒนาขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงตามข้อเสนอ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและโรคสมาธิสั้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าตรงความตรงเท่ากับ 0.93

4.2.2 ประสิทธิภาพของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

ผลการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

4.2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว 15 คู่ และกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 15 คู่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนของผู้ดูแลหลัก พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษาและอนุปริญญา ร้อยละ 26.7 กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรสของบิดามารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.7 ความสัมพันธ์กับเด็กของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 66.7 รายได้ของครอบครัวกลุ่มทดลองมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือนและ 10,000-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 33.3 และลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.0 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.3 ตามลำดับ ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของเด็ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.0 มีประวัติตั้งครุฑและการคลอด คลอดครบกำหนด ร้อยละ 100.0 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ร้อยละ 93.3 และระยะเวลาในการใช้เครื่องมือสื่อสารได้แก่โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน/ไอแพด/แท็บเล็ตของกลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.3 ส่วนระยะเวลาที่ใช้เครื่องมือสื่อสารของกลุ่มทดลองน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน และ 3-4 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 30.8 กลุ่มควบคุม 1-2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 41.7 การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก						
เพศ					0.68 ^b	0.409
ชาย	5	33.3	3	20.0		
หญิง	10	66.7	12	80.0		
ระดับการศึกษา					4.54 ^b	0.202
ประถมศึกษา	4	26.7	4	26.7		
มัธยมศึกษา	3	20.0	8	53.3		
อนุปริญญา	4	26.7	1	6.7		
ปริญญาตรี	4	26.7	2	13.3		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา					3.31 ^b	0.166
สมรสอยู่ด้วยกัน	10	66.7	1	6.7		
สมรสแยกกันอยู่	1	6.7	4	26.7		
หย่าร้าง/หม้าย	4	26.6	1	6.7		
ความสัมพันธ์กับเด็ก					0.00 ^b	1.00
บิดา/มารดา	10	66.7	10	66.7		
ปู่ย่า/ตายาย	5	33.3	5	33.3		
อื่นๆ						
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)					1.33 ^b	0.649
น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน	8	53.30	5	33.30		
10,000-20,000 บาท	4	26.70	5	33.30		
20,001 บาท ขึ้นไป	3	20.0	5	33.3		
ลักษณะของครอบครัว					0.24 ^b	0.885
ครอบครัวเดี่ยว	2	13.3	3	20.0		
ครอบครัวขยาย	12	80.0	11	73.3		
ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว	1	6.7	1	6.7		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น						
เพศ					0.00 ^b	1.00
ชาย	12	80.0	12	80.0		
หญิง	3	20.0	3	20.0		
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต					0.00 ^b	1.00
ไม่มี	14	93.3	14	93.0		
มี	1	6.7	1	6.7		
การใช้เครื่องมือสื่อสาร*					0.24 ^b	0.624
ไม่ใช้	2	13.3	4	26.7		
ใช้	13	86.7	11	73.3		
ระยะเวลาที่ใช้ เฉลี่ยชั่วโมง/วัน					2.28 ^b	0.63
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน	4	30.8	2	16.7		
1-2 ชั่วโมง/วัน	2	15.4	5	41.7		
3-4 ชั่วโมง/วัน	4	30.8	3	25.0		
5 ชั่วโมงขึ้นไป	3	23.1	2	16.7		

^a Chi-Square test, ^b Fisher's Exact test,

* เครื่องมือสื่อสาร ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน/ไอแพด/แท็บเล็ต

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนของอายุ พบว่า ผู้ดูแลของกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.06 ปี (SD = 11.18) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 38.93 ปี (SD = 13.84) เด็กกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 5.23 ปี (SD = 0.81) และกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 4.87 ปี (SD = 0.63) การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติที่อิสระ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าอายุของของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบอายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

อายุ	ก่อนได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว		t	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)		
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
อายุของผู้ดูแล	39.06 (11.18)	38.93 (13.84)	00.29	0.977
อายุของเด็ก	5.23 (0.81)	4.87 (0.63)	1.34	0.189

t-test for independent sample, *p < 0.05

4.2.2 ปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง สรุปได้ดังนี้

3.2.2.1 ปัญหาพฤติกรรม กลุ่มทดลองพบว่าปัญหาพฤติกรรมที่ทำบ่อยมากเป็นลำดับแรก คือต้องคุมเรียกกระตุ้นเพื่อให้งานเสร็จและไม่รอบคอบไม่สนใจรายละเอียด คิดเป็นร้อยละ 60.0 กลุ่มควบคุม พบว่าพฤติกรรมที่เด็กทำบ่อยมากเป็นลำดับแรก ทำอะไรได้แป็บเดียวก็เลิกทำ คิดเป็นร้อยละ 53.3 เมื่อพิจารณาปัญหาพฤติกรรมโดยรวมพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงต่อการเป็นสมาธิสั้นเท่ากัน คือเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 53.3 และอาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นเล็กน้อย ร้อยละ 46.7 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 18, 19

3.2.2.2 ทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีทักษะการคิดเชิงบริหารที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด คือโดยรวมแล้วเด็กอารมณ์ดี ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กในภาพรวมพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีทักษะการคิดเชิงบริหารในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 20, 21

3.2.2.3 พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอมากที่สุดลำดับแรก คือการสัมผัสโอบกอดและปลอบโยนเด็ก ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 86.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมระดับมาก ร้อยละ 86.7 และ 53.3 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 22, 23

3.2.2.4 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มทดลองพบว่าการปฏิบัติที่ตรงกับครอบครัวมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ และครอบครัวของไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค คิดเป็นร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุมพบว่าการปฏิบัติที่ตรงกับครอบครัวมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือครอบครัวของท่านรักใคร่ปรองดองกันดี และในยามวิกฤตในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรับรู้ว่าการครอบครัวของตนทำหน้าที่ได้ดีพอควร ร้อยละ 100.00 และ 86.70 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 24, 25



ตารางที่ 18 เปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรมรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=15) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มควบคุม (n=15) จำนวน (ร้อยละ)			
	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	ค่อนข้าง บ่อย	ไม่ เคยทำ	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	ค่อนข้าง บ่อย	ไม่ เคยทำ
1. ชนมาก ชอบเป็นปาย มุดคลาน	7 (46.7)	5 (33.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	6 (40.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	-
2. เล่นโดยไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย	6 (40.0)	5 (33.3)	4 (26.7)	-	5 (33.3)	6 (40.0)	3 (20.0)	-
3. ชอบแหย่ ชอบแกล้ง หรือรบกวนคนอื่น	4 (26.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	3 (20.0)	-	4 (26.7)	9 (60.0)	2 (13.3)
4. อยู่เมื่องงขบถุ้ย แคะ แกะ เกา เขย่าขา	8 (53.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	7 (46.7)	5 (33.3)	2 (13.3)
5. มือไขว่คว้าจะหยิบจะจับอะไรก็ทำเลย ห้ามทำ	8 (53.3)	5 (33.3)	2 (13.3)	-	3 (20.0)	7 (46.7)	5 (33.3)	-
6. เล่นรุนแรง เล่นแฉ่งๆ หรือเล่นเสียง อันตรายน	3 (20.0)	5 (33.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	6 (40.0)	8 (53.3)	1 (6.7)
7. เล่นเสียงดัง	4 (26.7)	5 (33.3)	6 (40.0)	-	2 (13.3)	9 (60.0)	4 (26.7)	-

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=15) จำนวน (ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม (n=15) จำนวน (ร้อยละ)					
	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	น้อย บ้างพอ	ไม่ เคยทำ	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	น้อย บ้างพอ	ไม่ เคยทำ
8. พุดมากจนน่ารำคาญ	5 (33.3)	2 (13.3)	6 (40.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	3 (20.0)	6 (40.0)	4 (26.7)
9. งอแง หงุดหงิดง่าย	3 (20.0)	9 (60.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	7 (46.7)	5 (33.3)	2 (13.0)
10. ซุ่มซ่าม ไม่ระมัดระวัง	-	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	5 (33.3)	6 (40.0)	2 (13.3)
11. รื้อ ดึง กระแทกของเล่นจนเสียหาย	5 (33.3)	7 (46.7)	3 (20.0)	-	5 (33.3)	7 (46.7)	2 (13.3)	1 (6.7)
12. เจ็บตัวจากความชน อยู่ไม่สุขของตัวเอง	3 (20.0)	2 (13.3)	7 (46.7)	3 (20.0)	3 (20.0)	2 (13.3)	7 (46.7)	3 (20.0)
13. เล่นกับเด็กอื่นแล้วทำให้อ้วแตก	1 (6.7)	4 (26.7)	3 (20.0)	7 (46.7)	-	3 (20.0)	6 (40.0)	6 (40.0)
14. แผลงตุที่รุนแรงเมื่อถูกขี้ตี่ใจ	3 (20.0)	5 (33.3)	5 (33.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	7 (46.7)	5 (33.3)	1 (6.7)
15. เผลอแป็บเดียว ก่อเรื่องอีกแล้ว (เช่น ทำของเสียหาย)	1 (6.7)	4 (26.7)	7 (46.7)	3 (20.0)	3 (20.0)	2 (13.3)	8 (53.3)	2 (13.3)

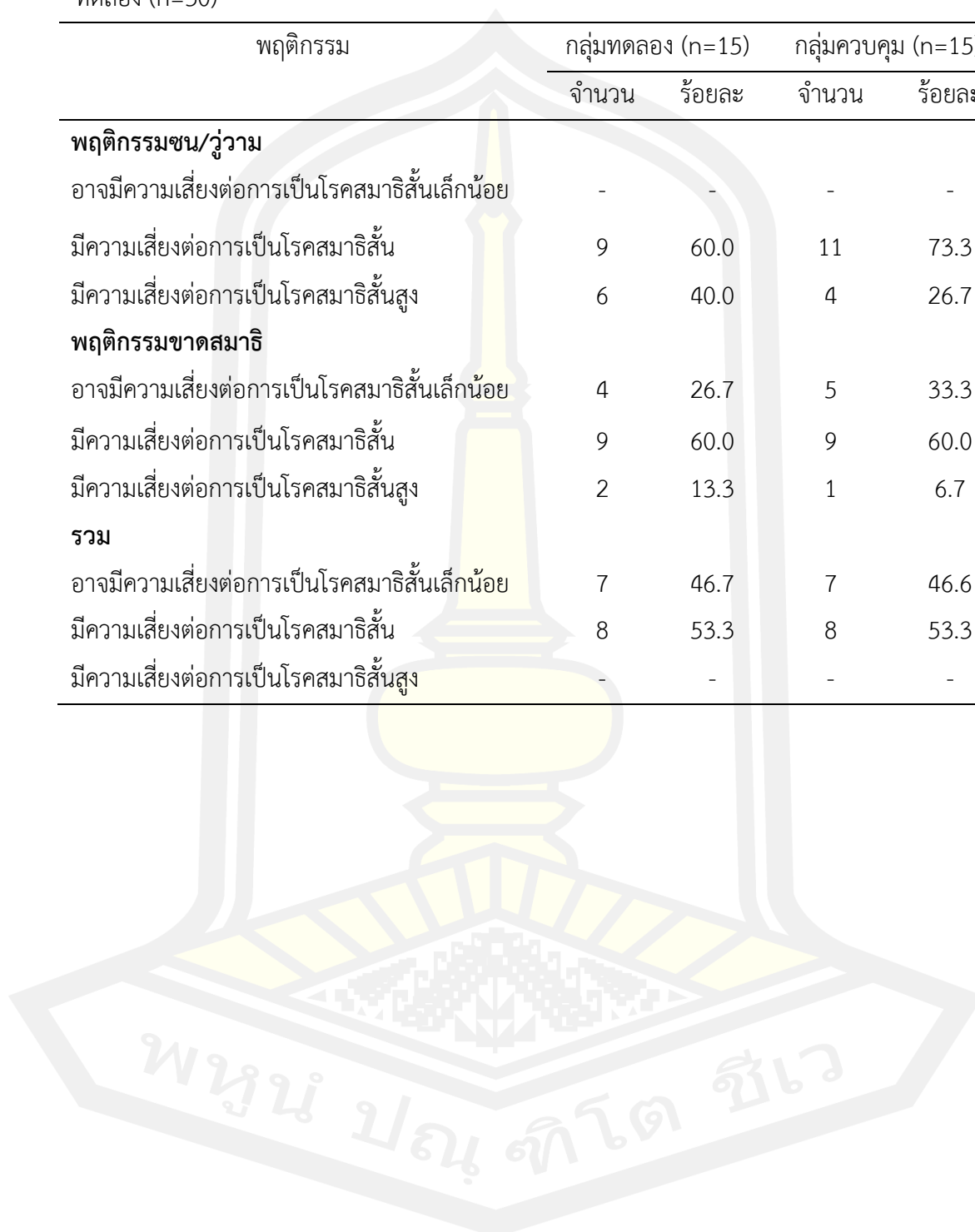
ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n=15) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มควบคุม (n=15) จำนวน (ร้อยละ)			
	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	ค่อนข้างบ่อย	ไม่ เคยทำ	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	ค่อนข้างบ่อย	ไม่ เคยทำ
16. สอนยากสอนเป็น สอนอะไรไม่ค่อยจำ	5 (33.3)	7 (46.7)	- (0.0)	3 (20.0)	4 (26.7)	4 (26.7)	7 (46.7)	- (0.0)
17. ฟังอะไรได้แค่ประเด็นเดียวก็หมดความสนใจ	7 (46.7)	8 (53.3)	- (0.0)	- (0.0)	4 (26.7)	8 (53.3)	2 (13.3)	1 (6.7)
18. อะไรก็ดูยาก ยืดเยื้อ เช่น (แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว กินข้าว)	6 (40.0)	5 (33.3)	3 (20.0)	1 (6.7)	3 (20.0)	5 (33.3)	5 (33.3)	2 (13.3)
19. เหม่อ ใจลอย	1 (6.7)	1 (6.7)	5 (33.3)	8 (53.3)	- (0.0)	- (0.0)	6 (40.0)	9 (60.0)
20. สนใจอะไรไม่นาน (ยกเว้นสิ่งที่ชอบ)	8 (53.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	7 (46.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	- (0.0)
21. อึดออด ต่อรอง สีลาเยอะเวลาบอกให้ทำอะไร	8 (53.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	- (0.0)	2 (13.3)	4 (26.7)	8 (53.3)	1 (6.7)
22. ต้องคุม เรียก กระตุ้น เพื่อให้งานเสร็จ	9 (60.0)	5 (33.3)	- (0.0)	1 (6.7)	7 (46.7)	5 (33.3)	3 (20.0)	- (0.0)
23. วอกแวก เปลี่ยนความสนใจง่าย	7 (46.7)	6 (40.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	5 (33.3)	9 (60.0)	- (0.0)	1 (6.7)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n=15) จำนวน (ร้อยละ)			กลุ่มควบคุม (n=15) จำนวน (ร้อยละ)				
	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	ค่อนข้างบ่อย	ไม่ เคยทำ	ทำ บ่อยมาก	นานๆ ทำที่	ค่อนข้างบ่อย	ไม่ เคยทำ
24. ไม่รอบคอบ ไม่สนใจรายละเอียด	9 (60.0)	6 (40.0)	-	-	8 (53.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	1 (6.7)
25. ไม่เก็บ หรือทำของใช้ส่วนตัวหาย	1 (6.7)	10 (66.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	5 (33.3)	6 (40.0)	3 (20.0)	1 (6.7)
26. สวมกัสน	5 (33.3)	8 (53.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	3 (20.0)
27. สนใจสิ่งรอบตัวหลายอย่างพร้อมกัน	5 (33.3)	9 (60.0)	1 (6.7)	-	2 (13.3)	11 (73.3)	1 (6.7)	1 (6.7)
28. เล่นแต่ละอย่างได้ไม่นาน เปลี่ยนของเล่น ไปเรื่อยๆ (ยกเว้นสิ่งที่ชอบ)	5 (33.3)	8 (53.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	5 (33.3)	8 (53.3)	2 (13.3)	-
29. ทำอะไรได้แป๊บเดียวก็เลิกทำ (ยกเว้น ทำสิ่งที่ชอบ)	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-
30. เวลาจะให้ทำอะไรต้องเรียกแล้วเรียก อีก เหมือนไม่สนใจ	7 (46.7)	7 (46.7)	1 (6.7)	-	7 (46.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	-

*p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, *** p ≤ 0.001

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบของปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมชน/ผู้วาม				
อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นเล็กน้อย	-	-	-	-
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น	9	60.0	11	73.3
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นสูง	6	40.0	4	26.7
พฤติกรรมขาดสมาธิ				
อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นเล็กน้อย	4	26.7	5	33.3
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น	9	60.0	9	60.0
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นสูง	2	13.3	1	6.7
รวม				
อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นเล็กน้อย	7	46.7	7	46.6
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น	8	53.3	8	53.3
มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นสูง	-	-	-	-



ตารางที่ 20 เปรียบเทียบทัศนคติเชิงบริหารรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

	กลุ่มทดลอง (n=15)					กลุ่มควบคุม (n=15)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการยับยั้ง										
1. เด็กสามารถอดทนรอให้คนอื่นพูดจบก่อนได้โดยไม่พูดแทรก	2 (13.3)	4 (26.7)	6 (40.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	5 (33.3)	3 (20.0)	4 (26.7)
2. เมื่อเด็กอยากทำสิ่งใดก็มักจะทำทันทีโดยไม่คิดให้เสียก่อน	2 (13.3)	3 (20.0)	4 (26.7)	5 (33.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	8 (53.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	-
3. เด็กสามารถจดจำกับงานได้จนสำเร็จโดยไม่ออกแวก	3 (20.0)	2 (13.3)	6 (40.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	3 (20.0)	6 (40.0)	5 (33.3)	-
4. เด็กสามารถนั่งทำกิจกรรมอยู่กับที่ได้ตามเวลาที่กำหนดได้	2 (13.3)	2 (13.3)	6 (40.0)	3 (20.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	2 (13.3)	7 (46.7)	4 (26.7)	1 (6.7)
5. เด็กรู้จักคิดก่อนลงมือทำ และคิดถึงผลเสียที่จะตามมาได้	2 (13.3)	2 (13.3)	4 (26.7)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	10 (66.7)	2 (13.3)
ด้านความจำขณะทำงาน										
6. เมื่อมอบหมายให้เด็กทำงานมากกว่า 1 อย่างเด็กจะจำได้เพียงคำสั่งแรก หรือคำสั่งสุดท้ายเท่านั้น	1 (6.7)	1 (6.7)	4 (26.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	5 (33.3)	4 (26.7)	2 (13.3)

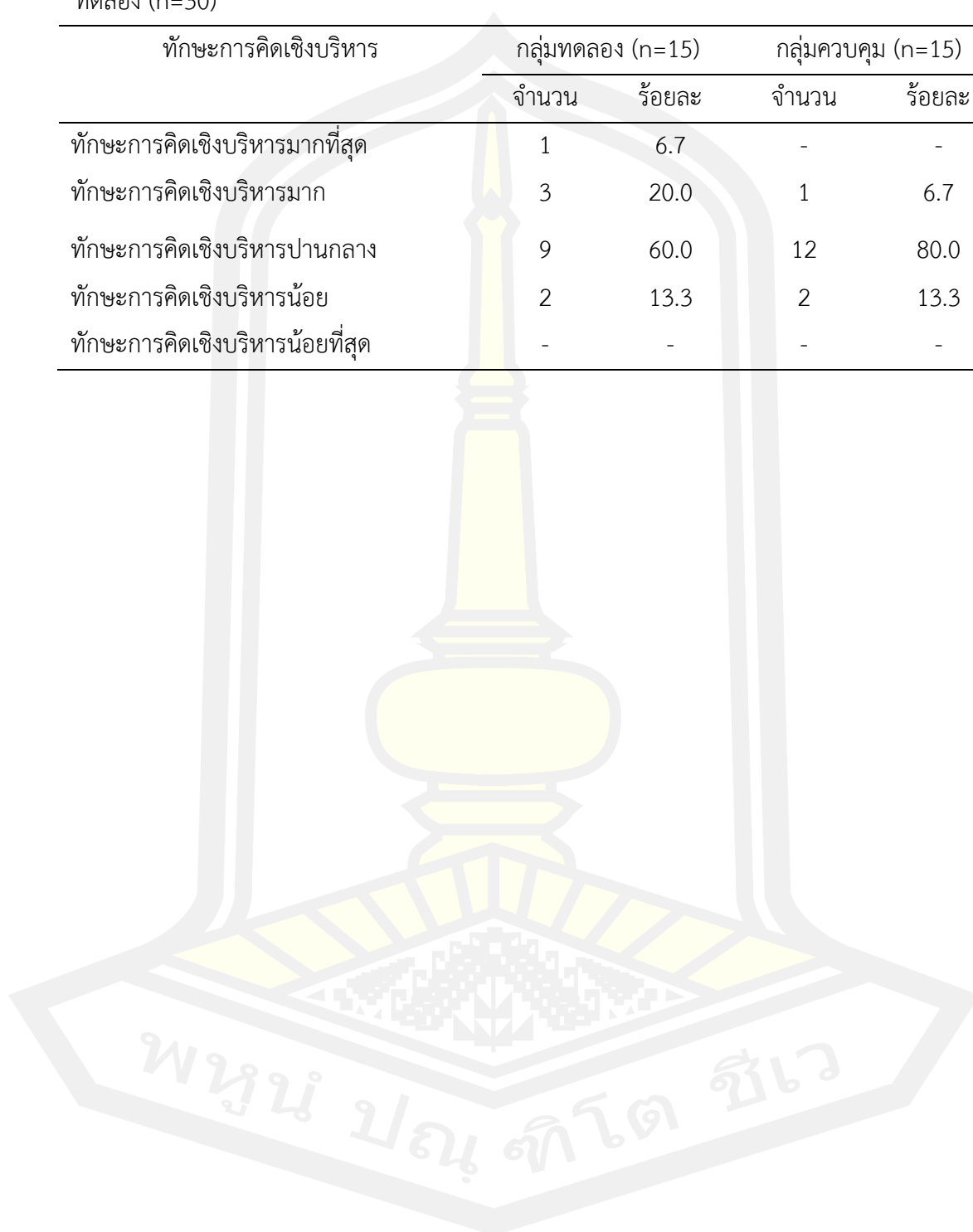
พฤติกรรมของเด็ก	กลุ่มทดลอง (n=15)					กลุ่มควบคุม (n=15)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. เด็กสามารถจำสิ่งที่ผู้สอนมาปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้	5 (33.3)	2 (13.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	3 (20.0)	7 (46.7)	2 (13.3)
8. เด็กมักทำผิดในเรื่องเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ที่เคย ได้รับการสอนไปแล้ว	1 (6.7)	2 (13.3)	5 (33.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	5 (33.3)	3 (20.0)	3 (20.0)	2 (13.3)
9. เด็กชอบเล่นเกมที่ต้องใช้ความจำได้ดี เช่น เกมจับคู่รูปภาพ เกมจดจำคำสั่ง	5 (33.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	7 (46.7)	3 (20.0)
10. เด็กสามารถจดจำสิ่งที่เคยสอนไปแล้วได้	6 (40.0)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	3 (20.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	5 (33.3)	1 (6.7)
ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด										
11. เมื่อท่านได้เตี้ยายที่นั่ง จากที่เล่นเดิม เด็กสามารถย้ายได้โดยไม่มีติดกับที่เดิม	7 (46.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	-	2 (13.3)	7 (46.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	-
12. เด็กสามารถปรับตัวให้เข้ากับกฎกติกา ใหม่ ๆ ได้โดยไม่มีเหตุหงุดหงิด	3 (20.0)	8 (53.3)	3 (20.0)	1 (6.7)	-	1 (6.7)	3 (20.0)	7 (46.7)	4 (26.7)	-
13. เมื่อเจอปัญหา เด็กสามารถถึยคิดหยุน หาทางออกใหม่ ๆ ได้	2 (13.3)	8 (53.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	2 (13.3)	5 (33.3)	6 (40.0)	1 (6.7)

พฤติกรรมของเด็ก	กลุ่มทดลอง (n=15)					กลุ่มควบคุม (n=15)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14. เมื่อของเล่นที่ขอยหาย หรือพัง เด็กสามารถคิดพลิกแพลงหาสิ่งอื่นมาเล่นทดแทนได้	4 (26.7)	6 (40.0)	5 (33.3)	-	4 (26.7)	4 (26.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	1 (6.7)	1 (6.7)
15. เด็กมักมีปัญหาเมื่อมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เคยทำมาให้แตกต่างไปจากเดิม	1 (6.7)	4 (26.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	-	4 (26.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	4 (26.7)	2 (13.3)
ด้านการควบคุมอารมณ์										
16. เด็กสามารถควบคุมความโกรธได้โดยไม่ใช้ความรุนแรง	5 (33.3)	2 (13.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	9 (60.0)	2 (13.3)	3 (20.0)	3 (20.0)	1 (6.7)
17. เมื่อเด็กมีพิศหวังเสียใจ ใช้เวลาไม่นานก็กลับคืนสู่อารมณ์ปกติได้	6 (40.0)	5 (33.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	-	3 (20.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	1 (6.7)	2 (13.3)
18. โดยรวมแล้วเด็กเป็นคนอารมณ์ดี	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	-	2 (13.3)	6 (40.0)	2 (13.3)	-	-
19. เด็กสามารถบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ว่ารู้สึกอย่างไร	5 (33.3)	6 (40.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	-	4 (26.7)	4 (26.7)	4 (26.7)	4 (26.7)	1 (6.7)
20. เด็กมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามสิ่งที่เข้ามากระตุ้น	-	5 (33.3)	6 (40.0)	3 (20.0)	1 (6.7)	3 (20.0)	9 (60.0)	3 (20.0)	2 (13.3)	1 (6.7)

พฤติกรรมของเด็ก	กลุ่มทดลอง (n=15)					กลุ่มควบคุม (n=15)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ										
21. เด็กสามารถเริ่มต้นลงมือทำงานด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องมีคนบอก	4 (26.7)	3 (20.0)	4 (26.7)	4 (26.7)	-	1 (6.7)	3 (20.0)	4 (26.7)	7 (46.7)	-
22. เด็กรู้จักวางแผนการทำงานที่ตนเองมอบหมายได้	3 (20.0)	2 (13.3)	7 (46.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	-	5 (33.3)	6 (40.0)	3 (20.0)
23. เด็กสามารถทำงานเป็นขั้นตอนได้ เช่น ถอดรองเท้านำไปวางไว้เป็นที่	7 (46.7)	4 (26.7)	3 (20.0)	-	1 (6.7)	3 (20.0)	5 (33.3)	3 (20.0)	2 (13.3)	2 (13.3)
24. เด็กไม่จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ เช่น ไปเล่นก่อนแล้วค่อยทำงานที่มอบหมายมาจากโรงเรียนทำให้ทำงานไม่เสร็จทันเวลา	2 (13.3)	3 (20.0)	4 (26.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	8 (53.3)	3 (20.0)	2 (13.3)
25. เด็กรู้จักวางแผนจัดการกระเป๋าไปโรงเรียนเองได้	6 (40.0)	3 (20.0)	6 (40.0)	-	-	2 (13.3)	-	1 (6.7)	8 (53.3)	4 (26.7)

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทักษะการคิดเชิงบริหารโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

ทักษะการคิดเชิงบริหาร	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการคิดเชิงบริหารมากที่สุด	1	6.7	-	-
ทักษะการคิดเชิงบริหารมาก	3	20.0	1	6.7
ทักษะการคิดเชิงบริหารปานกลาง	9	60.0	12	80.0
ทักษะการคิดเชิงบริหารน้อย	2	13.3	2	13.3
ทักษะการคิดเชิงบริหารน้อยที่สุด	-	-	-	-



ตารางที่ 22 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)					
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	นานๆ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	นานๆ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ
พฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก										
ด้านความผูกพัน										
1. ทำนสัมพันธ์ โอบกอด และปลอบโยนเด็ก	8 (53.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	13 (86.7)	2 (13.3)	-	-	-	-
2. ทำนตอบสนองต่ออารมณ์ เช่น หิว ง่วง และความต้องการของเด็ก เช่น ดูแลที่ได้รับ	6 (40.0)	6 (40.0)	1 (6.7)	2 (13.3)	8 (53.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	-	-
3. ทำนอาหารโดยไมรอให้เด็กหิวจัด	2 (13.3)	11 (73.3)	-	2 (13.3)	8 (53.3)	3 (20.0)	3 (20.0)	1 (6.7)	-	-
ด้านการยอมรับในตัวเด็ก										
4. ทำนสื่อสารกับเด็กด้วยภาษาพูดที่สภาพ	5 (33.3)	6 (40.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	7 (46.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	-	-	-
5. ทำนรับฟังความคิดเห็นของเด็กโดยเปิดโอกาสให้สื่อสารบอกความต้องการ เช่น ในขณะที่กำลังทำงานแล้ว เด็กต้องการทำ	3 (20.0)	8 (53.3)	3 (20.0)	1 (6.7)	5 (33.3)	8 (53.3)	2 (13.3)	-	-	-

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)			กลุ่มควบคุม (n=15)		
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง
ท่านหยุดทำงานที่อยู่ตรงหน้าหันไปสบตากับเด็กอย่างใส่ใจ	4 (28.7)	8 (53.3)	1 (6.7)	7 (46.7)	5 (33.3)	3 (20.0)
6. ท่านเปิดโอกาสให้เด็กพึ่งพาตนเองโดยทดลองทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหารเอง เข้าห้องนำเอง แต่งตัวเอง พร้อมกล่าวคำชมเมื่อเด็กสามารถทำได้ หรือมีพัฒนาการดีขึ้น	1 (6.7)	9 (60.0)	4 (26.7)	2 (13.3)	7 (46.7)	3 (20.0)
ด้านการเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก						
7. ท่านค้นคว้าความรู้ในการดูแลเด็ก	1 (6.7)	9 (60.0)	4 (26.7)	2 (13.3)	7 (46.7)	3 (20.0)
8. ท่านเฝ้าระวังและแนะนำเด็กตอนเด็กเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและอันตรายต่อเด็ก	2 (13.3)	8 (53.3)	3 (20.0)	8 (53.3)	4 (26.7)	2 (13.3)
9. ท่านมีการวางแผนในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กพร้อมกับพยายามทำข้อดีเพื่อชื่นชมเด็กบ่อยๆ	4 (26.7)	6 (40.0)	3 (20.0)	8 (53.3)	4 (26.7)	1 (6.7)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)					
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ด้านการเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น										
10. เมื่อเด็กทำผิดพลาดท่านตักเตือนเด็กด้วยการสื่อสารเชิงบวกและสอบถามเหตุผลของการกระทำ เพื่อให้เด็กทำพฤติกรรมนั้นอีก	3 (20.0)	7 (46.7)	4 (26.7)	1 (6.7)	-	7 (46.7)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	-
11. ท่านแสดงความเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของเด็กโดยอยู่เคียงข้างเด็กเสมอ	7 (46.7)	2 (13.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	-	8 (53.3)	3 (20.0)	4 (26.7)	-	-
12. ท่านเป็นแบบอย่างที่ดีในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	3 (20.0)	9 (60.0)	3 (20.0)	-	-	6 (40.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	-	-
ด้านการสร้างวินัยเชิงบวก										
13. ท่านฝึกให้เด็กปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัวเอง	3 (20.0)	9 (60.0)	3 (20.0)	-	-	4 (26.7)	8 (53.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	-
14. ท่านสอนให้เด็กรู้จักการรอคอย เช่น การเข้าคิว รู้จักขออนุญาต	3 (20.0)	8 (53.3)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	4 (26.7)	7 (46.7)	4 (26.7)	-	-
15. ท่านสอนให้เด็กเคารพกฎกติกาในครอบครัว เช่น ทำการบ้านเสร็จก่อนไปเล่น	4 (26.7)	6 (40.0)	3 (20.0)	2 (13.3)	-	3 (20.0)	9 (60.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	-

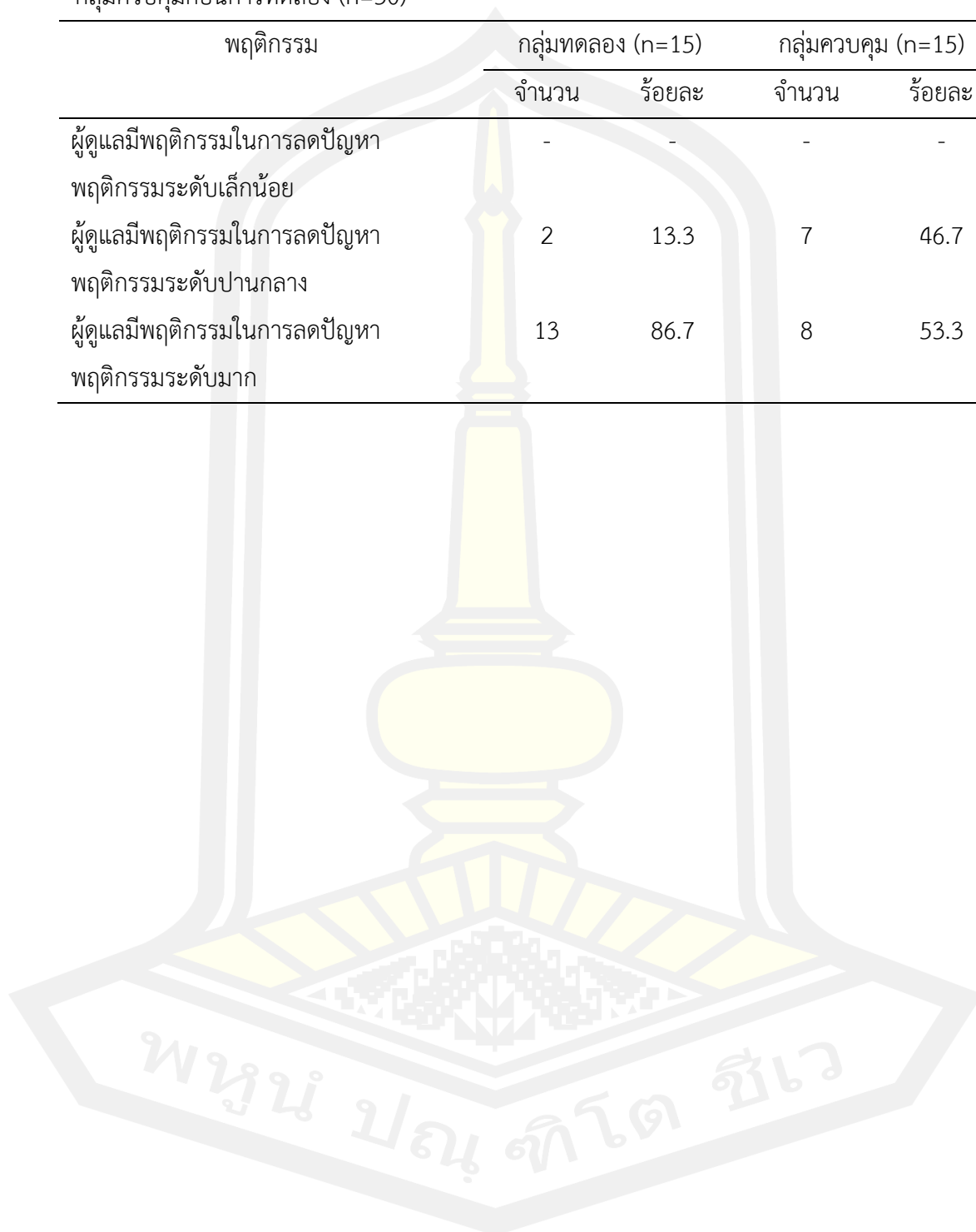
พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)					
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
พฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร										
ด้านการยับยั้งการหยุด										
16. ท่านแยกตัวออกจากสถานการณ์และสถานที่นั้นเมื่อเด็กมีอารมณ์อาละวาดและสอนเมื่อเด็กสงบ	4 (26.7)	7 (46.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	-	4 (26.7)	8 (53.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	-
17. ท่านใช้เวลากับการฝึกให้เด็กพยายามทำกิจกรรมที่มอบหมายให้ได้มากที่สุดหรือทำสำเร็จแล้วค่อยไปทำกิจกรรมอื่นที่ต้องการ	2 (13.3)	8 (53.3)	5 (33.3)	-	-	3 (20.0)	9 (60.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	-
18. ท่านสอนให้เด็กรู้จักที่จะหยุดกิจกรรมหรือการเล่นที่จะเป็นอันตรายกับตนเอง	6 (40.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	-	-	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	-
ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด										
19. ท่านสอนให้เด็กเล่นของเล่นสิ่งเดียวได้หลายรูปแบบ	2 (13.3)	6 (40.0)	5 (33.3)	2 (13.3)	-	2 (13.3)	5 (33.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)
20. ท่านสอนให้เด็กเปลี่ยนแผนเมื่อพบอุปสรรคในการทำงานหรือการเล่น	3 (20.0)	5 (33.3)	5 (33.3)	2 (13.3)	-	2 (13.3)	6 (40.0)	4 (26.7)	3 (20.0)	-

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)				
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
	6	4	3	1	5	7	2	1	-
21. ท่านเปิดโอกาสให้เด็กปรับตัวและเรียนรู้กับการที่อยู่ในสถานที่ใหม่ที่คุ้นเคย	(40.0)	(26.7)	(20.0)	(6.7)	(33.3)	(46.7)	(13.3)	(6.0)	-
ด้านการควบคุมอารมณ์									
22. ท่านเป็นตัวอย่างที่ดีในการอดทน รอคอยไม่วุ่นวายและมีวินัย	3	7	3	1	4	7	4	-	-
	(20.0)	(46.7)	(20.0)	(6.7)	(26.7)	(46.7)	(26.7)		
23. ท่านสอนให้เด็กรู้จักสงบสติอารมณ์และระบายความโกรธอย่างเหมาะสมโดยไม่ใช้ความรุนแรง	5	5	3	2	5	7	1	1	1
	(33.3)	(33.3)	(20.0)	(13.3)	(33.3)	(46.7)	(6.7)	(6.7)	(6.7)
24. ท่านให้เวลากับเด็กในการรังง้ออารมณ์ของตนเอง แล้วทำกิจกรรมร่วมกับเด็กต่อไป	1	7	2	5	4	5	5	1	-
	(6.7)	(46.7)	(13.3)	(33.3)	(26.7)	(33.3)	(33.3)	(6.7)	
ด้านความจำขณะทำงาน									
25. ท่านสอนให้เด็กรู้จักลำดับขั้นตอนในการทำงาน เช่น ก่อนรับประทานอาหารต้องล้างมือก่อน	5	8	1	1	3	8	3	1	-
	(33.3)	(53.3)	(6.7)	(6.7)	(20.0)	(53.3)	(20.0)	(6.7)	
26. ท่านสอนให้เด็กใช้ประสบการณ์เดิมในการแก้ปัญหา	3	5	5	2	5	7	1	-	2
	(20.0)	(33.3)	(33.3)	(13.3)	(33.3)	(46.7)	(6.7)		(13.3)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)					
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
27. ท่านสอนให้เด็กรอบคอบปรับปรุงตรวจสอบเมื่อทำงานเสร็จ	4 (26.7)	3 (20.0)	7 (46.7)	-	1 (6.7)	3 (20.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	2 (13.3)	1 (6.7)
ด้านการวางแผนจัดการ										
28. ท่านบอกเป้าหมายของการทำงานที่มอบหมายกับเด็กทุกครั้ง	5 (33.3)	3 (20.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	1 (6.7)	7 (46.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)
29. ท่านสอนให้เด็กจัดลำดับความสำคัญของงาน และทำงานตามลำดับ	5 (33.3)	3 (20.0)	5 (33.3)	2 (13.3)	4 (26.7)	4 (26.7)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	-
30. ท่านมอบหมายงานและติดตามงานให้เด็กทำตามเวลาที่กำหนด	3 (20.0)	6 (40.0)	4 (26.7)	2 (13.3)	-	1 (6.7)	7 (46.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมโดยรวมจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการลดปัญหา พฤติกรรมระดับเล็กน้อย	-	-	-	-
ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการลดปัญหา พฤติกรรมระดับปานกลาง	2	13.3	7	46.7
ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการลดปัญหา พฤติกรรมระดับมาก	13	86.7	8	53.3



ตารางที่ 24 เปรียบเทียบการปฏิบัติหน้าที่ของครออบครัววิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

	การปฏิบัติหน้าที่ของครออบครัว					กลุ่มทดลอง (n=15)					กลุ่มควบคุม (n=15)				
	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง		
ด้านการแก้ปัญหา															
1. สมาชิกในครออบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้	4 (26.7)	10 (66.7)	1 (6.7)	-	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	-	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-		
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีการแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่	8 (53.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	6 (40.0)	6 (40.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)		
3. เมื่อท่านขอให้สมาชิกในครออบครัวทำอะไรท่านก็ไม่แน่ใจว่าเขาจะทำได้หรือไม่	3 (20.0)	9 (60.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	13 (86.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	-		
4. เมื่อมีปัญหาครออบครัวมักจะปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร	8 (53.3)	7 (46.7)	-	-	9 (60.0)	3 (20.0)	-	-	-	9 (60.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)		
5. ครออบครัวของท่านเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ดี	4 (26.7)	10 (66.7)	1 (6.7)	-	6 (40.0)	5 (33.3)	1 (6.7)	-	-	6 (40.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	1 (6.7)		
6. ครออบครัวของท่านแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	3 (20.0)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	-	3 (20.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	4 (26.7)		

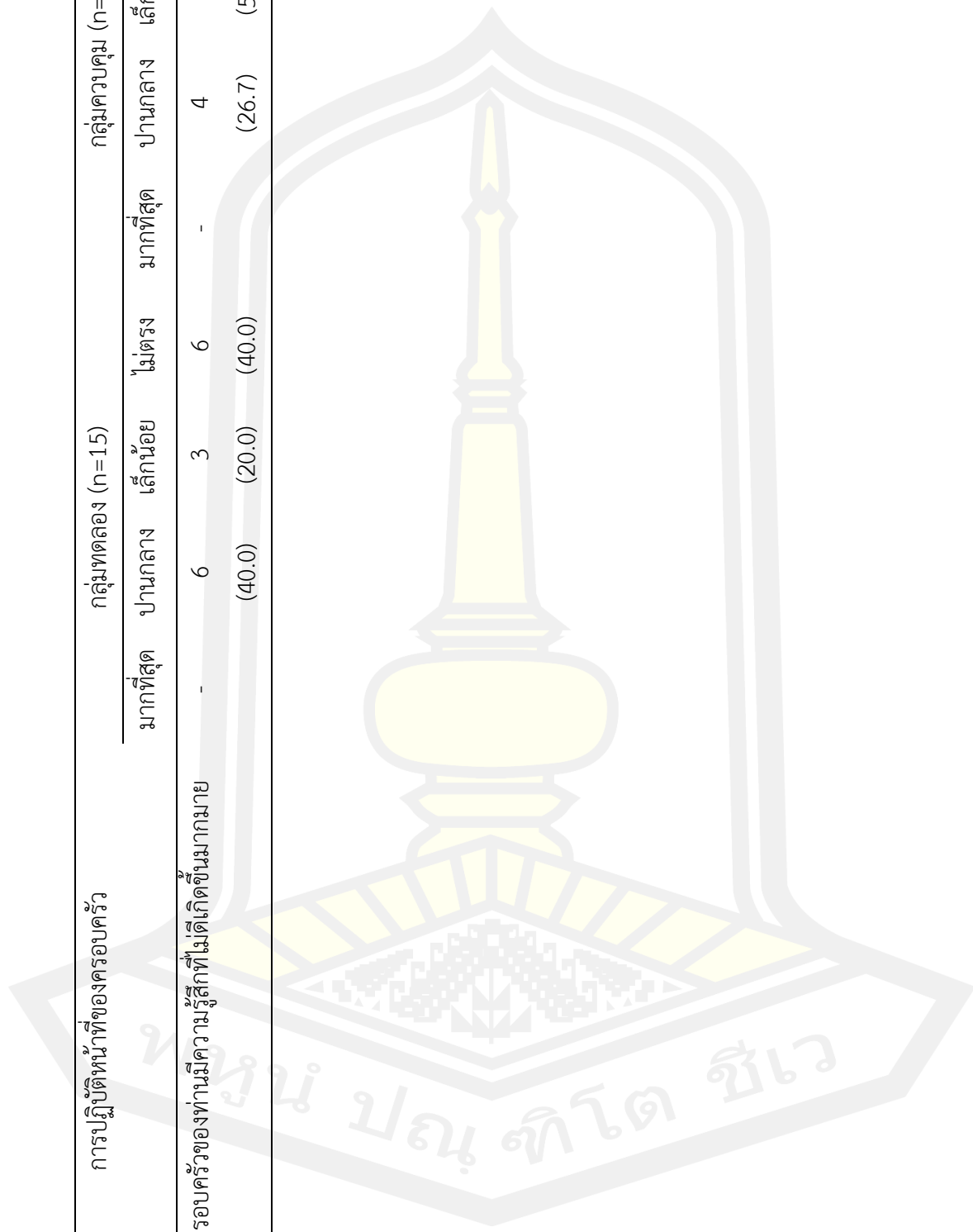
	กลุ่มทดลอง (n=15)					กลุ่มควบคุม (n=15)					
	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง
ด้านการสื่อสาร											
8. บ่อยครั้งที่ท่านไม่สามารถพูดในสิ่งที่ท่านคิดหรือรู้สึก	4 (26.7)	-	9 (60.0)	2 (13.3)	5 (33.3)	6 (40.0)	4 (26.7)	-			
9. ทุกคนสามารถพูดคุยกันอย่างเป็นธรรมชาติและไม่อึดอัด	9 (60.0)	6 (40.0)	-		9 (60.0)	5 (33.3)	-	1 (6.7)			
10. ท่านรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา	8 (53.3)	6 (40.0)	-	1 (6.7)	5 (33.3)	5 (33.3)	4 (26.7)	1 (6.7)			
11. ทุกคนมักพูดคุยกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่านบุคคลอื่น	7 (46.7)	7 (46.7)	1 (6.7)	-	6 (40.0)	3 (20.0)	5 (33.3)	1 (6.7)			
12. ท่านกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ	5 (33.3)	9 (60.0)	1 (6.7)	-	7 (46.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	-			
ด้านบทบาท											
13. ครอบครัวของท่านมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ	13 (86.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	-	10 (66.7)	2 (13.3)	3 (20.0)	-			
14. ครอบครัวของท่านไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค	13 (86.7)	2 (13.3)	-	-	7 (46.7)	3 (20.0)	3 (20.0)	2 (13.3)			

	การปฏิบัติหน้าที่ของครูอบรม					กลุ่มทดลอง (n=15)					กลุ่มควบคุม (n=15)						
	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง
14. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง	9	6	-	-	5	10	-	-	-	5	10	-	-	-	-	-	-
	(60.0)	(40.0)			(33.3)	(66.7)				(33.3)	(66.7)						
ด้านการตอบสนองทางด้านอารมณ์																	
15. ครอบครัวของท่านแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอแล้ว	10	4	1	-	8	6	1	-	-	8	6	1	-	-	1	-	-
	(66.7)	(26.7)	(6.7)		(53.3)	(40.0)	(6.7)			(6.7)	(40.0)	(6.7)			(6.7)		
16. แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย	7	6	1	1	6	7	2	-	-	6	7	2	-	-	2	-	-
	(46.7)	(40.0)	(6.7)	(6.7)	(40.0)	(46.7)	(13.3)			(40.0)	(46.7)	(13.3)			(13.3)		
17. บางคนในครอบครัวไม่แสดงอารมณ์หรือความรู้สึก	2	6	3	4	2	5	5	3	4	2	5	5	3	5	5	3	3
	(13.3)	(40.0)	(20.0)	(26.7)	(13.3)	(33.3)	(40.0)	(33.3)	(26.7)	(13.3)	(33.3)	(33.3)	(20.0)	(33.3)	(33.3)	(20.0)	(20.0)
18. ท่านระบายความทุกใจให้คนในครอบครัวฟังได้	6	8	1	-	6	6	8	3	-	6	6	3	-	6	6	3	-
	(40.0)	(53.30)	(6.7)		(40.0)	(40.0)	(53.30)	(6.7)		(40.0)	(40.0)	(20.0)		(40.0)	(40.0)	(20.0)	
19. ครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก	7	7	1	-	8	4	4	3	-	8	4	3	-	4	4	3	-
	(46.7)	(46.7)	(6.7)		(53.3)	(26.7)	(46.7)	(6.7)		(53.3)	(26.7)	(20.0)		(40.0)	(26.7)	(20.0)	
ด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์																	
20. ท่านรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว	7	6	2	-	5	8	2	-	-	5	8	2	-	8	8	2	-
	(46.7)	(40.0)	(13.3)		(33.3)	(53.3)	(13.3)			(33.3)	(53.3)	(13.3)		(53.3)	(53.3)	(13.3)	

การปฏิบัติหน้าที่ของครูอบรม	กลุ่มทดลอง (n=15)			กลุ่มควบคุม (n=15)				
	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง
21. คนในครอบครัวจะสนใจท่านเมื่อเรื่งนี้มีความสำคัญสำหรับเขา	6 (40.0)	7 (46.7)	-	2 (13.3)	6 (40.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	-
22. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากจนน่าอึดใจ	2 (13.3)	3 (20.0)	6 (40.0)	4 (26.7)	1 (6.7)	6 (40.0)	4 (26.7)	
23. ครูอบรมของท่านต่างคนต่างอยู่	4 (26.7)	3 (20.0)	-	8 (53.3)	2 (13.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	7 (46.7)
24. ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป	-	9 (60.0)	2 (13.3)	4 (26.7)	5 (33.3)	7 (46.7)	3 (20.0)	-
ด้านการควบคุมพฤติกรรม								
25. บุคคลในครอบครัวสามารถทำได้โดยไม่ต้องรับโทษ	3 (20.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	6 (40.0)	5 (33.3)	2 (13.3)	7 (46.7)	1 (6.7)
26. ครูอบรมของท่านมีลักษณะตามสบายไม่มีตื้อ	6 (40.0)	7 (46.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	2 (13.3)	12 (80.0)	1 (6.7)	-
27. ในครอบครัวของท่านใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ	4 (26.7)	7 (46.7)	1 (6.7)	3 (20.0)	3 (20.0)	7 (46.7)	3 (20.0)	2 (13.3)

	การปฏิบัติหน้าที่ของครูรอบครัว				กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)			
	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ตรง
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป												
28. ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี	11 (73.3)	4 (26.7)	-	-	9 (60.0)	4 (26.7)	2 (13.3)	-	4 (26.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	-
29. ครูรอบครัวของท่านห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน	11 (73.3)	4 (26.7)	-	-	8 (53.3)	2 (13.3)	3 (20.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	3 (20.0)	3 (20.0)	2 (13.3)
30. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน	10 (66.7)	5 (33.3)	-	-	9 (60.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	-	3 (20.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	-
31. การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้อย่างยากลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน	5 (33.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	4 (26.7)	4 (26.7)	1 (6.7)	9 (60.0)	1 (6.7)	1 (6.7)	9 (60.0)	1 (6.7)	1 (6.7)
32. ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีแบบฉบับของตัวเอง	7 (46.7)	6 (40.0)	2 (13.3)	-	6 (40.0)	7 (46.7)	1 (6.7)	-	7 (46.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)
33. ครูรอบครัวของท่านรักใคร่ปรองดองกันดี	12 (80.0)	3 (20.0)	-	-	10 (66.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	-	2 (13.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)
34. ขณะนี้ครูรอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว	8 (53.3)	7 (46.7)	-	-	6 (40.0)	7 (46.7)	2 (13.3)	-	7 (46.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	-
35. ในยามวิกฤตคนในครอบครัว สามารถถึงพาท้ายกันได้	8 (53.3)	6 (40.0)	1 (6.7)	-	10 (66.7)	2 (13.3)	3 (20.0)	-	2 (13.3)	2 (13.3)	3 (20.0)	-

การปฏิบัติหน้าที่ของครูอบรม	กลุ่มทดลอง (n=15)			กลุ่มควบคุม (n=15)		
	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย	มากที่สุด	ปานกลาง	เล็กน้อย
36. ในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกที่ไม่ได้เกิดขึ้นมากมาย	-	6	3	-	4	8
		(40.0)	(20.0)		(26.7)	(53.3)
			(40.0)			(20.0)



ตารางที่ 25 เปรียบเทียบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับรู้ว่าการครอบครัวของตนทำหน้าที่ไม่ค่อยดี	-	-	-	-
รับรู้ว่าการครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย	-	-	2	13.3
รับรู้ว่าการครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีพอควร	15	100.0	13	86.7
รับรู้ว่าการครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีมาก	-	-	-	-

4.2.3 การเปรียบเทียบปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 14 เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการทดลอง เป็นผลมาจากการได้รับตัวแบบพัฒนาทักษะครอบครัวไม่ใช่เนื่องมาจากค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่แตกต่างกันก่อนได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว ผลการเปรียบเทียบพบว่า

4.2.3.1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมก่อนได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 26

4.2.3.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารก่อนได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 26

4.2.3.3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมก่อนการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 26 แม้ว่าจากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในตารางที่ 16, 17 ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ดังนั้นในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มในการวิจัยผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมก่อนได้รับการทดลอง (Baseline) มาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เพื่อนำไปสู่การสรุปที่ถูกต้องว่าความแตกต่างของพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ดูแลภายหลังและติดตามผลเป็นผลมาจากการทดลองไม่ได้ถูกรบกวนจากพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมก่อนการทดลอง

4.2.3.4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวก่อนได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=30)

	ตัวแปร		t	p-value
	ก่อนได้รับตัวแบบ			
	กลุ่มทดลอง (n=15)	กลุ่มควบคุม (n=15)		
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
ปัญหาพฤติกรรม				
ด้านอาการชน/วุ่นวาย	26.53 (5.38)	24.00 (6.33)	1.18	0.248
ด้านอาการขาดสมาธิ	32.20 (5.78)	30.80 (6.31)	0.63	0.532
รวม	58.73 (9.82)	54.80 (10.26)	1.07	0.293

ตัวแปร	ก่อนได้รับตัวแบบ		t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
	(n=15)	(n=15)		
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
ทักษะการคิดเชิงบริหาร				
ด้านการยับยั้ง	2.88 (0.67)	2.62 (0.60)	1.08	0.286
ด้านความจำขณะทำงาน	3.13 (0.59)	2.86 (0.42)	1.40	0.171
ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด	3.12 (0.41)	3.25 (0.60)	- 0.70	0.490
ด้านการควบคุมอารมณ์	3.33 (0.55)	3.28 (0.56)	0.28	0.778
ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ	3.13 (0.94)	2.80 (0.56)	1.16	2.53
รวม	3.12 (0.48)	2.96 (0.31)	1.04	0.306
พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม				
พฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก				
ด้านความผูกพัน	4.08 (0.87)	4.42 (0.61)	-1.20	0.237
ด้านการยอมรับในตัวเด็ก	3.93 (0.84)	4.26 (0.59)	-1.24	0.222
ด้านการเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก	3.71 (0.75)	3.97 (0.95)	-0.84	0.403
ด้านการเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	3.86 (0.73)	4.20 (0.77)	-1.21	0.236
ด้านการสร้างวินัยเชิงบวก	3.84 (0.69)	3.97 (0.61)	-0.55	0.583
รวม	4.20 (0.53)	4.15 (0.61)	-0.08	0.538
พฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็ก				
ด้านการยับยั้ง	3.95 (0.60)	4.11 (0.68)	0.66	0.515
ด้านความจำขณะทำงาน	3.77(0.83)	3.46(0.76)	1.06	0.295
ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด	3.66 (0.94)	3.60 (0.81)	-0.20	0.838
ด้านการควบคุมอารมณ์	3.60 (0.89)	3.88 (0.67)	1.00	0.326
ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ	3.64 (1.08)	3.68 (0.94)	0.11	0.906
รวม	3.72 (0.76)	3.75 (0.63)	0.08	0.932
รวมทุกพฤติกรรม	4.42 (0.35)	4.03 (0.61)	2.13	0.042*

ตัวแปร	ก่อนได้รับตัวแบบ		t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
	(n=15)	(n=15)		
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว				
ด้านการแก้ปัญหา	3.10 (0.31)	32.92 (0.45)	1.27	0.213
ด้านการสื่อสาร	3.13 (0.36)	2.92 (0.52)	1.28	0.210
ด้านบทบาท	3.75 (0.34)	3.26 (0.53)	2.96	0.006**
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	3.06 (0.37)	3.05 (0.40)	-0.09	0.926
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	2.13 (0.39)	2.26 (0.33)	-0.99	0.329
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	2.81 (0.35)	2.46 (0.35)	2.69	0.006**
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	3.20 (1.39)	3.13 (0.41)	0.40	0.926
รวม	3.02 (0.19)	2.86 (0.26)	1.98	0.57

t-test for independent sample, *p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001



4.2.4 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามระยะที่ศึกษา

4.2.4.1 การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล ภายในกลุ่ม

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงปัญหาพฤติกรรมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น มีปัญหาพฤติกรรมด้านอาการชวน/วุ่นวายลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.25$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) ในด้านอาการขาดสมาธิ พบว่าลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.25$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาปัญหาพฤติกรรมโดยรวม พบว่าปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.28$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27 และภาพที่ 12

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทักษะการคิดเชิงบริหาร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กด้านความยืดหยุ่นทางการคิดเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.25$) แต่ในด้านการยับยั้ง ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการควบคุมอารมณ์ และด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กโดยรวมพบว่าไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27 และภาพที่ 13

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมด้านพฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ($\eta_p^2 = 0.41$) ในขณะเดียวกันพบว่ากลุ่มควบคุมผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.24$) ในด้านพฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย พบว่า

เพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ($\eta_p^2 = 0.41$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมโดยรวม พบว่าพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ($\eta_p^2 = 0.37$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีปัญหาพฤติกรรมด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27 และภาพที่ 14

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวภายในกลุ่ม พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลด้านความผูกพันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.23$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) ด้านการควบคุมพฤติกรรมพบว่าเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.25$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ($\eta_p^2 = 0.44$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.27$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27 และภาพที่ 15

4.2.4.2 การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่ม

ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในการวิจัยผู้วิจัยจึงนำค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมก่อนได้รับการทดลอง (Baseline) มาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เพื่อนำไปสู่การสรุปที่ถูกต้องว่าความแตกต่างของพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ดูแลภายหลังและติดตามผลเป็นผลมาจากการทดลองไม่ได้ถูกรบกวนจากพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมก่อนการทดลองวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มโดยการควบคุมตัวแปรร่วมที่อาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม โดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว (One-way ANCOVA) ซึ่งในการวิจัยนี้กำหนดตัวแปรร่วมคือค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง

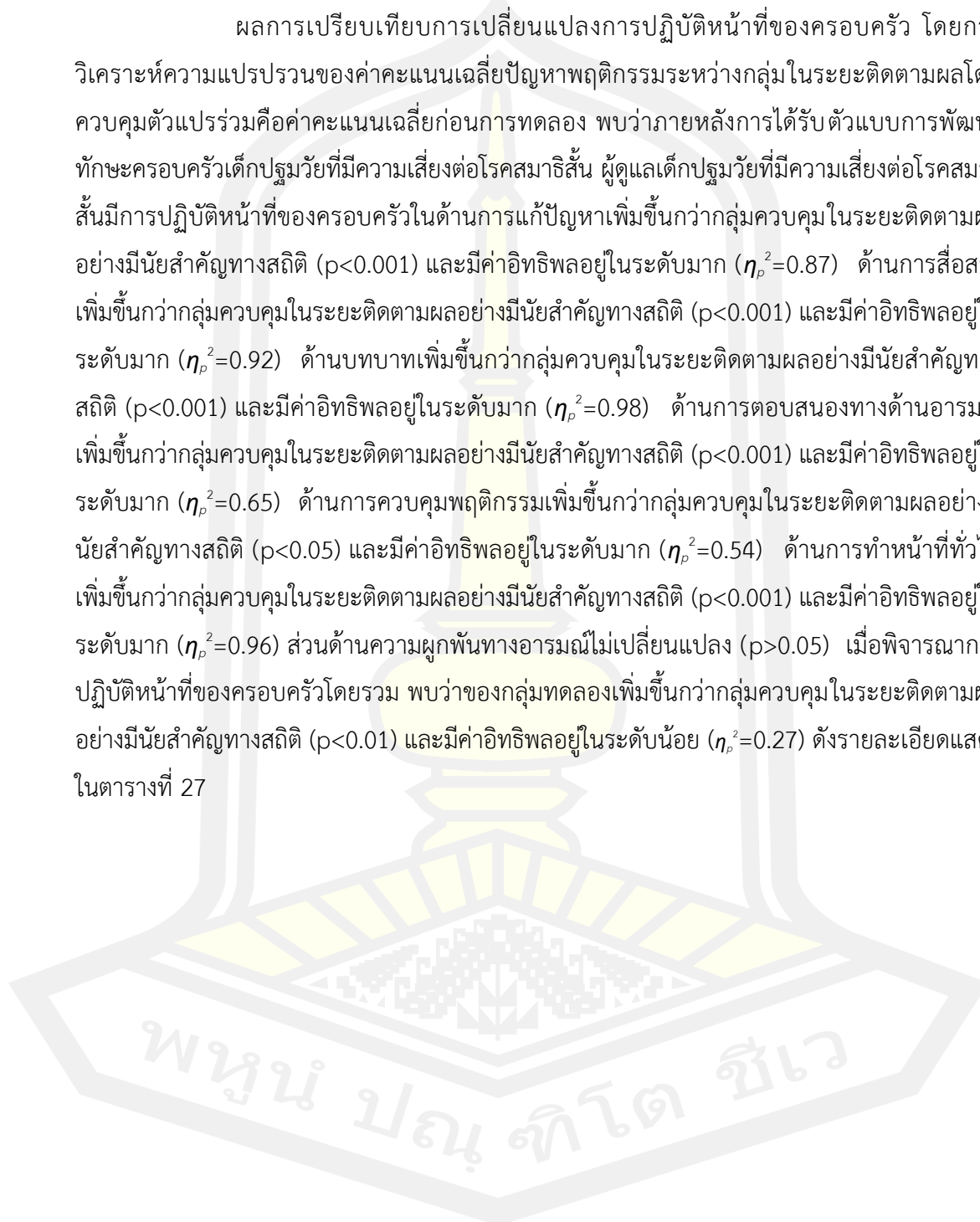
ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงปัญหาพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผลโดยควบคุมตัวแปรร่วมคือค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านอาการชน/วู่วามของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.88$) ด้านอาการขาดสมาธิพบว่าปัญหาพฤติกรรมด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาปัญหาพฤติกรรมในภาพรวม พบว่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.93$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทักษะการคิดเชิงบริหาร โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผลโดยควบคุมตัวแปรร่วมคือค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีทักษะการคิดเชิงบริหารของกลุ่มทดลองด้านความยืดหยุ่นทางการคิดเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.99$) ด้านการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.95$) ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.84$) ส่วนด้านการยับยั้งและด้านความจำขณะทำงานพบว่าทักษะการคิดเชิงบริหารด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาทักษะการคิดเชิงบริหารในภาพรวม พบว่าของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.99$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผลโดยควบคุมตัวแปรร่วมคือค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมในด้านพฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.99$) ในด้านพฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.97$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมในภาพรวม

พบว่าของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.19$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผลโดยควบคุมตัวแปรร่วมคือค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง พบว่าภายหลังการได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.87$) ด้านการสื่อสารเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.92$) ด้านบทบาทเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.98$) ด้านการตอบสนองทางด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.65$) ด้านการควบคุมพฤติกรรมเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.54$) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไปเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.96$) ส่วนด้านความผูกพันทางอารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลง ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม พบว่าของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.27$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 27



ตารางที่ 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล (n=30)

ตัวแปร	กลุ่ม	ระยะเวลา		ภายในกลุ่ม ^a		ระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล ^b				
		ก่อน	หลัง	ติดตาม	F	F	p-value	η_p^2	η_p^2	
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)						
ปัญหาพฤติกรรม										
ด้านอาการชวน/วุ่น	กลุ่มทดลอง	26.53 (5.38)	20.00 (8.45)	18.93 (8.73)	4.55	0.020*	0.25	5.02	0.005**	0.88
	กลุ่มควบคุม	24.00 (6.33)	21.93 (2.24)	21.80 (5.14)	0.35	0.702	0.02			
ด้านอาการขาดสมาธิ	กลุ่มทดลอง	32.20 (5.78)	23.86 (10.63)	22.66 (11.63)	4.51	0.020*	0.25	4.49	0.077	0.96
	กลุ่มควบคุม	30.08 (6.31)	25.80 (9.79)	25.46 (9.79)	1.46	0.250	0.09			
รวม	กลุ่มทดลอง	58.73 (9.82)	43.86 (17.72)	41.60 (19.34)	5.40	0.011*	0.28	5.88	0.007**	0.93
	กลุ่มควบคุม	54.80 (10.26)	47.73 (13.07)	47.26 (13.11)	1.07	0.355	0.07			

ตัวแปร	กลุ่ม	ระยะเวลา		ภายในกลุ่ม ^a		ระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล ^b	
		ก่อน	หลัง	F	p-value	F	p-value
		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	ติดตาม	η^2	F	η^2
				\bar{X} (SD)			
ทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก							
ด้านการยับยั้ง	กลุ่มทดลอง	2.88 (0.67)	3.05 (1.06)	3.05 (1.06)	0.49	2.09	0.117
	กลุ่มควบคุม	2.62 (0.60)	2.62 (0.74)	2.62 (0.74)	0.00		
ด้านความจำขณะทำงาน	กลุ่มทดลอง	3.13 (0.59)	3.13 (0.59)	3.49 1.04(0)	3.28	0.64	0.745
	กลุ่มควบคุม	2.86 (0.42)	2.86 (0.42)	2.90 (0.63)	0.04		
ด้านความยืดหยุ่น	กลุ่มทดลอง	3.12 (0.41)	3.68 (0.72)	3.70 (0.74)	4.61	351.97	0.000***
	กลุ่มควบคุม	3.25 (0.60)	3.54 (0.55)	3.54 (0.55)	1.47		
ทางการคิด	กลุ่มทดลอง	3.33 (0.55)	3.77 (0.80)	3.72 (0.77)	2.90	30.09	0.000***
	กลุ่มควบคุม	3.28 (0.46)	3.38 (0.41)	3.38 (0.41)	0.19		
ด้านการวางแผนจัดการ	กลุ่มทดลอง	3.13 (0.94)	3.73(0.80)	3.64 (0.72)	2.95	7.01	0.000***
	กลุ่มควบคุม	2.80 (0.56)	2.81 (0.52)	2.86 (0.47)	0.23		
รวม	กลุ่มทดลอง	3.12 (0.48)	3.47 (0.64)	3.52 (0.77)	2.82	21.26	0.004**
	กลุ่มควบคุม	2.96 (0.31)	3.04 (0.27)	3.06 (0.31)	0.17	0.01	0.99

ตัวแปร	กลุ่ม	ระยะเวลา		ติดตาม	ภายในกลุ่ม ^a		ระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล ^b					
		ก่อน	หลัง		F	p-value	F	p-value	η^2	η^2		
		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)								
พฤติกรรมการลดปัญหาพฤติกรรม												
พฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก												
	กลุ่มทดลอง	4.08 (0.87)	4.73 (0.47)	4.48 (0.53)	11.93	0.000***	0.46	15.63	0.000***	0.87		
	กลุ่มควบคุม	4.42 (0.61)	4.42 (0.55)	4.62 (0.43)	5.57	0.009**	0.29					
	กลุ่มทดลอง	3.93 (0.84)	4.48 (0.53)	4.55 (0.51)	7.19	0.003**	0.34	61.04	0.000***	0.94		
	กลุ่มควบคุม	4.26 (0.59)	4.06 (0.69)	4.04 (0.69)	0.88	0.423	0.06					
	กลุ่มทดลอง	3.71 (0.75)	4.46 (0.56)	4.73 (0.38)	14.39	0.000***	0.51	3.16	0.02*	0.52		
	กลุ่มควบคุม	3.97 (0.95)	4.00 (0.91)	4.44 (0.65)	6.58	0.005**	0.32					
	กลุ่มทดลอง	3.86 (0.73)	4.55 (0.48)	4.57(0.46)	7.14	0.003**	0.34	4.56	0.004**	0.56		
	กลุ่มควบคุม	4.20 (0.77)	4.13 (0.80)	4.28 (0.76)	0.85	0.436	0.32					
	กลุ่มทดลอง	3.84 (0.69)	4.46 (0.50)	4.60 (0.59)	8.27	0.002**	0.38	5.64	0.001**	0.66		
	กลุ่มควบคุม	3.97 (0.61)	4.11 (0.75)	4.33 (0.71)	3.16	0.087	0.16					
	กลุ่มทดลอง	4.02 (0.53)	4.54 (0.34)	4.65 (0.34)	14.57	0.000***	0.51	57.51	0.000***	0.99		
	กลุ่มควบคุม	4.15 (0.60)	4.14 (0.66)	4.34(0.57)	4.39	0.022*	0.24					

ตัวแปร	กลุ่ม	ระยะเวลา		ภายในกลุ่ม ^a		ระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล ^b				
		ก่อน	หลัง	ติดตาม	F	p-value	η^2			
		\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)						
พฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร										
ด้านการขยับยั้ง	กลุ่มทดลอง	3.95 (0.60)	4.31 (0.64)	4.24 (0.92)	1.92	0.166	0.12	3.08	0.025*	0.46
	กลุ่มควบคุม	4.11 (0.68)	4.22 (0.67)	4.06 (0.89)	0.30	0.743	0.02			
ด้านความจำขณะทำงาน	กลุ่มทดลอง	3.77 (0.83)	4.37 (0.62)	4.42 (0.67)	4.17	0.026*	0.23	22.72	0.000***	0.88
	กลุ่มควบคุม	3.46 (0.76)	3.75 (0.86)	3.82 (0.89)	1.10	0.346	0.07			
ด้านความยืดหยุ่น	กลุ่มทดลอง	3.66 (0.94)	4.08 (0.49)	3.53 (0.92)	9.19	0.001**	0.60	3.08	0.025***	0.46
	กลุ่มควบคุม	3.60 (0.81)	3.77 (0.82)	3.44 (1.12)	2.65	0.089	0.36			
ทางการคิด	กลุ่มทดลอง	3.60 (0.89)	4.46 (0.48)	4.62 (0.33)	13.34	0.000***	0.49	7.17	0.000***	0.67
	กลุ่มควบคุม	3.88 (0.67)	3.97 (0.67)	4.17(0.67)	3.00	0.066	0.18			
ด้านการวางแผนจัดการ	กลุ่มทดลอง	3.64 (1.08)	4.31 (0.43)	4.35 (0.56)	3.59	0.041*	0.21	3.30	0.055	0.90
	กลุ่มควบคุม	3.68 (0.94)	3.87 (0.66)	4.15 (0.75)	22.24	0.125	0.14			
อย่างเป็นระบบ	กลุ่มทดลอง	3.72 (0.76)	4.31 (0.43)	4.32 (0.48)	5.83	0.008**	0.30	7.21	0.034*	0.97
	กลุ่มควบคุม	3.75 (0.63)	3.92 (0.62)	3.99 (0.69)	0.43	0.654	0.03			
รวม	กลุ่มทดลอง	3.87 (0.60)	4.42 (0.35)	4.44 (0.36)	7.94	0.002**	0.37	6.58	0.016*	0.19
	กลุ่มควบคุม	3.95 (0.59)	4.03 (0.61)	4.14 (0.59)	1.29	0.290	0.08			

ตัวแปร	กลุ่ม	ระยะเวลา		ติดตาม		ภายในกลุ่ม ^a		ระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล ^b			
		ก่อน	หลัง	ติดตาม	\bar{X} (SD)	F	p-value	η^2	F	p-value	η^2
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว											
ด้านการแก้ปัญหา	กลุ่มทดลอง	3.10 (0.28)	3.54 (0.55)	3.40 (0.63)	3.40 (0.63)	7.62	0.002**	0.36	11.86	0.000***	0.87
	กลุ่มควบคุม	2.92 (0.45)	3.02 (0.48)	2.90 (0.45)	2.90 (0.45)	2.31	0.119	0.14			
ด้านการสื่อสาร	กลุ่มทดลอง	3.13 (0.36)	3.26 (0.47)	3.20 (0.48)	3.20 (0.48)	1.98	0.157	0.12	20.00	0.000***	0.92
	กลุ่มควบคุม	2.92 (0.52)	2.82 (0.42)	2.81 (0.39)	2.81 (0.39)	0.44	0.64	0.03			
ด้านบทบาท	กลุ่มทดลอง	3.75 (0.34)	3.77 (0.32)	3.77 (0.32)	3.77 (0.32)	0.03	0.971	0.00	199.69	0.000***	0.98
	กลุ่มควบคุม	3.26 (0.53)	3.46 (0.61)	3.44 (0.58)	3.44 (0.58)	2.18	0.131	0.14			
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	กลุ่มทดลอง	3.06 (0.37)	3.12 (0.48)	3.28 (0.36)	3.28 (0.36)	2.84	0.076	0.17	4.56	0.003**	0.65
	กลุ่มควบคุม	3.05 (0.40)	3.06 (0.43)	3.13 (0.43)	3.13 (0.43)	0.46	0.63	0.63			
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	กลุ่มทดลอง	2.13 (0.39)	2.14 (0.33)	2.54 (0.48)	2.54 (0.48)	4.19	0.026*	0.23	0.29	0.966	0.00
	กลุ่มควบคุม	2.26 (0.33)	2.20 (0.35)	2.64 (0.38)	2.64 (0.38)	4.16	0.027	0.23			
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	2.81 (0.35)	2.45 (0.49)	3.00 (0.77)	3.00 (0.77)	10.29	0.000***	0.43	2.73	0.034*	0.54
	กลุ่มควบคุม	2.46 (0.35)	2.38 (0.54)	2.70 (0.52)	2.70 (0.52)	2.75	0.081	0.17			
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	กลุ่มทดลอง	3.20 (0.41)	3.64 (0.44)	3.60 (0.43)	3.60 (0.43)	4.96	0.015*	0.26	36.33	0.000***	0.96
	กลุ่มควบคุม	3.13 (0.49)	3.21 (0.51)	3.20 (0.51)	3.20 (0.51)	0.19	0.82	0.01			

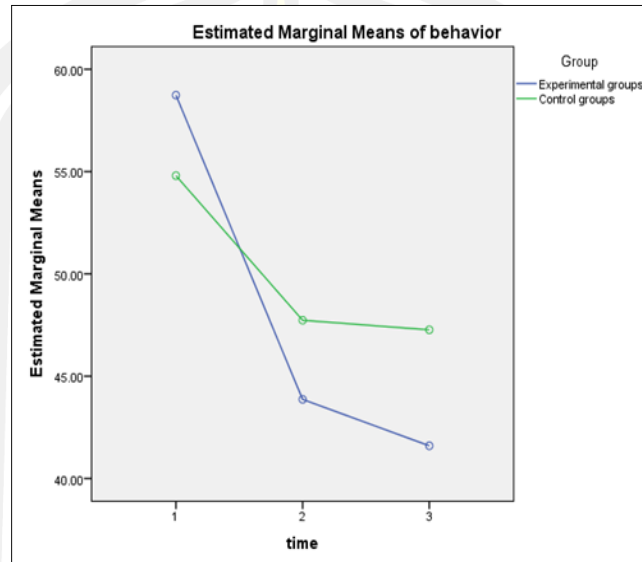
ตัวแปร	กลุ่ม	ระยะเวลา		ภายในกลุ่ม ^a		ระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผล ^b	
		ก่อน	หลัง	F	p-value	F	p-value
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)	ติดตาม	η^2	η^2		
รวม							
	กลุ่มทดลอง	3.02 (0.19)	3.13 (0.31)	10.76	0.000***	10.23	0.004**
	กลุ่มควบคุม	2.86 (0.26)	2.88 (0.26)	5.22	0.012*		0.27

^a เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มโดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวซ้ำแบบทางสองทาง (Two-way repeated measures ANOVA)

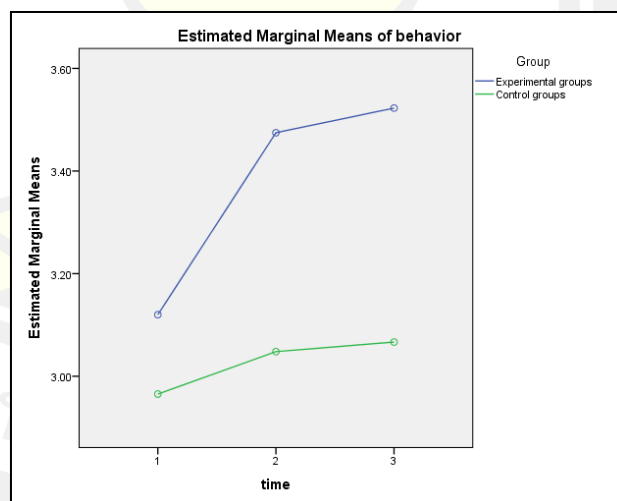
^b เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม โดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว (One-way ANCOVA) โดยกำหนดตัวแปรร่วมคือค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง (Baseline)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

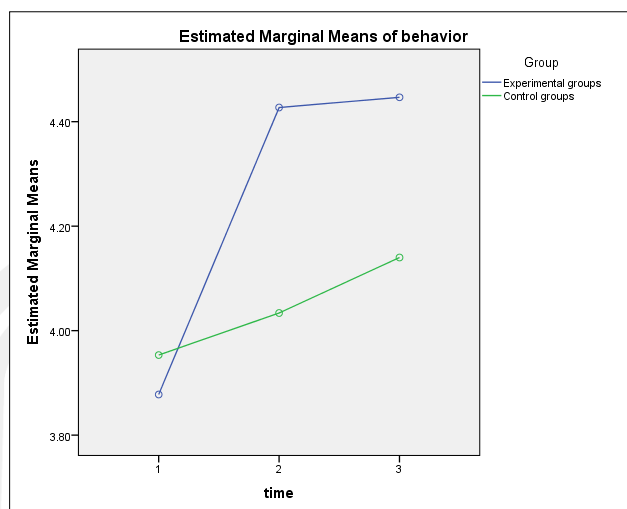
การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ทักษะการคิดเชิงบริหาร พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล



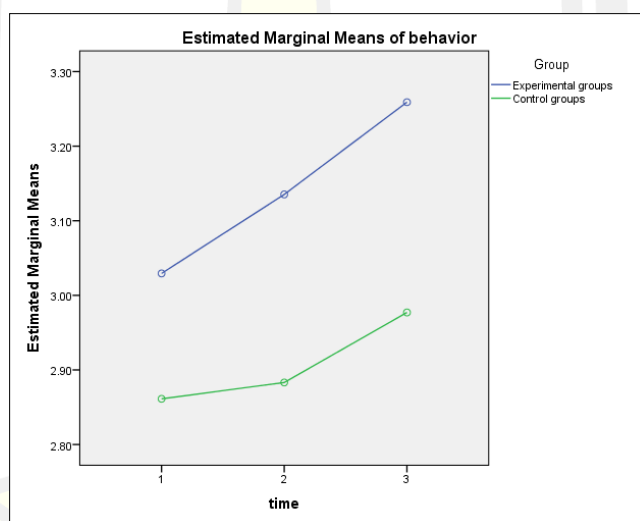
ภาพที่ 12 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล



ภาพที่ 13 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล



ภาพที่ 14 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล



ภาพที่ 15 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย

การศึกษาเรื่องตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ได้สะท้อนถึงประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้นี้มารวมกับการทบทวนวรรณกรรมในระบวนการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น และประเมินประสิทธิผลของตัวแบบที่พัฒนาขึ้น จากการนำไปทดลองใช้ของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวในสถานการณ์จริงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กและลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะการวิจัยมีดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น การพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวและประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น สรุปได้ดังนี้

5.1.1. ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลโรคสมาธิสั้น

5.1.1.1 ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นตามแบบแผนการเจ็บป่วย

ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีแบบแผนคำอธิบายโรคสมาธิสั้น เกี่ยวกับสาเหตุ ระยะเวลาที่เริ่มและอาการเริ่มต้น พยาธิสภาพ และวิธีการรักษาของโรคสมาธิสั้นในเด็ก ดังนี้ 1) สาเหตุของโรคสมาธิสั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว และการใช้โทรศัพท์มือถือแบบไร้การควบคุมดูแล 2) ระยะเวลาที่เริ่มและอาการเริ่มต้นของโรคสมาธิสั้นอยู่ในช่วงปฐมวัย โดยอายุน้อยที่สุดเริ่มพบอาการเริ่มต้นคืออายุ 2 ปี และอายุมากที่สุดคืออายุ 5 ปี 4) พยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกาย 5) วิธีการรักษาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย พบว่าผู้ดูแลเด็กทุกรายรับรู้ว่าการรักษาโรคสมาธิสั้น คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมเด็กและการรักษาด้วยยา

5.1.1.2 ทศนคติต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น ความเชื่อในการรักษาโรคสมาธิสั้น และความคาดหวังต่อผลการรักษาโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเด็กมีทศนคติต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นทั้งด้าน

ลบได้แก่ กังวล เสียใจ และด้านบวก คือ ยอมรับได้ ไม่กังวล ผู้ดูแลเด็กทุกรายเชื่อมั่นในการรักษาโรคสมาธิสั้นสามารถช่วยให้เด็กหายและดีขึ้นได้ นอกจากนี้มีความคาดหวังผลการรักษาว่าช่วยลดผลเกิดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและคาดหวังว่าสามารถรักษาหายเมื่อเด็กโตขึ้น

5.1.1.3 ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีปัญหาพฤติกรรมของเด็กครอบคลุม 3 กลุ่ม คือ 1) พฤติกรรมนอนไม่นิ่ง ได้แก่ ซุกซน 2) พฤติกรรมวู่วาม/หุนหันพลันแล่น ได้แก่ โมโหง่าย ก้าวร้าว ขาดการอดทนรอคอย และขาดความระมัดระวัง 3) พฤติกรรมขาดสมาธิ ได้แก่ สมาธิสั้น ขาดระเบียบวินัย ซ้ำลิ้ม และขาดความรอบคอบ

5.1.1.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น พบว่าครอบครัวมีการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก ได้แก่ การส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและการช่วยงานบ้านในครอบครัว การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ การส่งเสริมการฝึกสติและการทำสมาธิ และการส่งเสริมการออกกำลังกาย นอกจากนี้พบว่าครอบครัวมีการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก ได้แก่ การสร้างความผูกพัน การยอมรับในตัวเด็ก การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และการสร้างวินัยเชิงบวก

5.1.2 การพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวและประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

5.1.2.1 ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่ได้จากการวิจัยนี้ ได้รับการพัฒนามาจากการนำข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น คำอธิบายแบบแผนการเจ็บป่วย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นที่สะท้อนผ่านผู้ดูแลเด็กร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จนได้ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวในการนำไปใช้เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัว 3 ส่วน คือ 1) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว 2) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครอบครัวและเด็ก โดยใช้หนังสือกิจกรรมเรื่อง “สติ-ช่วย-คิด-ออก” และ 3) การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรม โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว หนังสือกิจกรรม และแอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น”

5.1.2.2 ประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น พบว่าตัวแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถพัฒนาทักษะผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมต่อเด็กไปในทิศทางที่

เหมาะสมมากขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.19$) มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเพิ่มขึ้นทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($\eta_p^2 = 0.27$) นอกจากนี้ยังสามารถลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองที่ผู้ดูแลเด็กได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวลงได้ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.93$)

อย่างไรก็ตามพบว่าเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองที่ผู้ดูแลเด็กได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงทักษะการคิดเชิงบริหารไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ถึงแม้ว่าผลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าอิทธิพลอยู่ในระดับมาก ($\eta_p^2 = 0.99$) ก็ตาม

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละระยะของการวิจัยได้ดังนี้

5.2.1 การศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น แบบแผนคำอธิบายการเจ็บป่วยโรคสมาธิสั้น ทักษะคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้น

5.2.1.1 ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นตามแบบแผนการเจ็บป่วย

สาเหตุของโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นมีสาเหตุจากการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวโดยเฉพาะการเลี้ยงดูแบบตามใจ การขาดการเอาใจใส่ดูแลเด็ก และการแก่งแย่งและการยั่วให้เด็กโกรธและโมโห อภิปรายได้ว่าข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาหย่าร้างมากถึง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวที่บิดามารดาหย่าร้างมีความสัมพันธ์กับการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก (Teekavanich et al., 2017) ซึ่งการที่ครอบครัวหย่าร้างอาจไม่ส่งผลกระทบต่อโดยตรง แต่ส่งผลกระทบต่อ การเลี้ยงดูเด็ก การเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive parenting style) เป็นการเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลปล่อยให้เด็กทำสิ่งต่างๆ ตามการตัดสินใจของเด็กโดยไม่มีกำหนดขอบเขต ส่วนการเลี้ยงดู

แบบทอดทิ้ง (Uninvolved parenting style) คือการอบรมเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลเด็กเด็กไม่ให้ความสนใจหรือตอบสนองความต้องการของเด็กให้การดูแลเอาใจใส่ต่อเด็กน้อยมาก (Maccoby et al., 1983) การเลี้ยงดูแบบตามใจและแบบทอดทิ้ง ส่งผลเสียต่อการพัฒนาเด็กในด้านต่างๆ ส่วนการอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยมีผลทางลบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและจิตสังคม ทำให้เด็กควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้ขาดจุดมุ่งหมายของชีวิต มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและก้าวร้าว (รุ่งรัตน์ สุขะเดช, 2563) นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการใช้โทรศัพท์มือถือแบบไร้การควบคุมดูแลมีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น อภิปรายได้จากข้อมูลทั่วไปพบว่าเด็กโรคสมาธิสั้นทุกรายมีการใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 100 โดยมีระยะเวลาในการใช้ประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 64.30 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเด็กที่ใช้โทรศัพท์มือถือเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับเกิดสมาธิสั้นและปัญหาเกเรรุนแรง เพราะแม้ว่าแอปพลิเคชันและเกมในโทรศัพท์มือถือจะมีเนื้อหาในการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกของเด็ก แต่มีแอปพลิเคชันหรือเกมหลายอย่างมีสื่อที่ดึงดูดน่าสนใจแต่มีความเกี่ยวข้องกับการแข่งขันด้วยความก้าวร้าวและรุนแรงจนอาจส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็ก (Hosokawa & Katsura, 2018) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีความแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแลเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้สาเหตุของโรคสมาธิสั้นที่มีความครอบคลุมถึงปัจจัยทางชีววิทยาและสารเคมีในสมองและปัจจัยด้านระบบประสาท (Ringer, 2020) และในความเป็นจริงโรคสมาธิสั้นเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันมีความเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านระบบประสาท และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Belanger et al., 2018) ดังนั้นควรมีการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุแก่ผู้ดูแลเด็กที่มีความเกี่ยวข้องกับการปัจจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดความร่วมมือในกระบวนการรักษาและดูแลเด็กต่อไป

ระยะเวลาที่เริ่มและอาการเริ่มต้นของโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ช่วงอายุเริ่มต้นปัญหาพฤติกรรมเกิดขึ้นในช่วงปฐมวัย โดยส่วนมากสังเกตพบปัญหาพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นเมื่ออายุ 2-3 ปี โดยอายุน้อยที่สุดเริ่มพบอาการเริ่มต้นคืออายุ 2 ปี และอายุมากที่สุดคืออายุ 5 ปี ปัญหาพฤติกรรมเริ่มต้นที่สังเกตพบคือ ซน/อยู่ไม่นิ่ง เด็กไม่ค่อยอยู่นิ่งมีลักษณะเครื่องติดอยู่ตลอดเวลา และมีอารมณ์อาละวาด โมโหง่าย มักมีอารมณ์อาละวาดเมื่อถูกขัดใจและควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ และไม่ชอบเขียนหนังสือ นอกจากนี้ได้ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับบุคคลสำคัญที่เป็นบุคคลแรกที่สังเกตพบอาการในระยะเริ่มต้นคือสมาชิกในครอบครัวและครู พบว่ามี 2 ลักษณะ คือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สังเกตพบและแจ้งให้ครูทราบ และครูสังเกตพบอาการเริ่มต้นและแจ้งให้ครอบครัวทราบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวจะสามารถเริ่มสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แตกต่างกันระหว่างเด็กที่มีความเสี่ยงต่อสมาธิสั้นและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำได้ตั้งแต่เด็กอายุ 1-2 ปีแรก หากครอบครัวเริ่มสังเกตพบว่าเด็กเริ่มแสดงปัญหาพฤติกรรม สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการ

เฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดสมาธิสั้น (Miller et al., 2020) ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีทักษะในการคัดกรองเพื่อให้การดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อเป็นการเฝ้าระวังในระยะเริ่มต้น รวมถึงเกิดประสิทธิผลที่ดีในการรักษาโรคสมาธิสั้นในอนาคตต่อไป ในขณะที่เดียวกันการประสานกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครู และโรงเรียนในการคัดกรองและเฝ้าระวังเพื่อให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นเป็นเรื่องสำคัญ

พยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย พบว่าผู้ดูแลเด็กรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กจากการเป็นโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านร่างกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผลกระทบด้านการเรียนของเด็กสมาธิสั้นคือมักมีผลการเรียนต่ำมีประวัติเรียนซ้ำและขาดความรับผิดชอบในการเรียน (Arnold et al., 2020; Wu & Gau, 2013) ด้านอารมณ์และพฤติกรรมมักเกิดจากการที่เด็กไม่ทราบวิธีการเล่นหรือการปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสมแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมามากกว่าปกติจึงมักถูกเพื่อนปฏิเสธ ด้านสังคมปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับกาลเทศะทำให้เกิดความรำคาญต่อบุคคลรอบข้างและนำไปสู่การถูกตำหนิ ต่อว่า และถูกลงโทษ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562) และด้านร่างกายจากการเกิดอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเด็กโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าเด็กปกติ เนื่องจากอาการนอนอยู่ไม่นิ่งและขาดความระมัดระวัง โดยจากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) พบว่าค่า odd ratios (OR) และค่า hazard ratios (HR) ของการเกิดอุบัติเหตุของเด็กสมาธิสั้นกับเด็กปกติ เท่ากับ 1.53 และ 1.39 ตามลำดับ (Ruiz-Goikoetxea et al., 2018)

ระยะเวลาดำเนินโรคหรือการเจ็บป่วยและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ผู้ดูแลเด็กทุกคนรับรู้โรคสมาธิสั้นมีระยะเวลาในการรักษาและรักษาหายเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่วนมากรับรู้ว่ามีเด็กอายุมากขึ้นจะสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ รับรู้ว่าการรักษาในระยะเริ่มต้นลดความรุนแรงของโรคและรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบในอนาคตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษา อภิปรายได้ว่าโรคสมาธิสั้นมีลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรังมีอาการของโรคคงอยู่แม้อายุมากขึ้น อาการที่มักดีขึ้นเองตามวัยได้แก่อาการนอนอยู่ไม่นิ่งและอาการหุนหันพลันแล่น แต่อาการที่มักคงอยู่และสร้างปัญหารุนแรงทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตได้คืออาการขาดสมาธิ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบในระยะยาว พบว่าเด็กโรคสมาธิสั้นมีอัตราการคงอยู่ถึงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 50.0-60.0 การดำเนินโรคขึ้นอยู่กับอาการคงอยู่ของโรคสมาธิสั้นผันแปรได้มากขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย ลักษณะของกลุ่มที่ศึกษา ระยะเวลาในการติดตาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แหล่งข้อมูล และการให้คำจำกัดความของการคงอยู่ของอาการสมาธิสั้นหรือเกณฑ์จำนวนอาการอาการที่ใช้กำหนดการคงอยู่ของอาการสมาธิสั้น (Caye et al., 2016) ดังนั้นระยะเวลาการดำเนิน

โรคและความรุนแรงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยแม้ว่าอายุเพิ่มขึ้นผลกระทบอาจยังคงอยู่และมีผลต่อการดำเนินชีวิตได้

วิธีการรักษาที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย พบว่าผู้ดูแลเด็กทุกรายรับรู้ว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นมี 2 วิธี คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมของเด็กและการรักษาด้วยยา อภิปรายได้ว่าการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับแนวทางการรักษาปัจจุบัน เนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 71.4 มีการค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลเด็กอยู่เสมอทำให้มีความรู้ความเข้าใจตามแนวทางการรักษาในปัจจุบันซึ่งประกอบด้วยการรักษาโดยไม่ใช้ยาและการรักษาด้วยยา (Catala-Lopez et al., 2017) เด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้นที่อายุน้อยกว่า 6 ปี ให้ใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยาโดยแนะนำให้ใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นวิธีการแรก และเด็กที่อายุมากกว่า 6 ปี ควรใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการใช้ยา (Centers for Disease Control Prevention, 2019)

5.2.1.2 ทักษะคิดต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น ความเชื่อในการรักษาโรคสมาธิสั้น และความคาดหวังต่อผลการรักษาโรคสมาธิสั้น

ทักษะคิดต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีทัศนคติทั้งด้านลบและด้านบวก ทักษะคิดด้านลบมีความรู้สึกเสียใจและกังวลที่เด็กไม่นั่งเหมือนเพื่อนกลัวว่าจะเรียนกับเพื่อนไม่ได้ และทัศนคติด้านบวกคือผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกว่ายอมรับได้และไม่มีความกังวลเพราะรู้ว่าสามารถรักษาได้ ความเชื่อในการรักษาโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีความเชื่อมั่นและพึงพอใจในการรักษา ผู้ดูแลเด็กทุกรายเชื่อมั่นในการรักษาโรคสมาธิสั้นสามารถช่วยให้เด็กหายและดีขึ้นได้ ความคาดหวังผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลเด็กคาดหวังว่าการรักษาช่วยลดผลเกิดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และคาดหวังว่าเด็กจะมีสมาธิและไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาและหายเมื่อเด็กโตขึ้น อภิปรายได้ว่า ทักษะคิด ความเชื่อ ความคาดหวังของครอบครัวเป็นผลมาจากเนื่องจากผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ดูแลหลักดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมาแล้วเป็นระยะเวลาประมาณ 8 เดือน-3 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กจึงทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจการดำเนินของโรค รวมถึงจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนมากมีการค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลเด็กอยู่เสมอ นอกจากนี้มีประสบการณ์และการรับรู้ข้อมูลสมาชิกในชุมชนที่เป็นบริบทสิ่งแวดล้อมที่เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้วเด็กมีการพัฒนาที่ดีขึ้นทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความเครียดและวิตกกังวลลดลงสอดคล้องกับการศึกษาระดับความเครียดและวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่เพิ่มขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเด็ก การขาดการตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือ และการตีตราจากสังคม (Leitch et al., 2019) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบริบทแวดล้อมที่ดี ส่งผลต่อทัศนคติ ความเชื่อ และความคาดหวังส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจความรู้สึกของตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเป็นพลังความสามารถที่จะ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติ การในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมต่อไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลเด็กที่จะเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กในครอบครัว (Olin et al., 2010)

5.2.1.3 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น

เด็กโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรม ตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กครอบคลุม 3 กลุ่ม คือ 1) พฤติกรรมชุนอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่ ชุกชุน 2) พฤติกรรมวุ่นวาม/หุนหันพลันแล่น ได้แก่ โหม่ง่าย ก้าวร้าว ขาดการอดทนรอคอย และขาดความระมัดระวัง 3) พฤติกรรมขาดสมาธิ ได้แก่ สมาธิสั้น ขาดระเบียบวินัย ขี้ลืม และขาดความรอบคอบ ปัญหาพฤติกรรมที่เด็กโรคสมาธิสั้นแสดงออกสามารถอธิบายได้ตามพยาธิสภาพของโรคสมาธิสั้น คือโครงสร้างสมองในส่วนของเนื้อสมองมีขนาดเล็กซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ที่บกพร่องของพัฒนาการทักษะการคิดเชิงบริหาร (Connaughton, Whelan, O'Hanlon, & McGrath, 2022) ทักษะการคิดเชิงบริหารเป็นการทำงานระดับสูงของสมองที่ควบคุมความคิด การตัดสินใจ และการกระทำจนส่งผลให้เริ่มลงมือทำและมุ่งมั่นทำงานสำเร็จ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการยับยั้งการหยุด ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการวางแผนจัดการ (Anderson, 2002) ความบกพร่องทักษะการคิดเชิงบริหารและมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางด้านสังคมอารมณ์และพฤติกรรม (Wahlstedt, Thorell, & Bohlin, 2008) ปัญหาพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นนี้แม้เป็นปัญหาเล็กน้อย แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการดำเนินชีวิตของเด็กโรคสมาธิสั้นในระยะยาว สอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหากมีปัญหามาตรียมอื่นร่วมด้วยเป็นปัจจัยที่ทำนายว่าโรคสมาธิสั้นจะคงอยู่จากวัยเด็กจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Caye et al., 2016) นอกจากนี้ประเด็นที่น่าสนใจคือผู้ดูแลเด็กระบุว่าปัญหาพฤติกรรมบางพฤติกรรมเริ่มสังเกตเห็นเมื่ออยู่ในช่วงปฐมวัยโดยอายุน้อยที่สุดเริ่มพบอาการเริ่มต้นคือ 2 ปี แต่ความยากในการที่จะตัดสินใจได้ว่าพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกเป็นพัฒนาการตามวัยหรือเป็นปัญหาพฤติกรรมทำให้เข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยเรียน ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยต้องมีอาการมากกว่า 6 ข้อขึ้นไป เกิดขึ้นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และต้องมีอาการแสดงในสถานการณ์ที่แตกต่างกันอย่างน้อย 2 แห่ง (American Psychiatric Association & Association, 2013) ส่วนมากจึงวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้เมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 6 ปี (Visser et al., 2014) จากการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ยากและท้าทายในการที่จะดูแลเด็กและตอบสนองความต้องการของเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว และปัญหาด้านจิตสังคมของเด็กจะรุนแรงมากขึ้นหากขาดการสนับสนุนช่วยเหลือและได้รับการตีตราจากสังคม (Ching'oma et al., 2022) ดังนั้นการแก้ไขปัญหามาตรียมในระยะเริ่มต้นจึงเป็นเรื่องที่มี

ความสำคัญยิ่งเพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมระยะเริ่มต้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาต่อไป

5.2.1.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัว พบว่าครอบครัวเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กและมีการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น

ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก สามารถอธิบายได้ว่าในระยะเริ่มต้นเมื่อทราบว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวรับรู้ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กโดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กจะช่วยลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น สอดคล้องตามทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา ซึ่งกล่าวว่าการปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของมนุษย์ ครอบครัวเป็นระบบเป็นสิ่งแวดล้อมระบบเล็ก ที่ใกล้ชิดตัวเด็กมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด (Bronfenbrenner & Ceci, 1994) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็ก ผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่ามีลักษณะกิจกรรมมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว ได้แก่ การส่งเสริมทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและการช่วยงานบ้านในครอบครัว ร้อยละ 85.7 การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ร้อยละ 71.4 การส่งเสริมการฝึกสติและการทำสมาธิ ร้อยละ 57.1 และการส่งเสริมการออกกำลังกาย ร้อยละ 50.0 ในทุกกิจกรรมที่ผู้ดูแลเด็กมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับเด็กล้วนเป็นกิจกรรมที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก ทักษะการคิดเชิงบริหารเป็นการทำงานระดับสูงของสมองที่ควบคุมการคิด การตัดสินใจและการกระทำของเด็ก (Anderson, 2002) ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาทักษะดังกล่าว ได้แก่ การกำหนดข้อตกลง การเผชิญอุปสรรคและการแก้ปัญหา การเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ การได้มีประสบการณ์ตรง และการมีโอกาสดำเนินการทดลองถูก (ขวัญฟ้า รังสิยานนท์ และคณะ, 2562) ปัจจุบันมีผลการวิจัยที่ยืนยันว่าความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกภายนอกของเด็กในช่วงวัยเด็กตอนต้นซึ่งรวมถึงเด็กปฐมวัย (Romero-Lopez, Quesada-Conde, Bernardo, & Justicia-Araez, 2017)

ในการศึกษานี้สะท้อนว่าผู้ดูแลเด็กมีการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมปฏิบัติต่อเด็กโดยการปรับเปลี่ยนการอบรมเลี้ยงดูเด็กจะสามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้ ผลการวิจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลเด็กและครอบครัวปฏิบัติต่อเด็กนั้น สามารถอธิบายได้ว่ามีความสอดคล้องกับหลักการในการ

อบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกซึ่งประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ประการ คือ ความผูกพัน การยอมรับในตัวเด็ก การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และการสร้างวินัยเชิงบวก (Eanes, 2016) และจากผลการศึกษสามารถอภิปรายได้ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวโดยมีการแสดงความรักและให้ความใกล้ชิดกับเด็ก และการใช้เวลาในการเล่นและพูดคุยกับเด็กเป็นการปฏิบัติต่อเด็ก อภิปรายได้ว่าเป็นการสร้างความผูกพันระหว่างเด็กและครอบครัวเนื่องจากเด็กทั่วไป รวมถึงเด็กโรคสมาธิสั้นต้องการความเข้าใจและการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ตามทฤษฎีความผูกพันกล่าวว่าเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการและการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแล เด็กจะเกิดความผูกพัน ซึ่งถือเป็นก้าวแรกสู่พัฒนาการที่ดี ด้านสังคม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก 2) ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการสื่อสารกับเด็กด้วยภาษาที่สุภาพและขอโทษเด็กหากทำผิดต่อเด็กและการเปิดโอกาสให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อภิปรายได้ว่าเป็นการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อแสดงถึงการยอมรับในตัวเด็ก เนื่องจากการที่ผู้ใหญ่ยอมรับในตัวเด็ก ถือเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีสำหรับเด็ก และเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และรู้จักการยอมรับและเคารพผู้อื่น 3) ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการเฝ้าระวังปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็ก และการค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลเด็กอยู่เสมอ อภิปรายได้ว่าเป็นการปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นการเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก เนื่องจากการเฝ้าระวังและจัดการกับสถานการณ์ที่อาจจะเป็นปัญหาในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะเป็นปัญหาใหญ่จนไม่สามารถแก้ไขได้ในอนาคต 4) ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการตักเตือนเมื่อเด็กทำผิดโดยไม่ใช้อารมณ์และการใช้เหตุผลกับเด็ก อภิปรายได้ว่าเป็นการปฏิบัติต่อเด็กที่แสดงถึงการเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เนื่องจากการเห็นอกเห็นใจเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยปลดล๊อคสมองเด็กเมื่อเด็กมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมทำให้เกิดการยอมรับและเข้าใจผู้อื่น แสดงถึงการเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น 5) ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการกำหนดกฎเกณฑ์กับเด็กในครอบครัวและการหลีกเลี่ยงการลงโทษเด็กโดยการตี อภิปรายได้ว่าเป็นการปฏิบัติต่อเด็กที่เป็นการสร้างวินัยเชิงบวกแก่เด็ก โดยเฉพาะเด็กโรคสมาธิสั้นเพราะการลงโทษทางร่างกายโดยการตี การหยิก หรือการดุด่า ว่ากล่าว หรือทำให้เด็กอับอายเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมในการที่จะนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กในยุคปัจจุบัน เนื่องจากการลงโทษเป็นการทำให้เด็กรู้สึกทุกข์ทรมานเพื่อให้เด็กหลีกเลี่ยงการทำพฤติกรรมนั้นซึ่งมักไม่ได้ผลในปัจจุบัน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กที่เกิดขึ้นโดยการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กและการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก อภิปรายได้ว่าเมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เด็กโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อระบบอารมณ์ในครอบครัว สอดคล้องกับทฤษฎีระบบครอบครัวที่ให้มุมมองต่อครอบครัวว่าเป็นหน่วยย่อยที่เปรียบเสมือนจุดศูนย์กลางของอารมณ์ ครอบครัวถือเป็นสายสัมพันธ์ที่หลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงทั้งระบบในครอบครัวได้ (Haefner, 2014) ดังนั้นหากผู้ดูแลเพียงบุคคลเดียวในครอบครัวมีการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น สามารถส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆเข้ามามีส่วนร่วมและรับรู้ถึงความสามารถของครอบครัวในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติต่อเด็กในการลดปัญหาพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น เด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของสมาชิกในครอบครัวเกิดขึ้นจากความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ผ่านการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติ เพื่อให้มีการปฏิบัติต่อเด็กเป็นประจำ จนเป็นการตอบสนองที่เป็นปกติวิสัย ด้วยความเข้าใจบริบทสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Lindsey et al., 2013) เพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กโรคสมาธิสั้น โดยความรู้และทักษะในการปฏิบัติเกิดจากการที่ผู้ดูแลเด็กมีการค้นคว้าหาความรู้อยู่เสมอ โดยผู้ดูแลเด็ก รายงานว่าส่วนมากจะหาความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ครู และสอบถามจากผู้ดูแลเด็กอื่นที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น รวมถึงการใช้ความรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลเด็กเอง โดยจากผลการศึกษาระบุว่าครอบครัวมีประสบการณ์ในการลงโทษเด็กโดยการตีซึ่งเป็นวิธีการอบรมเลี้ยงดูเชิงลบ เช่น ผู้ดูแลเด็กก็รู้ว่าการลงโทษโดยการตีเด็กจะหยุดพฤติกรรมเฉพาะขณะที่ตีแต่หลังจากนั้นเด็กก็จะทำผิดซ้ำอีกครั้ง ในขณะที่เดียวกันก็แสดงพฤติกรรมนั้นกับบุคคลอื่นเมื่อมีโอกาส เช่น ตีเพื่อน หรือน้องที่อ่อนแอกว่า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีการเลี้ยงดูเด็กเชิงลบส่งผลทำให้ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นและเกิดพฤติกรรมที่ตีได้น้อย (Stevens, Canu, Lefler, & Hartung, 2019)

ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารและนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมในแต่ละบริบทและสภาพแวดล้อมของแต่ละครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด ครอบครัวจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติต่อเด็กเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและช่วยลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นต่อไป

5.2.2 การพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวและการประเมินประสิทธิผลของตัวแบบในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

5.2.2.1 การพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

ผลการวิจัยได้ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น อภิปรายว่าการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับของการป้องกันกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ (Selective prevention intervention) (O'Connell et al., 2009) การพัฒนา

ทักษะครอบครัวเป็นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติแก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อให้มีพฤติกรรมการลดปัญหาพฤติกรรมและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้นโดย 1) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น เป็นการพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น การให้สุขศึกษาเรื่องโรคสมาธิสั้น โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว 2) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครอบครัวและเด็กเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ด้วยการพัฒนาทักษะการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและพัฒนาทักษะการพัฒนาการคิดเชิงบริหารของเด็ก โดยใช้หนังสือกิจกรรมเรื่อง สติ-ช่วย-คิด-ออก ควบคู่ไปกับกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็ก ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาในการดำเนินการตามตัวแบบ 8 สัปดาห์ ซึ่งกำหนดให้มีระยะเวลาในการทำกิจกรรม 30-45 นาที/กิจกรรม โดยให้ปฏิบัติกิจกรรมละ 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม/สัปดาห์ และให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ 3) การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของครอบครัวและทบทวนกิจกรรมย้อนหลัง โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว หนังสือกิจกรรม และแอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น” ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ดูแลเด็กได้รับการให้ความรู้พร้อมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลเด็กเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นผ่านกิจกรรมการให้สุขศึกษาซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ธรรมชาติของเด็กปฐมวัย ความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย การอบรมเลี้ยงดูเชิงบวกในครอบครัวเด็กปฐมวัย บทบาทของครอบครัวในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยและแนวทางในการแก้ไขของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย การพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติของครอบครัวทำให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้มีการสรุปความรู้และทักษะการปฏิบัติจากการประชุมเชิงปฏิบัติการไว้ในรูปแบบของแอปพลิเคชันบนเว็บไซต์ (Web Application) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นบราวเซอร์สำหรับการใช้งานเว็บไซต์ต่างๆ ซึ่งแสดงเฉพาะส่วนที่จำเป็นเพื่อลดทรัพยากรการประมวลผลของอุปกรณ์สมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ต ทำให้เว็บไซต์สามารถดาวน์โหลดข้อมูลเร็วขึ้นและง่ายต่อการสืบค้น (Serrano, 2013) ซึ่งปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีนี้มาใช้มากในทางคลินิกเนื่องจากง่ายต่อการใช้งาน มีความปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัวสูง (Schueller, Washburn, & Price, 2016) นอกจากนี้สามารถทบทวนความรู้และทักษะได้ซ้ำได้ทุกเมื่อที่ต้องการ ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติต่อเด็กได้ สอดคล้องกับแนวคิดการทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กล่าวไว้ว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กได้นั้น ผู้ดูแลเด็กต้องเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจ คือ ความรู้และทักษะการปฏิบัติ ความตั้งใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ปัญหาอุปสรรค จนเกิดการปฏิบัติ

พฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ จนกลายเป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นทันทีอย่างเป็นปกติวิสัย (Lindsey et al., 2013) จนเกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัว เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

5.2.2.2 การประเมินประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลเด็กได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่าผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงปัญหาพฤติกรรมของเด็กภายในกลุ่ม พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่าปัญหาพฤติกรรมเป็นผลมาจากการทำงานที่บกพร่องของระบบประสาทสมอง โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก (Wahlstedt et al., 2008) ร่วมกันมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กผ่านการทำกิจกรรม “สติ-ช่วย-คิด-ออก” ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) กิจกรรม “ขวดแห่งสติ” เป็นการยับยั้งและหยุดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้อารมณ์สงบและผ่อนคลายด้วยการตั้งสติและควบคุมอารมณ์ตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกสติในเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น ในเด็กปฐมวัยสามารถทำได้โดยการใช้ขวดแห่งสติสามารถช่วยให้เด็กฝึกการควบคุมความคิดและควบคุมอารมณ์ (Currid, 2020) 2) กิจกรรม “คนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้” เป็นการพัฒนาการจดจำและนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พัฒนาความยืดหยุ่นทางการคิดและการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันและมีการวางแผนอย่างเป็นระบบในการจัดลำดับในการกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้เนื่องจากผลจากการเด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องด้านความจำขณะทำงานซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (Irwin et al., 2021) ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อเด็กเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันแก่เด็กสมาธิสั้นจึงนับว่ามีความสำคัญยิ่ง 3) กิจกรรม “คิดดูซิ..สีอะไร” เด็กได้รับการพัฒนาทักษะการจำและแยกแยะผ่านประสบการณ์เดิมของตนในการจำสีและชนิดของผลไม้ตามแนวคิด Stroop effect ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะการคิดของเด็กเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะสามารถช่วยให้เด็กมีการพัฒนากระบวนการทางความคิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ปัจจุบันมีการนำมาประยุกต์ใช้ในเด็กในรูปแบบของการจดจำสีและผลไม้ (Fruit stroop test) (Okuzumi et al., 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น พบว่าผลการทดสอบ Stroop test มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (Ikeda, Okuzumi, & Kokubun, 2013)

ดังนั้นการส่งเสริมทักษะดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาและอาจส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมลดลง 4) กิจกรรม “ออกกำลังกายกันก้าวทันสี” เป็นการพัฒนาการยับยั้งการหยุดและการควบคุมการเคลื่อนไหวของเด็ก พัฒนาความจำ ควบคุมอารมณ์และการเคลื่อนไหวของเด็ก ประยุกต์จากตาราง 9 ชองกับการพัฒนาสมองช่วยประสานความสัมพันธ์ระหว่างประสาทและการเคลื่อนไหว (เจริญ กระบวนรัตน์, 2558) การออกกำลังกายทำให้มีการจดจำและสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ทอภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการออกกำลังกายในเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าการออกกำลังกายมีประสิทธิผลในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร (SMD = 1.22, 95% CI [0.61, 1.82], $p < 0.01$) ทักษะการเคลื่อนไหว (SMD = 0.67, 95% CI [0.22, 1.12], $p < 0.01$) และพฤติกรรมก้าวร้าว (SMD = -0.24, 95% CI [-0.69, -0.21], $p = 0.30$) (Sun, Yu, & Zhou, 2022) นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่ลดลงสามารถอธิบายตามระยะพัฒนาการของเด็กปฐมวัยได้ว่าเด็กเริ่มมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้อยู่ในขั้นก่อนการคิดแบบมีเหตุผล (Preoperational Stage) พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กในวัยนี้ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้เป็นส่วนใหญ่โดยเด็กจะเริ่มเรียนรู้และเข้าใจสัญลักษณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น (Piaget, 1976) มีความอยากรู้อยากเห็นว่าสิ่งต่างๆ รอบตัวเกิดขึ้นได้อย่างไร ทำหน้าที่ร่วมกันได้อย่างไร (Potts & Mandelco, 2012) เมื่อได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้จากบริบทแวดล้อมรอบตัวเด็กที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดคือครอบครัวจึงเกิดการเรียนรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ที่ผู้ดูแลเด็กได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กภายในกลุ่ม พบว่าทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเมื่อผู้ดูแลเด็กได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลเด็กโดยการสอนสุขศึกษาและการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กปฐมวัยที่เป็นโรคสมาธิสั้นสามารถพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กกลุ่มดังกล่าวไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลเด็กได้รับการสอนสุขศึกษารายกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 ครอบครัว จากนั้นผู้ดูแลเด็กทำกิจกรรมการเล่นร่วมกับเด็กในรูปแบบเกมในการพัฒนาทักษะด้านการยับยั้ง ด้านความจำขณะทำงาน และการควบคุมการเคลื่อนไหวโดยการออกกำลังกาย เช่น แอโรบิค การกระโดด ผู้ดูแลเด็กทำกิจกรรมร่วมกับเด็กอย่างน้อย 30-45 นาที/วัน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล 4 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัย คือผู้ดูแลเด็กมีการสนับสนุนระดับกลุ่ม (Group level support) เพื่อให้มีการ

สะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (Halperin et al., 2020) แต่อย่างไรก็ตามมุ่งเน้นการทำกิจกรรมระหว่างครอบครัวและเด็กเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กเช่นเดียวกันกับการวิจัยครั้งนี้ และแม้ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติจนเกิดความเข้าใจบทบาทของครอบครัวในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ความหมาย องค์ประกอบ ปัจจัยย่อยและปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยในครอบครัว การพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ได้รับจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติต่อเด็ก เกิดความตั้งใจและตัดสินใจที่จะปฏิบัติจากสถานการณ์ด้านพฤติกรรมเด็กที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นปัญหา จากนั้นจึงมีพฤติกรรมปฏิบัติต่อเด็กเป็นประจำจนเป็นปกติวิสัย (Lindsey et al., 2013) ผลการวิจัยนี้พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการคิดเชิงบริหารเพิ่มขึ้นในขณะที่ปัญหาพฤติกรรมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเด็กสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหาร (Carruthers, 2016) ทักษะการคิดเชิงบริหารกับปัญหาพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อกัน (Romero-Lopez et al., 2017) จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะดังกล่าวโดยผู้ดูแลเด็ก นอกจากนี้เด็กปฐมวัยช่วง 1-6 ปีแรกอยู่ในระยะหน้าต่างแห่งโอกาส Golden period ของการพัฒนาโครงสร้างของเซลล์ประสาทในสมองหากมีการเรียนรู้ป้อนเข้าไปอย่างเหมาะสมส่งผลให้เกิดการสร้างวงจรประสาทที่ซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น นับเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารให้กับเด็กเพราะเป็นช่วงที่สมองส่วนหน้าพัฒนามากที่สุด การฝึกฝนทักษะการคิดเชิงบริหารอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะสามารถคิดอย่างเป็นเหตุผลแบบผู้ใหญ่ (นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, 2560) ดังนั้นเมื่อมีการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติแก่ผู้ดูแลเด็กในการสนับสนุนส่งเสริมอย่างเหมาะสม ทำให้มีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะต้องมีการพัฒนากลยุทธ์โดยการสนับสนุนกลุ่ม เพื่อเพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลเด็กกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กด้วยกัน ระหว่างผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นและเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลในระยะยาวต่อไป

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้และทักษะการปฏิบัติจากการประชุมเชิงปฏิบัติการทั้งในด้านของการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยรวมถึงการมี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กด้วยการทำกิจกรรมร่วมกันทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ของระบบเล็กในครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดบุคคลมากที่สุดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา ซึ่งกล่าวว่าอิทธิพลจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมและพัฒนาการมนุษย์ (Bronfenbrenner & Ceci, 1994) นอกจากนี้จากค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ปัญหาพฤติกรรมของเด็กลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวพฤติกรรมในเด็กการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกช่วยลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rincon et al., 2018) แม้ว่าเด็กมีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง การเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกก็ยังสามารถช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็ก (Ireen de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff, & Tavecchio, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลและเด็กมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น ($r=-0.58$) (Taghizade et al., 2022) นอกจากนี้สัมพันธภาพเชิงบวกในครอบครัวจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นแล้วการอบรมเลี้ยงดูเชิงบวกยังช่วยให้ครอบครัวเกิดการยอมรับ ลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล ลดความเครียดของบิดามารดา และมีความสามารถในการปฏิบัติการการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น (Aghehati et al., 2014)

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 4 ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อภิปรายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลเด็กได้รับตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในเรื่องความสำคัญของการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น บทบาทของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก และการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กจากความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ได้รับจากตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวนั้นมีการเปลี่ยนแปลงโดยการนำหลักการในการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมานำมาปรับใช้ในการดูแลเด็กซึ่งประกอบไปด้วย การสร้างความผูกพัน การยอมรับในตัวเด็ก การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และการสร้างวินัยเชิงบวก (Eanes, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ดูแลรับรู้ว่าการที่ต้องดูแลเด็กสมาธิสั้นจะยากและกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ผู้ดูแลก็มีความพยายามอย่างยิ่งที่จะแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับเด็ก (Ching'oma et al., 2022) จากสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับเด็ก ครอบครัวจึงรับรู้ร่วมกันว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาในครอบครัวที่ต้องร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ตามแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจึงทำให้ครอบครัวมีการสื่อสารกันเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อเด็กตามบทบาทของตนเองในการตอบสนองต่ออารมณ์และความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสมกับพฤติกรรมของเด็ก

ตลอดจนมีการควบคุมพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม (Miller et al., 2000) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของครอบครัว คุณภาพชีวิต จนเกิดความยากลำบากเกิดขึ้นในครอบครัว (Penuelas-Calvo et al., 2021) ครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีการสูญเสียหน้าที่ของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น (Foley, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าความขัดแย้งรุนแรงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (OR = 2.7 [95% CI, 1.1-6.6]) (Teekavanich et al., 2017) ดังนั้นการส่งเสริมการทำงานที่ของครอบครัวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

5.3.1 ช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการสื่อสารภายใต้หน้ากากอนามัยและมีฉากพลาสติกกั้น ทำให้ผู้วิจัยตระหนักว่าอาจส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดี แม้ว่าผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ เกริ่นนำก่อนเริ่มต้นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบางมิติที่อาจจะมีประโยชน์ในการวิจัยมากยิ่งขึ้น

5.3.2 การติดตามผลของประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวมีการติดตามผลในระยะสั้นภายหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ไม่มีการประเมินติดตามความคงอยู่ของประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

5.4 การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะ

5.4.1 การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

5.4.1.1 ควรมีการนำตัวแบบในการพัฒนาทักษะครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติต่อเด็กเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กผ่านการทำกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็ก โดยนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมาใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

5.4.1.2 ควรมีการให้ความรู้คำแนะนำให้ครอบครัวสามารถสังเกตปัญหาพฤติกรรมเด็กปฐมวัยเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง คัดกรอง และให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นเพื่อประสิทธิผลในการรักษา รวมถึงให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของสมาธิสั้นแก่ผู้ดูแลเด็กและครอบครัวโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นฉบับเด็กเล็กเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง

5.4.1.3 ควรมีการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ ดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงต่อ

สมาธิสั้นและเด็กโรคสมาธิสั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและการรักษาให้มีความต่อเนื่อง เกิดความร่วมมือ ปฏิบัติต่อเด็กในทิศทางเดียวกัน และเกิดความเข้าใจและร่วมมือกันในการพัฒนาเด็ก กลุ่มดังกล่าวระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ เด็ก ครอบครัว ครู ตลอดจนบริบทสังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อมอื่นที่มีอิทธิพลต่อเด็ก

5.4.1.4 ควรให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวเพื่อเป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและพัฒนาการที่ดีของเด็กโดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ซึ่งสามารถพัฒนาได้จากการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในครอบครัว

5.4.1.5 ควรมีการให้ความรู้คำแนะนำและส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในครอบครัวเด็กสมาธิสั้นเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการลดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก

5.4.2 ข้อเสนอแนะ

5.4.2.1 ควรมีการศึกษาประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นจากบริบทอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์จากครู เพื่อน และมีการศึกษาในช่วงวัยอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกัน

5.4.2.2 ควรมีการพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาพฤติกรรมในแต่ละพฤติกรรมรวมถึงมีการประเมินประสิทธิผลของตัวแบบในการลดปัญหาพฤติกรรมรายด้านอย่างเป็นรูปธรรม รวมไปถึงพัฒนากลยุทธ์โดยประยุกต์ใช้การสนับสนุนกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันของผู้ดูแลเด็ก

5.4.2.3 ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลของตัวแบบในระยะยาวหลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของประสิทธิผลของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

บรรณานุกรม



กรมสุขภาพจิต. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-2580).

กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2017). การใช้ *SPSS for windows* ในการวิเคราะห์ข้อมูล (ฉบับปรับปรุง):

ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัลยา สุวรรณสิงห์, อรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัลยา โทดหิม. (2563). ผลของ

โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น.

วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 3(34), 37-51.

กาญจนา บุญประคม, จิราพร ชะโน (2562). การพัฒนาชุดกิจกรรมการจัดประสบการณ์ เพื่อ

ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารด้านการกำกับตนเองของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น.

วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 25(1), 66-77.

ขวัญฟ้า รังสิยานนท์, พรรัถ อินทามระ, ศศิพันธุ์ เปี่ยมเปี่ยมศิลป์, ศีลสุภา วรรณสุทธิ์, & ศิริพงษ์

ทิณรัตน์. (2562). คู่มือครูและผู้ปกครอง การสร้างทักษะสมอง EF สำหรับเด็กปฐมวัย

doi:<http://www.pecerathailand.org/2020/01/2349.html>

เจริญ กระบวนรัตน์. (2558). ตาราง 9 ช่อง กับการพัฒนาสมอง. กรุงเทพมหานคร.

ฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร. (2561a). การพัฒนาโปรแกรมการเล่นบำบัดเพื่อเสริมสร้างทักษะ

การคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร. (ปรัชญา

ดุขฎิบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

ฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร. (2561b). การพัฒนาโปรแกรมการเล่นบำบัดเพื่อเสริมสร้างทักษะ

การคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร. (ปรัชญา

ดุขฎิบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

ชาญวิทย์ พรนภดล,วินัดดา ปิยะศิลป์, จิตรภรณ์ จิตรธร. (2557). การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิ

สั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3-18 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59

(4), 335-354.

ชาญวิทย์ พรนภดล. (2562). โรคสมาธิสั้น *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder*.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศิริราช.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับ

ลิสซิ่ง จำกัด.

นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล. (2560). การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิง

บริหารในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ สถาบันชีววิทยา

ศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2563). ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม *G*Power*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิน. (2563). การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. เชียงใหม่: สมาร์ทคิดตั้งแอนด์เซอร์วิส จำกัด.
- รวีวรรณ รุ่งไพบูลวัลย์. (2561). การอบรมเลี้ยงดูบุตรเชิงบวก Positive Parenting ใน รวีวรรณ รุ่งไพบูลวัลย์, สุรลักษณ์ สุทธิพิงศ์, ทิพวรรณ หรรษาคุณาชัย, บานชื่น เบญจาสวรรณเทพ, อติศรีสุดา เพ็องฟู, จริญญา จุฑาภิสิทธิ์, พัญ โรจน์มหามงคล, (Ed.), พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4 (pp. 55-62). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลัฟวิง จำกัด.
- รุ่งรัตน์ สุขะเดช. (2563). การอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43(1), 1-9.
- ลัดดาวัลย์ อรัญยกานนท์. (2559). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ จังหวัดเชียงใหม่. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิลาวลัย เจ็ดเกียรติ์ก่าจาย. (2561). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. ใน รวีวรรณ รุ่งไพบูลวัลย์, สุรลักษณ์ สุทธิพิงศ์, ทิพวรรณ หรรษาคุณาชัย, บานชื่น เบญจาสวรรณเทพ, อติศรีสุดา เพ็องฟู, จริญญา โรจน์มหามงคล, พัญ โรจน์มหามงคล, (Ed.), โรคสมาธิสั้น *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (Vol. 4, pp. 601-614). กรุงเทพมหานคร: บริษัทพี.เอ.ลัฟวิง จำกัด.
- สนธยา มณีรัตน์, สิริลักษณ์ ศรีเศวต,. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 81-89.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 3-6 ปี สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง.
doi:http://academic.obec.go.th/images/document/1593157950_d_1.pdf
- สุพร อภินันทเวช. (2019). การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาและจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. *Siriraj Medical Bulletin*, 9(3), 175-181.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชันด้าการพิมพ์.
- Abikoff, H. B., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Long, N., Forehand, R. L., Miller Brotman, L., . . . Sonuga-Barke, E. (2015). Parent training for preschool ADHD: a

- randomized controlled trial of specialized and generic programs. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(6), 618-631.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*, 21(8), 265-271.
- Aghebati, A., Gharraee, B., Hakim Shoshtari, M., & Gohari, M. R. (2014). Triple p-positive parenting program for mothers of ADHD children. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(1), 59-65. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24995031/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078694/>
- Ahmad, N. F., & Mansor, M. (2016). Externalizing behaviour problem among children age four and below in peninsular Malaysia. *Asian Journal of Social Sciences & Humanities Vol*, 5, 1.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Alexandra, M. V., & Marie-Pascale, N. (2016). Externalizing behavior problems in preschoolers: Impact of an inhibition training. *Journal of Psychological Abnormalities*, 5(2), 154.
- Alizadeh, S., Talib, M. B. A., Abdullah, R., & Mansor, M. (2011). Relationship between parenting style and children's behavior problems. *Asian Social Science*, 7(12), 195-200.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition American Psychiatric Publishing. Arlington, VA, USA: Doi, 10.
- American Psychiatric Association, A., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 10): Washington, DC: American psychiatric association.
- Anderson, V. (2002). Executive function in children: Introduction. *Child Neuropsychology*.

- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders, 24*(1), 73-85.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). Social learning and personality development.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology, 4*(1p2), 1.
- Belanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). ADHD in children and youth: Part 1—Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics & Child Health, 23*(7), 447-453.
- Black, M, M., Jukes, CH, M., Willoughby, & T, M. (2017). Behavioural and emotional problems in preschool children. *The Lancet Psychiatry, 4*(2), 89-90.
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5® guidebook: The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*: American Psychiatric Pub.
- Bornstein, M. H., Hahn, C.-S., & Suwalsky, J. T. (2013). Developmental pathways among adaptive functioning and externalizing and internalizing behavioral problems: Cascades from childhood into adolescence. *Applied developmental science, 17*(2), 76-87.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. *Family therapy: Theory and practice, 4*(1), 2-90.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological review, 101*(4), 568.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology, 1*.
- Burachat, S., Ekarat, C., & Tharin, P. (2019). Factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school aged children of Sichon hospital in study. *Region 11 Medical Journal, 33*(2), 327-338.
- Campbell, S. B. (2006). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*: Guilford Press.

- Catala-Lopez, F., Hutton, B., Nunez-Beltran, A., Page, M. J., Ridao, M., Macias Saint-Gerons, D., . . . Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, *12*(7), e0180355.
- Caye, A., Swanson, J., Thapar, A., Sibley, M., Arseneault, L., Hechtman, L., . . . Rohde, L. A. (2016). Life span studies of ADHD—conceptual challenges and predictors of persistence and outcome. *Current psychiatry reports*, *18*(12), 111.
- Centers for Disease Control Prevention. (2019). Data and statistics on children's mental health. Retrieved on October, 15, 2019.
- Charach, A., Carson, P., Fox, S., Ali, M. U., Beckett, J., & Lim, C. G. (2013). Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*, *131*(5), e1584-e1604.
- Charach, A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C. G., Lillie, E., . . . Schachar, R. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: effectiveness of treatment in at-risk preschoolers; long-term effectiveness in all ages; and variability in prevalence, diagnosis, and treatment.
- Ching'oma, C. D., Mkoka, D. A., Ambikile, J. S., & Iseselo, M. K. (2022). Experiences and challenges of parents caring for children with attention-deficit hyperactivity disorder: A qualitative study in Dar es salaam, Tanzania. *PloS one*, *17*(8), e0267773.
- Cohen, J. (1992). A power prime. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Colomer, C., Berenguer, C., Roselló, B., Baixauli, I., & Miranda, A. (2017). The impact of inattention, hyperactivity/impulsivity symptoms, and executive functions on learning behaviors of children with ADHD. *Frontiers in psychology*, *8*, 540.
- Connaughton, M., Whelan, R., O'Hanlon, E., & McGrath, J. (2022). White matter microstructure in children and adolescents with ADHD. *NeuroImage: Clinical*, *33*, 102957. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.102957>
- Conners, C. (1993). Conners' Abbreviated Symptom Questionnaire Parent and Teacher. *North Tonawanda, NY: MHS*.

- Conners, C. (1997). CRS–R, Conners' rating scales-revised: instruments for use with children and adolescents. *Multi-Health Systems Inc., Toronto.*
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*: Sage publications.
- Currid, J. (2020). *Mindfulness in Early Learning and Care Mindfulness Jar.*
- Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(2), 199-212.
- Davis, D. W., Feygin, Y., Creel, L., Williams, P. G., Lohr, W. D., Jones, V. F., . . . Jawad, K. (2019). Longitudinal trends in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and stimulant use in preschool children on medicaid. *The Journal of pediatrics, 207*, 185-191. e181.
- Diamond, A. (2014). *Want to optimize executive functions and academic outcomes? Simple, just nourish the human spirit.* Paper presented at the Minnesota Symposium in Child Psychology, 37, Oct, 2011, University of Minnesota, MN, US; Based on presentations at the aforementioned symposium.
- Doernberg, E., & Hollander, E. (2016). Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS spectrums, 21*(4), 295-299.
- Drugs, U. N. O. o., & Crime. (2010). Compilation of evidence-based family skills training programmes. In: United Nations New York.
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory into practice, 50*(1), 35-42.
- Eanes, R. (2016). *Positive parenting: An essential guide*: Penguin.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry, 47*(3-4), 313-337.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*: WW Norton & Company.

- Eyberg, S. M. (1999). Eyberg child behavior inventory and sutter-eyberg student behavior inventory-revised: Professional manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Fishbein, & Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.
- Fishbein, & Ajzen, I. (1980). M. Understanding attitudes and predicting social behavior. In: Englewood cliffs NJ: Prentice–Hall.
- Fishbein, M., Triandis, H., Kanfer, F., Becker, M., Middlestadt, S., . . . Singer, J. (2001). Factors influencing behavior and behavior change, Handbook of health psychology. Mahwah, NY: Erlbaum, 3-17.
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. . (2003). *Family nursing: Research, theory and practice* New Jersey: Upper Saddle River.
- Friese, S., Soratto, J., & Pires, D. (2018). Carrying out a computer-aided thematic content analysis with ATLAS. ti.
- Genis, S., Wanlop, A., Chutima, J., & Chanvit, P. (2019). Effectiveness of Parent Group Intervention for Reducing Medication Nonadherence in Children with ADHD: A Pilot Study. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 64(1), 3-20.
- Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J., Sivan, A., & Richardson, R. (2007). Reliability and validity of the Eyberg Child Behavior Inventory with African–American and Latino parents of young children. *Research in nursing & health*, 30(2), 213-223.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Haefner, J. (2014). An Application of Bowen Family Systems Theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 35. doi:10.3109/01612840.2014.921257
- Halperin, J. M., Marks, D. J., Bedard, A.-C. V., Chacko, A., Curchack, J. T., Yoon, C. A., & Healey, D. M. (2013). Training executive, attention, and motor skills: a proof-

- of-concept study in preschool children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(8), 711-721.
- Halperin, J. M., Marks, D. J., Chacko, A., Bedard, A.-C., O'Neill, S., Curchack-Lichtin, J., . . . Berwid, O. G. (2020). Training executive, attention, and motor skills (TEAMS): a preliminary randomized clinical trial of preschool youth with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(3), 375-389.
- Healey, D. M., Flory, J. D., Miller, C. J., & Halperin, J. M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, 20(2), 148-161.
- Hosokawa, R., & Katsura, T. (2018). Association between mobile technology use and child adjustment in early elementary school age. *PloS one*, 13(7).
- Ikeda, Y., Okuzumi, H., & Kokubun, M. (2013). Stroop/reverse-Stroop interference in typical development and its relation to symptoms of ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 34(8), 2391-2398.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.04.019>
- Ireen de Graaf, Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children. *Behavior Modification*, 32(5), 714-735.
- Irwin, L. N., Soto, E. F., Chan, E. S. M., Miller, C. E., Carrington-Forde, S., Groves, N. B., & Kofler, M. J. (2021). Activities of daily living and working memory in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 27(4), 468-490. doi:10.1080/09297049.2020.1866521
- Jaccard, J., Dodge, T., & Dittus, P. (2002). Parent-adolescent communication about sex and birth control: A conceptual framework. *New directions for child and adolescent development*, 2002(97), 9-42.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jean Currid. (2020). *Mindfulness in Early Learning and Care Mindfulness Jar*.
- Kanfer, R. (1987). Task-specific motivation: An integrative approach to issues of measurement, mechanisms, processes, and determinants. *Journal of social and clinical psychology*, 5(2), 237-264.

- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation*: WW Norton & Company.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kohlberg, L. (1968). *The child as a moral philosopher*: Psychology today.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of general psychiatry*, *62*(8), 896-902.
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhoven de Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing.
- Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J. M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *14*(1), 1690091. doi:10.1080/17482631.2019.1690091
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(2), 285-296.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*: sage.
- Lindsey, M., Chambers, K., Pohle, C., Beall, P., & Lucksted, A. (2013). Understanding the Behavioral Determinants of Mental Health Service Use by Urban, Under-Resourced Black Youth: Adolescent and Caregiver Perspectives. *Journal of Child and Family Studies*, *22*, 107-121. doi:10.1007/s10826-012-9668-z
- Maccoby, E. E., Martin, J. A., Mussen, P., & Hetherington, E. (1983). Handbook of child psychology. In.
- Mash, E. J. (2019). *Abnormal child psychology*. Boston: David A. (David Allen), 1951- (Seventh ed.).
- McCarney, S. (1996). Attention Deficit Disorder Evaluation Scale (ADDES-HV). Columbia, MO: Hawthorne Educational Services. In: Inc.

- McGuire, J., Richman, N. . (1988). *Pre-School Behavior Checklist (PBCL)*. Berkshire: NFER-Nelson.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, *15*(4), 351-377.
- Miklos, M., Futo, J., Komaromy, D., & Balazs, J. (2019). Executive Function and Attention Performance in Children with ADHD: Effects of Medication and Comparison with Typically Developing Children. *Int J Environ Res Public Health*, *16*(20). doi:10.3390/ijerph16203822
- Miller, Iosif, A.-M., Bell, L. J., Farquhar-Leicester, A., Hatch, B., Hill, A., . . . Ozonoff, S. (2020). Can Familial Risk for ADHD Be Detected in the First Two Years of Life? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-13.
- Miller, Meghan, Iosif, A.-M., Bell, L. J., Farquhar-Leicester, A., Hatch, B., . . . Ozonoff, S. (2021). Can familial risk for ADHD be detected in the first two years of life? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *50*(5), 619-631.
- Miller, W., I., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, *22*(2), 168-189.
- Millichap, J. G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *121*(2), e358-e365.
- Muratori, P., Bertacchi, I., Masi, G., Milone, A., Nocentini, A., Powell, N. P., . . . Romero, D. (2019). Effects of a universal prevention program on externalizing behaviors: Exploring the generalizability of findings across school and home settings. *Journal of School Psychology*, *77*, 13-23.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.09.002>
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities* (Vol. 7): Washington, DC: National Academies Press.
- Okuzumi, H., Ikeda, Y., Otsuka, N., Saito, R., Oi, Y., Hirata, S., . . . Kokubun, M. (2015). Stroop-Like Interference in the Fruit Stroop Test in Typical Development. *Psychology*, *06*, 643-649.

- Olin, S., Hoagwood, K., Rodriguez, J., Ramos, B., Burton, G., Penn, M., . . . Jensen, P. (2010). The Application of Behavior Change Theory to Family-Based Services: Improving Parent Empowerment in Children's Mental Health. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 462-470. doi:10.1007/s10826-009-9317-3
- Penuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Colmenero, S. P., . . . Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry, 35*(3), 166-172. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>
- Piaget, J. (1976). Piaget's theory. In *Piaget and his school* (pp. 11-23): Springer.
- Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). ADHD Screening Properties of the Thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand, 59*(2), 97-110.
- Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current opinion in psychiatry, 20*(4), 386-392.
- Potts, N. L., & Mandleco, B. L. (2012). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*: Cengage Learning.
- Rincon, P., Cova, F., Saldivia, S., Bustos, C., Grandón, P., Inostroza, C., . . . King, M. (2018). Effectiveness of a Positive Parental Practices Training Program for Chilean Preschoolers' Families: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychology, 9*(1751). doi:10.3389/fpsyg.2018.01751
- Ringer, N. (2020). *Patterns of Coping: How Children with ADHD and Their Parents Perceive and Cope with the Disorder*. Department of Education, Stockholm University,
- Romero-Lopez, M., Quesada-Conde, A. B., Bernardo, G. A., & Justicia-Arreaez, A. (2017). The relationship between executive functions and externalizing behavior problems in early childhood education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 237*, 778-783.

- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, *15*(2), 175-183.
- Ruiz-Goikoetxea, M., Cortese, S., Aznarez-Sanado, M., Magallón, S., Zallo, N. A., Luis, E. O., . . . Arrondo, G. (2018). Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *84*, 63-71.
- Samarakkody, D., Fernando, D., McClure, R., Perera, H., & Silva, H. (2012). Prevalence of externalizing behavior problems in Sri Lankan preschool children: birth, childhood, and sociodemographic risk factors. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *47*(5), 757-762. doi:10.1007/s00127-011-0377-5
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of family psychology*, *22*(4), 506.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. T., & Markie-Dadds, C. (2001). *Practitioners manual for standard Triple P*: Families International Publishing.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, *5*(2), 175-186.
- Schueller, S. M., Washburn, J. J., & Price, M. (2016). Exploring mental health providers' interest in using web and mobile-based tools in their practices. *Internet interventions*, *4*, 145-151.
- Seo, W.-S., Chang, H.-K., Kim, J.-S., & Lee, J.-B. (2008). Reliability and validity of short form, parental version of the Korean swanson, nolan and pelham-IV (SNAP-IV). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, *47*(1), 64-72.
- Skogan, A. H. (2015). Executive function in young preschool children with symptoms of ADHD.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(11), 1432-1437.
- Stevens, A. E., Canu, W. H., Lefler, E. K., & Hartung, C. M. (2019). Maternal parenting style and internalizing and ADHD symptoms in college students. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(1), 260-272.

- Sun, W., Yu, M., & Zhou, X. (2022). Effects of physical exercise on attention deficit and other major symptoms in children with ADHD: A meta-analysis. *Psychiatry Research, 311*, 114509. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114509>
- Taghizade, S., Mahmoodi, Z., Zandifar, A., Qorbani, M., Mohamadi, F., & Mehrafzoun, N. (2022). The relationship model among parent-child relationship, coping responses and behavioral problems in children with attention deficit hyperactivity disorder.
- Tarver, J., Daley, D., & Sayal, K. (2015). Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): What can parents do to improve outcomes? *Child: Care, Health and Development, 41*(1), 1-14.
- Teekavanich, S., Chantaratin, S., Sirisakpanit, S., & Tarugsa, J. (2017). Prevalence and Factors Related to Behavioral and Emotional Problems among Preschool Children in Bangkok, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet, 100*(2), 175-182.
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Triandis, H. C. (1972). The analysis of subjective culture.
- Van der Oord, S., Bogels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies, 21*(1), 139-147.
- Visanuyothin, T., Pavasuthipaisit, C., Wachiradilok, P., Arunruang, P., & Buranasuksakul, T. (2013). The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand, 21*(2), 66-75.
- Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., . . . Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(1), 34-46. e32.
- Wahlstedt, C., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2008). ADHD symptoms and executive function impairment: early predictors of later behavioral problems. *Dev Neuropsychol, 33*(2), 160-178. doi:10.1080/87565640701884253

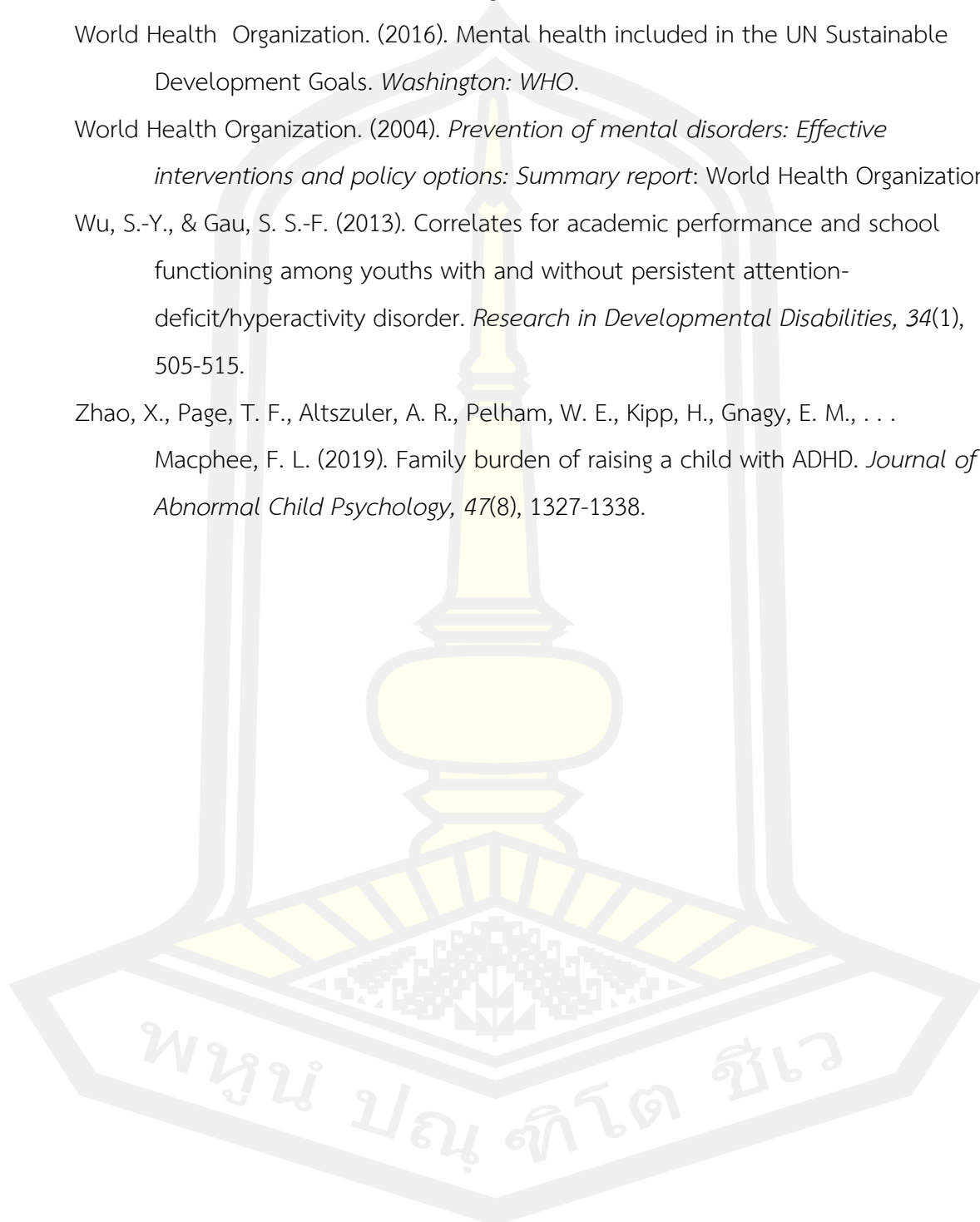
World Health Organization. (2013). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization. In.

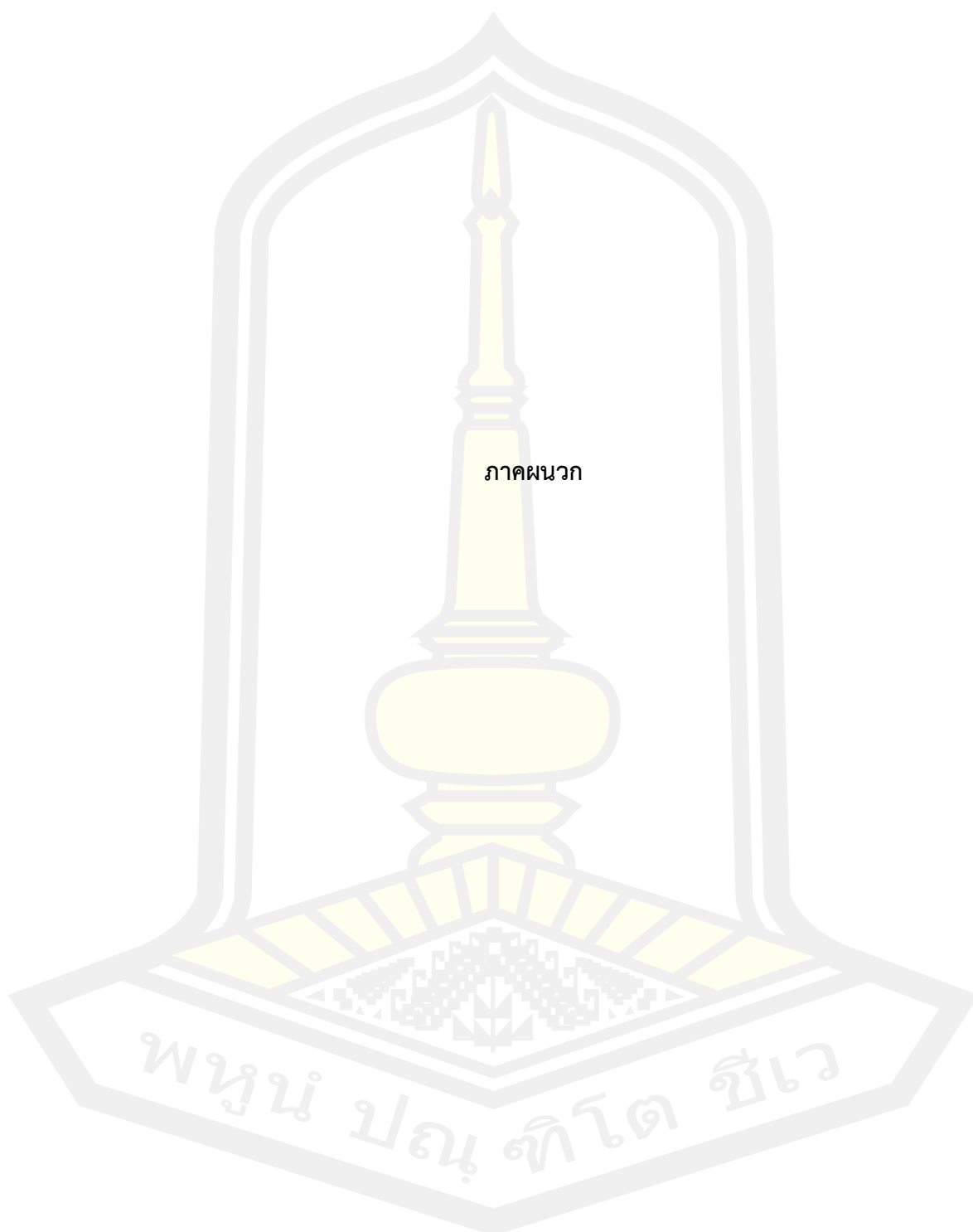
World Health Organization. (2016). Mental health included in the UN Sustainable Development Goals. *Washington: WHO*.

World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report*: World Health Organization.

Wu, S.-Y., & Gau, S. S.-F. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities, 34*(1), 505-515.

Zhao, X., Page, T. F., Altszuler, A. R., Pelham, W. E., Kipp, H., Gnagy, E. M., . . . Macphee, F. L. (2019). Family burden of raising a child with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(8), 1327-1338.







ภาคผนวก ก

การทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมรวมถึงสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย
ฉบับภาษาต่างประเทศและภาษาไทย

ชื่อเครื่องมือ	ผู้พัฒนา	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
การทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมรวมถึงสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัยฉบับภาษาไทย					
Pre-School Behavior Checklist (PBCL)	พัฒนาขึ้นโดย Jacqueline McGuire, PhD Naomi Richman ในปี 1988 (McGuire, 1988)	แบบคัดกรองปัญหาพฤติกรรมและ อารมณ์ในเด็ก ได้แก่ ก้าวร้าว อาละวาด ฯลฯ	- ใช้คัดกรอง ในเด็กอายุ 2.0-5.11 ปี	- ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ - ใช้เวลาในการคัดกรอง 5-10 นาที	- มีค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) อยู่ใน เกณฑ์ดีเท่ากับ 0.97 และ 0.85
Conners' Abbreviated Symptom Questionnaire: ASO)	ได้รับการพัฒนา โดย Dr. Keith Conners พัฒนาจาก Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R) เป็นฉบับ ย่อสำหรับผู้ดูแล และครู (Conners, 1993)	เพื่อคัดกรองโรคสมาธิสั้น	- ใช้คัดกรองใน เด็กอายุ 3-17 ปี	- ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ	- มีค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ดี เท่ากับ 0.83 และ 0.84

ชื่อเครื่องมือ	ผู้พัฒนา	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
Attention Deficit Disorder Evaluation Scale (ADDES)	ฉบับแรกได้รับการพัฒนาโดย McCaerney, เมื่อปี ค.ศ. 1996 (McCaerney, 1996)	เพื่อใช้สำหรับประเมินอาการ ADHD ในเด็กที่มีอายุระหว่าง 4-18 ปี ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค	ช่วงอายุเด็ก - ใช้คัดกรองในเด็กอายุ 4-18 ปี	- ฉบับผู้ดูแล (ADDES-Home version) มีข้อคำถาม 46 ข้อ - ฉบับครู (ADDES-School version) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 60 ข้อ ทั้ง 2 ฉบับมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อเหมือนกัน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับตามความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ โดยมีคะแนน ตั้งแต่ 0-4 ได้แก่ 0 = ไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นเลย 1 = เกิดพฤติกรรมนั้นหนึ่งหรือหลายครั้งต่อเดือน 2 = เกิดพฤติกรรมนั้นหนึ่ง	- มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.90

ชื่อเครื่องมือ	ผู้พัฒนา	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R)	ได้รับการพัฒนาโดย Dr. Keith Conners ในปี ค.ศ. 1997 (Conners, 1997)	เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนามาจากการศึกษาวิจัยทางจิตเวชและปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น เพื่อคัดกรองโรคสมาธิสั้นและปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ในเด็กและต่อมาได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความทันสมัยและชัดเจนขึ้น โดยอ้างอิงข้อคำถามตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นของ DSM-IV	- ใช้คัดกรองในเด็กอายุ 3-17 ปี	หรือหลายครั้งต่อสัปดาห์ 3 = เกิดพฤติกรรมนั้นหนึ่งหรือหลายครั้งต่อวัน 4 = เกิดพฤติกรรมนั้นหนึ่งหรือหลายครั้งต่อชั่วโมง - ใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 15-20 นาที	แต่ฉบับมีความสอดคล้องภายใน ค่าความไวและความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ดี - ฉบับผู้ดูแลมีค่าความสอดคล้องภายในใน Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.75 -0.94 ค่าความไวเท่ากับ 0.75 และค่าความจำเพาะ

ชื่อเครื่องมือ	ผู้พัฒนา	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
		<p>ประกอบด้วยปัจจัย 7 ด้านได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ปัญหาด้านการตระหนักรู้หรือการใช้สมาธิ 2) พฤติกรรมนอนอยู่ไม่นิ่ง 3) พฤติกรรมต่อต้าน 4) วิดกักังวล ไม่กล้าแสดงออก 5) ความคลั่งไคล้ความสมบูรณ์แบบ 6) การเข้าสังคม 7) ความเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงออกทางร่างกาย (เฉพาะข้อ 7 มีในฉบับผู้ดูแลเท่านั้น) 			<p>เท่ากับ 0.75</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฉบับครูมีความสอดคล้องภายใน Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.73-0.95 ค่าความไวเท่ากับ 0.72 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.84 - ฉบับตนเองมีค่าความสอดคล้องภายใน Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.83-0.91 ค่าความไวเท่ากับ 0.81 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.83
Eyberg Child Behavior	พัฒนาโดย Sheila Eyberg ในปี 1999	ประเมินปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก (Externalizing behavior problems)	- ใช้คัดกรองในเด็กอายุ 2-16 ปี	- ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ - ใช้เวลาในการคัดกรอง 5	<p>ค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliabilities) ในส่วนของแบบสอบถาม</p>

ชื่อเครื่องมือ	ผู้พัฒนา	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
Inventory (ECBI) Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised™ (SESBI-R™)	(Eyberg, 1999)	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	เด็กอายุ 1.5-5 ปี	นาที	ระดับความรุนแรง (Intensity scale) มีค่า 0.92-0.95 และระดับความเป็นปัญหา (Problem scale) มีค่า 0.86-0.94 (Gross et al., 2007)
Child behavior checklist, (CBCL)	พัฒนาขึ้นโดย Achenbach, Thomas M Ruffle, Thomas M ในปี 1983 (Achenbach & Ruffle, 2000)	ประเมินปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมในเด็กครอบคลุม 6 กลุ่มอาการได้แก่ 1) ความผิดปกติทางอารมณ์ 2) ปัญหาวิตกกังวล 3) ปัญหาขาดสมาธิ/หุนหันพลันแล่น 4) ปัญหาพฤติกรรมเกร 5) ปัญหาพฤติกรรมต่อต้าน 6) ปัญหาอาการทางกาย	- ใช้คัดกรองในเด็กอายุ 1.5-5 ปี	- ประกอบด้วยข้อคำถาม 99 ข้อ - มีคะแนน 0-2 โดย 0 หมายถึง ไม่ใช่เลย 1 หมายถึง บางครั้ง 2 หมายถึง เป็นประจำ - ใช้เวลาในการคัดกรอง 5-10 นาที	- มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.71 -0.89 - มีค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity)

ชื่อเครื่องมือ	ผู้พัฒนา	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
Child Behaviour Assessment Instrument (CBAI)	พัฒนาโดย Samarakkody, D., Fernando, D., Perera, H., McLure, R. & De Silva, H. ในปี 2010 (Samarakkody, Fernando, McLure, Perera, & Silva, 2012)	ประเมินปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกภายนอก ครอบคลุม 6 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) สมาธิสั้น (Inattention, Hyperactivity and Impulsivity) 2) ก้าวร้าว (Aggression) 3) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง (Impaired social interactions) 4) การสื่อสารบกพร่อง (Abnormalities of communication) 5) มีลักษณะการแสดงออกที่ซ้ำๆ (Stereotyped pattern of behavior)	- ใช้คัดกรองในเด็กอายุ 4-6 ปี	- ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ - ใช้เวลาในการคัดกรอง 4-5 นาที	อยู่ในเกณฑ์ดีเท่ากับ 0.77 และ 0.73 - มีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ดีเท่ากับ 0.88 และ 0.81

ชื่อเครื่องมือ	ผู้แต่ง	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
การทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมและโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัยฉบับภาษาไทย					
แบบประเมิน จุดแข็งและ จุดอ่อน SDQ	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข	คัดกรองปัญหาพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1. พฤติกรรมด้านอารมณ์ 5 ข้อ 2. พฤติกรรมอยู่นิ่ง/ สมาธิสั้น 5 ข้อ 3. พฤติกรรมแกล้ง/ ความประพฤติ 5 ข้อ 4. พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับ เพื่อน 5 ข้อ 5. พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทาง สังคม 5 ข้อ	ช่วงอายุ 4-16 ปี	- ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อพัฒนาจากแบบ ประเมิน SDQ ซึ่งพัฒนา จาก Robert Goodman จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ได้รับ การแปลเป็นภาษาไทย และ นำมาใช้ศึกษาในชุมชนครั้ง แรกในปี พ.ศ. 2543 โดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มานิช หล่อตระกูลและ แพทย์หญิงพรณิพิต หล่อ ตระกูล โดย ฉบับปรับปรุงในปี 2546 ได้เพิ่มขั้นตอนการ แปลและแปลย้อนกลับเป็น ภาษาอังกฤษ ตรวจสอบ	- ฉบับครู มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการหาค่า Cronbach's alpha = 0.76 - ฉบับผู้ดูแล มีความ สอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการหาค่า Cronbach's alpha = 0.81 - ฉบับประเมินตนเอง มีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการหาค่า Cronbach's alpha = 0.70

ชื่อเครื่องมือ	ผู้แต่ง	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
แบบวัด SNAP-IV ฉบับภาษาไทย	ได้รับการพัฒนาโดย ณัฏฐร พิชญ์รัตน์เสถียร และคณะ ในปี ค.ศ. 2014 (Pityaratstian et al., 2014) โดยแปลมาจากแบบวัด SNAP-IV ของ Swanson,	คัดกรองอาการขาดสมาธิและอยู่นิ่ง ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น	ช่วงอายุ 4-16 ปี	ความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดในประเทศไทย เยอรมัน และสหราชอาณาจักรและมีค่าเกณฑ์เฉลี่ยของเด็กไทยใน พ.ศ.2547	- ฉบับผู้ดูแล มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการหาค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93 ค่าความไวอยู่ระหว่าง 0.68-0.74 ค่าความจำเพาะ เท่ากับ 0.64-0.73 - ฉบับครูมีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency)

ชื่อเครื่องมือ	ผู้แต่ง	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ดูแลบำบัดภาษาไทย (modified IOWA Conners rating scale)	Nolan และ Pelham (Seo, Chang, Kim, & Lee, 2008)	ใช้สำหรับคัดกรองโรคสมาธิสั้น คือต่อต้าน ในกาการแปลผลสามารถแยกคะแนนออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสมาธิสั้นอยู่เบื้องหน้าและด้านต่อต้าน	ช่วงอายุ 5-12 ปี	ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินเด็กด้วยตนเอง (Self-report) ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมอยู่ไม่สุขสมาธิสั้น 5 ข้อ และพฤติกรรมต่อต้าน 5 ข้อ	จากการหาค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.96 ส่วนค่าความไวเท่ากับ 0.54-0.61 และค่าความจำเพาะ เท่ากับ 0.51-0.60
Thai ADHD Screening	พัฒนาโดย ขาววิทย์	คัดกรองโรคสมาธิสั้นโดยอ้างอิงจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ได้แก่	ช่วงอายุ 3-18 ปี	- แบบคัดกรองแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ	มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการหาค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.863 - ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) ทุกข้อ ได้มากกว่า 0.50

ชื่อเครื่องมือ	ผู้แต่ง	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
Scales: THASS	พรนภดล และคณะ ในปี พ.ศ.2556 (ชาญวิทย์ พร นภดล, 2557)	อาการนอนอยู่ไม่นิ่ง ทุนหันปลิ้นปล้อน (Hyperactivity-Impulsivity) และอาการขาดสมาธิ (Inattention)		ได้แก่ 3-5 ปี 11 เดือน, 6-12 ปี 11 เดือน และ 13-18 ปี ฉบับประเมินตนเอง ฉบับผู้ดูแล และฉบับครู ยกเว้นในวัย 3-5 ปี 11 เดือน ไม่มีฉบับประเมิน ตนเอง รวม 7 ฉบับ เลือกใช้ได้ตามช่วงอายุเด็ก -แต่ละฉบับใช้เวลาในการ ตอบประมาณ 10 นาที	การตรวจสอบเครื่องมือ consistency) จากการศึกษา ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.94 ค่าความไว (sensitivity) 0.57 และ ความจำเพาะ (Specificity) 0.49 - ฉบับผู้ดูแล มีค่าความ สอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการศึกษา ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.94 ค่าความไว (Sensitivity) 0.75 และความจำเพาะ (Specificity) 0.55 - ฉบับครู มีค่าความ สอดคล้องภายใน (Internal consistency) จากการศึกษา ค่า Cronbach's alpha

ชื่อเครื่องมือ	ผู้แต่ง	ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	ช่วงอายุเด็ก	ลักษณะแบบคัดกรอง	การตรวจสอบเครื่องมือ
					เท่ากับ 0.96 ค่าความไว (Sensitivity) 0.63 และความจำเพาะ (Specificity) 0.54 - ทดสอบค่าความไว (Sensitivity) และ ความจำเพาะ (Specificity) เมื่อใช้หลักการคัดกรองร่วมกันทั้ง 3 ฉบับ จะมีความไวและความจำเพาะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความไวเท่ากับ 0.90 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.88



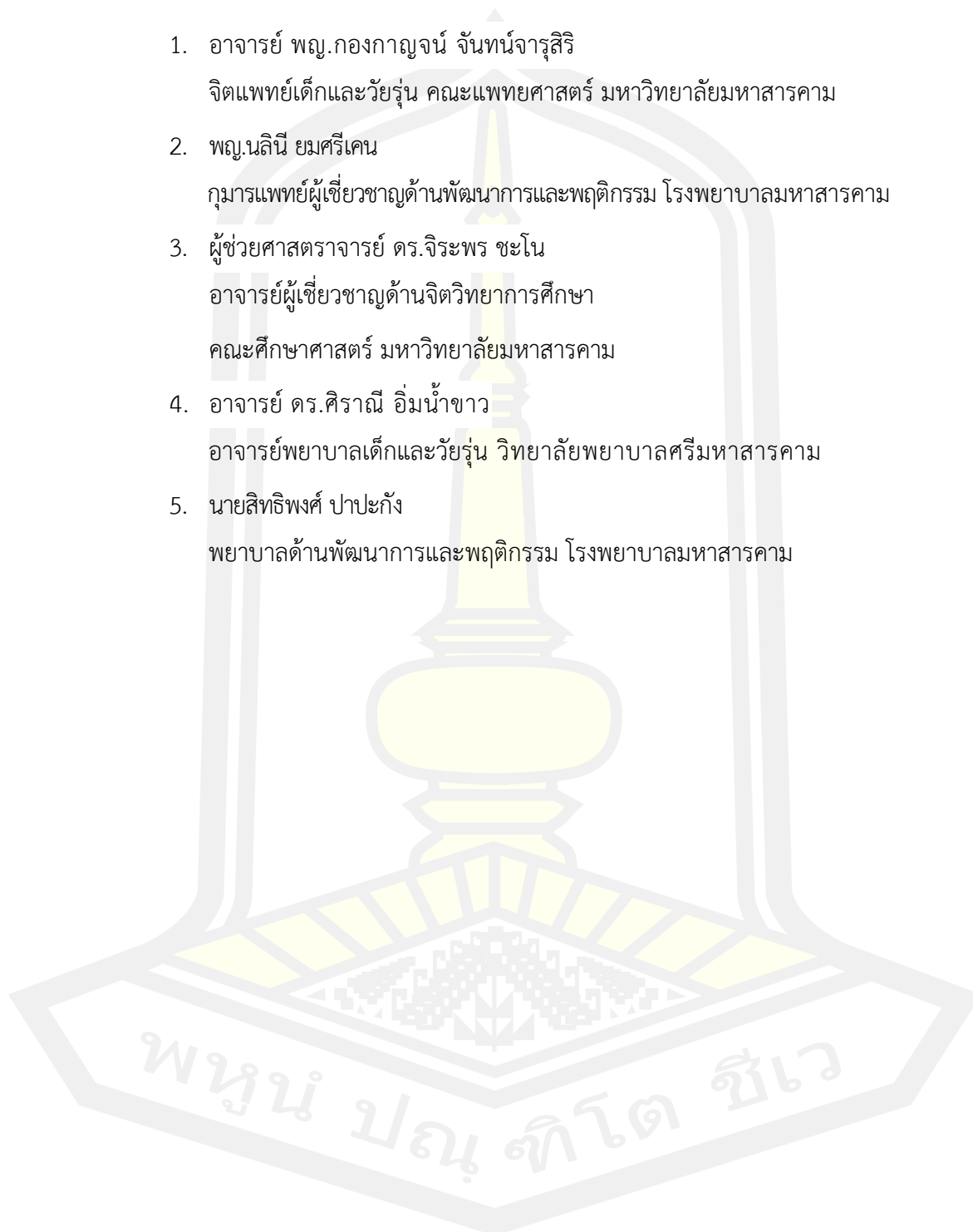
ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยา

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์ พญ.ก่องกาญจน์ จันทน์จารุสิริ
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. พญ.นลินี ยมศรีเคน
กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิระพร ชะโน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
4. อาจารย์ ดร.ศิราณี อิ่มน้ำขาว
อาจารย์พยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
5. นายสิทธิพงศ์ ปาปะกัง
พยาบาลด้านพัฒนาการและพฤติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม





ภาคผนวก ค

แผนการดำเนินการของตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว

ลำดับ	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ	การประเมินผล
1	การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น	1) เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 3-5 ปี 11 เดือน 2) เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว	การประชุมเชิงปฏิบัติการ 1) การสอนสุดท้ายศึกษา ระยะเวลา 90 นาที 2) การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ระยะเวลา 30 นาที รวมทั้งสิ้น 120 นาที	1) ธรรมชาติของเด็กปฐมวัย 2) ความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย 3) การเลี้ยงดูเชิงบวกในครอบครัวเด็กปฐมวัย 4) บทบาทของครอบครัวในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย 5) ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัยและแนวทางในการแก้ไขของครอบครัว 6) การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย	คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น	- การตอบคำถามและการสาธิตย้อนกลับ - แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น - แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย - แบบสอบถามพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม - แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ลำดับ	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ	การประเมินผล
2	การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครอบครัวและเด็ก	ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กด้วยการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว	การประชุมเชิงปฏิบัติการกิจกรรมสติ-ช่วย-คิด-ออกโดยประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) ขวดแห่งสติ 2) คนเก่ง...ช่วยเหลือตัวเองได้ 3) คิดดูซิ...คืออะไร 4) ออกกำลังกายกันก้าวทันสี่	โดยประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) ขวดแห่งสติ 2) คนเก่ง...ช่วยเหลือตัวเองได้ 3) คิดดูซิ...คืออะไร 4) ออกกำลังกายกันก้าวทันสี่	สมุดกิจกรรมเรื่อง สติ-ช่วย-คิด-ออก กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็ก ด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัว	- การตอบคำถามและการสาธิตย้อนกลับ - แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น - แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย - แบบสอบถามพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม - แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ลำดับ	กลยุทธ์	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ	การประเมินผล
3	การกำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น	1) เพื่อเป็นกรอบทบทวนความรู้ในกิจกรรมที่ 1 และ 2 ย้อนหลัง 2) เพื่อเป็นการติดตามและกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลปฏิบัติ พฤติกรรมและ บันทึกผลการปฏิบัติ ลงในแบบบันทึกกิจกรรมประจำ สัปดาห์	แอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น”	1) โรคสมาธิสั้น 2) ปัญหาพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นในเด็กปฐมวัย 3) การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย 4) การรักษาโรคสมาธิสั้น 5) การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก ในครอบครัว 6) การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัว 7) กิจกรรมพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัว สติ-ช่วย-คิด-ออก	โดยใช้คู่มือการพัฒนาทักษะครอบครัว หนังสือกิจกรรมและแอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น”	- แบบบันทึกกิจกรรมประจำ สัปดาห์ - แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น - แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย - แบบสอบถามพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรม - แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว



ภาคผนวก ง

รายละเอียดเนื้อหาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว
เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

พหุ อนุ จิต โตะ ชีวะ

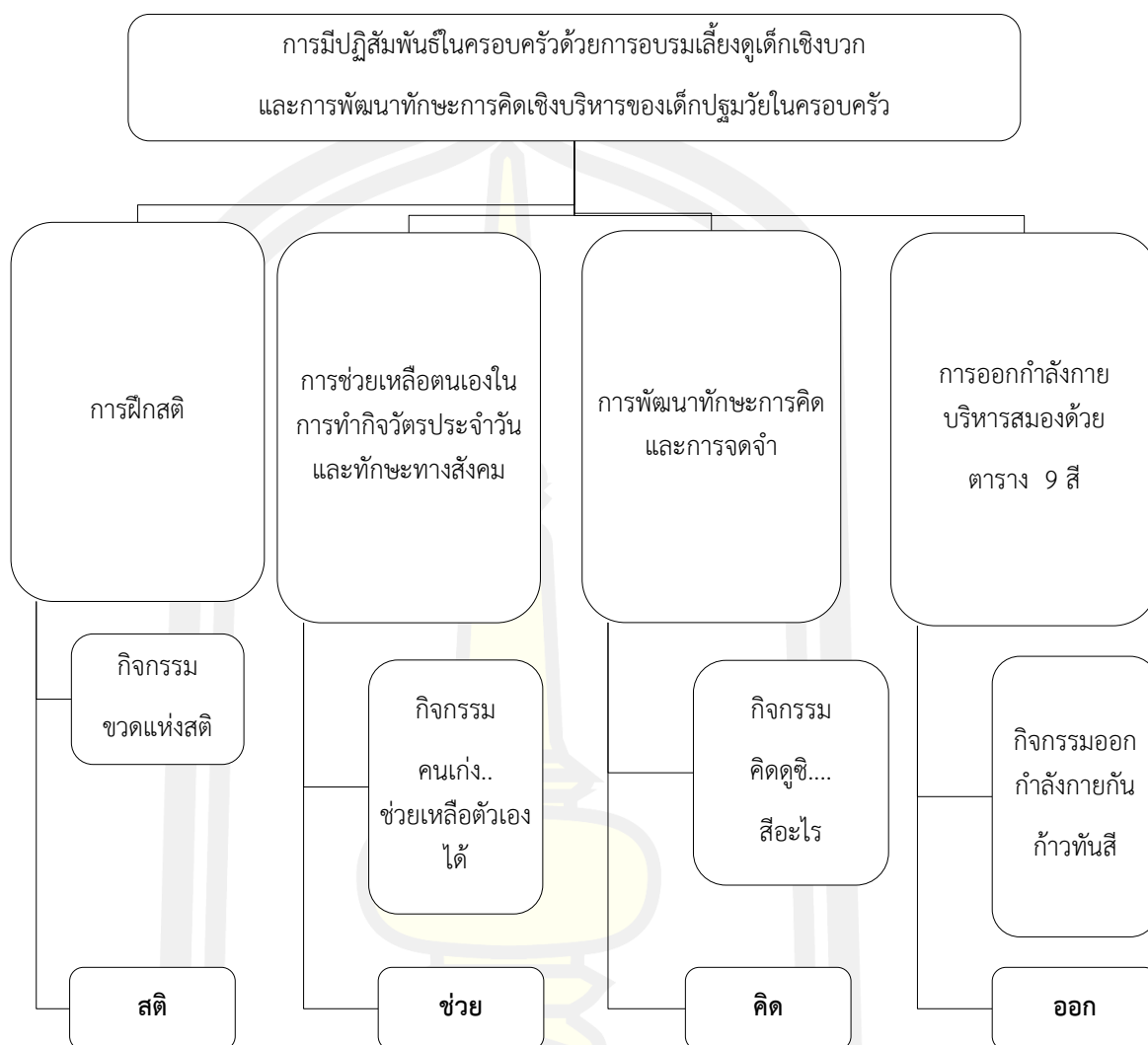
รายละเอียดเนื้อหาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัว เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

แนวคิด

การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญและใกล้ชิดกับเด็กปฐมวัยมากที่สุด จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่คัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นด้วยการปรับพฤติกรรมเด็กผ่านการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ดูแลต่อเด็กด้วยความรู้และความเข้าใจในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเด็กด้วยการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ซึ่งจะเกิดผลดีและช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นจนเกิดประสิทธิผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตในอนาคตของเด็กและครอบครัวต่อไป

เนื้อหา

ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติ ด้วยการสอนสุศึกษาและสาธิตพร้อมฝึกทักษะการปฏิบัติ 2) หนังสือกิจกรรม สติ-ช่วย-คิด-ออกเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและเด็ก 3) แอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น” เป็นเครื่องมือในการทบทวนความรู้และเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัย โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้



ผู้ดูแลเด็ก เข้าร่วมการพัฒนาทักษะครอบครัวเพื่อให้ได้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรดูแลเด็ก ผู้ดูแลจะได้รับความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัวโดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยใช้กิจกรรม สติ-ช่วย-คิด-ออก นอกจากนี้เมื่ออยู่ในครอบครัวสามารถทบทวนความรู้โดยใช้สื่อที่สามารถทบทวนได้ทุกเมื่อที่ต้องการและสามารถสื่อสารรวมถึงสอบถามได้หากมีข้อสงสัยผ่านแอปพลิเคชัน “ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสมาธิสั้น”

เด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น เข้าร่วมการพัฒนาทักษะและฝึกทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้ดูแลตามกิจกรรมที่กำหนดให้เพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารเพื่อปรับเปลี่ยนและลดปัญหาพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

ลำดับ	กิจกรรม	สัปดาห์ที่							
		1	2	3	4	5	6	7	8
	ตาราง 9 ช่อง : กิจกรรมออกกำลัง กายกันก้าวทันสี								
3	การประเมินผลก่อนและหลังได้รับตัว แบบ	✓							✓
4	การติดตามผลหลังได้รับตัวแบบใน สัปดาห์ที่ 8 และติดตามผลในสัปดาห์ 14								

หมายเหตุ กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัว ผู้ดูแลปฏิบัติร่วมทำกิจกรรมกับเด็กอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์ และมีการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 14

ความสำคัญของการดูแลเด็กปฐมวัยในครอบครัว

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 3-5 ขวบ 11 เดือน เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญและเป็นพื้นฐานในการเจริญเติบโตและพัฒนาการในอนาคต ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุดควรเข้าใจธรรมชาติตามวัยและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัย

ดังนั้นเมื่อสังเกตพบปัญหาสมมติในเด็กครอบครัวจึงควรให้การช่วยเหลือเด็กในระยะเริ่มต้นซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาและอนาคตของเด็ก โดยการเลี้ยงดูเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กจะช่วยให้เด็กให้มีการควบคุมและกำกับตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความท้าทาย ปัญหาอุปสรรค หรือความยากลำบากต่างๆ เมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันได้อย่างมีความสุขต่อไป

ธรรมชาติของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยมีลักษณะธรรมชาติตามวัยดังต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2563)

เด็กอายุ 3-4 ขวบ เป็นวัยที่ช่างสงสัย ช่างถาม ช่างสำรวจ และช่างเลียนแบบ ชอบเรียนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว จากประสบการณ์ตรงและทำอะไรซ้ำๆ ในสิ่งที่ชอบ ตื่นเต้นกับสิ่งแปลกใหม่ และยังเอาแต่ใจตนเองบ้าง

เด็กอายุ 4-5 ขวบ เป็นวัยที่มีความเชื่อมั่นในตนเองและอยากทดลองทำสิ่งใหม่ๆ อยากรู้ อยากเห็น ชอบกระโดดโลดเต้น ชอบตะโกน หัวเราะ ร่าเริง แจ่มใส

เด็กอายุ 5-6 ขวบ เป็นวัยที่เริ่มเรียนรู้บทบาทของผู้ใหญ่โดย การจินตนาการและเล่นบทบาทสมมติ เตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวและในโรงเรียน มีสมาธิจดจ่อในการทำ กิจกรรมนานขึ้น และเริ่มเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น

ในช่วงปฐมวัยการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาตามธรรมชาติของตามช่วงวัยดังนี้

การดูแลตนเองผ่านกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือบ้าง ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ได้ เช่น เก็บของเล่น พับผ้า รดน้ำต้นไม้ กินข้าว ล้างหน้า ล้างมือ การดูแลสุขวิทยาด้วยตนเอง เป็นต้น

การเคลื่อนไหวและการทรงตัวดีขึ้น ทั้งการเดิน เดินถอยหลัง การวิ่งการปีนป่าย และกระโดดข้ามสิ่งกีดขวาง ที่ไม่สูงมาก เป็นต้น

การเล่นที่มีการพัฒนาชอบการเล่นที่ต้องใช้มือและนิ้ว เช่น วาดภาพระบายสี ปั้น พิมพ์ เป็นต้น

การพัฒนาความเข้าใจภาษาและเริ่มเข้าใจคำบอกตำแหน่ง เช่น ข้างหน้า ข้างหลัง ข้างบน ข้างล่าง และสามารถพูดเป็นประโยค สนใจคำศัพท์ใหม่ๆ เริ่มโต้แย้งและมีการใช้เหตุผล เริ่มเข้าใจการอ่านหนังสือจากซ้ายไปขวา จัดหมวดหมู่หรือจับคู่สิ่งต่างๆ เป็นต้น

การเริ่มเข้ากลุ่มและเล่นร่วมกับผู้อื่น เริ่มรู้จัก การแบ่งปันและอดทนรอคอยได้นานขึ้น เริ่มแสดงความมั่นใจและตัดสินใจด้วยตัวเอง รวมทั้งเล่นเป็นกลุ่ม รู้จักการรอคอยและแบ่งปัน เป็นต้น

ผู้ดูแลควรเข้าใจในธรรมชาติตามวัยของเด็ก และมีการส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามระยะพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย

โรคสมาธิสั้น คือ อาการขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น วู่วาม และซนอยู่ไม่นิ่ง เกิดจากความผิดปกติของสมอง ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน หรือการเข้าสังคมอย่างชัดเจน เริ่มแสดงอาการตั้งกล่าวก่อนอายุ 12 ปี และแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้านและต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป (D. W. Black & Grant, 2014)

โรคสมาธิสั้นเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ระบบประสาท และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคที่แตกต่างกัน (Belanger et al., 2018; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2562; วิลาวรรณย์ เชิดเกียรติกำจาย, 2561) ดังนี้

ปัจจัยด้านประสาทชีววิทยา มีความผิดปกติด้านโครงสร้างในสมองโดยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีการเจริญของชั้นเปลือกสมองช้า ระบบเครือข่ายสมองส่วนที่ควบคุมสมาธิและทำหน้าที่ในการยับยั้ง

ซึ่งใจมีการทำงานบกพร่องทำให้ทักษะการคิดเชิงบริหารบกพร่อง และมีความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทบางชนิด

ปัจจัยด้านพันธุกรรม กรณีที่ญาติในลำดับแรก เช่น บิดามารดา พี่น้องหรือบุตรของผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าคนทั่วไป 4-5 เท่า

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ตั้งครรภ์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การได้รับสารพิษ หรือความเครียดของมารดาขณะตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด เช่น คลอดก่อนกำหนด และระหว่างการเจริญเติบโต เช่น การเจ็บป่วยในวัยเด็ก การได้รับบาดเจ็บทางสมอง การดูโทรทัศน์ ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือการเล่นเกมส์มากเกินไป เป็นต้น

ปัจจัยด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตสังคมหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางครอบครัว เช่น สภาพครอบครัวที่วุ่นวาย ความขัดแย้งระหว่างคนในครอบครัว และความผิดปกติทางจิตของผู้ดูแลมีส่วนต่อพฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก การอบรมเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรง นอกจากนี้การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ใหญ่ตอบสนองต่อเด็กเชิงลบต่อเด็ก เมื่อมีการตอบสนองเชิงลบต่อเด็กส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นมากยิ่งขึ้น

การรักษาโรคสมาธิสั้น

เด็กปฐมวัยเน้นการรักษาโดยการปรับพฤติกรรม การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก หากมีอาการมากและปรับพฤติกรรมอย่างเดียวไม่ได้ผลอาจเริ่มการรักษาด้วยยา

เด็กวัยเรียน อายุ 6 ปีขึ้นไป ใช้วิธีการการรักษาด้วยยาควบคู่กับการปรับพฤติกรรมเด็ก

ดังนั้นการปรับพฤติกรรมเด็กโดยการปรับเปลี่ยนการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งทั้งในระยะเริ่มต้นหรือเมื่อเด็กมีสมาธิสั้นแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารเป็นกลยุทธ์ที่น่าถูกนำมาใช้และได้ผลในการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กปฐมวัย

การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกกับเด็กปฐมวัยในครอบครัว

หลักการในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกซึ่งประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ประการ (Eanes, 2016) มีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างความผูกพัน เด็กต้องการความเข้าใจและได้รับการตอบสนองความต้องการจากผู้ดูแล จึงจะเกิดความผูกพันอันเป็นก้าวแรกสู่พัฒนาการที่ดีด้านสังคม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ สิ่งสำคัญคือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ดูแลจะเป็นต้นแบบของปฏิสัมพันธ์ที่เด็กจะ

นำไปใช้กับเพื่อนและบุคคลอื่น ทำให้เด็กสามารถรับมือกับความเครียดและอารมณ์อย่างสมดุล เข้าใจ และยอมรับตนเอง ผู้ดูแลสามารถสร้างความผูกพันกับเด็กโดยมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กดังนี้

- ควรตอบสนองต่ออารมณ์และแสดงความรักและความผูกพันกับเด็ก โดยการสัมผัส โอบกอด ปลอบโยนเด็ก
- ควรตอบสนองต่อความต้องการของเด็ก เช่น ดูแลให้รับประทานอาหารเช้าโดยไม่รอให้เด็กหิวจัด ดูแลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สุขสบายและปลอดภัย

- ควรให้ความสนใจและให้เวลากับเด็ก เช่น ให้ความสนใจในการเล่น การพูดคุย หัวเราะกับเด็ก

2. การยอมรับในตัวเด็ก

การที่ผู้ดูแลยอมรับในตัวเด็กเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีสำหรับเด็กเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และรู้จักการยอมรับและเคารพผู้อื่น ผู้ดูแลสามารถแสดงถึงการยอมรับในตัวเด็กโดยมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กดังนี้

ควรสื่อสารกับเด็กด้วยภาษาพูดที่สุภาพ สื่อสารด้วยท่าทีที่อ่อนโยนและใส่ใจในตัวเด็ก

- ควรรับฟังความคิดเห็นของเด็กและเปิดโอกาสให้เด็กสื่อสารบอกความต้องการ เช่น ในขณะที่ทำงานกำลังทำงานอยู่แล้วเด็กต้องการความช่วยเหลือ ผู้ดูแลควรหยุดทำงานที่อยู่ตรงหน้าแล้วหันไปสอบถามและสบตาเด็กด้วยความเอาใจใส่

- ควรเปิดโอกาสให้เด็กพึ่งพาตนเองและทดลองทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหารเช้า การเข้าห้องน้ำเอง การแต่งตัวเอง

- ควรชมเชยเด็กเมื่อเด็กทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองได้ดีหรือมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

- ควรขอโทษเด็กเมื่อทำผิดต่อเด็ก

- ควรหลีกเลี่ยงการต่อว่าเด็กต่อหน้าบุคคลอื่นหรือทำให้เด็กอับอาย

- ควรหลีกเลี่ยงการลงโทษด้วยการทำร้ายหรือตีเด็กเพราะไม่ได้ผล

3. การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก

คือการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาในระยะเริ่มต้น โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็กและสอนเด็กล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากการที่เด็กขาดความรู้ เช่น การดูแลตนเองง่ายๆ และมีการวางแผนล่วงหน้าในการที่จะแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเด็กที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ผู้ดูแลสามารถเลี้ยงดูเด็กเชิงรุกโดยมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กดังนี้

- ควรมีการค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลเด็กอยู่เสมอ

- ควรเฝ้าระวังและแนะนำตักเตือนเด็กเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและอันตรายต่อเด็ก เช่น การสังเกตพฤติกรรมเด็กและหาแนวแก้ไขในระยะเริ่มต้น

- ควรมีการวางแผนในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก

- ควรพยายามหาข้อดีของเด็กและชื่นชมเด็กบ่อยๆ

4. การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจ ผู้ดูแลควรแสดงออกในเด็กเห็นว่าผู้ดูแลเห็นอกเห็นใจ และเข้าความรู้สึกและอยู่เคียงข้างเด็กเสมอ การเห็นอกเห็นใจเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยลดสื่อคสมอง เด็ก เมื่อเด็กมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งสามารถยกตัวอย่างปฏิกริยาของผู้ดูแลใน สถานการณ์ที่เด็กขว้างบอลโดนแจกันในบ้านแตก ดังนี้

1) ปฏิกริยาที่ 1 (ไม่เห็นอกเห็นใจ) “หนูก็รู้ว่าการขว้างบอลเข้าบ้านมามันผิดกฎของบ้าน หนูประมาณมากและทำอย่างนี้อีกแล้ว! หนูจะต้องถูกลงโทษโดยการกักบริเวณหนึ่งสัปดาห์นะ”

2) ปฏิกริยาที่ 2 (การเห็นอกเห็นใจเด็ก) “หนูทำแจกันแตก! หนูคงรู้สึกแสบกับมันแม่เห็นหนูมี น้ำตา นี่คือเหตุผลที่เราห้ามเล่นบอลในบ้านนะคะ ตอนนี่เกิดปัญหาขึ้นแล้วหนูคิดว่าหนูจะแก้ไขปัญหานี้ อย่างไร?”

ผู้ดูแลสามารถเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจแก่เด็กโดยมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กดังนี้

- ควรตักเตือนเด็กด้วยการสื่อสารเชิงบวกและสอบถามเหตุผลของการกระทำเมื่อเด็กทำผิด เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดอีก
- ควรแสดงออกให้เด็กเห็นว่าผู้ดูแลและครอบครัวเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกและอยู่เคียงข้าง เด็กเสมอแม้ในช่วงที่เด็กมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม
- ควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

5. การสร้างวินัยเชิงบวก การสร้างวินัยเชิงบวกโดยการฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมแรงกระตุ้น และเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการแก้ไขข้อผิดพลาดผ่านประสบการณ์ในวัยเด็กให้ได้รับการ ตักเตือนและแก้ไขจนเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ผู้ดูแลสามารถสร้างวินัยเชิงบวกกับเด็กโดยมี ปฏิสัมพันธ์กับเด็กดังนี้

- ควรฝึกวินัยเชิงบวกแก่เด็กโดยให้เด็กปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเอง เช่น การอาบน้ำเอง แต่งตัว เอง เก็บของเล่นเอง เป็นต้น
- ควรสอนให้เด็กรู้จักการรอคอย เช่น การเข้าคิว การขออนุญาต การไม่พูดแทรกขณะที่คนอื่น พูด เป็นต้น
- ควรแยกเด็กออกจากสถานการณ์และสถานที่แห่งนั้นเมื่อมีอารมณ์อาละวาดและสอนเด็กเมื่อ เด็กสงบ

“หลีกเลี่ยงการลงโทษทางกายโดยการตี การหยิก การดุด่า การทำให้เด็กทุกข์ทรมานหรือเจ็บ เพราะไม่สามารถที่จะลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กได้”

บทบาทของครอบครัวในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย

ความหมายของทักษะการคิดเชิงบริหาร

ทักษะการคิดเชิงบริหาร หมายถึง การทำงานระดับสูงของสมองที่ควบคุมความคิด การตัดสินใจและการกระทำจนส่งผลให้เริ่มลงมือทำและมุ่งมั่นจนงานเสร็จ

ในช่วงปฐมวัยเป็นหน้าต่างแห่งโอกาสในการพัฒนาสมอง หากมีการฝึกฝนการปฏิบัติ ฝึกคิดหรือฝึกทักษะใดๆ ที่จะเป็นฐานของการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร เช่น การฝึกการคอยรู้จักยับยั้งคิดยืดหยุ่น ฯลฯ การรับรู้ของเด็กในเรื่องนี้ส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนการเชื่อมต่อกันของปลายประสาทในสมอง ในสมองส่วนหน้าสุดซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ถ้าไม่ฝึกหรือฝึกไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอการเชื่อมต่อกันของปลายประสาทในสมองเหล่านั้นก็จะถูกกำจัดไป จุดที่มีการเชื่อมต่อกันของปลายประสาทในสมองที่มากมายนี้จะเห็นเป็นความหนาของเนื้อสมองสีเทา ซึ่งเป็นเนื้อสมองหรือเนื้อเยื่อเซลล์ประสาทที่ใช้ในการรับสัมผัสต่างๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้อารมณ์ การควบคุมตนเอง รวมทั้งการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆ เป็นต้นซึ่งมีการเจริญสูงสุดในช่วงวัย 1-6 ปี และมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัย 20-25 ปีขึ้นไป

การมีพื้นฐานการทำงานของสมองส่วนหน้าสนับสนุนกลไกระดับเซลล์ที่สำคัญ ช่วยให้เด็กเกิดการรู้จักหยุดยั้งคิด ไตร่ตรองที่มีการค่อยๆ พัฒนาไปอย่างเหมาะสมกับวัย จากง่ายๆ แล้วซับซ้อนมากขึ้น ในช่วงปฐมวัยเป็นระยะที่ต้องมีการเรียนรู้ป้อนเข้าไปอย่างเหมาะสม ซึ่งก็จะส่งผลให้เกิดการสร้างวงจรประสาทที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น สามารถคิดอย่างเป็นเหตุผลแบบผู้ใหญ่ ซึ่งหากการขาดการอบรมเลี้ยงดูจะทำให้เด็กขาดโอกาสในการฝึกคิด การกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารจึงจำเป็นต้องค้นหาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้เด็กได้พัฒนาการคิดและการกำกับตนเองไปสู่ความสำเร็จได้ และเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารให้กับเด็ก เพราะเป็นช่วงที่สมองส่วนหน้าพัฒนามาก ในระหว่างที่สมองส่วนหน้าและทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กยังไม่แข็งแรงตามธรรมชาติของวัยผู้ดูแลต้องช่วยนำทางพฤติกรรมพร้อมไปกับการฝึกฝนทักษะการคิดเชิงบริหารอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนทักษะนี้ฝังตัวก่อรูปเป็นโครงสร้างของเซลล์ประสาทในสมองที่แข็งแรงที่จะทำให้เด็กสามารถใช้ทักษะเหล่านี้ในการดำเนินชีวิตของเขาได้ด้วยตนเองเมื่อเติบโตขึ้นและใช้ไปตลอดชีวิต (นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, 2560)

การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับเด็กปฐมวัยหากเด็กได้รับโอกาสในการพัฒนาจะเกิดประโยชน์กับตัวเด็กทำให้เด็กรู้จักการคิดไตร่ตรอง คิดก่อนตัดสินใจลงมือทำ รู้จักควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนความคิดเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไปโดยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ง่าย ทำให้เกิดความสุขในการดำรงชีวิตและประสบความสำเร็จในการทำงานเมื่อเป็นผู้ใหญ่ต่อไป (Diamond, 2014)

องค์ประกอบของทักษะการคิดเชิงบริหาร

ประกอบด้วย ด้านการยับยั้งการหยุด ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการวางแผนจัดการ (นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, 2560) ซึ่งในแต่ละด้านมีพฤติกรรมบ่งชี้ทักษะการคิดเชิงบริหารในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบและพฤติกรรมบ่งชี้ทักษะการคิดเชิงบริหาร

องค์ประกอบ	พฤติกรรมบ่งชี้ทักษะการคิดเชิงบริหาร
ด้านการยับยั้งการหยุด	<ul style="list-style-type: none"> - หยุดใช้กำลังในการแก้ปัญหาเมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น - หยุดทำสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องเพื่อทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จ - หยุดทำสิ่งที่ไม่ได้เป็นไปตามข้อตกลงที่ตั้งไว้ - หยุดเล่นเมื่อเห็นว่าการเล่นอาจทำให้บาดเจ็บหรือเกิดอันตราย - อดทนรอให้ถึงคิวของตนเอง - อดทนรอที่จะพูดโดยไม่พูดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด - อดทนรอให้ผู้อื่นเล่นเสร็จก่อนเมื่อต้องการของที่ผู้อื่นกำลังเล่นอยู่
ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนกิจกรรมตามตารางประจำวันได้ - เปลี่ยนความคิดได้ไม่ยึดติดความคิดเดียว - เปลี่ยนวิธีเล่นให้มีความหลากหลายได้ - เปลี่ยนแผน หรือวิธีการได้เมื่อพบอุปสรรค - ปรับตัวเข้ากับสถานที่ใหม่ได้โดยใช้เวลาไม่นานนัก - ปรับตัวเข้ากับคนที่เพิ่งรู้จักได้โดยใช้เวลาไม่มากนัก
ด้านการควบคุมอารมณ์	<ul style="list-style-type: none"> - สงบสติอารมณ์ระบายความโกรธอย่างเหมาะสมโดยไม่ใช้ความรุนแรง - ระวังอารมณ์ตื่นเต้น วิตกกังวลเพื่อทำกิจกรรมต่อไปได้ - แสดงวิธีการจัดการอารมณ์ได้สอดคล้องกับสถานการณ์อย่างเหมาะสม - บอกความรู้สึก หรือความต้องการของตนเองได้ - เมื่อพบปัญหาสามารถควบคุมอารมณ์ และแสดงออกอย่างเหมาะสม
ด้านความจำขณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - บอกลำดับขั้นตอนของการปฏิบัติงานที่ผ่านมาได้ - ปฏิบัติงานได้และไม่ทำผิดในเรื่องเดิมซ้ำ เมื่อได้รับการชี้แนะแล้ว

องค์ประกอบ	พฤติกรรมบ่งชี้ทักษะการคิดเชิงบริหาร
	<ul style="list-style-type: none"> - บอกกติกา ข้อตกลง และนำมาปฏิบัติได้ - อธิบายเรื่องราวที่เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เดิมสู่การแก้ปัญหาได้
ด้านการวางแผนจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - บอกเป้าหมายของการปฏิบัติงานได้ - บอกวิธีการวางแผนการปฏิบัติงานได้ - บอกลำดับความสำคัญของการปฏิบัติงาน ก่อน-หลังได้ - ปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ได้ - ปฏิบัติงานเสร็จทันเวลาที่กำหนด - ปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมาย

ปัจจัยยับยั้งและปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยในครอบครัว

พฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมต่อเด็กปฐมวัยในครอบครัวสามารถช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กได้ ในขณะเดียวกันพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมก็เป็นปัจจัยที่ยับยั้งการพัฒนาทักษะดังกล่าวของเด็ก จากการศึกษาที่ผ่านมายืนยันได้ว่าเด็กปฐมวัยที่สามีสั้นมักจะมีปัญหาทักษะการคิดเชิงบริหารที่บกพร่องอย่างชัดเจน (Skogan, 2015) มีลักษณะของทักษะการคิดเชิงบริหารที่ล่าช้าและมีคุณภาพต่ำกว่าทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการปกติ (ฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร, 2561a) ดังนั้นผู้ดูแลควรปรับพฤติกรรมในการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยในครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นให้มีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในแต่ละองค์ประกอบสรุปได้ดังนี้ (ขวัญฟ้า รังสิยานนท์, พรรักรัตน์ อธิมาภรณ์, ศศิพันธ์ เปี่ยมเปี่ยมศิลป์, ศีลสุภา วรณสุทธิ์, & ศิริพงษ์ ทิณรัตน์, 2562) (ฉันทิตา สนิทนราทร เวชมงคลกร, 2561a)

พหุ ม บณุ ทิโต ชิว

ตารางที่ 2 ปัจจัยย่อยและปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยในครอบครัว

องค์ประกอบ	ปัจจัยย่อย	ปัจจัยส่งเสริม	แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร	ตัวอย่างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร
ด้านการหยุดยั้ง	<ul style="list-style-type: none"> - การตามใจเด็ก - การไม่สอน - การทำทุกอย่าง 	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดกฎเกณฑ์และการสร้างข้อตกลงร่วมกันกับเด็ก 	<p>ควรฝึกโดยให้เด็กมีความรู้สึกสนุก ร่ามตัว เช่น เล่นเกมควบคุมยั้ง การเคลื่อนไหว เล่นเกมที่มีกฎกติกา เพื่อฝึกให้เด็กรู้จักยับยั้งใจ อดทน รอคอย เพื่อง่ายไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรแยกเด็กออกจากสถานการณ์และสถานที่เมื่อเด็กมีอาการอหิวาตและสอนเมื่อเด็กสงบ - ควรให้เวลาให้เด็กทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จ - ควรสอนให้เด็กรู้จักหยุดกิจกรรมหรือการเล่นที่เป็นอันตรายกับตนเองและผู้อื่น
ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด	<ul style="list-style-type: none"> - การเตรียมทุกอย่างให้เด็ก - การแก้ปัญหาให้เด็กทุกครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - การเปิดโอกาสให้เด็กได้เผชิญกับอุปสรรคและปัญหา 	<p>ควรได้รับการฝึกฝนส่งเสริมลักษณะด้านความยืดหยุ่นทางการคิด เพื่อเสริมสร้างให้เด็กมีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้นสามารถปรับตัวต่อสิ่งใหม่ๆ ได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถหาทางแก้ไข ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรสอนให้เด็กเล่นอย่างเดี่ยวได้หลายรูปแบบ เช่น การเล่นต่อต่อ/เลโก้ การปั้นดินน้ำมัน การพับกระดาษ - ควรสอนให้เด็กเปลี่ยนแผนเมื่อมีปัญหาและอุปสรรค - ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้ท้าทายบุคคลอื่นและสถานที่ใหม่ที่เด็กไม่เคย
ด้านการควบคุมอารมณ์	<ul style="list-style-type: none"> - การไม่สอนและการห้ามไม่ให้เด็กแสดงความรู้สึกออกมา 	<ul style="list-style-type: none"> - การเรียนรู้เกี่ยวกับอารมณ์วิธีจัดการกับอารมณ์ 	<p>ควรได้รับการส่งเสริมฝึกฝนใหม่ ทักษะด้านการยับยั้งที่ดีขึ้น ลักษณะด้านการควบคุมอารมณ์ของเด็กจะดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ควรได้รับการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการอดทน รอคอย ไม่ขว้างและมีการเบี่ยงเบน - ควรสอนให้เด็กรู้จักสงบสติอารมณ์และระงับอารมณ์โกรธและไม่ให้อย่างเหมาะสม

องค์ประกอบ	ปัจจัยย่อย	ปัจจัยส่งเสริม	แนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร	ตัวอย่างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็กเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร
		ส่งเสริมให้เข้าใจอารมณ์ของตัวเองและรู้จักวิธีในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม	ฝึกฝนส่งเสริมให้เข้าใจอารมณ์ของตนเอง	
ด้านความจำขณะทำงาน	- การออกคำสั่งหรือบอกให้ทำทุกอย่างโดยไม่ให้เด็กมีโอกาศคิดเอง	- การเปิดโอกาสให้เด็กมีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง เช่น การทำกิจกรรมประจำวัน การเล่นเกม เล่นเป็นต้น	<p>ควรได้รับการฝึกฝนลักษณะด้านความจำขณะทำงานเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความจำขณะทำงานให้ทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งวิธีการส่งเสริมความจำขณะทำงานของเด็กนี้สามารถทำได้ด้วยการเล่นเกมฝึกความจำ ใช้ภาพช่วยจำทำข้อมูลให้จำง่ายชัดเจนมากขึ้น เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้เด็กจดจำข้อมูลได้ดีขึ้น มีความจำขณะทำงานที่มีคุณภาพมากขึ้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรรสอนให้เด็กรู้จักลำดับขั้นตอนในการทำงาน เช่น ก่อนรับประทานอาหารต้องล้างมือก่อน - ควรรสอนให้เด็กใช้ประสบการณ์เดิมในการแก้ปัญหา - ควรรสอนให้เด็กมีความรอบคอบรู้จักตรวจสอบเมื่อทำงานเสร็จ
ด้านการวางแผนจัดการ	- การคิดให้และคอยบอกทุกอย่างกับเด็ก	- การมีตัวอย่าง - การได้ทดลองปฏิบัติ	<p>ควรได้รับการฝึกฝนส่งเสริมลักษณะด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ เช่น ได้รับคำแนะนำในการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรรกำหนดเป้าหมายในการมอบหมายงานแก่เด็กทุกครั้ง - ควรรสอนให้เด็กจัดลำดับความสำคัญของงานและทำงาน

องค์ประกอบ	ปัจจัยย่อย	ปัจจัยส่งเสริม	แนวทางในการส่งเสริมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร	ตัวอย่างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูกับเด็กเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร
	ปัจจัยย่อย	<p>ส่งเสริม</p> <p>- การได้ลองฝึกลองถูก</p>	<p>ทำงานอย่างมีโครงสร้าง ได้รับการฝึกฝนให้คิดเป็นหมวดหมู่ ได้ฝึกเล่นเกมที่ต้องใช้การคิดการวางแผนอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>ก็จะช่วยเสริมสร้างให้เด็กมีการคิดวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบได้ดีขึ้น รู้จักตั้งเป้าหมายในการทำงาน รวมทั้งหาทางให้ตนเองบรรลุเป้าหมายที่วางไว้</p> <p>และทำงานได้สำเร็จต่อไป</p>	<p>ตามลำดับ</p> <p>- ครูมอบหมายงานและติดตามงานตามเวลาที่กำหนด</p>

ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กสมาธิสั้นและแนวทางในการแก้ไขของครอบครัว

ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กสมาธิสั้นมีดังต่อไปนี้

- **สมาธิสั้น** ทำงานที่ต้องใช้สมาธินานๆ ไม่ได้ เช่น เมื่อต้องเขียนหนังสือ การทำการบ้าน จะไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จได้
- **ซนอยู่ไม่นิ่ง** นั่งนิ่งๆ นานไม่ได้ ชอบเล่นปีนป่าย เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา
- **ขาดความระมัดระวัง** เล่นแรง เล่นเสี่ยงอันตราย ไม่ค่อยระวังอันตราย จนเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ
- **ขาดความรอบคอบ** ไม่ค่อยสนใจรายละเอียดของงานที่ทำ เช่น ขาดการตรวจทานเมื่อทำการบ้าน
- **ขาดระเบียบวินัย** ไม่เก็บของเล่นหรือของใช้เข้าที่ภายหลังจากใช้งานเสร็จ ไม่สนใจเก็บของตนเอง ไม่ช่วยเหลือตนเองและดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง
- **ขี้ลืม** ลืมง่ายของหายบ่อยของใช้ส่วนตัวหายบ่อย เช่น ยางลบ ดินสอ ไม้บรรทัด หายบ่อยครั้ง
- **ขาดการอดทนรอคอย** เล่นตามกติกาหรือต้องรอคิวไม่ได้ ไม่รอคอย มักแทรกคิวคนอื่น
- **โมโหง่าย** โมโหง่าย ใจร้อน งอแง ร้องไห้ง่ายเมื่อไม่ได้ตั้งใจ ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ค่อยได้
- **ก้าวร้าว** ตำว่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำที่ไม่สุภาพ ตีหรือทำร้ายผู้อื่นแสดงออกโดยการทำลายข้าวของ ทำร้ายเพื่อนและ/หรือทำร้ายตนเอง

วิธีการที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลเด็กเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมเด็ก การที่ผู้ดูแลทำกิจกรรมร่วมกับเด็กแล้วทำให้ปัญหาพฤติกรรมลดลงได้แก่

- การฝึกสติและสมาธิ
- การฝึกให้เด็กช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลืองานบ้านง่ายๆ และการฝึกทักษะทางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
- การฝึกทักษะการเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์
- การออกกำลังกาย

จากการศึกษาข้อมูลจากประสบการณ์ของครอบครัวและผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งสันทำให้ได้แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งสันในระยะเริ่มต้น โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลโดยการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กเพื่อสร้างการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่จัดให้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารและลดปัญหาพฤติกรรมที่ในเด็กปฐมวัยดังต่อไปนี้

ลำดับ	ปัญหาพฤติกรรม	องค์ประกอบของทักษะการคิดเชิงบริหารที่ควรได้รับการพัฒนา				
		ด้านการยับยั้งการหยุด	ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด	ด้านการควบคุมอารมณ์	ด้านความจำขณะทำงาน	ด้านการวางแผนจัดการ
1	สมาธิสั้น	✓		✓		
2	ซนอยู่ไม่นิ่ง	✓		✓		
3	ขาดความระมัดระวัง		✓			✓
4	ขาดความรอบคอบ		✓			✓
5	ขาดระเบียบวินัย				✓	✓
6	ขี้ลืม				✓	✓
7	ขาดการอดทนรอคอย	✓		✓		
8	โมโหง่าย	✓		✓		
9	ก้าวร้าว	✓		✓		

การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะ

การคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย : สติ-ช่วย-คิด-ออก

กิจกรรมที่ 1 การฝึกสติ

ชื่อกิจกรรม ขวดแห่งสติ

เวลาที่ใช้ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ความถี่ ปฏิบัติอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์

เป้าหมายในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร

- ด้านการยับยั้งการหยุด
- ด้านความจำขณะทำงาน
- ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด
- ด้านการควบคุมอารมณ์
- ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ

แนวคิด

ขวดแห่งสติเป็นการจำลองภาพของ “สมองส่วนที่ใช้ในการคิด” โดยกากเพชรภายในขวดแห่งสติแทน “อารมณ์” “ความรู้สึก” และ “พฤติกรรม” ของเด็ก การเขย่าขวดและตั้งสติไตร่ตรอง จะช่วยให้เด็กเรียนรู้เรื่องอารมณ์ โดยน้ำในขวดที่ขุ่นหมายถึงอารมณ์ด้านลบไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ หงุดหงิด โกรธ โมโห ก้าวร้าว เมื่อตั้งสติโดยการนั่งนิ่งๆ หายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ เพื่อจัดการกับอารมณ์ ด้านลบจนน้ำในขวดที่ขุ่นกลายเป็นน้ำใส น้ำในขวดที่ใสหมายถึงอารมณ์ด้านบวก ที่สงบ นิ่ง และผ่อนคลายของเด็ก (Jean Currid, 2020) เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้านการยับยั้งการหยุด ด้านความยืดหยุ่นทางการคิดและด้านการควบคุมอารมณ์ โดยมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนและลดปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้น ซนอยู่ไม่นิ่ง ขาดความระมัดระวัง โมโหง่าย และก้าวร้าว ในเด็กปฐมวัยได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กและพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยดังนี้

1. เพื่อพัฒนาการยับยั้งและการหยุดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
2. เพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นทางการคิดและการเกิดอารมณ์ที่สงบผ่อนคลาย
3. เพื่อพัฒนาการตั้งสติและการควบคุมอารมณ์ตนเอง



สื่อ/อุปกรณ์

1. ขวดพร้อมฝาปิด
2. น้ำเปล่า
3. กาวน้ำ หรือน้ำยาล้างจาน
4. สีผสมอาหาร
5. กากเพชรสีต่างๆ

ขั้นตอนการทำกิจกรรมในครอบครัว

1. การเตรียมขวดแห่งสติ ผู้ดูแลและเด็กร่วมกันทำขวดแห่งสติ โดยการ 1) เติมน้ำลงในขวดประมาณ 2/3 ของขวด 2) เติมหาวน้ำหรือน้ำยาล้างจาน 1/3 ขวด 3) เติมสีผสมอาหารประมาณ 1-2 หยด โดยให้เด็กเลือกตามความชอบของเด็ก 5) เติมหากเพชรตามต้องการ 6) ปิดฝาขวด
2. มอบขวดแห่งสติให้แก่เด็กและครอบครัวนำไปใช้ที่บ้าน โดยวางไว้ที่มุมใดมุมหนึ่งของบ้าน และใช้ขวดดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการพูดคุยกันระหว่างผู้ดูแลและเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยในช่วงก่อนนอนหรือว่างจากกิจกรรมอื่นๆ ผู้ดูแลและเด็กนั่งในที่นั่งที่นั่งสบายในมุมใดมุมหนึ่งจากนั้นเริ่มต้นกิจกรรมโดย 1) ให้เด็กเขย่าขวดแห่งสติตามความพึงพอใจ 2) ตั้งขวดแห่งสติไว้บนพื้นนิ่งๆ ชวนเด็กมองไปที่กากเพชรที่อยู่ภายในขวดโหลที่เคลื่อนที่ไปตามแรงเขย่า ชวนเด็กหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ไปเรื่อยๆ จนขวดน้ำกลายเป็นน้ำใส
3. ผู้ดูแลถามเด็กว่ารู้สึกดีหรือสบายใจเพิ่มขึ้นหรือไม่ ถ้าไม่สามารถทำซ้ำอีกครั้งถ้ายังรู้สึกและอารมณ์ด้านลบอยู่ เช่น หงุดหงิด โกรธ โมโห จากนั้น ตั้งขวดแห่งสติไว้บนพื้นนิ่งๆ ชวนเด็กมองไปที่กากเพชรที่อยู่ภายในขวดโหลที่เคลื่อนที่ไปตามแรงเขย่า ชวนเด็กหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ไปเรื่อยๆ จนขวดน้ำกลายเป็นน้ำใสอีกครั้งจนรู้สึกผ่อนคลาย
4. ชวนเด็กพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกในวันที่ผ่านมาในประเด็น
วันนี้หนูเป็นอย่างไรบ้าง?
ถ้าหนูหงุดหงิด โกรธ โมโห หนูจะทำให้ใจสงบจนตัวเองใจเย็นลง เหมือนน้ำในขวดที่กลายเป็นน้ำใสแบบวันนี้ได้หรือไม่?
5. ผู้ดูแลโอบกอดและชมเชยเด็กเมื่อเด็กมีอารมณ์ที่ผ่อนคลายและสามารถนั่งนิ่งอย่างมีสติจนน้ำในขวดใส พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติของเด็กเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในวันที่ผ่านมาและบอกแนวทางแก้ไขกรณีที่มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีอารมณ์ด้านลบ

การประเมินผล

ผู้ดูแลสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกดังนี้

ลำดับที่	พฤติกรรมเด็ก		หมายเหตุ
	เด็กร่วมมือ/สามารถนั่งนิ่งได้ จนน้ำในขวดใส	เด็กไม่ร่วมมือ/ไม่สามารถนั่งนิ่งๆ จนน้ำในขวดใส	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

หมายเหตุ ประเมินผลทุกสัปดาห์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ตรงกับพฤติกรรมเด็กมากที่สุด



กิจกรรมที่ 2 การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและทักษะเข้าสังคม

ชื่อกิจกรรม กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตัวเองได้

เวลาที่ใช้ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

เป้าหมายในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร

- ด้านการยับยั้งการหยุด
- ด้านความจำขณะทำงาน
- ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด
- ด้านการควบคุมอารมณ์
- ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ

แนวคิด

การพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและทักษะการเข้าสังคมเป็นเรื่องจำเป็นยิ่งสำหรับเด็กปฐมวัยซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในช่วงวัยต่อไป เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้มีโอกาสลงมือทำ คิดวิเคราะห์ในการแก้ปัญหาและเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้านความจำขณะทำงาน ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด และด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนและลดปัญหาพฤติกรรม ขาดความรอบคอบ ขาดระเบียบวินัย ขี้ลืม ขาดการอดทนรอคอยในเด็กปฐมวัยได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กและพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยดังนี้

1. เพื่อพัฒนาการจดจำและนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. เพื่อพัฒนาการความยืดหยุ่นทางการคิดและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
3. เพื่อพัฒนาการวางแผนในการจัดการอย่างเป็นระบบและจัดลำดับในการทำกิจวัตรด้วยตนเอง

ขั้นตอนการทำกิจกรรมในครอบครัว

ผู้ดูแลส่งเสริมให้เด็กช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และช่วยทำงานบ้านง่าย โดยเน้นการฝึกทักษะที่ควรจะมีในเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-5 ปี 11 เดือน ควรได้รับการฝึกฝน 10 ประการในระยะพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่ควรจะต้องทำได้ดังนี้

1. การเก็บที่นอน : ฝึกให้เด็กรู้จักเก็บที่นอนหลังจากตื่นนอน เช่น พับผ้าห่มผืนเล็กๆ เท่าที่



เด็กทำได้

2. การแปรงฟัน : ฝึกให้เด็กแปรงฟันเอง และผู้ดูแลคอยตรวจสอบและแปรงซ้ำให้อีกครั้งในจุดที่ไม่สะอาด
3. การอาบน้ำ : เปิดโอกาสให้เด็กอาบน้ำเอง
4. การขับถ่ายและทำความสะอาด: ฝึกให้เข้าห้องน้ำทุกเช้าให้เป็นกิจวัตรและทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง โดยสอนเด็กล้างก้นเอง กดชักโครก หรือราดน้ำภายหลังการขับถ่ายเองทุกครั้ง
5. การแต่งตัว : เปิดโอกาสให้เด็กเลือกเสื้อผ้าใส่เสื้อและกางเกง/กระโปรง และถอดและใส่เสื้อผ้าเองโดยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ เช่น การติดกระดุม รูดซิป
6. การรับประทานอาหาร : ดูแลให้รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และรับประทานอาหารด้วยตนเองโดยไม่ต้องป้อน
7. การจัดกระเป๋า : ดูแลเด็กให้จัดกระเป๋าและตรวจเช็คของก่อนไปโรงเรียนด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ไม่เร่งรีบ เช่น จัดตอนเย็นก่อนเข้านอน เป็นต้น
8. การทักทายและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น : สอนให้เด็กรู้จักทักทายและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ยกมือไหว้ พร้อมกล่าวคำว่า สวัสดีครับ/สวัสดีค่ะ
9. การรู้จักแบ่งปัน : สอนเด็กให้รู้จักการแบ่งปัน เช่น ของเล่น ขนม แก้วน้ำหรือบุคคลอื่น
10. การรู้จักรอคอยและเข้าคิว: สอนให้เด็กรู้จักรอคอยและเข้าคิว ไม่แทรกคิวคนอื่น

สื่อ

ผู้ดูแลสอนเด็กผ่านหนังสือนิทานเรื่อง คนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้

เด็กเอ๋ยเด็กคนเก่ง	ช่วยตนเองเรื่องสำคัญ
เริ่มอย่างไรมาด้วยกัน	ทำเร็วพลันเป็นเด็กดี
ตื่นเช้าเก็บที่นอน	ให้เสร็จก่อนแล้วแปรงฟัน
อาบน้ำสระผมพลัน	ขับถ่ายกันสบายดี
แต่งตัวเองให้ชิน	กินข้าวเข้าให้อิ่มพลี
กระเป๋าจัดเองทุกที	ตรวจสอบดีไม่มีลืม
ข้าวของเก็บเป็นที่	หยิบจับดีไม่มีหาย
เจอใครต้องทักทาย	ยกมือไหว้สวัสดี
ของเล่นแบ่งปันได้	ให้รอไว้คิวต้องมี
เด็กทำแล้วจะดี	เป็นคนที่น่ารักเลย..

การประเมินผล

ผู้ดูแลสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกดังนี้

ลำดับ ที่	กิจกรรมที่เด็กทำได้									
	การเก็บชิ้น งาน	การประ พจน์	การอา บน้ำ	การขับถ่ายและ การทำความสะอาด	การแต่งตัว	การรับประ ทาน อาหาร	การจัด กระเป๋า	การทักทายและมี ปฏิสัมพันธ์กับ	การรู้จักแบ่งปัน	การรู้จักคอย และเข้าคิว
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

หมายเหตุ ประเมินผลทุกสัปดาห์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ตรงกับพฤติกรรมเด็กมากที่สุด



กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการคิดและการจดจำ

ชื่อกิจกรรม คิดดูซิ..สีอะไร

เวลาที่ใช้ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

เป้าหมายในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร

- ด้านการยับยั้งการหยุด
- ด้านความจำขณะทำงาน
- ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด
- ด้านการควบคุมอารมณ์
- การวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ

แนวคิด

การบริหารทักษะการคิดและการจดจำโดยใช้ทฤษฎี Stroop effect เป็นการฝึกการทำงานประสานกันของสมองส่วนซ้ายและขวาเพื่อฝึกสมองในการแยกแยะสิ่งรบกวนต่างๆ ผ่านกระบวนการรับรู้อื่นๆ ซึ่งการฝึกทักษะสมองหากมีการฝึกฝนบ่อยๆจะช่วยให้การปรับปรุงประสาทสัมผัส ช่วยพัฒนาความทรงจำและจดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น สามารถส่งเสริมกระบวนการการเรียนรู้ที่หลากหลาย ซึ่งในเด็กปฐมวัยมีความรู้เกี่ยวกับสีและผลไม้ กิจกรรมดูซิ..สีอะไร มาใช้ในการฝึกสมองเด็กปฐมวัยในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้านความจำขณะทำงาน ด้านความยืดหยุ่นทางการคิดและด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนและลดปัญหาพฤติกรรม สมาธิสั้น ขนอยู่ไม่นิ่ง ขาดความรอบคอบ ขี้ลืมและไม่รู้จักการรอคอยในเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กและพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยดังนี้

1. เพื่อพัฒนาทักษะการจำและการแยกแยะผ่านประสบการณ์เดิมของเด็ก
2. เพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นในการคิดและบริหารสมองในการจำสีและชนิดของผลไม้
3. เพื่อพัฒนาการวางแผนในการจัดการอย่างเป็นระบบ

สื่อ/อุปกรณ์ แผ่นภาพสีและผลไม้

ขั้นตอนการทำกิจกรรมในครอบครัว

1. ผู้ดูแลสอนให้เด็กรู้จักสี โดยผู้ดูแลอ่านชื่อสีและสอนจนเด็กจำได้ทุกสี จากนั้นอ่านชื่อสีและให้เด็กชี้สีตามคำบอกให้ถูกต้อง





2. ผู้ดูแลสอนให้เด็กรู้จักผลไม้ชนิดต่างๆ โดยผู้ดูแลอ่านชื่อผลไม้จนเด็กจำได้ทุกชนิด จากนั้นอ่านชื่อผลไม้และให้เด็กชี้สีตามคำบอกให้ถูกต้องทุกชนิด

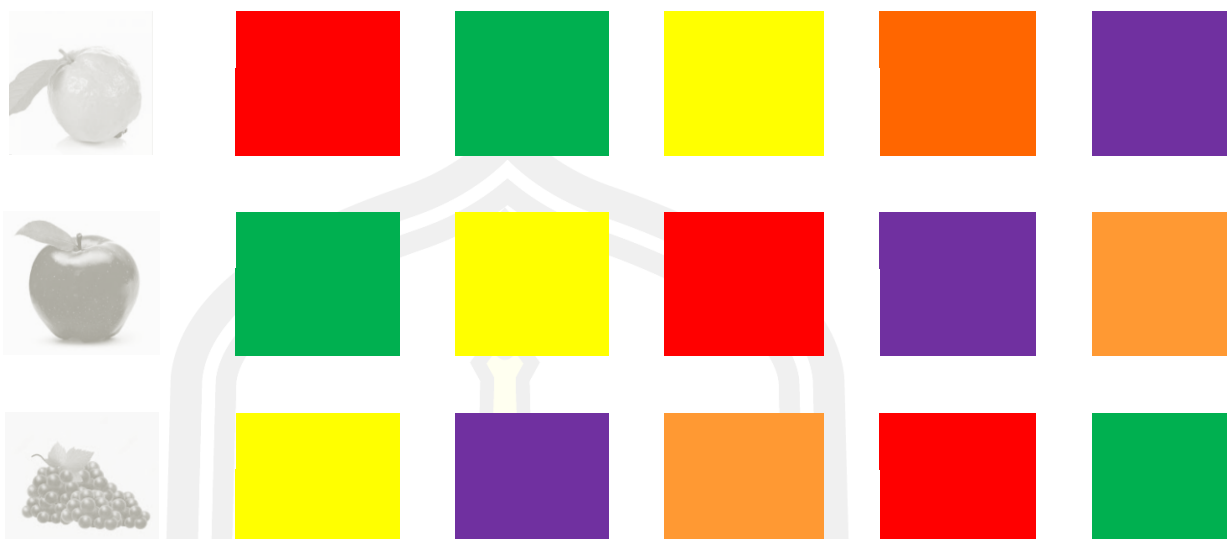


3. เล่นทายสีผลไม้กับเด็กโดยให้เด็กทายสีตามคำบอก โดยผู้ดูแลอ่านชื่อผลไม้และให้เด็กบอกสีให้ถูกต้องตามชนิดผลไม้ที่ผู้ดูแลเรียกชื่อผลไม้

กล้วย	ส้ม	แดง	ม่วง	เขียว	เหลือง
ส้ม	ม่วง	ส้ม	เขียว	เหลือง	แดง
เขียว	แดง	เขียว	เหลือง	ส้ม	ม่วง
แดง	เขียว	เหลือง	แดง	ม่วง	ส้ม
ม่วง	เหลือง	ม่วง	ส้ม	แดง	เขียว

4. เล่นทายสีผลไม้ตามภาพ โดยผู้ดูแลชี้ให้เด็กดูภาพผลไม้ และบอกสีที่ถูกต้องผลไม้แต่ละชนิดโดยไม่ต้องบอกชื่อผลไม้กับเด็ก





5. ทำกิจกรรมข้อที่ 4, 5 ให้ถูกทุกข้อ

การประเมินผล

ผู้ดูแลสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกดังนี้

สัปดาห์ที่	พฤติกรรมเด็ก					หมายเหตุ
	จดจำและสามารถบอกสีได้ 1 สี	จดจำและสามารถบอกสีได้ 2 สี	จดจำและสามารถบอกสีได้ 3 สี	จดจำและสามารถบอกสีได้ 4 สี	จดจำและสามารถบอกสีได้ 5 สี	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

หมายเหตุ ประเมินผลทุกสัปดาห์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ตรงกับพฤติกรรมเด็กมากที่สุด

กิจกรรมที่ 4 การออกกำลังกายด้วยตาราง 9 สี

ชื่อกิจกรรม ออกกำลังกายกันก้าวทันสี่

เวลาที่ใช้ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

เป้าหมายในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร

- ด้านการยับยั้งการหยุด
- ด้านความจำขณะทำงาน
- ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด
- ด้านการควบคุมอารมณ์
- การวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ

แนวคิด

การออกกำลังกายด้วยตาราง 9 สี ประยุกต์จากตาราง 9 ช่อง โดยมีการเรียงลำดับท่าในการออกกำลังกายใหม่เพื่อความต่อเนื่องและง่ายต่อการจดจำของเด็ก เป็นการฝึกปฏิบัติกิจวัตรรับรู้และตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองหรือระบบประสาทที่ทำหน้าที่ในการรับรู้ข้อมูลเพื่อส่งไปยังสมองส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่ในการวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลก่อนที่ส่งไปยังเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่สั่งการและควบคุมการเคลื่อนไหวให้เป็นไปตามข้อมูลที่ได้รับ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้านการยับยั้งการหยุด ด้านความจำขณะทำงาน และด้านการควบคุมอารมณ์ของเด็กปฐมวัยได้ โดยมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนและลดปัญหาพฤติกรรม สมาธิสั้น ขนอยุ่ไม่นิ่ง ขาดความรอบคอบ ขี้ลืมและไม่รู้จักการรอคอยในเด็กปฐมวัยได้

- วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กและพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารแก่เด็กปฐมวัยดังนี้
1. เพื่อพัฒนาในการยับยั้งการหยุดและควบคุมการเคลื่อนไหวของเด็ก
 2. เพื่อพัฒนาความจำขณะทำงาน
 3. เพื่อพัฒนาทักษะในการควบคุมอารมณ์และการเคลื่อนไหวของเด็ก

สื่อ/อุปกรณ์ ตาราง 9 ช่อง สำหรับเด็กปฐมวัยและผู้ดูแล

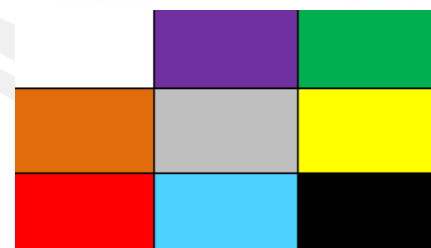
ขั้นตอนการทำกิจกรรมในครอบครัว

การออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง สำหรับเด็กปฐมวัย

เริ่มต้นด้วยการวางเท้าในจุดเริ่มต้น และเริ่มต้นก้าวด้วยเท้าซ้ายนำเสมอ

ทำแต่ละท่าซ้ำ 10 รอบ จนครบทั้งหมด 9 ท่า ในจังหวะที่ไม่เร็วเกินไปเพื่อให้เด็กได้มีโอกาส

พัฒนากระบวนการคิดและประสาทสัมผัสตามตัวเลขที่กำหนดการเคลื่อนไหวซึ่งผู้วิจัยได้สรุปให้สามารถจดจำได้งานและมีเพลงบรรยายประกอบ



ท่าที่	ท่า	จุดเริ่มต้นวางเท้า	ลำดับการก้าวเท้า	หมายเหตุ
1	ก้าวเป็นเส้นตรง	ฟ้า-ฟ้า	ฟ้า-ฟ้า-แดง-ดำ	ทำซ้ำ 10 รอบ
2	ก้าวเป็นสี่เหลี่ยม	ฟ้า-ฟ้า	ฟ้า-ฟ้า-ส้ม-เหลือง-ม่วง-ม่วง-ส้ม-เหลือง	ทำซ้ำ 10 รอบ
3	ก้าวเป็นตัววี	ฟ้า-ฟ้า	ฟ้า-ฟ้า-ขาว-เขียว	ทำซ้ำ 10 รอบ
4	ก้าวเป็นสามเหลี่ยม	ฟ้า-ฟ้า	ฟ้า-ฟ้า-ม่วง-ม่วง-แดง-ดำ	ทำซ้ำ 10 รอบ
5	ก้าวเป็นสามเหลี่ยมซ้อน	ฟ้า-ฟ้า	ฟ้า-ฟ้า-ส้ม-เหลือง-เทา-เทา-ขาว-เขียว-ม่วง-ม่วง	ทำซ้ำ 10 รอบ
6	ก้าวแทยงมุม	เทา-เทา	เทา-เทา-แดง-เขียว-เทา-เทา-ขาว-ดำ	ทำซ้ำ 10 รอบ
7	ก้าวเป็นรูปกากบาท	แดง-ดำ	แดง-ดำ-เทา-เทา-ขาว-เขียว-เทา-เทา	ทำซ้ำ 10 รอบ
8	ก้าวไขว้เท้า	แดง-ดำ	แดง-ดำ-เขียว-ขาว	ทำซ้ำ 10 รอบ
9	ก้าวขึ้นลง	ฟ้า-ดำ	ฟ้า-ดำ-เทา-เหลือง-ม่วง-เขียว-เทา-เหลือง	ทำซ้ำ 10 รอบ

หมายเหตุ เพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน ควรเปิดเพลงพร้อมทำประกอบเพลงออกกำลัง
กายกันก้าวทันสมัย



เพลงออกกำลังกายกันก้าวทันสมัย

มาออกกำลังกาย มาออกกำลังกัน ก้าวเท้าพลันทำให้ทันสมัยอะไร
 ก้าวเป็นรูปทรง บอกตรงๆ ว่าคืออะไร ย้ำเท้าไปเดินวนให้ไวเริ่มซ้ายทุกที
 มองให้ดีคืออะไรหลากหลายมากมี จำให้ดีก้าวไปที่สี่เส้นตามเพลง
 ก้าวเป็นเส้นตรงไม่ต้องงงว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ ฟ้า-ฟ้า/ ฟ้า-ฟ้า-แดง-ดำ (ซ้ำ 5 รอบ) จำได้ยังลองทำอีกที ฟ้า-ฟ้า-แดง-ดำ (ซ้ำ 5 รอบ)

ก้าวเป็นสี่เหลี่ยมบอกให้เตรียมว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ ฟ้า-ฟ้า/ฟ้า-ฟ้า-ส้ม-เหลือง/-
 ม่วง-ม่วง-ส้ม-เหลือง (ซ้ำ 5 รอบ) จำได้ยังลองทำอีกที ฟ้า-ฟ้า-ส้ม-เหลือง/-ม่วง-ม่วง-ส้ม-เหลือง (ซ้ำ 5 รอบ)

ก้าวเป็นตัววีบอกอีกทีว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ ฟ้า-ฟ้า/ ฟ้า-ฟ้า-ขาว-เขียว (ซ้ำ 5 รอบ)
 จำได้ยังลองทำอีกที ...ฟ้า-ฟ้า-ขาว-เขียว (ซ้ำ 5 รอบ)

ก้าวเป็นสามเหลี่ยมให้รีบเตรียมว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ ฟ้า-ฟ้า /ฟ้า-ฟ้า-ม่วง-ม่วง-
 แดง-ดำ (ซ้ำ 5 รอบ) จำได้ยังลองทำอีกที ...ฟ้า-ฟ้า-ม่วง-ม่วง-แดง-ดำ (ซ้ำ 5 รอบ)

มาออกกำลังกาย มาออกกำลังกัน ก้าวเท้าพลันทำให้ทันสมัยอะไร
 ก้าวเป็นรูปทรง บอกตรงๆ ว่าคืออะไร ย้ำเท้าไปเดินวนให้ไวเริ่มซ้ายทุกที
 ก้าวสามเหลี่ยมซ้อนไม่ต้องงงว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ ฟ้า-ฟ้า/ฟ้า-ฟ้า-ส้ม-เหลือง-
 เทา-เทา/-ขาว-เขียว-ม่วง-ม่วง (ซ้ำ 5 รอบ) จำได้ยังลองทำอีกที ฟ้า-ฟ้า-ส้ม-เหลือง-เทา-เทา/-ขาว-
 เขียว-ม่วง-ม่วง

ก้าวแหงมมุมไม่ต้องกลัวว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ เทา-เทา / เทา-เทา-แดง-เขียว/-
 เทา-เทา-ขาว-ดำ (ซ้ำ 5 รอบ) จำได้ยังลองทำอีกที เทา-เทา-แดง-เขียว/- เทา-เทา-ขาว-ดำ (ซ้ำ 5 รอบ)

ก้าวกากบาทต้องไม่พลาดว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ แดง-ดำ /แดง-ดำ-เทา-เทา/-ขาว-
 เขียว-เทา-เทา (ซ้ำ 5 รอบ) จำได้ยังลองทำอีกที แดง-ดำ-เทา-เทา/-ขาว-เขียว-เทา-เทา (ซ้ำ 5 รอบ)

ก้าวไขว้เท้าไม่ต้องเดาว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ แดง-ดำ/ แดง-ดำ-เขียว-ขาว (ซ้ำ 5 รอบ)
 จำได้ยังลองทำอีกที แดง-ดำ-เขียว-ขาว (ซ้ำ 5 รอบ)

ก้าวขึ้นลงอย่างไม่งงว่าคืออะไร วางเท้าไวเริ่มต้นไปที่ ฟ้า-ดำ/ ฟ้า-ดำ-เทา-เหลือง/-ม่วง-เขียว-เทา-
 เหลือง (ซ้ำ 5 รอบ) จำได้ยังลองทำอีกที ฟ้า-ดำ-เทา-เหลือง/-ม่วง-เขียว-เทา-เหลือง-ฟ้า-ดำ (ซ้ำ 5 รอบ)

ลึล ล้า ไป ออกกำลังให้เคลื่อนไหว-จำดี

การประเมินผล

ผู้ดูแลสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรมและพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกดังนี้

สัปดาห์ที่	จดจำสีและ เคลื่อนไหวได้ ถูกต้อง	จดจำสีได้แต่ยัง ไม่สามารถ ควบคุมการ เคลื่อนไหวได้	จดจำสีไม่ได้และ ไม่เคลื่อนไหว และไม่ทำตาม	หมายเหตุ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

หมายเหตุ ประเมินผลทุกสัปดาห์โดยทำเครื่องหมาย ✓ ข้อที่ตรงกับพฤติกรรมเด็กมากที่สุด



แบบบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำ กิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ..คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี่ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....

สัปดาห์ที่ 2 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำ กิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ..คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี่ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....

สัปดาห์ที่ 3 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำ กิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ..คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี่ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....

สัปดาห์ที่ 4 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำกิจกรรม อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ...คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี่ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....

สัปดาห์ที่ 5 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำกิจกรรม อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ...คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี่ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....

สัปดาห์ที่ 6 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำกิจกรรม อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ...คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี่ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....

สัปดาห์ที่ 7 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำกิจกรรม อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ...คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....

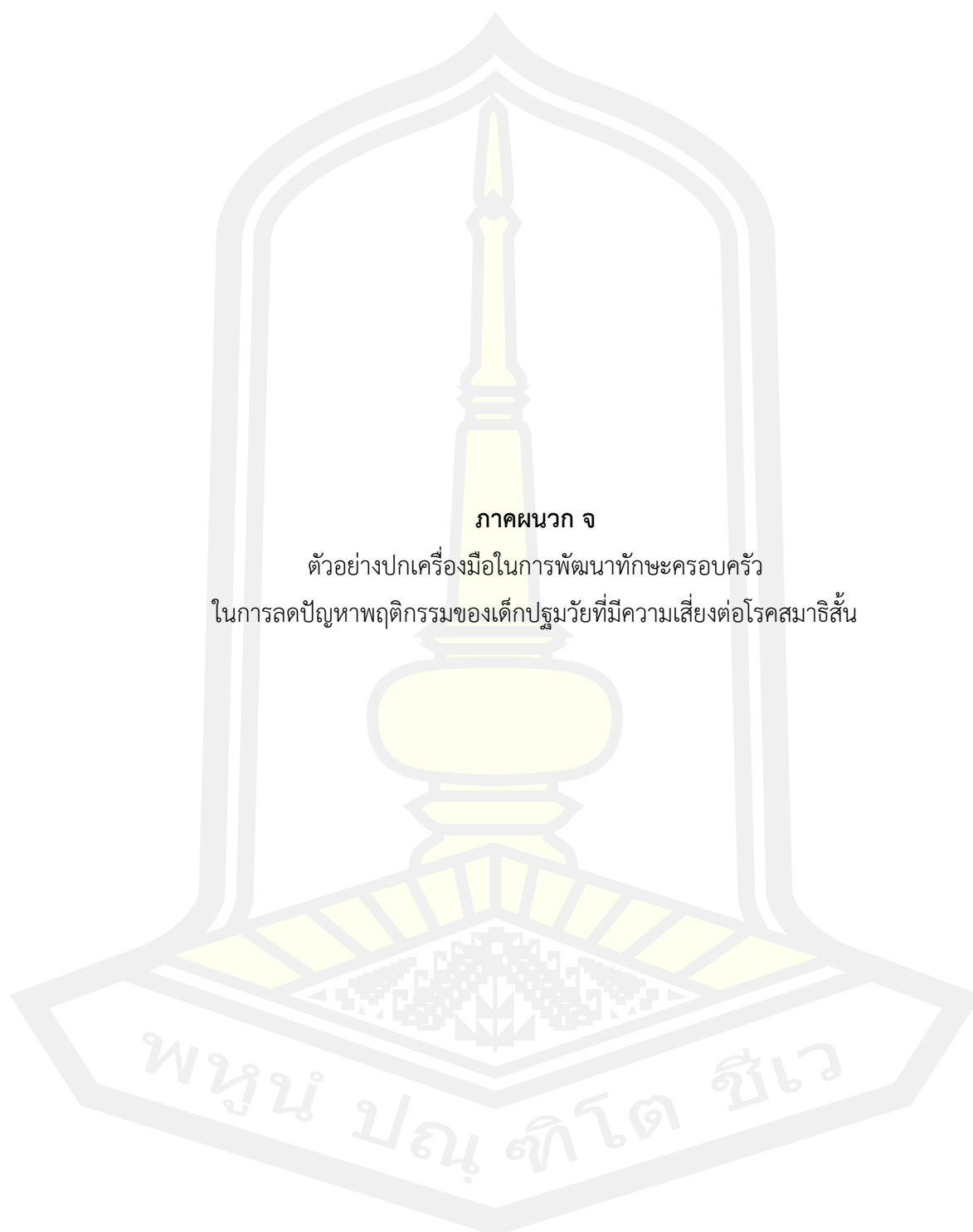
สัปดาห์ที่ 8 วันที่.....เดือน.....ปี

ลำดับ	กิจกรรม	วัน							ผลการ ดำเนินการ
		จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	
1	กิจกรรมขวดแห่งสติ ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
2	กิจกรรมคนเก่ง..ช่วยเหลือตนเองได้ทำ กิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
3	กิจกรรมคิดดูซิ...คืออะไร ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								
4	กิจกรรมออกกำลังกายกันก้าวทันสี ทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์								

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ✓ ในวันที่ทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ปัญหา/อุปสรรค.....







คู่มือการพัฒนากิจกรรมครอบครัว เมื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัย ที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

พัฒนาโดยนางกนกจันทร์ เข้มนาการ

นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ภายใต้โครงการวิจัยเรื่องตัวแบบในการพัฒนากิจกรรมครอบครัว

ในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น



ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม

จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

สด-ช่วย-คิด-ออก

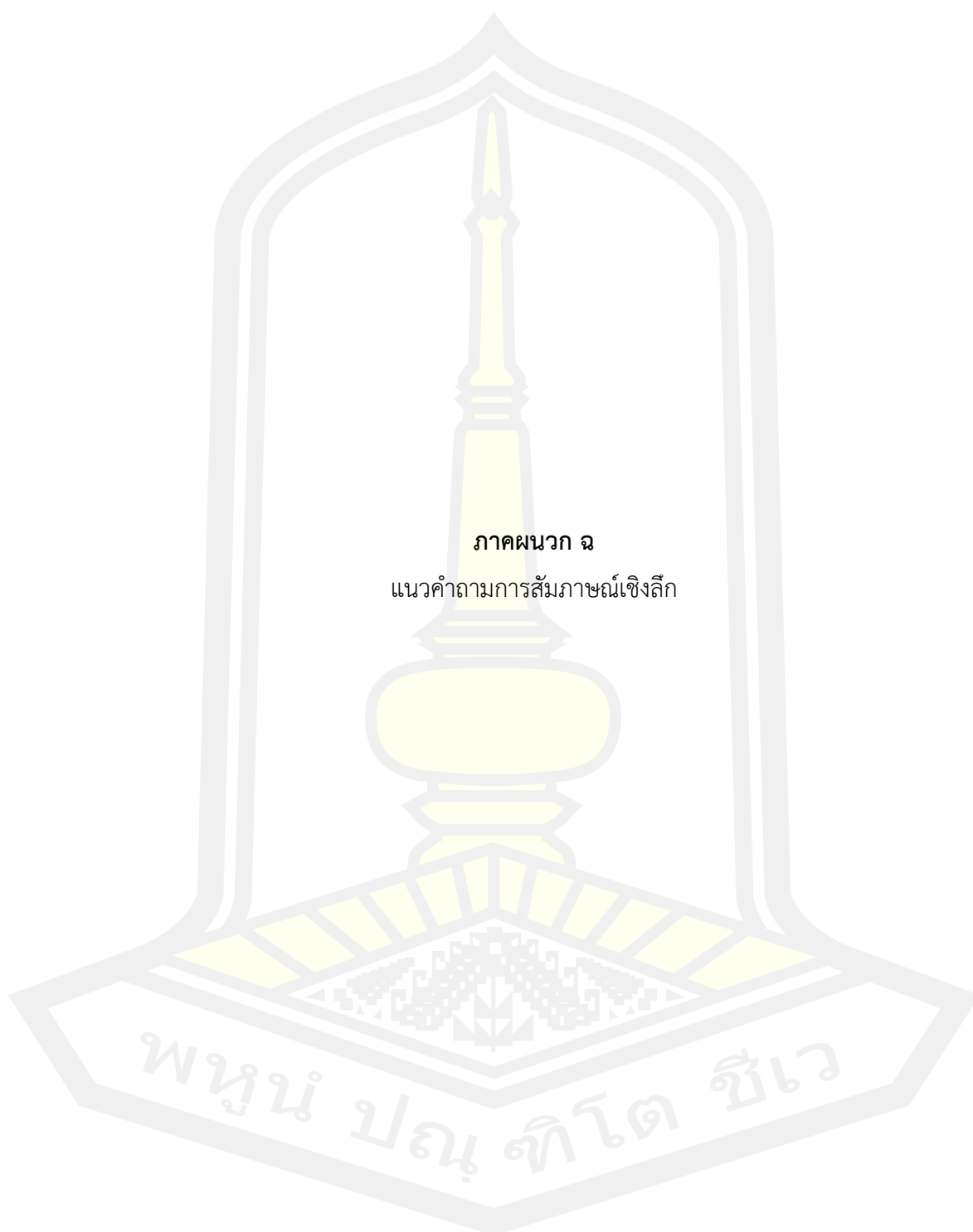
กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเด็ก
ด้วยการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกและการพัฒนาทักษะ
การคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในครอบครัว

Application Online

ครอบครัวผู้สนใจ
กรุณามาที่นี่



ครอบครัวสุขสันต์ รู้ทันสถานการณ์



แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยเรื่อง ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น

ชื่อผู้วิจัย นางกนกจันทร์ เข้มนาการ

หลักสูตร ปรัชญาดุสิตบัณฑิต สาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เกริ่นนำ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ซึ่งนอกจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ข้อมูล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาตัวแบบดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะสอบถามประสบการณ์ของท่านและประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น เกี่ยวกับแบบแผนคำอธิบายการเจ็บป่วยโรคสมาธิสั้น ทศนคติ ความเชื่อ ความคาดหวัง ปัญหาพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กของครอบครัวเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้น เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาตัวแบบในการลดปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวต่อไป จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ดังรายการต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กปฐมวัยโรคสมาธิสั้น

ข้อ	ข้อคำถาม
การเกริ่นนำ	แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และสร้างความคุ้นเคย
คำถามหลัก	
1	แบบแผนคำอธิบายการเจ็บป่วยโรคสมาธิสั้น
	1.1 ในความคิดเห็นของท่าน หากกล่าวถึงโรคสมาธิสั้นท่านคิดถึงอะไร? เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น? และท่านคิดว่าเพราะเหตุใดจึงเกิดอาการสมาธิสั้นในเด็ก?
	1.2 อาการเริ่มต้นที่ท่านสังเกตพบได้ในเด็กเป็นอย่างไรบ้าง? เริ่มเกิดขึ้นตอนอายุเท่าไร? อาการช่วงนั้นเป็นอย่างไร? ตอนนั้นท่านคิดว่าผิดปกติหรือไม่ ทำไมจึงคิดเช่นนั้น?

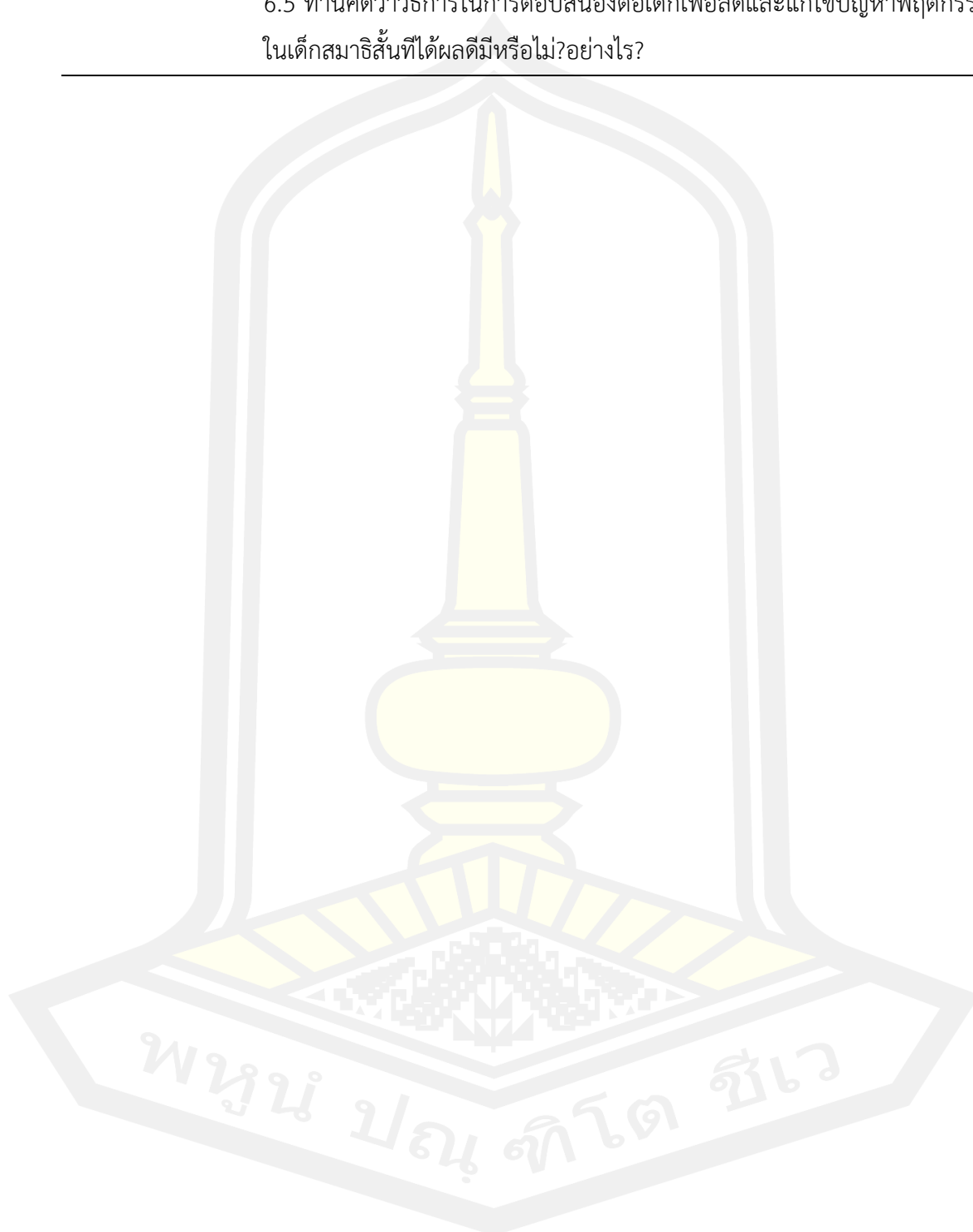
ชื่อ	ข้อคำถาม
	1.3 ท่านคิดว่าอาการสมาธิสั้นทำให้เกิดความผิดปกติในอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กอย่างไร? ท่านคิดว่าอาการสมาธิสั้นส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกายหรือไม่อย่างไร?
	1.4 ท่านคิดว่าระยะเวลาที่เด็กมีอาการสมาธิสั้นจะนานหรือไม่? คิดว่าจะมีระยะเวลานานเท่าใด? ในความคิดของท่านคิดว่าอาการสมาธิสั้นจะรุนแรงมากขึ้นหรือไม่? อย่างไร?
	1.5 ท่านคิดว่าอาการสมาธิสั้นมีวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง
2	ทัศนคติ
	2.1 ความรู้สึกของท่านตอนที่ทราบว่าเด็กที่ท่านดูแลอยู่มีอาการสมาธิสั้นเป็นอย่างไร? ในขณะนั้นเมื่อทราบท่านทำอย่างไรต่อ? ท่านคิดว่าเพราะเหตุใดเด็กจึงสมาธิสั้น? ทำไมจึงคิดเช่นนั้น?
	2.2 ท่านคิดว่าการช่วยเหลือเด็กโดยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลเด็กของครอบครัวในระยะเริ่มต้นจะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้หรือไม่ อย่างไร?
	2.3 ท่านคิดว่าเมื่อเด็กโตขึ้นอาการสมาธิสั้นของเด็กจะดีขึ้นหรือไม่? ทำไมจึงคิดเช่นนั้น?
	2.4 ท่านคิดว่าเด็กจะสามารถควบคุมอาการขาดสมาธิได้ด้วยตัวเองได้หรือไม่ (หากตอบว่าได้ ถามต่อว่า ท่านคิดว่าอายุเท่าไรเด็กจึงจะสามารถควบคุมตนเองได้) ทำไมคิดเช่นนั้น?
	2.5 การที่เด็กมารักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการสมาธิสั้นในเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีคนทราบหรือไม่? ท่านเป็นคนบอกเองหรือมีคนถาม? และท่านคิดอย่างไรกับการที่เด็กต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการสมาธิสั้น
3	ความเชื่อ
	3.1 ท่านเชื่อหรือไม่ว่าสาเหตุหลักของโรคสมาธิสั้นเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสารเคมีในสมอง? (หากตอบว่า เชื่อ-ไม่เชื่อ ถามต่อว่าทำไมเชื่ออย่างนั้น?)
	3.2 ท่านเชื่อหรือไม่ว่าเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลและปรับพฤติกรรมในระยะเริ่มต้นจะส่งผลดีต่อเด็ก?
	3.3 ท่านเชื่อหรือไม่ว่าเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจจากครอบครัวจะทำให้อาการดีขึ้น

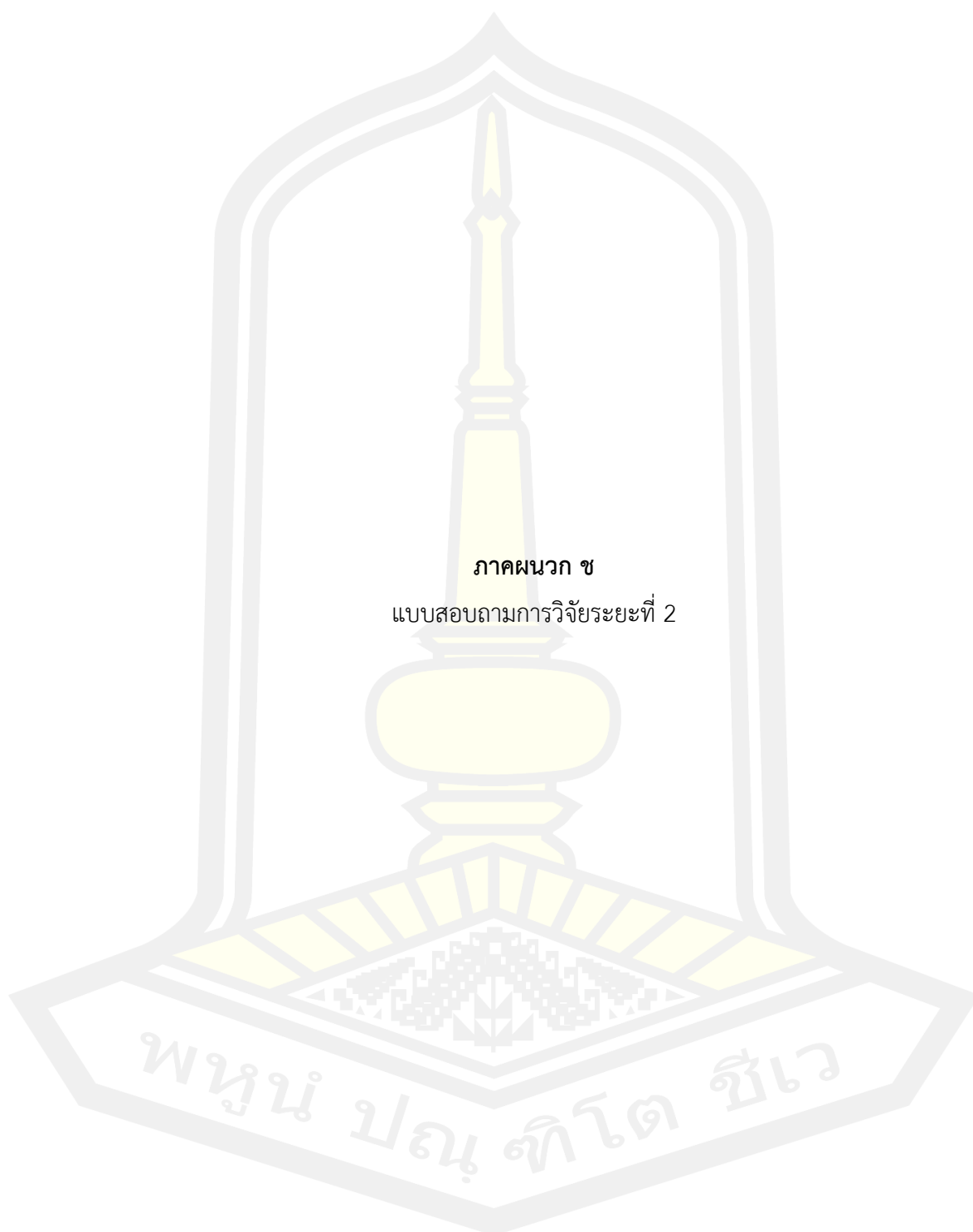
ข้อ	ข้อคำถาม
	3.4 ท่านเชื่อหรือไม่ว่าหากเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นไม่ได้รับการดูแลจะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในอนาคต?
	3.5 ท่านเชื่อหรือไม่ว่าเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสามารถรักษาได้ด้วยการกินยา?
4	ความคาดหวัง
	4.1 ท่านคิดว่าผลของการรักษาจะทำให้เด็กหายจากอาการสมาธิสั้นหรือไม่? ถ้าหายท่านคิดว่าในอนาคตเด็กจะเป็นอย่างไร? ท่านคิดว่าหากเด็กไม่ได้รับการรักษาในอนาคตจะเป็นอย่างไร?
5	ปัญหาพฤติกรรม
	5.1 พฤติกรรมใดที่เด็กแสดงออกมาแล้วท่านคิดว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามวัย? ท่านคิดว่าเป็นปัญหาพฤติกรรมหรือไม่? อย่างไร? (ถ้ามีถามต่อ ข้อ 6.2 - ข้อ 7 ถ้าไม่มี ข้ามไปข้อ 8)
	5.2 ท่านคิดว่าท่านสามารถที่จะจัดการกับปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวได้หรือไม่? อย่างไร?
	5.3 ปัญหาพฤติกรรมนั้นส่งผลให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่ในครอบครัวของท่านและเด็กหรือไม่? อย่างไร? ครอบครัวของท่านมีการจัดการกับปัญหาดังกล่าวอย่างไร?
	5.4 ปัญหาพฤติกรรมใดที่เกิดขึ้นเป็นประจำและพบบ่อยที่สุด? ท่านปฏิบัติกับเด็กอย่างไรเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมดังกล่าวออกมา?
	6.5 ปฏิบัติการที่ท่านตอบสนองต่อเด็กทันทีที่เด็กแสดงแสดงปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวออกมาเป็นอย่างไร? ท่านคิดว่าเหมาะสมหรือไม่? อย่างไร?
6	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติต่อเด็กรวมถึงผลที่เกิดขึ้น
	6.1 ท่านคิดว่าวิธีการใดที่ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวของเด็กและได้ผลดีที่สุด?
	6.2 ท่านคิดว่าท่านมีความตั้งใจและมั่นใจในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้หรือไม่? อย่างไร?
	6.3 ผลของการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างไร? มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่?
	6.4 ท่านคิดว่ากิจกรรมใดที่ปฏิบัติเป็นประจำในครอบครัวแล้วจะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น?

ชื่อ

ชื่อคำถาม

6.5 ท่านคิดว่าวิธีการในการตอบสนองต่อเด็กเพื่อลดและแก้ไขปัญหาพฤติกรรม
ในเด็กสมาธิสั้นที่ได้ผลดีมีหรือไม่?อย่างไร?





ภาคผนวก ช
แบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 2

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไปด้านผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

1. เพศ

1.(...) ชาย	2.(...) หญิง
-------------	--------------
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

1.(...) ไม่ได้ศึกษา	2.(...) ประถมศึกษา
3.(...) มัธยมศึกษา	4.(...) อนุปริญญา
5.(...) ปริญญาตรี	6.(...) ปริญญาโท
7.(...) ปริญญาเอก	
4. สถานภาพสมรสของบิดามารดา

1.(...) สมรสอยู่ร่วมกัน	2.(...) สมรสแยกกันอยู่
3.(...) หย่าร้าง	4.(...) หม้าย (บิดาหรือมารดา เสียชีวิต)
5. ความสัมพันธ์กับเด็ก

1.(...) บิดา/มารดา	2.(...) ปู่ย่า/ตายาย
3.(...) อื่นๆ ระบุ.....	
6. ระยะเวลาในการดูแลเด็ก.....ปี.....เดือน
7. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)

1.(...) น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน	2.(...) 10,000-20,000 บาท
3.(...) 20,001-30,000 บาท	4.(...) 30,001-40,000 บาท
5.(...) 40,001 บาท ขึ้นไป	
8. ลักษณะของครอบครัว
 - 1.(...) ครอบครัวเดี่ยว หมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก
 - 2.(...) ครอบครัวขยาย หมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วยปู่ ย่า ตา ย่า ยาย หรือพี่น้อง
 - 3.(...) ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว หมายถึงครอบครัวที่มี พ่อ หรือ แม่ และลูก

ข้อมูลทั่วไปด้านเด็กปฐมวัย

1. เพศ
 - 1.(...) ชาย
 - 2.(...) หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน
3. ลำดับการเกิดของเด็ก เป็นบุตรลำดับที่.....จากจำนวนบุตรทั้งหมด.....คน
4. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
 - 1.(...) คลอดครบกำหนด
 - 2.(...) คลอดก่อนกำหนด
5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
 - 1.(...) ไม่มี
 - 2.(...) มี ระบุ.....
6. การใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน/ไอแพด/แท็บแลท
 - 1.(...) ไม่ใช้
 - 2.(...) ใช้

ถ้าใช้กรุณาระบุระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ยชั่วโมง/วัน

1.(...) น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	2.(...) 1-2 ชั่วโมง	3.(...) 3-4 ชั่วโมง
4.(...) น้อยกว่า 5-6 ชั่วโมง	5.(...) 7-8 ชั่วโมง	6.(...) 9-10 ชั่วโมง
7.(...) มากกว่า 10 ชั่วโมง		

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น สำหรับเด็กเล็ก อายุ 3-5 ปี 11 เดือน ฉบับผู้ดูแล

คำชี้แจง

กรุณาอ่านข้อคำถาม โดยละเอียดและเลือกคำตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อคำถาม แต่ละข้อที่ตรงกับพฤติกรรมอารมณ์ นิสัย หรือพฤติกรรม อารมณ์ นิสัย หรือปัญหาของเด็กในความดูแลของท่านในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจากเวลาที่เด็กทำพฤติกรรมเหล่านี้ เปรียบเทียบเด็กในวัยเดียวกัน เพศเดียวกัน 10 คน (อันดับ 1 = ทำมากที่สุด, อันดับ 10 = ทำน้อยที่สุด)

ทำบ่อยมาก	หมายถึง เด็กทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้บ่อยมาก	หรือ จัดอยู่ในอันดับที่ 1,2
ทำค่อนข้างบ่อย	หมายถึง เด็กทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้ค่อนข้างบ่อย	หรือ จัดอยู่ในอันดับที่ 3, 4, 5
นานๆ ทำที	หมายถึง เด็กทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้นานๆครั้ง	หรือ จัดอยู่ในอันดับที่ 6, 7, 8
ไม่เคยทำ	หมายถึง เด็กไม่เคยทำหรือแสดงพฤติกรรมนี้เลย	หรือ จัดอยู่ในลำดับที่ 9, 10



ข้อความ	ทำบ่อยมาก (อันดับ 1,2)	ทำค่อนข้างบ่อย (อันดับ 3, 4,5)	นานๆ ทำที (อันดับ6,7, 8)	ไม่เคยทำ (อันดับ 9,10)
1.ชื่นมาก ชอบป็นปาย มุดคลาน	(3)	(2)	(1)	(0)
2. เล่นโดยไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย	(3)	(2)	(1)	(0)
3. ชอบแหย่ ชอบแกล้ง หรือรบกวนคนอื่น	(3)	(2)	(1)	(0)
4. อยู่ไม่นิ่ง ชอบคู้ย แคะ แคะ เกา เขย่าขา	(3)	(2)	(1)	(0)
5. มือไว อยากจะหยิบ จะจับ อะไรก็ทำเลย ห้ามไม่ทัน	(3)	(2)	(1)	(0)
6. เล่นรุนแรง เล่นแผลงๆ หรือเล่นเสียงอันตราย	(3)	(2)	(1)	(0)
7. เล่นเสียงดัง	(3)	(2)	(1)	(0)
8. พุดมากจนน่ารำคาญ	(3)	(2)	(1)	(0)
9. งอแง หงุดหงิดง่าย	(3)	(2)	(1)	(0)
10. ซุ่มซ่าม ไม่ระมัดระวัง	(3)	(2)	(1)	(0)
11. รื้อ ดึง กระทบของเล่น จนเสียหาย	(3)	(2)	(1)	(0)
12. เจ็บตัวจากความชน อยู่ไม่ สุขของตัวเอง	(3)	(2)	(1)	(0)
13. เล่นกับเด็กอื่นแล้วทำให้ แตก	(3)	(2)	(1)	(0)
14. แผลงฤทธิ์รุนแรงเมื่อถูกขัด ใจ	(3)	(2)	(1)	(0)

ข้อความถาม	ทำบ่อยมาก (อันดับ 1,2)	ทำค่อนข้างบ่อย (อันดับ 3, 4,5)	นานๆ ทำที (อันดับ 6,7, 8)	ไม่เคยทำ (อันดับ 9,10)
15. เพลงแป๊บเดียว ก่อเรื่องอีกแล้ว (เช่น ทำของเสียหาย)	(3)	(2)	(1)	(0)
รวม (H)	A=	B=	C=	A+B+C=
16. สอนยากสอนเย็น สอนอะไรไม่ค่อยจำ	(3)	(2)	(1)	(0)
17. ฟังอะไรได้ประเดี๋ยวเดียว ก็หมดความสนใจ	(3)	(2)	(1)	(0)
18. อะไรก็อดทน ยึดยาด เช่น (แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว กินข้าว)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. เหมอ ใจลอย	(3)	(2)	(1)	(0)
20. สนใจอะไรไม่นาน (ยกเว้นสิ่งที่ชอบ)	(3)	(2)	(1)	(0)
21. อึดอดทน ต่อรอง ถีลาเยอะ เวลาบอกให้ทำอะไร	(3)	(2)	(1)	(0)
22. ต้องคุม เรียก กระตุ้น เพื่อให้งานเสร็จ	(3)	(2)	(1)	(0)
23. วอกแวก เปลี่ยนความสนใจง่าย	(3)	(2)	(1)	(0)
24. ไม่รอบคอบ ไม่สนใจรายละเอียด	(3)	(2)	(1)	(0)
25. ไม่เก็บ หรือทำของใช้ส่วนตัวหาย	(3)	(2)	(1)	(0)
26. สมาธิสั้น	(3)	(2)	(1)	(0)
27. สนใจสิ่งรอบตัวหลายอย่างพร้อมกัน	(3)	(2)	(1)	(0)

ข้อความ	ทำบ่อยมาก (อันดับ 1,2)	ทำค่อนข้างบ่อย (อันดับ 3, 4,5)	นานๆ ทำที (อันดับ 6,7, 8)	ไม่เคยทำ (อันดับ 9,10)
28. เล่นแต่ละอย่างได้ไม่นาน เปลี่ยนของเล่นไปเรื่อยๆ (ยกเว้นสิ่งที่ชอบ)	(3)	(2)	(1)	(0)
29. ทำอะไรได้แป๊บเดียวก็เลิก ทำ (ยกเว้นทำสิ่งที่ชอบ)	(3)	(2)	(1)	(0)
30. เวลาจะให้ทำอะไรต้องเรียก แล้วเรียกอีกเหมือนไม่สนใจ	(3)	(2)	(1)	(0)
รวม (I)	A=	B=	C=	A+B+C=
รวม H+I				=

หมายเหตุ สวณลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ พัฒนาโดย รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล ศ.คลินิก พญ.วิรัตดา ปิยะศิลป์และคณะ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและใช้แบบฟอร์มที่ได้รับการอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



การแปลผลคะแนน (สำหรับผู้วิจัย)

ผลสรุป	อาการสมาธิสั้น (ADHD)		
	อาการซน/วู่วาม (Hyperactivity/ Impulsivity) (H)	อาการขาดสมาธิ (Inattention) (I)	รวม Total (H+I)
คะแนนดิบ			
คะแนนมาตรฐาน (T-score)			
ข้อเสนอแนะเพื่อการ ช่วยเหลือ			

เกณฑ์การประเมินผล

คะแนนมาตรฐาน (T-score)	ผลการคัดกรอง	คำแนะนำ
≤ 50	อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ไม่ต้องทำอะไรต่อ
51-60	มีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคสมาธิสั้นเล็กน้อย	เฝ้าระวัง ติดตาม ทำแบบคัดกรอง ซ้ำ
61-70	เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคสมาธิสั้น	ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและ ติดตามผล
≥ 71	มีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคสมาธิสั้นสูง	ควรแนะนำให้พบแพทย์ทันทีเพื่อ เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและ ยืนยันผลอย่างถูกต้อง

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กตามความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

- 5 หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด
- 4 หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กมาก
- 3 หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กปานกลาง
- 2 หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กน้อย
- 1 หมายถึง สอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กน้อยที่สุดหรือไม่สอดคล้องเลย

ลำดับ	พฤติกรรมของเด็ก	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมเด็ก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ด้านการยับยั้ง เด็กสามารถอดทนรอให้คนอื่นพูดจบก่อนได้โดยไม่พูดแทรก					
2	เมื่อเด็กอยากทำอะไรก็มักจะทำทันทีโดยไม่คิดให้ดีเสียก่อน					
3	เด็กสามารถจดจ่อกับงานได้จนสำเร็จโดยไม่วอกแวก					
4	เด็กสามารถนั่งทำกิจกรรมอยู่กับที่ได้ตามเวลาที่กำหนดได้					
5	เด็กรู้จักคิดก่อนลงมือทำ และคิดถึงผลเสียที่จะตามมาได้					
6	ด้านความจำขณะทำงาน เมื่อมอบหมายให้เด็กทำงานมากกว่า 1 อย่างเด็กจะจำได้เพียงคำสั่งแรกหรือคำสั่งสุดท้ายเท่านั้น					
7	เด็กสามารถจำสิ่งที่มีผู้สอนมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้					
8	เด็กมักทำผิดในเรื่องเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ที่เคยได้รับการสอนไปแล้ว					

ลำดับ	พฤติกรรมของเด็ก	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมเด็ก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9	เด็กชอบเล่นเกมที่ต้องใช้ความจำได้ดี เช่น เกมจับคู่รูปภาพ เกมจดจำคำสั่ง					
10	เด็กสามารถจดจำสิ่งที่เคยสอนไปแล้วได้					
11	ด้านความยืดหยุ่นทางการคิด เมื่อท่านให้เด็กย้ายที่นั่ง จากที่เล่นเดิมเด็กสามารถย้ายได้โดยไม่ยึดติดกับที่เดิม					
12	เด็กสามารถปรับตัวให้เข้ากับกฎกติกาใหม่ ๆ ได้โดยไม่หงุดหงิด					
13	เมื่อเจอปัญหา เด็กสามารถคิดยืดหยุ่นหาทางออกใหม่ ๆ ได้					
14	เมื่อของเล่นที่ชอบหาย หรือพัง เด็กสามารถคิดพลิกแพลงหาสิ่งอื่นมาเล่นทดแทนได้					
15	เด็กมักมีปัญหาเมื่อมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เคยทำมาให้แตกต่างไปจากเดิม					
16	ด้านการควบคุมอารมณ์ เด็กสามารถควบคุมความโกรธได้โดยไม่ใช้ความรุนแรง					
17	เมื่อเด็กมักผิดหวังเสียใจ ใช้เวลานานก็กลับคืนสู่อารมณ์ปกติได้					
18	โดยรวมแล้วเด็กเป็นคนอารมณ์ดี					
19	เด็กสามารถบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ว่ารู้สึกอย่างไร					

ลำดับ	พฤติกรรมของเด็ก	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมเด็ก				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
20	เด็กมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามสิ่งที่เข้ามากระตุ้น					
21	ด้านการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ เด็กสามารถเริ่มต้นลงมือทำงานด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องมีคนบอก					
22	เด็กรู้จักวางแผนการทำงานที่ท่านมอบหมายได้					
23	เด็กสามารถทำงานเป็นขั้นตอนได้ เช่น ถอดรองเท้านำไปวางไว้เป็นที่					
24	เด็กไม่จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ เช่น ไปเล่นก่อนแล้วค่อยทำงานที่มอบหมายมาจากโรงเรียนทำให้ทำงานไม่เสร็จทันเวลา					
25	เด็กรู้จักวางแผนจัดกระเป๋าไปโรงเรียนเองได้					



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการลดปัญหาพฤติกรรมเด็กวัยปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง
 สั้น ประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง
 ของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ	5	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1	คะแนน

ลำดับ	พฤติกรรม	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมในการลดปัญหา				
		พฤติกรรม				
		ประจำ สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก						
1	ความผูกพัน ท่านสัมผัส โอบกอด และ ปลอบโยนเด็ก					
2	ท่านตอบสนองต่ออารมณ์ เช่น หิว ง่วง และความต้องการของ เด็ก เช่น ดูแลให้ได้รับประทาน อาหารโดยไม่รบกวนให้เด็กหิวจัด					
3	ท่านใช้เวลาในการเล่น พูดคุย หัวเราะกับเด็ก					
	การยอมรับในตัวเด็ก					
4	ท่านสื่อสารกับเด็กด้วยภาษาพูด ที่สภาพด้วยท่าที่ที่อ่อนโยนและ ใส่ใจในตัวเด็ก					
5	ท่านรับฟังความคิดเห็นของเด็ก โดยเปิดโอกาสให้สื่อสารบอก ความความต้องการ เช่น ในขณะที่					

ลำดับ	พฤติกรรม	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมในการลดปัญหา				
		พฤติกรรม				
		ประจำ สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	ที่กำลังทำงานแล้วเด็กมีความต้องการท่านหยุดทำงานที่อยู่ตรงหน้า หันไปสบตากับเด็กอย่างใส่ใจ					
6	ท่านเปิดโอกาสให้เด็กพึ่งพาตนเองโดยทดลองทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหารเอง เข้าห้องน้ำเอง แต่งตัวเอง พร้อมกล่าวคำชมเมื่อเด็กสามารถทำได้ดีหรือมีพัฒนาการดีขึ้น					
7	การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก ท่านค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลเด็ก					
8	ท่านเฝ้าระวังและแนะนำตักเตือนเด็กเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและอันตรายต่อเด็ก					
9	ท่านมีการวางแผนในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กพร้อมกับพยายามหาข้อดีเพื่อชื่นชมเด็กบ่อยๆ					
10	การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เมื่อเด็กทำผิดพลาดท่านตักเตือนเด็กด้วยการสื่อสารเชิงบวกและ					

ลำดับ	พฤติกรรม	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมในการลดปัญหา				
		พฤติกรรม				
		ประจำ สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	สอบถามเหตุผลของการกระทำ เพื่อไม่ให้เด็กทำพฤติกรรมนั้นอีก					
11	ท่านแสดงความเห็นใจและเข้าใจ ความรู้สึกของเด็กโดยอยู่เคียง ข้างเด็กเสมอ					
12	ท่านเป็นแบบอย่างที่ดีในการเห็น อกเห็นใจผู้อื่น					
13	การสร้างวินัยเชิงบวก ท่านฝึกให้เด็กปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัวเอง					
14	ท่านสอนให้เด็กรู้จักการรอคอย เช่น การเข้าคิว รู้จักขออนุญาต					
15	ท่านสอนให้เด็กเคารพกฎกติกา ในครอบครัว เช่น ทำการบ้าน เสร็จก่อนไปเล่น					
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหาร						
16	การยับยั้งการหยุด ท่านแยกเด็กออกจาก สถานการณ์และสถานที่นั้นเมื่อ เด็กมีอารมณ์อาละวาดและสอน เมื่อเด็กสงบ					
17	ท่านให้เวลากับการฝึกให้เด็ก พยายามทำกิจกรรมที่มอบหมาย ให้ได้มากที่สุดหรือทำสำเร็จแล้ว ค่อยไปทำกิจกรรมอื่นที่ต้องการ					

ลำดับ	พฤติกรรม	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมในการลดปัญหา				
		พฤติกรรม				
		ประจำ สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
18	ท่านสอนให้เด็กรู้จักที่จะหยุดกิจกรรมหรือการเล่นที่จะเป็นอันตรายกับตนเอง					
	ด้านการเปลี่ยนความคิด					
19	ท่านสอนให้เด็กเล่นของเล่นสิ่งเดียวได้หลายรูปแบบ					
20	ท่านสอนให้เด็กเปลี่ยนแผนเมื่อพบอุปสรรคในการทำงานหรือการเล่น					
21	ท่านเปิดโอกาสให้เด็กปรับตัวและเรียนรู้กับการที่อยู่ในสถานที่ใหม่ที่ไมคุ้นเคย					
	ด้านการควบคุมอารมณ์					
22	ท่านเป็นตัวอย่างที่ดีในการอดทนรอคอย ไม่ว่าความและมีวินัย					
23	ท่านสอนให้เด็กรู้จักสงบสติอารมณ์และระบายความโกรธอย่างเหมาะสมโดยไม่ใช้ความรุนแรง					
24	ท่านให้เวลากับเด็กในการระงับอารมณ์ของตนเอง แล้วทำกิจกรรมร่วมกับเด็กต่อไป					
	ด้านความจำขณะทำงาน					
25	ท่านสอนให้เด็กรู้จักลำดับขั้นตอนในการทำงาน เช่น ก่อน					

ลำดับ	พฤติกรรม	ความสอดคล้องกับพฤติกรรมในการลดปัญหา				
		พฤติกรรม				
		ประจำ สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ
	รับประทานอาหารต้องล้างมือ ก่อน					
26	ท่านสอนให้เด็กใช้ประสบการณ์ เดิมในการแก้ปัญหา					
27	ท่านสอนให้เด็กรอบคอบรู้จัก ตรวจสอบเมื่อทำงานเสร็จ					
28	ด้านการวางแผนจัดการ ท่านบอกเป้าหมายของการ ทำงานที่มอบหมายกับเด็กทุก ครั้ง					
29	ท่านสอนให้เด็กจัดลำดับ ความสำคัญของงาน และทำงาน ตามลำดับ					
30	ท่านมอบหมายงานและติดตาม งานให้เด็กทำตามเวลาที่กำหนด					



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

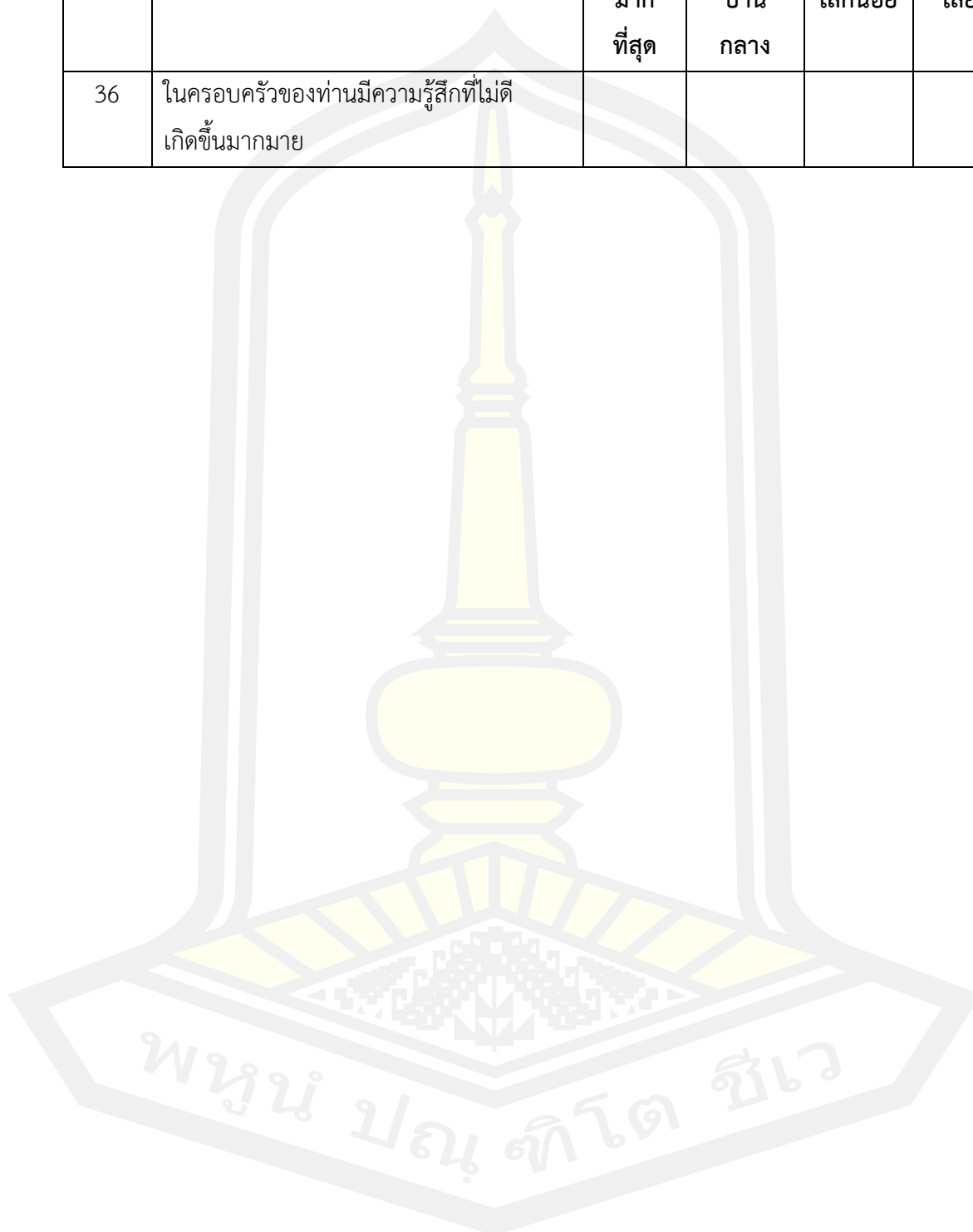
คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด อย่าใช้เวลาคิดนานให้และตอบอย่างรวดเร็วโดยเลือกความคิดแรกที่ทันทีที่อ่านข้อความจบ

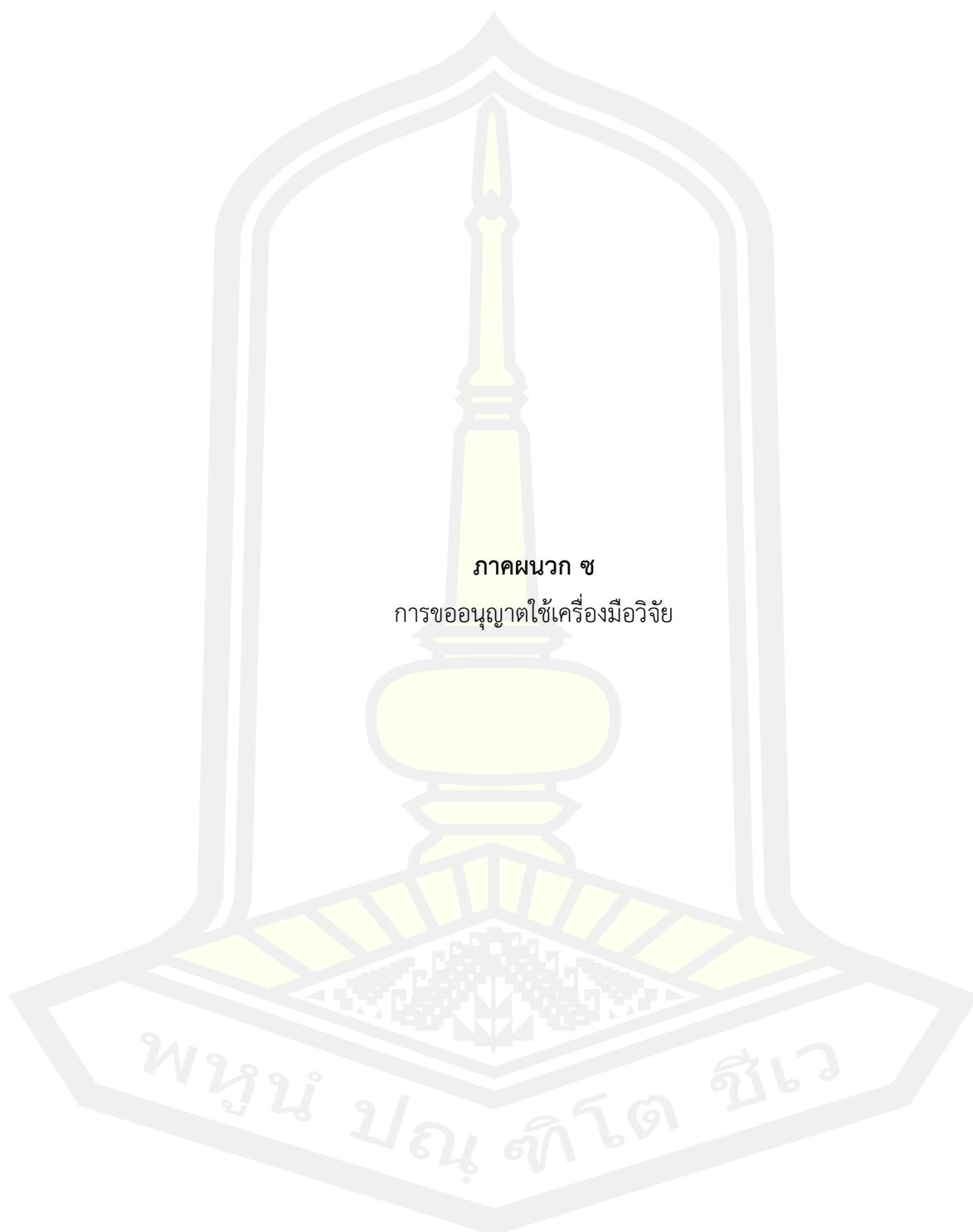
ลำดับ	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ตรง เลย
1	สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2	มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีการแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3	เมื่อท่านขอให้สมาชิกในครอบครัวทำอะไร ท่านมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำได้หรือเปล่า				
4	ครอบครัวของท่านแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอแล้ว				
5	ท่านรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
6	บุคคลในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ				
7	ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
8	เมื่อมีปัญหาครอบครัวมักจะปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร				
9	บ่อยครั้งที่ท่านไม่สามารถพูดในสิ่งที่ท่านคิดหรือรู้สึก				
10	ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
11	แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย				

ลำดับ	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ตรง เลย
12	คนในครอบครัวจะสนใจท่านเมื่อเรื่องนั้นมีความสำคัญสำหรับเขา				
13	ครอบครัวของท่านห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
14	สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
15	การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้ง่ายยากลำบากเพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				
16	ทุกคนสามารถพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม				
17	ครอบครัวของท่านไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อากาศ เสื้อผ้า ยารักษาโรค				
18	บางคนในครอบครัวไม่แสดงอารมณ์หรือความรู้สึก				
19	ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีแบบฉบับของตัวเอง				
20	ครอบครัวของท่านรักใคร่ปรองดองกันดี				
21	บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากจนน่าอึดอัดใจ				
22	ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว				
23	ท่านรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา				
24	ครอบครัวของท่านต่างคนต่างอยู่				

ลำดับ	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ตรง เลย
25	ครอบครัวของท่านเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ดี				
26	ครอบครัวของท่านแก้ปัญหาความไม่สบายใจ ระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
27	ครอบครัวของท่านมีลักษณะตามสบายไม่ ยึดถือมาตรฐานหรือเกณฑ์ใดๆ				
28	ทุกคนมักพูดกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่าน บุคคลอื่น				
29	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				
30	ในครอบครัวของท่านใครจะทำอะไรก็ได้ ตามใจชอบ				
31	ท่านกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่ง ที่คุณไม่ชอบ				
32	ในยามวิกฤตคนในครอบครัว สามารถถึงพา อาศัยกันได้				
33	ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกทำสิ่งหรือควบคุมเด็ก มากเกินไป				
34	ท่านระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟัง ได้				
35	ครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อ ความรู้สึกของสมาชิก				

ลำดับ	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ตรง เลย
36	ในครอบครัวของท่านมีความรู้สึกที่ไม่ดี เกิดขึ้นมากมาย				





ภาคผนวก ซ
การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยา

ที่ อว ๘๗๘๘/๕๕



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
เลขที่รับ 250
วันที่ 21 มี.ค. 2564
เวลา 13.46

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
๑๑๕ สุขุมวิท ๒๓ แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/๔ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความประสงค์
ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้กับ นางกนกจันทร์ เข้มการ ที่เป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดูตามหลักสูตรปริญญาตรี สาขาจิตวิทยาประยุกต์
คือ แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้น จากปริญญาโท เรื่อง การพัฒนา
โปรแกรมการเล่นบำบัดเพื่อเสริมสร้างทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะสมาธิสั้นในโรงเรียน
เขตกรุงเทพมหานคร ของอันทิศา สนทนราทร เวชมงคล โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ และ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสรา ประเสริฐสิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมปริญญาโท ความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้พิจารณาแล้วมีความยินดีให้
ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวได้ เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

① เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ *ส.ค.*
 1. เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
 2. เห็นควรมอบ/แจ้ง *สมรวิทย์*
 21 มี.ค. 2564

ขอแสดงความนับถือ
พิศมัย ฐ.
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
 รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย
โทรศัพท์ ๐๒ ๖๔๔ ๕๐๖๒
โทรสาร ๐๒ ๒๖๐ ๐๑๒๒

② *สมรวิทย์*
ส.ค.
 21 มี.ค. 2564



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ฝ่ายวิจัย
2 ถนนวิภาวดีรังสิต บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 2680

ที่ อว 78.07/01010
วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2564
เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย ของ นางกนกจันทร์ เข้ม้นการ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว 0605.20/10 ลงวันที่ 4 มกราคม 2564

ตามที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางกนกจันทร์ เข้ม้นการรหัสประจำตัว 62011560001 นิสิตหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (ThaiADHD Screening Scale) สำหรับเด็กเล็ก อายุ 3-5 ปีฉบับครูและฉบับผู้ปกครอง ซึ่งพัฒนาโดย รศ. นพ.ชาญวิทย์ พร นภดล สาขาจิตเวชศาสตร์และคณะฯ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ตัวแบบการพัฒนา ทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น" ความละเอียดดังแจ้ง แล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นางกนก จันทร์เข้ม้นการ ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าวได้ โดยห้ามมิให้มีการดัดแปลงแก้ไข ทั้งนี้หากดำเนินการ เสร็จแล้ว ขอให้อ้างอิงในกิตติกรรมประกาศและบรรณานุกรม โดยมอบหมายให้ นางสาวศิรินดาจันทร์เพ็ญ สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล โทร.0 2419 4077 เป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ประสิทธิ์ วัฒนาภา
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ลงนามผ่านระบบ Electronic Document

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/๑๑



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ศาสตราจารย์ พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ

ด้วย นางกนกจันทร์ เข้มนาการ รหัสประจำตัว ๖๒๐๑๑๕๖๐๐๐๓ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จึงขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, CFI) ซึ่ง ศาสตราจารย์ พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือดังกล่าว

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตให้ นางกนกจันทร์ เข้มนาการ นิสิตในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ใช้เครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์สุรพล เวียงนนท์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๙๓

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา โทร. ๐๔-๓๘๒๘-๒๒๒๓

ชื่อนิสิต นางกนกจันทร์ เข้มนาการ โทร. ๐๘-๖๘๖๑-๓๗๘๘ Email kanokjun@gmail.com

ที่ อว ๐๖๐๕.๖๐/ ๒๕๒๖



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ศาสตราจารย์ ดร.เจริญ กระบวนรัตน์

ด้วย นางกนกจันทร์ เชนันการ รหัสประจำตัว ๖๖๐๑๑๕๖๐๐๐๑ นิสิตหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ตัวแบบ การพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาต ประยุกต์ใช้เครื่องมือวิจัย คือ ตาราง ๙ ช่อง ซึ่งท่านศาสตราจารย์ ดร.เจริญ กระบวนรัตน์ เป็นผู้พัฒนา เครื่องมือดังกล่าว

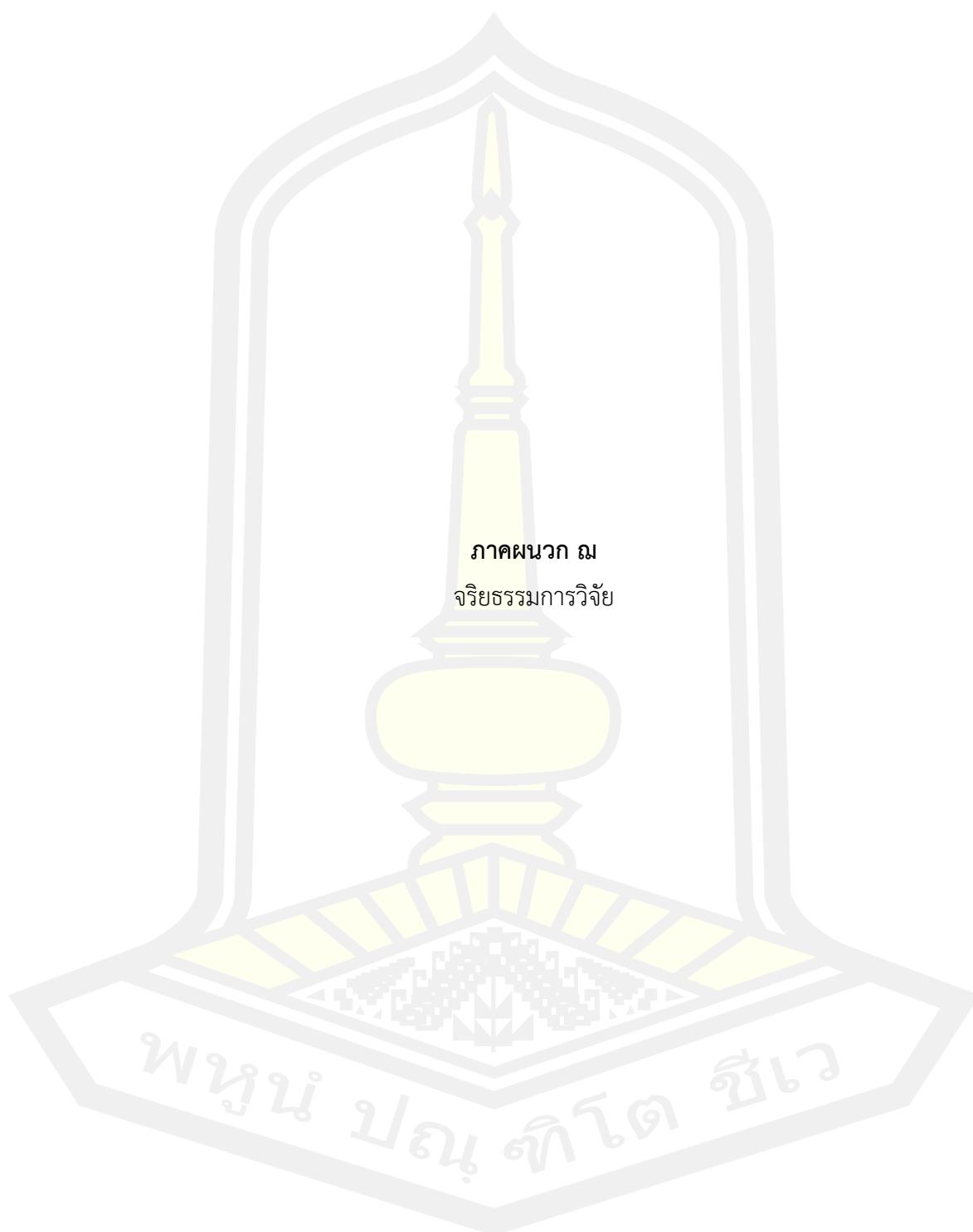
จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือดังกล่าว ทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

๗ - -

(ศาสตราจารย์สุรพล เวียงนันท)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

งานวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ โทร. ๐-๔๓๖๒-๒๖๐๓
อาจารย์ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา โทร. ๐๔-๔๕๑๔-๒๒๒๖
ชื่อนิสิต นางกนกจันทร์ เชนันการ โทร. ๐๔-๒๔๒๖-๖๖๕๔ Email kanokjun@gmail.com





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 100-044/2564

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Family skill development model for alleviation of behavior problems in preschool children at risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

ผู้วิจัย : นางกนกจันทร์ เจ่มันการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะแพทยศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : คลินิกพัฒนาการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลภคานรินทร์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 มีนาคม 2564

วันหมดอายุ : 24 มีนาคม 2565

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์วราภรณ์ พรหมสัจยพรต)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขและส่งให้ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 100/2564

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Family skill development model for alleviation of behavior problems in preschool children at risk of Attention.

ผู้วิจัย : นางกนกจันทร์ เข้มนาการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะแพทยศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : คลินิกพัฒนาการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 มีนาคม 2565

วันหมดอายุ : 24 มีนาคม 2566

ต่ออายุ ครั้งที่ : 1

วันหมดอายุ : 24 มีนาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....**กต**.....**รุ่งจิตรา**.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตรา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



โรงพยาบาลมหาสารคาม
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง** : ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น
Family skill development model for alleviation of behavior problems in preschool children at risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- วิจัยด้านสังคมศาสตร์/ มานุษยวิทยา (SOCIAL/ANTHROPOLOGICAL STUDY)**
- เลขที่โครงการวิจัย** : MSKH_REC ๒๕-๐๒-๐๐๗
- ผู้วิจัยหลัก** : นางกนกจันทร์ เหมันการ
- สังกัดหน่วยงาน** : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- เอกสารรับรอง** : ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์
๓. หนังสือขออนุญาตให้ทำการวิจัยหรือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
๔. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก ๑ ปี และส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายประเสริฐ ศรีสารคาม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาสารคาม

COA No ๒๕/๐๑๑
MSKH_REC ๒๕-๐๒-๐๐๗

วันที่รับรอง : วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

วันหมดอายุ : วันที่ ๓๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ชั้น ๒ อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ๑๖๕ ถนนมรุพงษ์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๕๔๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๔๕๗๕ ๐๔๕๗ ต่อ ๔๒๐ โทรสาร ๐ ๔๕๗๑ ๓๔๓



โรงพยาบาลมหาสารคาม
หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง	: ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น Family skill development model for alleviation of behavior problems in preschool children at risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder
	: วิจัยด้านสังคมศาสตร์/มานุษยวิทยา (SOCIAL/ANTHROPOLOGICAL STUDY)
เลขที่โครงการวิจัย	: MSKH_REC ๖๔-๐๒-๐๔๒
ผู้วิจัยหลัก	: นางกนกจันทร์ เขม้นการ
สังกัดหน่วยงาน	: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
เอกสารรับรอง	: ๓. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ๒. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ๓. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยหรือเอกสารที่จะผู้เข้าร่วมการวิจัย ๔. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามโดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยทุก ๓ ปีและส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๘ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายประเสริฐ ศรีสารคาม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาสารคาม

COA No ๖๔/๐๓๔
MSKH_REC ๖๔-๐๒-๐๔๒

วันที่รับรอง : วันที่ ๑๘ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔
วันหมดอายุ : วันที่ ๑๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ชั้น ๒ อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม ๑๖๘ ถนนพุดังวิถี ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๕๕๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๕๔๗๕ ๐๕๗๓ ต่อ ๔๒๐ โทรสาร ๐ ๕๓๗๑ ๑๔๓



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรอยเอ็ด
Ethics Committee for Human Research of Roi - Et Hospital

สำนักงาน โรงพยาบาลรอยเอ็ด ๓๓๓ ถนนสีลาปุฎฐะควินเมืองเชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ ๕๑๐๐๐
Research (Roi-Et) Hospital, ๓๓๓ Panna-huk-fur-pi Road, Tambon-hamaung-Ampa-Muang, Roet, Chiang Mai, Thailand. Tel. 053254300

เลขที่ใบรับรอง RE๐๐๘/๒๕๖๕

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

- โครงการวิจัยเรื่อง : ต้นแบบการพัฒนาทักษะรอบตัวในครอบครัวในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงก่อโรคลมชักขึ้น
: Family skill development model for alleviation of behavior problems in preschool children at risk of Attention
- ผู้วิจัย : นามณชญ์ จันทร์นภากร
- หน่วยงานที่สังกัด : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรอยเอ็ดแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration Helsinki's) โดยให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอตั้งต่อไปนี้

๑. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก ๖ เดือน
๒. ให้แจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในกรณีที่เกิดเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
๓. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
๔. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
๕. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

๗

(นายณรงค์ชัย สังขชา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรอยเอ็ด

รับรองวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๕ (ใบรับรองมีอายุเวลา ๑ ปี นับจากวันที่ออกใบ)

คณะกรรมการโรงพยาบาล โรงพยาบาลรอยเอ็ด

สำนักงาน โรงพยาบาลรอยเอ็ด ๓๓๓ ถนนสีลาปุฎฐะควินเมืองเชียงใหม่ รหัสไปรษณีย์ ๕๑๐๐๐

โทร. 0532543000 ต่อ ๕๑๐๐๐๕

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Kalasin Hospital Research Ethics Committee; KLSH REC	KLSH REC AF 09-10/01.0
	หนังสือรับรอง Certificate of Approval	COA No. 005-2022
		KLSH REC No.007/2022E

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
 โทรศัพท์ 0-9772-7673-2, 0-4381-1020 ต่อ 1947 Email: reckshospital@gmail.com

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

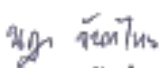
- โครงการวิจัยเรื่อง : ตัวแบบการพัฒนาทักษะครอบครัวในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น
- เลขที่โครงการวิจัย : 007/2022E
- ผู้วิจัยหลัก : นางกนกจันทร์ เขมื่นการ
- สังกัดหน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- วิธีพบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
- วันที่ประชุม : การประชุมครั้งที่ 2/2565 วันอังคารที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2565
- รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่ได้รับการรับรอง :

- 1) โครงร่างการวิจัย
- 2) เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย
- 3) เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
- 6) แบบสอบถามการวิจัย

วันที่รับรอง : 22 มีนาคม พ.ศ. 2565

วันหมดอายุ : 21 มีนาคม พ.ศ. 2566


 (แพทย์หญิงจันทรา จันทไทย)
 ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์


 (ดร.พ.ว.เวารบศ กัญมะลี)
 กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1 เมษายน พ.ศ. 2565

**ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรอง)

TCTR ID : TCTR20210921003	Overall Recruitment Status : Pending (Not yet recruiting)	
OTHER ID :	Prospective registration This protocol was registered before enrollment of the first participant.	
First Submitted Date :	20 September 2021	
First Posted Date :	21 September 2021	
Last Update Posted Date :	21 September 2021	
Public Title : *	Family Skill Training for Alleviating Behavior Problems of the at Risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Preschool Children Model: FST-ABPatRiskADHD-PC Model	
Acronym :	FSTABPatRiskADHD-PC	
Scientific Title : *	Family Skill Training for Alleviating Behavior Problems of the at Risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Preschool Children Model: FST-ABPatRiskADHD-PC Model	
Sponsor ID/ IRB ID/ EC ID : *	NRCT321655/ No.100-044/2564	
Registration Site : *	Thai Clinical Trials Registry	
URL : *	https://www.thaiclinicaltrials.org/show/TCTR20210921003	
Secondary ID : *	No Secondary ID	
		
Ethics Review		
1.Board Approval : *	Submitted, approved	
Approval Number : *	100-044/2564	
Date of Approval : *	22 March 2021	
Board Name : *	Mahasarakham University Ethics Committee for Research Involving Human Subjects	
Board Affiliation : *	Mahasarakham University, Thailand	
Board Contact *	<i>Business Phone :</i> *	043754416 <i>Extension :</i> 1755
	<i>Business Email :</i> *	research@msu.ac.th
	<i>Business Address :</i> *	Chair of Mahasarakham University Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Division of Research Facilitation and Dissemination, Khamriang Subdistrict, Kantarawichai District, Mahasarakham 44150
		

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางกนกจันทร์ เข้ม้นการ
วันเกิด	2 พฤศจิกายน 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดเลย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สังกัดกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150 โทรศัพท์ 043-754357
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2543 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2548 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก (พย.ม. การพยาบาลเด็ก) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2566 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ปร.ด) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปี 2564 และทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ 2566 และได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาต่อภายในประเทศจากกองทุนพัฒนา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีการศึกษา 2562-2564

พูน ปณู ทิโต ชีเว