

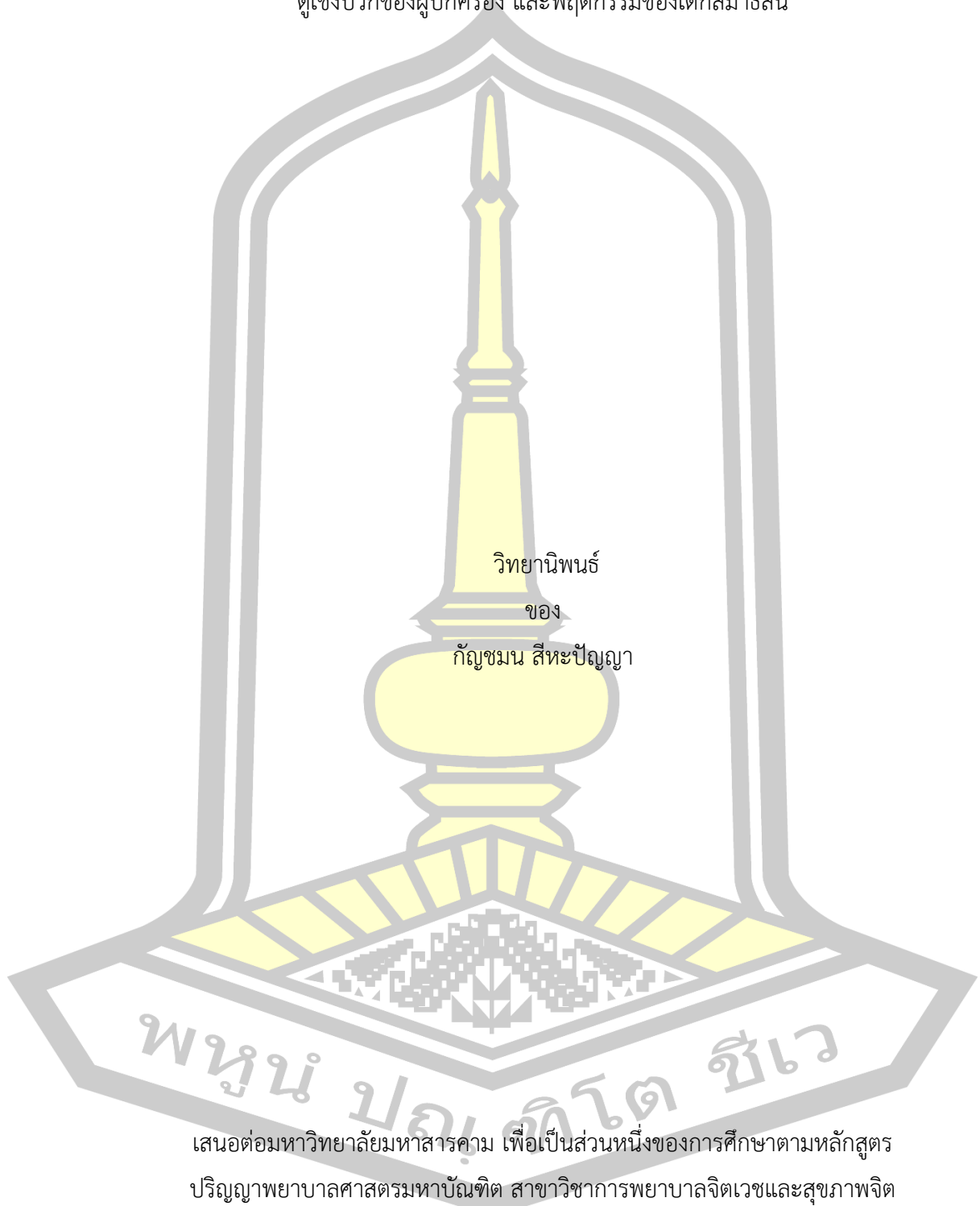
ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยง
ดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

วิทยานิพนธ์
ของ
กัญมน สี่หะปัญญา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยง
ดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น



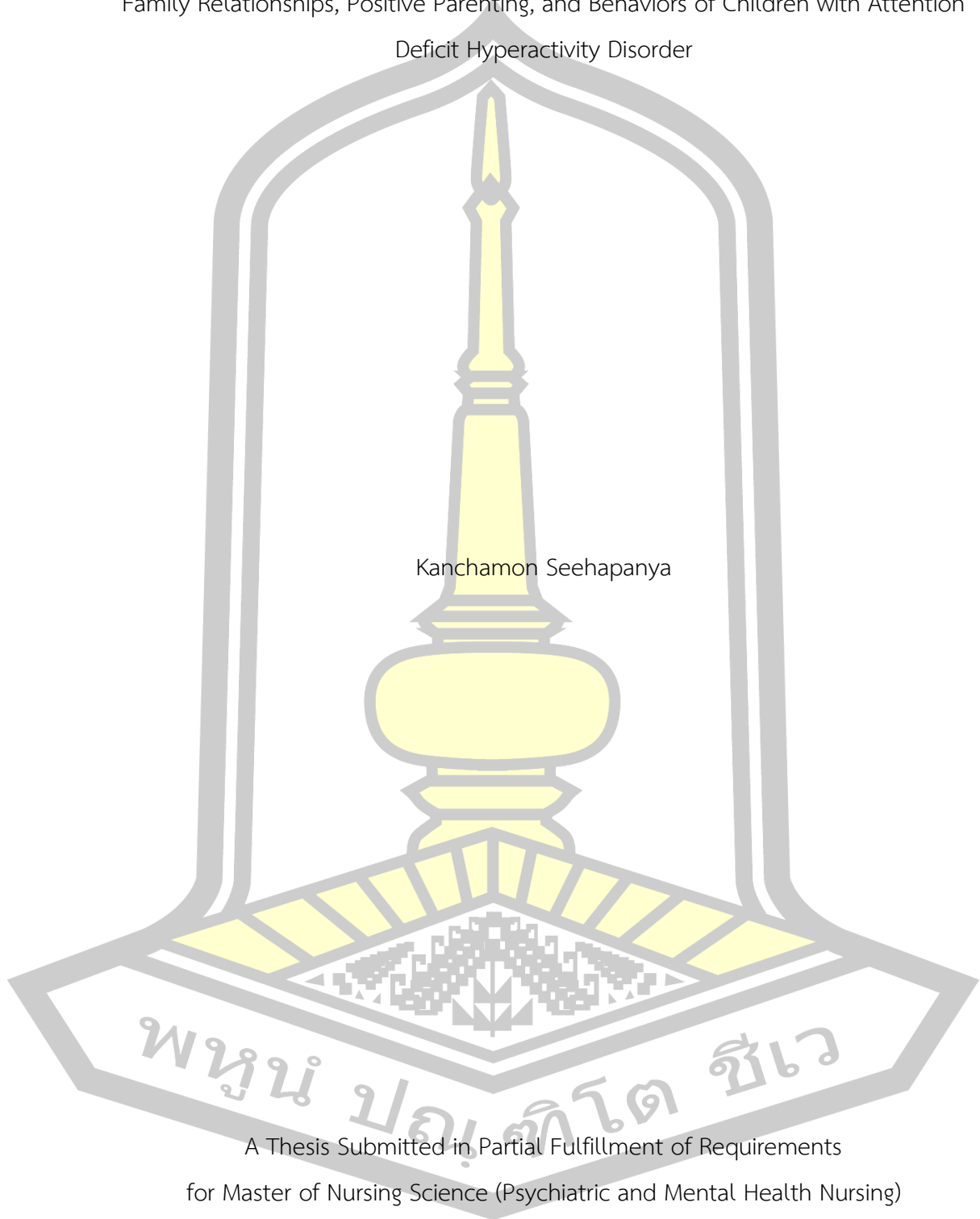
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effect of a Parent Management Training Program on Parents' Mental Health,
Family Relationships, Positive Parenting, and Behaviors of Children with Attention
Deficit Hyperactivity Disorder

Kanchamon Seehapanya



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

May 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางกัญชน สีสะปัญญา
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ดรณีย์ รุจกรกานต์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. นุจรี ไชยมงคล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสงเจริญ)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น		
ผู้วิจัย	กัญชนน สีหะปัญญา		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนันต์		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

ความเป็นมา ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก ครอบครัวและสังคม ถือว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เด็กสมาธิสั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและการดูแลเป็นพิเศษ โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองถือเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

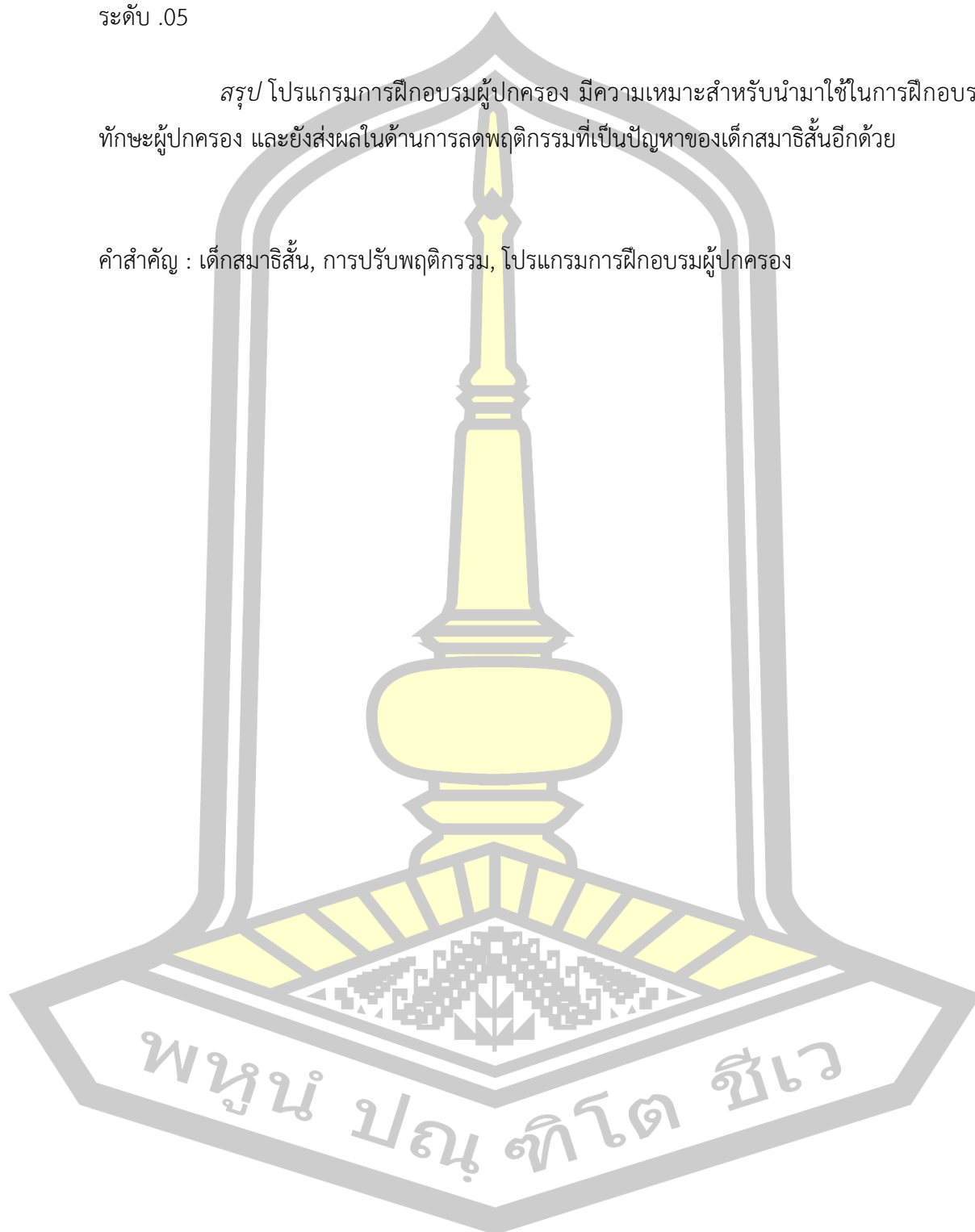
ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (25 คน) และกลุ่มควบคุมจำนวน (25 คน) โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองร่วมกับการพยาบาลตามปกติเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (DASS-21) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้ปกครองและคะแนนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่คะแนนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและ

คะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง มีความเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการฝึกอบรมทักษะผู้ปกครอง และยังส่งผลในด้านการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย

คำสำคัญ : เด็กสมาธิสั้น, การปรับพฤติกรรม, โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง



TITLE	The Effect of a Parent Management Training Program on Parents' Mental Health, Family Relationships, Positive Parenting, and Behaviors of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder		
AUTHOR	Kanchamon Seehapanya		
ADVISORS	Assistant Professor Choochart Wong-Anuchit , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

Background: Behavioral Problems of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). It affects the daily life of children, family and society. It is considered a very important problem. Children with ADHD therefore with special healthcare needs. Parent Management Training (PMT) Program is considered a best-practice for treating childhood ADHD and suitable for use in training for parents to increase their skills in caring for ADHD children.

Purpose: To compare mean scores of parents' mental health, family relationships, positive parenting, and behaviors of children with ADHD between the experimental and control groups of parents after participating in a PMT Program.

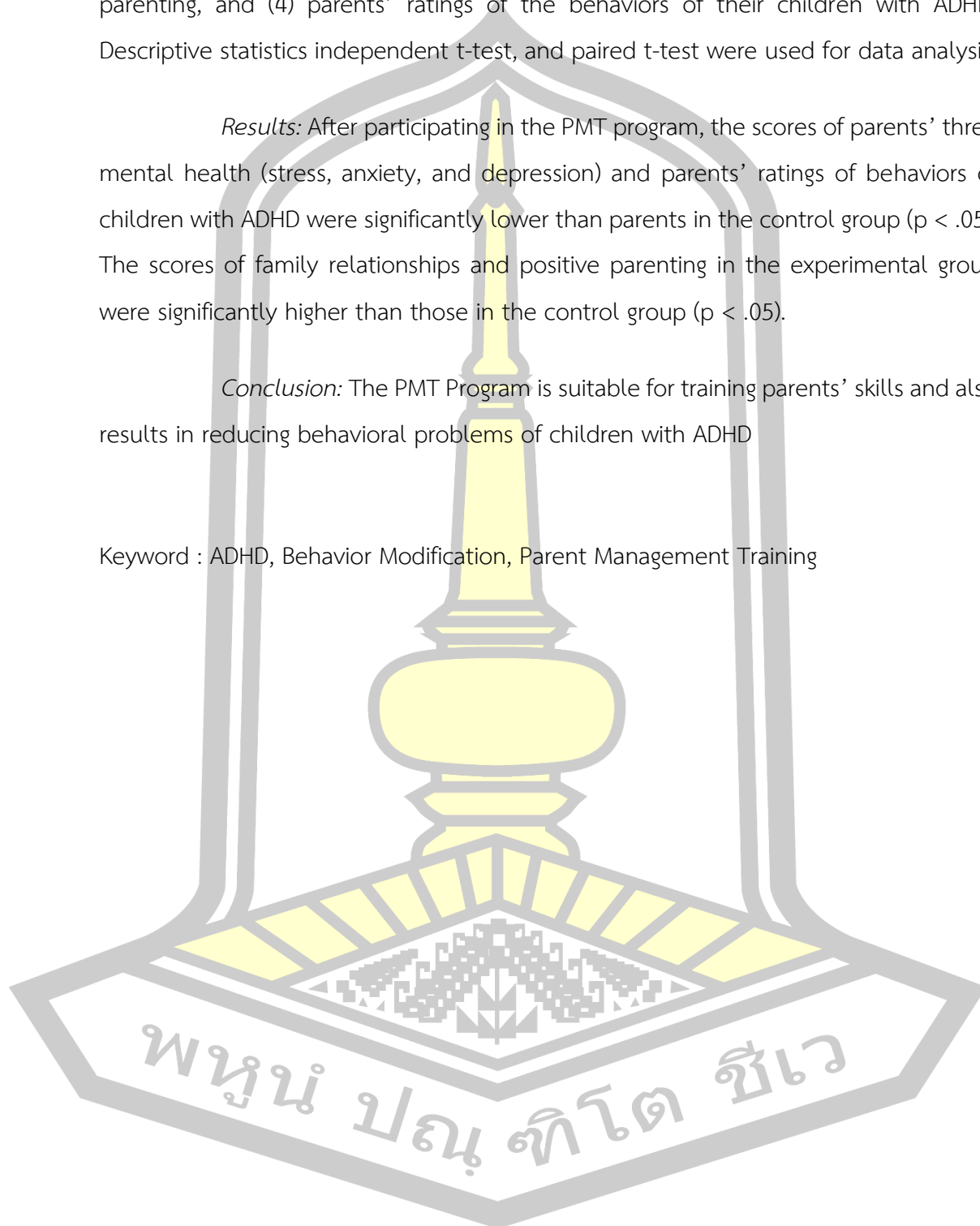
Method: This quasi-experimental research used a pretest-posttest design. The parents of children with ADHD were randomly assigned to an experimental (n=25) or control group (n=25). The experimental group participated in the PMT program and usual care for 6 weeks; the control group received usual care only. In addition to demographic characteristics, four instruments were used to collect data: the 21-item Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21), the 10-item Family Relationship Questionnaire, the 16-item Positive Parenting Questionnaire, and the 10-item Modified IOWA Conners Rating Scale. Health outcomes of this study were (1) three individual

mental health (stress, anxiety, and depression), (2) family relationship, (3) positive parenting, and (4) parents' ratings of the behaviors of their children with ADHD. Descriptive statistics independent t-test, and paired t-test were used for data analysis.

Results: After participating in the PMT program, the scores of parents' three mental health (stress, anxiety, and depression) and parents' ratings of behaviors of children with ADHD were significantly lower than parents in the control group ($p < .05$). The scores of family relationships and positive parenting in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($p < .05$).

Conclusion: The PMT Program is suitable for training parents' skills and also results in reducing behavioral problems of children with ADHD

Keyword : ADHD, Behavior Modification, Parent Management Training



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ของข้าพเจ้า นางกัญชมน สีหะปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น ด้วยความอนุเคราะห์และสนับสนุนจากท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา องค์ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ จนกระทั่งการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ จากสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่กรุณาให้ห้องความรู้และอนุญาตให้นำโปรแกรมเน็ตป้าม่า (Internet - based parent management training program: Net PAMA) มาใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดรณี รุจกรกานต์ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งทำหน้าที่เป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รวมถึงกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน เจ้าของแบบสอบถามทุกท่านที่กรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาอนุญาตให้เข้าดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนร่วมงานกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชทุกท่าน หนังสือ ตำรา บทความวิชาการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกๆ ท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือจนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นและแรงบันดาลใจในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต กัลยาณมิตรทุกท่านที่เป็นกำลังใจตลอดมา คุณงามความดีและประโยชน์ที่เกิดจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีความซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยจิตศรัทธา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับทุกท่าน

กัญชมน สีหะปัญญา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย	6
คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น.....	12
1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น	12
1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น.....	12
1.3 อาการและอาการแสดง.....	14
1.4 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น	15
1.5 การรักษาและการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น.....	17

2. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น.....	19
2.1 ความหมายและความสำคัญของพฤติกรรม	19
2.2 สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม.....	19
2.3 ลักษณะปัญหาพฤติกรรม.....	21
3. รูปแบบการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง.....	22
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	24
4.1 การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง	24
4.2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง.....	25
4.3 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว.....	28
5. โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก	29
5.1 โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในต่างประเทศ.....	29
5.2 โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในประเทศไทย	33
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	37
รูปแบบการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล.....	45
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	61
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก ตารางการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองและแบบบันทึกกิจกรรมกลุ่ม	87

ภาคผนวก ข การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ	92
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	96
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	101
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโครงการการวิจัย เอกสารการฝึกอบรมและหนังสือราชการต่างๆ.	108
ประวัติผู้เขียน	115



สารบัญตาราง

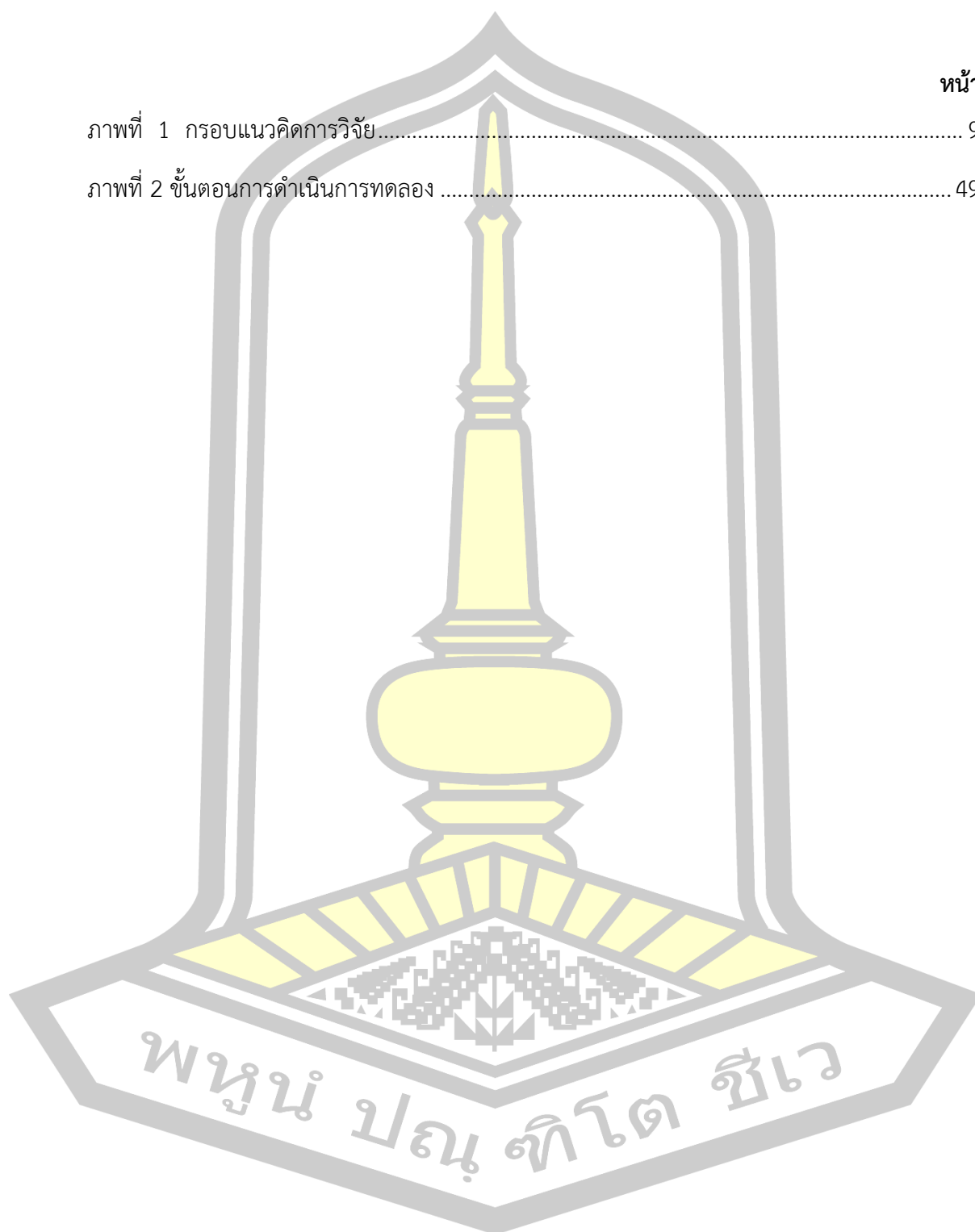
หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตรหลานในครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งหมด และโรคประจำตัวของผู้ปกครอง.....	52
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ เป็นบุตรลำดับที่เท่าไรของบิดามารดา การรักษาในปัจจุบัน การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ และระยะเวลา ในการรักษา.....	54
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะ เครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิ สิ้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test	58
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะ เครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิ สิ้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test.....	59

พูน ปณ จิตโต ชีเว

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	49



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน เกิดจากการทำหน้าที่ของสมองบกพร่องทำให้เกิดอาการทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความบกพร่องในการทำหน้าที่ ความซุกซนของโรคดังกล่าวทั่วโลกมีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7.2 (Chaulagain et al., 2023) สำหรับในประเทศไทยพบเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นอยู่ประมาณร้อยละ 5-8 (Department of Mental Health, 2022) โดยพบได้บ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ขัดขวางพัฒนาการตามปกติของเด็ก เพิ่มความทุกข์ใจแก่ผู้ปกครองและสร้างภาระให้กับสังคม (Hsu et al., 2019) จากข้อมูลรายงานของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่าร้อยละ 25 ของเด็กสมาธิสั้นมีบุคลิกก้าวร้าว ทำผิดกฎ อีกร้อยละ 10 มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย (Anchalee Srisamurt, 2021) และประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นมักจะมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Russell et al., 2016) นับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะนำไปสู่ความผิดปกติด้านสุขภาพจิตอื่นๆ (Sayal et al., 2018) นอกจากนี้ผู้ปกครองยังต้องเผชิญกับความเครียด อันมีสาเหตุมาจากการของโรคสมาธิสั้นของบุตรหลาน (Evans et al., 2018) และยังคงแบกรับภาระในการเลี้ยงดูเด็กสูงกว่าผู้ปกครองของเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคนี้ (Flynn et al., 2023; Wiener et al., 2016) ยิ่งผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูสูงมากขึ้น ก็ยิ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้นเช่นกัน สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพะ หน้าที่การงาน เศรษฐกิจและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ส่งผลต่อความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็ก โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรมซน อยู่ไม่นิ่งและดื้อต่อต้าน เป็นอาการที่แสดงออกของโรคสมาธิสั้นที่พบได้บ่อยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมไปถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว (Fan et al., 2022) จึงจัดได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังพบปัญหาพฤติกรรมด้านอื่นๆ อีก จากการศึกษาพบว่าเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 63.70 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 60.80 พฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 52.90 พฤติกรรมเกร ร้อยละ 39.20 และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 43.20 (Thanida Teepapal, 2021) ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว (Kostyrka-Allchorne et al., 2022; Lee & Kim, 2022) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของ ผู้ปกครอง (Miklosi et al., 2023) และปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

คือ การเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Pavita Chongsuksiri et al., 2019) ดังนั้นผู้ปกครองจึงถือว่ามีความสำคัญในการปรับพฤติกรรมของเด็กเป็นอย่างมาก (Park et al., 2017)

ปัจจุบันการรักษาโรคสมาธิสั้นนอกจากการใช้ยาแล้ว ยังมีการรักษาแบบผสมผสานที่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม โดยใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลดีในการรักษาโรคสมาธิสั้น ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีการเลือกใช้ยาในการรักษาเป็นอันดับแรก มีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กค่อนข้างจำกัด โดยจะมีการดำเนินการแค่ในบางสถานบริการเท่านั้น แต่ในต่างประเทศมีการใช้รูปแบบของการรักษาแบบผสมผสานและมีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่หลากหลาย แพทย์จะติดตามผลการรักษาด้วยการประเมินอาการของโรคและความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น เพื่อวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Clinical and Research Information, 2021) การฝึกอบรมผู้ปกครองถือเป็นวิธีการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งที่ได้รับการแนะนำเป็นอันดับแรกของการบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูให้มีความเหมาะสมและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น (Evans et al., 2018) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรม อารมณ์ ความยังยั้งชั่งใจ และมีทักษะการใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta analysis) ในปี พ.ศ. 2563 - 2566 จากฐานข้อมูล Pubmed, Science direct, Medline, Research gate, Springer, Thaijo, Thailis โดยเลือกศึกษาเกี่ยวกับการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training: PMT หรือเรียกว่า Behavioral Parent Training: BPT) เพื่อเสริมสร้างแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง (Alvarez et al., 2021) จากหลักฐานพบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก เป็นการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน (Bado et al., 2022) และได้รับการยอมรับในการนำมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นทั้งในคลินิกและโรงเรียน (Dale et al., 2022; Piffner et al., 2022) รูปแบบของการรักษาเน้นวัตถุประสงค์หลัก คือ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการฝึกอบรมด้านพฤติกรรม การสอนทักษะการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพ การฝึกฝนและแก้ไข้ปัญหาเพื่อให้สามารถนำทักษะดังกล่าวไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

การฝึกอบรมผู้ปกครอง (Parent Management Training: PMT) เป็นการเสริมสร้างแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (Alvarez et al., 2021) มีรากฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) (Dedousis-Wallace et al., 2021) มีเป้าหมายเพื่อสอนให้ผู้ปกครองป้องกันและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ช่วยให้สามารถแก้ไข้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถือว่าเป็นการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน (Bado et al., 2022) และได้รับการยอมรับในการนำมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก

วัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dale et al., 2022; Pfiffner et al., 2022) อย่างไรก็ตาม เนื้อหาในรายละเอียดของแต่ละโปรแกรมที่มีอยู่นั้นอาจจะแตกต่างกันออกไป แต่หัวใจสำคัญซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในการจัดการพฤติกรรมที่ยังคงไว้ในแต่ละโปรแกรม คือ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมในโปรแกรมของผู้ปกครอง (de la Caridad Alvarez et al., 2023) ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลักของการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและนำมาประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ (Zarakoviti et al., 2021) ความสำเร็จของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองนั้นขึ้นอยู่กับการใช้ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ได้เรียนรู้ระหว่างการรักษาสมาธิสั้นอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเข้าร่วมโปรแกรม จากการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-analysis) พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองมีประสิทธิภาพต่อผลลัพธ์ด้านผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยผลลัพธ์ 7 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านอาการ ด้านพฤติกรรม ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก ด้านการเลี้ยงดูเชิงลบ ด้านความรู้สึกรู้สึกความสามารถในการเป็นพ่อแม่ ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (Dekkers et al., 2022)

ในประเทศไทยมีการศึกษาและฝึกอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กมานานมากกว่า 20 ปี โดยโปรแกรมส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาจากคู่มือเอกสารประกอบการฝึกอบรม หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเด็ก แต่ก็มีสถาบันเพียงไม่กี่แห่งที่ได้มีการพัฒนาคู่มือการเลี้ยงดูเชิงบวกและมีหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ จากสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตั้งในปี 2543 (Chanvit Pornnoppadol, 2023) ถือเป็นต้นแบบของการศึกษาและการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Chamaiporn Jansiri, 2010) โดยโปรแกรมนี้ได้ประยุกต์มาจาก Original 8 Weeks to a Well-Behaved Child: Putting Discipline Skills to Work ของ Dr. James Windell's ปี 1995 รายละเอียดเนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก ทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร เทคนิคการชม เทคนิคการให้รางวัล เทคนิคการลงโทษ เทคนิคการทำตารางให้คะแนน และการฝึกใช้วิธีการปรับพฤติกรรม (Pavita Chongsuksiri et al., 2019) ซึ่งรายละเอียดดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักสำคัญของการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กของ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ ได้ถูกมาใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในหลายๆ การศึกษา อาทิ การศึกษาของ Chamaiporn Jansiri (2010) ได้นำโปรแกรมมาใช้เพื่อฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับ

การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กและเพิ่มทักษะความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ อรัญยานนท์ (2559) ที่ได้นำโปรแกรมนี้มาใช้เพื่อฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งพบว่า โปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูบุตรหลานและจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวกว่า 1 ปี สามารถใช้ได้ทั้งในเด็กปกติและเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น โรคสมาธิสั้น โรคเกรและดื้อต่อต้าน (Arunothong & Waewsawangwong, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavita Chongsuksiri et al. (2019) ซึ่งได้ศึกษาผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครอง 6 เดือน เด็กมีระดับความรุนแรงด้านพฤติกรรมสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน และความบกพร่องทางหน้าที่โดยรวมลดลง ส่วนผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวต่อเด็กเหมาะสมมากขึ้น ส่วนในระยะ 1 ปีนั้น ยังไม่สามารถสรุปได้ เนื่องจากจำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยน้อยเกินไป และในปี 2564 ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองดังกล่าวเพิ่มเติม โดยการปรับปรุงรูปแบบของการฝึกอบรม เพื่อเปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองที่อยู่ในชนบทห่างไกลได้มีโอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้นและไม่เสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม (Pornnoppadol, 2023) โดยใช้ชื่อว่าเน็ตปาม้า (Internet-based parent management training program: Net PAMA) ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กเบื้องต้นให้แก่ผู้ปกครองผ่านระบบออนไลน์ ด้วยการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม การเสริมแรงเชิงบวก ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจนและได้ผล การแก้ปัญหาของผู้ปกครอง เทคนิคการให้รางวัล และการใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม ทำให้ผู้ปกครองมีทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ตนเองดูแลอยู่เพิ่มมากขึ้นและสามารถเลือกใช้เทคนิคต่างๆ ในการดูแลเด็กได้เป็นอย่างดี

การปรับพฤติกรรมโดยมุ่งเน้นวิธีปรับการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปพร้อมกับการรักษาด้วยยา และต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ หากผู้ปกครองขาดความตระหนัก ละเลยในการปรับพฤติกรรม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจไม่มีความยั่งยืนและกลายเป็นปัญหาในอนาคต ผู้ปกครองจึงถือเป็นบุคคลที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการพัฒนาทักษะและปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (Jirapan Saboonma, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจะเห็นได้ว่างานวิจัยหลายๆ งาน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า การฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับ

พฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training) มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็กสมาธิสั้นเป็นหลัก ส่วนผลลัพธ์ด้านผู้ปกครองนั้นยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้ปกครองบางคนยังต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นทำให้ไม่สามารถดึงศักยภาพของตนเองออกมาใช้เพื่อดูแลรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเต็มที่ (Sharma et al., 2022) ผู้ปกครองนับว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญสำหรับการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพ การดูแลเด็กที่มีภาวะดังกล่าวนี้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเอง เด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น เพื่อให้การฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อเด็ก ครอบครัวและสังคมมากที่สุด ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองหลักสูตรออนไลน์ (Net PAMA) ของรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ มาใช้โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองจากหลักสูตรออนไลน์มาเป็นการฝึกอบรมผู้ปกครองในสถานบริการที่มีคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้กำหนดเป้าหมายในการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองในด้านความรู้ ทักษะคิด ลดภาระในการดูแลเด็กและช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้ถึงภาวะสุขภาพจิตของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพที่สามารถดูแลตนเองได้ในอนาคต



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังต่อไปนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประเมินโดยผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. คะแนนเฉลี่ยด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประเมินโดยผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

ตัวแปรตาม ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดำเนินการทดลองที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ในครั้งนี้ได้ให้ความหมายคำเฉพาะที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายของคำตรงกัน โดยนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยไว้ ดังนี้

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่มีผลกระทบมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล เครียดหรือซึมเศร้าได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุกัลยา สว่างและคณะ ซึ่ง ณาถวรรต บัวทองและณัฏฐร พิชัยรัตน์เสถียร ได้ขออนุญาตในการดำเนินการปรับปรุงข้อความจากผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ในการวิจัย แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น 3 ด้าน คือ ด้านภาวะเครียด ด้านภาวะวิตกกังวลและด้านภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่มีการแสดงต่อกันในลักษณะของการทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ มีความใกล้ชิดคุ้นเคยและสนิทสนมกัน ระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมถึงบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวและเครือญาติ เป็นความสัมพันธ์ตามบทบาทต่อสมาชิกในครอบครัว ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Family relationship questionnaire) ของ ดารุณี งามขำ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (Darunee Ngamkum, 2013) เพื่อประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันในลักษณะของความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวระหว่างผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักกับเด็กสมาธิสั้น

การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง หมายถึง วิธีการเลี้ยงลูกที่เน้นการเลี้ยงลูกด้วยความรัก ความเข้าใจในความแตกต่างและความหลากหลายในตัวเด็กแต่ละคน โดยไม่ใช้ความรุนแรงทั้งคำพูดและการกระทำ แต่จะใช้ระเบียบวินัยเป็นเครื่องมือในการเลี้ยงดู เน้นการสร้างกำลังใจมากกว่าการใช้ อารมณ์และลดการตำหนิ ตีตีสอน รวมไปถึงทักษะการสื่อสาร และทักษะการฝึกวินัย สอนให้เด็กเข้าใจ การรับผิดชอบต่อการกระทำของตัวเอง มากกว่าการลงโทษและทำร้ายจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อม ใช้วิธีการสอนหรือการโค้ช (Coaching) เพื่อสนับสนุนให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire) ของรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ เพื่อใช้ประเมิน พฤติกรรมในการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นซึ่งส่งผลกระทบต่อความบกพร่องทางหน้าที่ ประกอบด้วย พฤติกรรมขาดสมาธิ พฤติกรรมซน อยู่ไม่อยู่นิ่ง และพฤติกรรมต่อต้านด้าน หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจตนเอง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (Modified IOWA Conners rating scale) ของรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ เพื่อประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ด้านสมาธิสั้น/อยู่ไม่นิ่งและด้านต่อต้าน โดยผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเด็กสมาธิสั้นด้วยตนเอง (self-report)

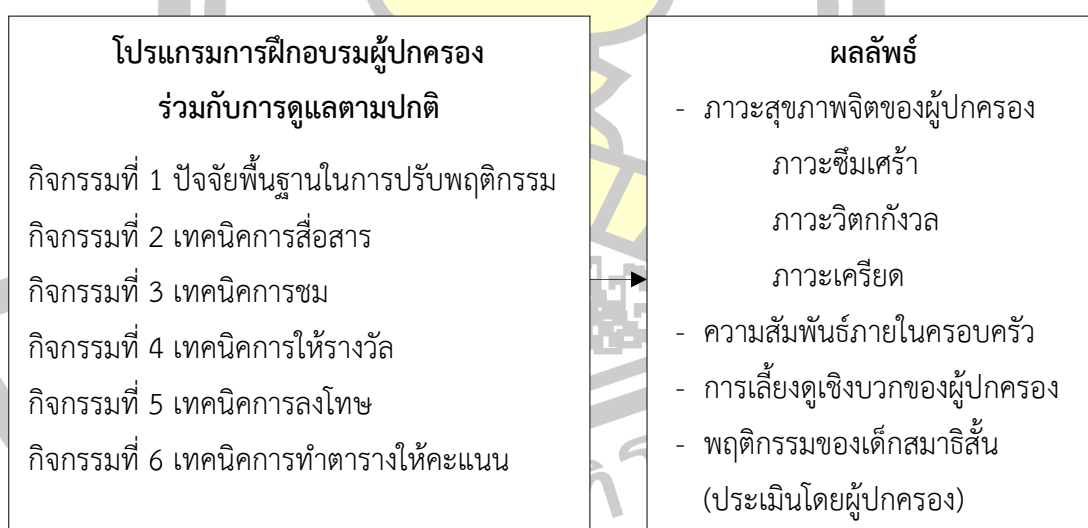
โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลตามปกติ ร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมและจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมเน็ตปามา (Internet - based parent management training program: Net PAMA) ในการฝึกอบรมผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรทักษะการเป็นวิทยากรการเลี้ยงดูเชิงบวกด้วยหลักสูตรเน็ตปามา รุ่นที่ 5 เมื่อวันที่ 21-23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 จากรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมนี้นี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก 2) เทคนิคการสื่อสาร 3) เทคนิคการชม 4) เทคนิคการให้รางวัล 5) เทคนิคการลงโทษ และ 6) เทคนิคการทำตารางให้คะแนน ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที รวม 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจัดบริการให้กับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง โดยเป็นการให้การรักษาอาการสมาธิสั้นร่วมกับการให้ความรู้รายบุคคลสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา การรับประทานยา และให้การปรึกษารายบุคคลในการปรับพฤติกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาตามที่ผู้ปกครองร้องขอตามสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วยการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) การฝึกเทคนิคการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เช่น การฝึกหายใจเข้า-ออกลึกๆ (Breathing Exercise) แก่เด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรม (Parent Management Training: PMT) ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาโดยการจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น (Pfiffner et al., 2022) เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองในการดูแลเด็ก โดยเน้นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมและการเลี้ยงดูเชิงบวก เพื่อปรับทัศนคติหรือ

มุมมองการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อเด็กสมาธิสั้นและปัญหาที่เกิดขึ้นผสมผสานกับเทคนิคต่างๆ และการประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training) ที่พัฒนาขึ้นโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์พร นภดลและคณะ ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โปรแกรมนี้ประยุกต์มาจาก Original 8 Weeks to a Well-Behaved Child: Putting Discipline Skills to Work ของ Dr. James Windell's (1995) โดยโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการ ปรับพฤติกรรมเด็กนี้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี 3 ด้าน ได้แก่ 1) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) 2) แนวคิดจากทฤษฎีพฤติกรรมนิยม และ 3) แนวคิดจากทฤษฎี กระบวนการกลุ่ม (group process) โดยมีการพัฒนาโปรแกรมต่อเนื่อง ด้วยการปรับปรุงและ ออกแบบเนื้อหาหลักสูตรให้เป็นการเรียนรู้แบบออนไลน์เมื่อปี 2562 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและช่วย ให้ผู้ปกครองในชนบทเข้าถึงแหล่งเรียนรู้การปรับพฤติกรรมและเทคนิคการเลี้ยงลูกเชิงบวกได้อย่างไม่ มีข้อจำกัด แต่ก็ยังพบปัญหาการใช้งานโปรแกรม เนื่องจากผู้ปกครองในชนบทยังมีอุปสรรคไม่สามารถ เข้าถึงและใช้งานโปรแกรมได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะขยายโอกาสการเรียนรู้ไปยังผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้นในพื้นที่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสดังกล่าว อีกทั้งยังขาดทักษะในการปรับพฤติกรรมบุตร หลาน ผ่านโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ปกครองผ่านการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมโดย ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที รวมทั้งหมด 6 สัปดาห์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข
- 2) ผู้ปกครองสามารถนำแนวทางและทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกกลับไปใช้ที่บ้านเพื่อดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำรา งานวิจัย บทความวิจัยและวารสารที่เกี่ยวข้อง และได้สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น
 - 1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น
 - 1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น
 - 1.4 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
 - 1.5 การรักษาและการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น
2. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น
 - 2.1 ความหมายและความสำคัญของพฤติกรรม
 - 2.2 สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม
 - 2.3 ลักษณะปัญหาพฤติกรรม
3. รูปแบบการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น
 - 4.1 การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง
 - 4.2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง
 - 4.3 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
5. โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก
 - 5.1 โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในต่างประเทศ
 - 5.2 โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในประเทศไทย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น มีอาการเรื้อรังนานกว่า 6 เดือน สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของสมอง ก่อให้เกิดความบกพร่องทางด้านพฤติกรรม ส่งผลให้ระดับพัฒนาการของเด็กไม่เป็นไปตามวัยที่ควรจะเป็น พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (อาภรณ์ ดวงรัตน์, 2561) อาการมักเกิดขึ้นในวัยเด็กและคงอยู่ตลอดช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ (Plowden et al., 2022) มีลักษณะที่แสดงออก 3 ด้าน คือ ด้านอาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ซึ่งเด็กสมาธิสั้นนั้นอาจมีความบกพร่องด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่า 1 ด้าน (Rajaprakash & Leppert, 2022) ส่งผลกระทบต่อการควบคุมตนเองที่ไม่ดี (poor self-regulation) และมีปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2563) มีปัญหาการเรียน การทำงานร่วมกับผู้อื่น การเข้าสังคม ทำให้มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นตามมา (Hattakorn Samretdee, 2021) และเด็กบางคนอาจมีพฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำๆ ไม่เหมาะสมกับช่วงอายุ (Thanida Teepapal, 2021)

โรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าในตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสังคม (Hsu et al., 2019) และมีอัตราการเจ็บป่วยร่วมกับความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ในระดับสูง เช่น การใช้สารเสพติด ความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน และความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Chequer de Castro Paiva et al., 2022) อีกทั้งยังมีการศึกษาพบว่าอาการสมาธิสั้นนั้นมีความสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์ การใช้ยาผิดกฎหมาย และการใช้สารเสพติดหลายชนิด ซึ่งเสี่ยงต่อการทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมาก (Capusan et al., 2019)

1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดว่าโรคสมาธิสั้นนั้นมีสาเหตุจากปัจจัยใดเป็นปัจจัยหลัก แต่จากผลการค้นคว้าวิจัยที่ผ่านมา ทำให้มีสมมติฐานที่พอจะสรุปได้ว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กสมาธิสั้นนั้นเป็นผลรวมของหลายปัจจัย (สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2561) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม จากข้อมูลพบ concordance rate ของโรคสมาธิสั้นในแฝดไข่ใบเดียวกันสูงถึง 0.6-0.8 และยังพบญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดกันในครอบครัวเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นว่าเป็นโรคนี้ด้วยสูงถึงร้อยละ 20-25 การค้นพบปัจจัยทางพันธุกรรมนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของแฝดและครอบครัวจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงการทับซ้อนทางพันธุกรรมของโรคสมาธิสั้นที่มีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและต่อต้านสังคม (Drechsler et al., 2020) ผลการศึกษาวินิจฉัยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันที่มี พบว่า ยีนหลายตัวอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดร่วมกัน ส่วนใหญ่เป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับ

dopamine และ serotonin pathways เช่น dopamine receptor gene (DRD4), dopamine receptor gene (DRD5), dopamine transporter-1 gene (DAT1), serotonin-linked polymorphic region (SHTTPLR), และ 5-hydroxytryptamine (serotonin) receptor 1B (HTR1B) แต่ยีนที่ได้รับความสนใจและมีความพยายามที่จะศึกษาเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ยีน dopamine receptor D4 (DRD4) ซึ่งได้รับการศึกษาต่อเนื่องจากยีนนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความสนใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (novelty seeking behavior) และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและยีน DAT1 เป็นยีนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มประชากรทั่วไปว่ามีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่หลากหลาย (qualitative trait) รวมถึงการกำหนดพฤติกรรมที่แสดงออกจากความสัมพันธ์ระหว่างยีนนี้กับปัจจัยอื่น เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ของมารดาขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น (Thapar & Cooper, 2016; ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, 2554)

1.2.2 ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Neurobiology) เป็นภาวะความผิดปกติในระบบประสาทที่รบกวนการทำงานของสมอง เช่น โรคไข้มองอักเสบ โรคลมชัก โรคพยาธิในสมอง มีภาวะติดเชื้หัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ มีการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ของหญิงตั้งครรภ์กับโรคสมาธิสั้นในบุตรหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กัน เพราะการที่ทารกได้รับสารพิษขณะอยู่ในครรภ์ มีความเสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้นและเกิดอาการของโรคนี้ขึ้น (Gallo & Posner, 2016) ทารกคลอดก่อนกำหนด ได้รับบาดเจ็บขณะคลอด หรือมีอุบัติเหตุทางสมอง น้ำหนักตัวน้อย มีภาวะสมองขาดออกซิเจนขณะคลอด โรคขาดสารอาหาร การได้รับสารพิษต่างๆ เช่น สารตะกั่ว อาจจะทำให้เกิดอาการของโรคสมาธิสั้นได้ และมีผลกระทบโดยตรงต่อสมองและการพัฒนาการของเด็กในด้านสติปัญญา (Thanida Teepapal, 2021)

1.2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและจิตสังคม อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะโดยตรงหรือผ่านการปฏิสัมพันธ์ของยีนกับสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับอาการและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการควบคุมพฤติกรรม ความยับยั้งชั่งใจ และความจำในการใช้งาน จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นโดยตรง แต่ส่งผลต่อการดำเนินโรคและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ที่มีแนวโน้มทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและความรุนแรงของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น พัฒนาการของพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กนั้นได้รับผลกระทบอย่างมากจากประสบการณ์ในวัยเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูและบริบทของครอบครัวอาจส่งผลต่อการพัฒนาและการแสดงออกของอาการทางพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้น (Claussen et al., 2022) การอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจิต มีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมและมีอาการคล้ายกับโรคสมาธิสั้น ส่วนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหากได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เลี้ยงแบบตามใจ ไม่มีกฎระเบียบกติกา ก็จะทำให้เด็กมีอาการของโรคนี้มากขึ้นตามมา

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านกายภาพที่เกิดจากผิดปกติของยีนในสมองส่วนหน้า (Frontal lobes) ที่ทำหน้าที่บกพร่องไป ส่งผลต่อสมาธิและอารมณ์ ร่วมกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู สัมพันธภาพภายในครอบครัว ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น

1.3 อาการและอาการแสดง

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักประสบกับปัญหาด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ลักษณะของอาการที่สำคัญของโรคสมาธิสั้น แบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการใหญ่ๆ คือ

1.3.1 อาการขาดสมาธิ (attention deficit) จะมีลักษณะไม่มีสมาธิหรือไม่จดจ่อในการทำงาน ขาดความตั้งใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานที่ต้องใช้ความคิดหรือมักจะมีอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ทำงานช้า ทำงานไม่เสร็จตามเวลาที่กำหนด ผลงานที่ทำมักจะไม่เรียบร้อย ขาดความรอบคอบ ขี้ลืม ทำของใช้ส่วนตัวหายประจำ ทำเหมือนไม่ฟังเวลามีใครพูดด้วย เวลาสั่งให้ทำงานอะไร เด็กมักจะลืม ไม่จดจำรายละเอียดของงานหรือทำผิดพลาด วอกแวกง่าย ซึ่งอาการวอกแวกในเด็กสมาธิสั้นเกิดจากการที่เด็กไวต่อการรับรู้สิ่งเร้าหรือสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น เสียงรถ เสียงเครื่องปรับอากาศ (อาภรณ์ ดวงรัตน์, 2561) ทำให้เด็กไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอยู่เรื่อยๆ

1.3.2 อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) จะมีลักษณะซนมาก ขยุกขยิก นิ่งนิ่งๆ ไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา มือเท้าอยู่ไม่สุข มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา จับโน้นจับนี้ แก้งคนอื่น ปีนป่าย เล่นรุนแรง เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผนหรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย จึงมักจะประสบอุบัติเหตุจากความซนและความไม่ระมัดระวังตัวอยู่บ่อยๆ (นิญฐา ยอดแก้ว, 2564) อาการอยู่ไม่นิ่งมักจะลดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่น โดยอาจเหลือเพียงอาการขยุกขยิก ขยับตัวหรือแขนขาบ่อยๆ หรือเป็นแค่ความรู้สึกกระวนกระวายอยู่ภายในใจ

1.3.3 อาการหุนหันพลันแล่น/ดื้อต่อต้าน (Impulsivity/Oppositional) จะมีลักษณะใจร้อน วิวาท ทำอะไรไปโดยไม่คิดล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น บกพร่องในเรื่องของการคิดและการวางแผน ขาดความระมัดระวัง เวลาต้องการอะไรก็ต้องให้ได้ทันที รอคอยไม่ได้ ในห้องเรียนมักจะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตจากครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่จบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังพูดคุยกันอยู่หรือการเข้าไปร่วมวงเล่นกับคนอื่นโดยไม่ขออนุญาตก่อน

โรคสมาธิสั้น มักมีโรคร่วมที่พบได้บ่อย ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว เกเร หรือมีปัญหาพัฒนาการด้านภาษาบกพร่อง การประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี มีทักษะการใช้ตาประสานกับมือที่

ยากลำบากกว่าเด็กในวัยเดียวกัน ในเด็กบางคนอาจมีปัญหาการเรียนรู้บกพร่อง (Learning disorder) เช่น ปัญหาการอ่าน การสะกดคำ การคำนวณ หรืออาจมีโรคทางจิตเวชอื่นๆร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) จากอาการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อการปรับตัวและการเข้าสังคม มีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ เด็กไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ โมโห จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Drechsler et al., 2020) จึงนับเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและส่งผลต่อการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ปกครองอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

1.4 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยนั้นอ้างอิงตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Kostyrka-Allchorne et al.) โดยฉบับล่าสุด คือ DSM-5 เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2556 มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างจากเดิมที่เคยใช้ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revised (DSM-IV-TR) เล็กน้อย กล่าวคือ 1) อาการแสดงเริ่มแรกเปลี่ยนจากอายุ 7 ปี เป็น 12 ปี 2) ใน DSM-5 สามารถให้การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยออทิสซึมได้ 3) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 17 ปี (Posner et al., 2020) การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM-5 (Black & Grant, 2014; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed*, 2013; สุริยลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2561) มีดังนี้

A. เด็กต้องมีลักษณะที่เข้าได้กับเกณฑ์ในข้อ (ก) และ/หรือ (ข) หมายถึง เด็กมีปัญหาพฤติกรรมมากในด้านของการขาดสมาธิหรือสนใจอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ส่งผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของเด็ก

ก. อาการขาดสมาธิ ต้องมีอาการต่างๆ ต่อไปอย่างน้อย 6 ข้อ และมีอาการต่อเนื่องมา 6 เดือน โดยอาการดังกล่าวมีความรุนแรงและไม่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ ส่งผลกระทบต่อการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีอายุ 17 ปีขึ้นไป มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป ก็เพียงพอในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

- 1) ขาดความละเอียดรอบคอบหรือทำงานผิดพลาดจากความสะเพร่า
- 2) ขาดความตั้งใจที่ต่อเนื่องในการทำงานหรือการเล่น
- 3) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่ผู้อื่นพูดด้วย
- 4) ไม่ทำตามคำสั่งหรืองานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งที่มีขั้นตอน โดยไม่ใช่เพราะดื้อหรือไม่เข้าใจ

- 5) ขาดการจัดระเบียบในการทำงานหรือในกิจกรรมต่างๆ
- 6) มักหลีกเลี่ยงหรือไม่อยากทำงานที่ต้องตั้งใจพยายาม เช่น งานที่ได้รับมอบหมายที่โรงเรียนหรือการทำการบ้าน
- 7) ทำของที่จำเป็นต้องใช้หายบ่อยๆ เช่น อุปกรณ์การเรียน
- 8) มักกวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย
- 9) ขี้ลืมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

ข. อาการนอนไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เด็กต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อ เป็นต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน และถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการและมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคม และการศึกษา/การทำงานสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีอายุ 17 ปีขึ้นไป (Posner et al., 2020) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป ก็เพียงพอในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

- 1) อยู่ไม่สุข มือเท้ายุกยิก บิดตัวไปมา นั่งไม่ติดเก้าอี้
- 2) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่ เช่น ลุกออกจากที่นั่งทันทีโดยไม่ได้ขออนุญาตขณะกำลังนั่งเรียน
- 3) มักวิ่ง หรือปีนป่ายอย่างมาก โดยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์
- 4) มักไม่สามารถเล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆ ได้
- 5) มักยุ่งวุ่นวาย เหมือนถูกขับเคลื่อนด้วยเครื่องยนต์ตลอดเวลา
- 6) มักพูดมากเกินไป
- 7) มักชิงตอบคำถามออกมาก่อนคำถามจะจบ
- 8) มักมีความยากลำบากที่จะรอคอยตามลำดับ
- 9) มักขัดจังหวะหรือก้าวร้าวผู้อื่น เช่น พูดแทรกขณะผู้อื่นกำลังสนทนา หรือก้าวร้าวกิจกรรมของผู้อื่นโดยไม่ได้ขออนุญาต

B. ต้องมีอาการของการขาดสมาธิหรือหุนหันพลันแล่น ก่อนอายุ 12 ปี

C. ต้องมีอาการแสดงหลายอาการที่พบใน 2 สถานที่ขึ้นไป เช่น บ้าน โรงเรียนหรือที่ทำงาน

D. อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียน การทำงานหรือการเข้าสังคม

E. อาการดังกล่าวต้องไม่ได้เกิดจากโรคจิตเภทหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรควิตกกังวล

โรคของความผิดปกติด้านอารมณ์ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ หรือเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด

1.5 การรักษาและการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

จากการศึกษาแนวทางการรักษาในปัจจุบันพบว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ให้ผลดีที่สุด คือ การรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาร่วมกับ psychosocial intervention ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง และโรงเรียนควรร่วมมือกัน จึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด (Anchalee Srisamurt, 2021) การรักษาโรคสมาธิสั้นมีจะแตกต่างกันบ้างในแต่ละช่วงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ช่วงอายุหลัก คือ

1) ปฐมวัยหรือวัยอนุบาล อายุ 4-5 ปี การรักษาจะเน้นการปรับพฤติกรรมปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็ก

2) วัยเรียน อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี การรักษาควรทำควบคู่กันทั้งการรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรม โดยมีการให้ความช่วยเหลือทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน พร้อมทั้งมีการติดตามอาการจากทางโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคสมาธิสั้นแบบผสมผสาน ประกอบด้วย

1.5.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการของโรคสมาธิสั้น เพื่อให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตประจำวันให้ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ยาจะช่วยทำให้เด็กมีสมาธิมากขึ้น ผู้ปกครองควรดูแลการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด (ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, 2554) ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่ม psychostimulants drug เป็นยาในกลุ่มที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีที่สุด มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อย เป็นวิธีการรักษาขั้นแรกที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาโรคสมาธิสั้น (Mizuno et al., 2022) ปัจจุบันยาที่มีอยู่ในประเทศไทยและใช้กันทั่วไปในโรงพยาบาล ได้แก่

1.1) Methylphenidate เป็นยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ ยับยั้งการ reuptake ของ dopamine และ norepinephrine สู่ presynaptic neuron ทำให้ระดับ dopamine และ norepinephrine สูงขึ้นใน extraneuronal space ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที หลังบริหารยา ค่าครึ่งชีวิต 2-5 ชั่วโมง โดยยาจะช่วยเพิ่มสมาธิ ความสามารถในการควบคุมตัวเอง ลดความก้าวร้าวและอาการหุนหันพลันแล่นได้บ้าง ไม่มีฤทธิ์ระงับประสาทในตัวเอง

1.2) Concerta เป็นยาที่ชนิดออกฤทธิ์ยาว ออกฤทธิ์ยาวนาน 12 ชั่วโมงหลังได้รับยา โดยการเปลี่ยนปริมาณของสารสื่อประสาทบางชนิดภายในสมอง ประกอบด้วยดวามเมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate) สามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมสมาธิ ให้จดจ่ออยู่กับกิจกรรมที่กำลังทำ ช่วยเพิ่มความสามารถในการฟัง และควบคุมปัญหาด้านพฤติกรรม

ในเด็กสมาธิสั้นบางรายที่มีอาการของ Tic disorder แบบไม่แสดงอาการ การใช้ยาสมาธิสั้นที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น คือ methylphenidate อาจจะไปทำให้เกิดอาการแสดงเพิ่มขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม Tic disorder อาจพบร่วมในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นแต่มีข้อห้ามในการใช้ยาในกลุ่มนี้

2) กลุ่ม non-psychostimulants drug มีอยู่ในประเทศไทยปัจจุบัน ได้แก่ ยาอะโทม็อกซีทีน (Atomoxetine) เป็นยาที่ช่วยเพิ่มสมาธิ ออกฤทธิ์ยาวนาน 24 ชั่วโมง กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ norepinephrine reuptake inhibitor ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการสมาธิสั้นน้อยกว่ากลุ่ม psychostimulants drug และมีราคาแพง ต้องใช้เวลาในการรับประทานยาต่อเนื่อง 1-2 สัปดาห์จึงจะเห็นผลและจะเห็นผลของยาสูงสุดเมื่อรับประทานต่อเนื่อง 2-4 สัปดาห์

1.5.2 การรักษาโดยการปรับพฤติกรรม

การรักษาโดยการปรับพฤติกรรม และให้คำแนะนำในการช่วยเหลือที่บ้านและที่โรงเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และปรับสิ่งแวดล้อม (Drechsler et al., 2020) รวมถึงการช่วยเหลือให้เด็กสามารถประสบความสำเร็จในการใช้ชีวิตประจำวันและการเรียนได้ง่ายขึ้น โดยการเพิ่มพฤติกรรมที่ดีและลดพฤติกรรมอื่นที่ไม่พึงประสงค์ หลักการที่ใช้ได้ผลดีในเด็กกลุ่มนี้ (Reiff et al., 2004; สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2561) ได้แก่

1) การให้รางวัลหรือคำชมเมื่อเด็กมีพฤติกรรมดี (positive reinforcement) วิธีนี้สามารถใช้ได้ในทุกช่วงอายุของเด็ก เช่น ถ้าเด็กเก็บของเล่น แม่ควรชมว่า “เก่งมากที่ลูกเก็บของเล่นเป็นระเบียบ” หรือชมว่า “แม่ภูมิใจที่ลูกมีความพยายามในการทำการบ้าน เป็นต้น โดยปกติเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมักชอบการให้รางวัลทันทีมากกว่าให้รางวัลช้า (Gallo & Posner, 2016) positive reinforcement นั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากจะทำให้พฤติกรรมที่ดีของเด็กนั้นเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเสริมแรงที่ชัดเจนมากขึ้นเพื่อเรียนรู้พฤติกรรมในการปรับตัว

2) การเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (planned ignoring) วิธีนี้มีจุดประสงค์เพื่อลดความถี่ของพฤติกรรม (Hornstra et al., 2021) วิธีนี้เหมาะกับเด็กวัยอนุบาลและวัยประถม เช่น แม่เพิกเฉยเมื่อลูกร้องดินอละวาด แต่กลับมาให้ความสนใจเมื่อเด็กหยุดร้อง ทั้งนี้อาจสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกของเด็กควบคู่ไป เช่น “แม่รู้ว่าหนูโกรธ แม่จะอยู่ใกล้ๆ แต่เราจะยังไม่พูดกันจนกว่าหนูจะสงบลง” และกลับมาให้ความสนใจกับเด็กอีกครั้งเมื่อเด็กหยุดร้อง หรือเพิกเฉยเมื่อลูกพูดจาไม่เพราะแต่ให้ความสนใจและคำชมเมื่อลูกพูดจาสุภาพแทน เป็นต้น

3) การเข้ามุม (Time – out) เป็นเทคนิคการแยกเด็กออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดปัญหาพฤติกรรม เพื่อฝึกควบคุมอารมณ์ตัวเองในการหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม วิธีนี้เหมาะกับเด็ก 2-6 ปี เช่น เมื่อเด็กก้าวร้าว อาละวาด ให้จับเด็กแล้วบอกให้หยุดและพาเด็กไปนั่งที่มุม

ห้องจนเด็กเจียบสงบเป็น เวลา 2–6 นาที (1นาทีต่ออายุเป็นปีของเด็ก) โดยเริ่มจับเวลาหลังจากที่เด็กสงบแล้วเท่านั้น (Chanvit Pornnoppadol, 2023)

4) การให้คะแนน (Token economy) เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่เด็กจะได้รับแต้มหรือดาวเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเสียแต้มเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Yassine & Tipton-Fisler, 2022) วิธีนี้ใช้ได้ดีในเด็กประถมหรือเด็กอนุบาลที่เริ่มเข้าใจกฎ กติกา ผู้ปกครองควรตกลงกับเด็กและกำหนดกติกาที่ชัดเจนไว้ เช่น เด็กจะได้ดาวเมื่อทำการบ้านเสร็จหรือไม่ลืมเอาการบ้านไปส่งครู แต่เสียดาวเมื่อลืมนำการบ้านไปส่งครู เป็นต้น เมื่อจบสัปดาห์ เด็กสามารถนำจำนวนดาวที่ได้มาแลกเป็นของรางวัลตามที่ตกลงกันไว้ เทคนิคต่างๆ เหล่านี้จะใช้ได้ผลดีต่อเมื่อผู้ปกครองและเด็กมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จึงแนะนำให้ผู้ปกครองมีเวลาคุณภาพกับลูกเป็นประจำ

2. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

2.1 ความหมายและความสำคัญของพฤติกรรม

ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของเด็กที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่แตกต่างกัน ทำให้รูปแบบของพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติจากเด็กในวัยเดียวกัน มีความยากลำบากในการควบคุมแสดงออกทางการกระทำของตนเองและทางอารมณ์ในลักษณะซน อยู่ไม่นิ่ง เกเร ก้าวร้าว มีความยากลำบากในการเข้าสังคมกับเพื่อนและผู้อื่น หงุดหงิดโมโหง่าย อีกทั้งมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งตนเองและบุคคลรอบข้าง

ปัญหาพฤติกรรมเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติและไม่เป็นที่ยอมรับ อาจมีสาเหตุเกิดจากสภาพจิตใจ ความผิดปกติทางระบบประสาท หรืออาจเกิดจากทั้งสองสาเหตุร่วมกัน เด็กบางคนที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทเนื่องจากสมองถูกทำลาย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในเด็ก จึงมีสาเหตุมาจากประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ผิดๆ และตอบสนองต่อสิ่งเร้าและพฤติกรรมที่เกิดผลตามมา การตอบสนองต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกจนแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา จะเห็นได้ว่าทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกัน การกระทำหรือการแสดงออกที่แตกต่างจากพฤติกรรมปกติตามวิสัยของคนทั่วไปและการกระทำนั้นก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาเรียกว่า ปัญหาพฤติกรรม (Skinner, 1953)

2.2 สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม

จุดเริ่มต้นของปัญหาพฤติกรรมนั้น มีตั้งแต่ในวัยทารกและวัยเด็ก หากไม่ได้รับการจัดการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจจะติดตัวไปจนกระทั่งถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ สาเหตุของปัญหาพฤติกรรมมักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน โดยอาจจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านต่างๆ (Vorawattanachai, 2021) ดังนี้

1) ด้านร่างกาย สภาพร่างกายที่ผิดปกติ ความพิการทางร่างกายมีสาเหตุทำให้บุคคลเกิดความเครียด เกิดความกังวลใจในปมด้อยของตนเอง ยิ่งคิดกังวลมากๆ จะแสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมที่มีปัญหา

2) ด้านสติปัญญา นับว่าเป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่ง บุคคลที่มีสติปัญญาดีมักจะแสดงพฤติกรรมออกไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว เกิดความรู้ความเข้าใจได้ง่าย ส่วนบุคคลที่สติปัญญาบกพร่อง จะขาดความเชื่อมั่นในตนเองกลายเป็นปมด้อย เด็กที่มีปัญหาทางสติปัญญาส่วนมาก จะแสดงพฤติกรรมของตนออกมาในลักษณะที่จะเรียกร้องความสนใจจากบุคคลอื่น กลายเป็นบุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรม

3) ด้านอารมณ์ บุคคลที่มีอารมณ์รุนแรงไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ มักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อันธพาล อันเป็นปัญหาทั้งต่อตนเองและผู้อื่น อารมณ์มักจะเป็นสาเหตุสำคัญอีกสาเหตุหนึ่งที่สร้างปัญหาให้กับมนุษย์อยู่ตลอดเวลา เช่น อารมณ์กลัว อารมณ์โกรธ อารมณ์วิตกกังวล อารมณ์ริษยา ล้วนแล้วแต่นำมาซึ่งพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งสิ้น

4) ด้านครอบครัว ครอบครัวที่ตึงเครียดสมาชิกในครอบครัวต้องมีความสามัคคีปรองดองกัน อันจะนำมาซึ่งความสงบสุข เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหามักจะมีปัญหาพฤติกรรม มีความวิตกกังวล คับข้องใจอยู่ตลอดเวลา ผู้ใหญ่ที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาก็ก่เช่นกัน มักจะมีความหุดหู่ใจ เกิดความคับข้องใจ ไม่เป็นอันทำงาน

5) ด้านสังคม บุคคลที่สามารถปรับตัวได้ ทำให้ให้อยู่ร่วมกับสภาพสังคมที่ตนเอง เป็นอยู่ได้ จะเกิดความสุขกายสบายใจ ปราศจากปัญหาใดๆ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้ทนอยู่กับสภาพสังคมรอบข้างได้ อาจมีผลทำให้บุคคล หลบหนีออกจากสังคมหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมกลายเป็น นักเลง อันธพาลหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแบบอื่น เป็นต้น ฉะนั้นสังคมจึงนับว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้มนุษย์เกิดพฤติกรรมที่ผิดปกติได้

6) ด้านสื่อออนไลน์ ในปัจจุบันสาเหตุนี้นับว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตาแกรม วิทยุ โทรศัพท์ ภาพยนตร์ เป็นต้น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กจำนวนไม่น้อยเลียนแบบมาจากสื่อออนไลน์ การแพร่ภาพเสียงในด้านการต่อสู้รุนแรง การกลั่นแกล้ง รังแกกัน การแสดงขาดกรรมโทษของอาชญากร เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่างชี้้นำให้เด็กและเยาวชนประพฤติปฏิบัติตาม ในปัจจุบันสื่อออนไลน์ นับว่ามีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมอันดีงามของบุคคลในกลุ่มหรือในสังคมอย่างมาก การแพร่ภาพหรือการให้ข่าวสารที่ผิดๆ จะเป็นการก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีปัญหาได้

7) ด้านการเลี้ยงดู เด็กแต่ละคนมีพื้นฐานทางอารมณ์แตกต่างกัน บางคนเป็นเด็ก เลี้ยงง่าย บางคนเป็นเด็กเลี้ยงยาก เมื่อเติบโตขึ้นบางคนก็ใจเย็นบางคนใจร้อน บางคนกล้าหาญบางคนอ่อนแอ บางคนเข้มแข็งบางคนขี้ขลาด บางคนขยันบางคนขี้เกียจ บางคนฉลาดบางคนโง่เขลา บางคนใจคอ

โหดร้ายบางคนมีเมตตาสงสาร เป็นต้น ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากเจตคติในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เช่น เลี้ยงดูด้วยความวิตกกังวลเกินไป ปกป้องมากเกินไป ตามใจหรือเข้มงวดเจ้าระเบียบเกินไป ไม่มีการอบรม ระเบียบวินัยอย่างเพียงพอหรืออบรมระเบียบวินัยอย่างไม่คงเส้นคงวา ซึ่งการได้รับการฝึกอบรมมา ตั้งแต่เล็กนั้นมีผลกระทบต่อพฤติกรรมโดยตรง ถ้าเด็กถูกฝึกอบรมพฤติกรรม ฝึกวินัย เด็กก็จะมี พฤติกรรมที่ดีแต่ถ้าถูกละเลย ขาดวินัย ขาดความรับผิดชอบก็จะทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมตามมา

2.3 ลักษณะปัญหาพฤติกรรม

ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กสมาธิสั้นมีหลายลักษณะหรือหลายอาการ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาตามกลุ่มอาการหลัก จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

1) อาการขาดสมาธิ (attention deficit) เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด มักจะแสดงอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อย สะเพร่า ขาดความรอบคอบ เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืม ทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ มีลักษณะเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย เวลาสั่งให้ทำงานอะไรก็มักจะลืมทำหรือทำไม่เสร็จ อาการขาดสมาธินั้นมักจะมีอาการต่อเนื่องติดตัวจนโตเป็นผู้ใหญ่

2) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เด็กจะมีลักษณะวู่วาม ใจร้อน หุนหันพลันแล่น ทำอะไรโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นตามมา ขาดความระมัดระวัง เช่น วิ่งข้ามถนนโดยไม่มองรถดีๆ ชุ่มข้าม ทำข้าวของแตกหักเสียหาย เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยอะไรไม่ค่อยได้ เวลาอยู่ในห้องเรียนมักจะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่หรือกระโดดเข้าร่วมวงเล่นกับเด็กคนอื่นโดยไม่ขออนุญาตก่อน

3) อาการซน (hyperactivity) เด็กจะมีลักษณะซน อยู่ไม่สุข ยุกยิกตลอดเวลา นั่งนิ่งไม่ได้ ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา ชอบปีนป่ายเล่นเสียงดัง เล่นผาดโผนหรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซนและความไม่ระมัดระวัง พูดมาก พูดไม่หยุด ชอบแกล้งหรือแหย่เด็กอื่นๆ

ส่วนอาการอื่นๆ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่ได้จัดไว้ในเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรค แต่ก็ใช้ดูเพื่อประกอบการประเมิน เช่น เด็กอาจมีลักษณะไม่เป็นมิตรหรือเป็นมิตรมากเกินไป ไม่สนใจกฎของสังคม รอคอยไม่ได้ ซึ่งตอบคำถามก่อนที่จะฟังคำถามจบ อารมณ์เสียง่าย จะเห็นว่าลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น คือ มีอาการขาดสมาธิ (inattention) อาการเคลื่อนไหวมากอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) อาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม (impulsivity) และอาการอื่นๆ ที่ใช้สังเกตเพื่อประกอบการประเมินเด็กสมาธิสั้น พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กในหลายด้าน รวมถึงสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม พร้อมกับการทำงานของสมองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

(Larsson et al., 2023) ดังนั้น การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัวและสังคม

3. รูปแบบการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย จากการศึกษาของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวได้มากที่สุด ลักษณะรูปแบบการเลี้ยงดู (parenting styles) เป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญ แบ่งเป็น 4 รูปแบบตามแนวคิดของ Baumrind คือ ดังนี้ (Baumrind, 1971; Doron, 2013)

1) การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (Authoritarian Parenting) คือ การเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูปฏิบัติต่อบุตรหลานในลักษณะออกคำสั่ง ชี้นำให้ทำตามในทิศทางที่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูแนะนำ เปิดโอกาสให้บุตรหลานแสดงความคิดเห็นเพียงเล็กน้อย มีการตั้งกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดรวมทั้งการลงโทษที่ไม่เหมาะสม ลงโทษรุนแรงและไม่มีเหตุผล มีการควบคุมระเบียบวินัยมากเกินไป ทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ เพราะความต้องการของเด็กถูกผู้ปกครองขัดขวางหรือมีการตั้งเงื่อนไขกฎเกณฑ์มากเกินไป จนทำให้เด็กรู้สึกต่อต้าน รู้สึกไม่มีคนรักและอาจคิดเปรียบเทียบครอบครัวของตนเองกับครอบครัวอื่น ปฏิกริยาต่อการถูกควบคุมที่มากเกินไป อาจแสดงออกมาในรูปแบบของปัญหาทางอารมณ์ เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้าหรืออาจมีปัญหาพฤติกรรม เช่น ตื้อต่อต้าน เกเร นอกจากนี้ความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครองจะมีลักษณะห่างเหิน ขาดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน

2) การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (Neglectful Parenting) คือ การเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่ค่อยให้ความสนใจและตอบสนองต่อความต้องการของบุตรหลานเวลาที่บุตรหลานต้องการพูดคุยหรือซักถามในสิ่งที่สงสัย การเลี้ยงดูแบบนี้ไม่ได้ตอบสนองความต้องการของเด็กและไม่มีการควบคุมระเบียบวินัย หากมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ บุตรหลานจะรู้สึกว่าไม่มีที่ปรึกษา ทำให้เวลาที่ต้องตัดสินใจเอง มักจะขาดวินัยและทักษะในการเข้าสังคม เมื่อบุตรหลานมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมกับช่วงวัยหรือมีปัญหาพฤติกรรมบางอย่างที่ควรได้รับการแก้ไข ผู้ปกครองก็ไม่สนใจที่จะปรับปรุงหรือแก้ไขพฤติกรรมเหล่านั้น เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลา เด็กบางคนที่ถูกทอดทิ้ง ก็มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาพฤติกรรมเพิ่มขึ้นและขาดความยึดหยุ่นทางจิตใจ (Stoltenborgh et al., 2013) ผู้ปกครองที่อยู่ในกลุ่มนี้จะค่อนข้างให้ความสนใจกับเรื่องของตัวเอง หรือให้ความสนใจกับการทำงานเป็นอย่างมาก มักจะไม่รู้ตัวว่าตัวเองกำลังละเลยการเลี้ยงดูบุตรหลานอยู่ หากเด็กเติบโตขึ้นมาจากการเลี้ยงดูด้วยสภาพแวดล้อมเช่นนี้ จะส่งผลให้กลายเป็นคนที่มองโลกในแง่ร้าย เก็บกด ไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น เป็นต้น

3) แบบยอมตามบุตร (Indulgent Parenting) คือ การเลี้ยงดูบุตรหลานของผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อบุตรหลานในลักษณะมีความสัมพันธ์กันสูง มีการควบคุมพฤติกรรมเพียงเล็กน้อย มีการตามใจและยอมให้บุตรหลานทำในสิ่งที่ต้องการ (จิราพร วรแสน, 2559) ไม่มีการอบรม ระเบียบวินัยอย่างเพียงพอ เป็นการเลี้ยงดูแบบตามใจ โดยไม่มีขอบเขตและไม่มีการควบคุม ซึ่งมักเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการฝึกอบรมเด็ก เช่น ไม่รู้ว่าควรลงโทษเด็กอย่างไร ถ้าเด็กไม่ทำตามคำสั่ง อาจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ปกครองไม่มีการอบรมระเบียบวินัยแก่เด็กอย่างเพียงพอ การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เช่น กังวลว่าการอบรมเข้มงวดหรือลงโทษเด็กเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เพราะอาจทำให้เด็กเกิดปัญหาทางจิตใจได้หรือเกิดจากการที่บุคลิกภาพของพ่อแม่ไม่หนักแน่นกับเด็กอย่างเพียงพอและเกิดจากการขาดความรู้สึกลั่นแกล้งในความเป็นพ่อแม่ ซึ่งเกิดจากพ่อแม่ไม่มีความมั่นคงในตนเอง มีความนับถือตนเองต่ำ จึงเกิดความกลัวว่าลูกจะไม่รัก ถ้าเข้มงวดกับลูกมากเกินไป

4) การเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต (Authoritative Parenting) คือ การเลี้ยงดูที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลปฏิบัติต่อบุตรหลานในลักษณะของการแสดงออกถึงความรัก ความอบอุ่น ใส่ใจ อารมณ์ความรู้สึกทุกซอกทุกซอ แสดงความยินดีและสนับสนุนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย เปิดโอกาสให้บุตรหลานได้แสดงความคิดเห็นและการยอมรับ ส่งเสริมให้บุตรหลานมีความเป็นอิสระแต่ยังมีขอบเขตและควบคุมพฤติกรรมการกระทำของบุตรหลาน โดยไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับมากนักและคาดหวังให้บุตรหลานเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความเป็นอิสระ สามารถพึ่งพาตนเองได้ (Charoenjit & Ngermlangtawe, 2021)

นอกจากนี้ยังพบว่า การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เช่น การอบรมเลี้ยงดูที่มีระเบียบไม่คงเส้นคงวา โดยมีลักษณะบางครั้งเข้มงวดและบางครั้งหย่อนในวินัย สาเหตุสำคัญ คือ การอบรมเด็กโดยใช้อารมณ์ ถ้าอารมณ์ดีก็จะตามใจลูก ถ้าอารมณ์เสียก็จะเข้มงวด บางทีพ่อแม่รู้สึกผิดกับการเข้มงวด ก็เลยลบล้างความผิดนั้นโดยการตามใจ พอตามใจมากเด็กก็จะกระทำการที่ไม่เหมาะสม พ่อแม่จึงกลับมาเข้มงวดตามเดิมอีก การอบรมที่ไม่คงเส้นคงวาเช่นนี้ ทำให้เด็กเกิดความสับสน เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงหาทางออกด้วยการมีพฤติกรรมก้าวร้าว การเลี้ยงดูแบบเคร่งครัดจึงก่อให้เกิดความตึงเครียดและเก็บกด หรือการตามใจเด็กมากเกินไป เมื่อเด็กถูกขัดใจ จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง ไม่คำนึงถึงความถูกผิดหรือความเหมาะสม เพราะเคยตัวที่จะแสดงออกตามอารมณ์ของตนเอง และการที่ครอบครัวมีบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเป็นตัวแบบให้เด็กเลียนแบบ นอกจากนี้การที่ผู้ปกครองมีความขัดแย้งกันในการอบรมระเบียบวินัย เช่น คนหนึ่งเข้มงวดแต่อีกคนหนึ่งตามใจ จะทำให้เด็กสับสน ไม่รู้ว่าพฤติกรรมใดเป็นสิ่งที่ควรทำ ผลที่ตามมาคือเด็กจะไม่เชื่อฟังหรือเลือกที่จะเชื่อฟังในสิ่งที่ตนเองพอใจเท่านั้น ดังนั้น ผู้ปกครองจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในเรื่องของทักษะการปรับพฤติกรรม เพราะเด็กแต่ละคนอาจจะมีปัญหาพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

4.1 การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง

การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง หมายถึง วิธีการเลี้ยงลูกที่เน้นการเลี้ยงลูกด้วยความรักความเข้าใจในความแตกต่างและความหลากหลายในตัวเด็กแต่ละคน โดยไม่ใช้ความรุนแรง ทั้งคำพูดและการกระทำ (Stenason et al., 2020) แต่จะใช้ระเบียบวินัยเป็นเครื่องมือในการเลี้ยงดู เน้นการเสริมสร้างกำลังใจมากกว่าการใช้การข่มขู่และลดการตำหนิ เพิ่มการชื่นชม รวมไปถึงทักษะการสื่อสารและทักษะการฝึกวินัย สอนให้เด็กเข้าใจการรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มากกว่าการลงโทษและทำร้ายจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อม ใช้วิธีการสอนหรือการโค้ช (Coaching) เพื่อสนับสนุนให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย เด็กจะได้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพราะที่ผ่านมาสังคมไทยเติบโตมากับวัฒนธรรมเชิงอำนาจและวัฒนธรรมเชิงลบ ผู้ปกครองมีอำนาจเหนือลูก ครูมีอำนาจเหนือศิษย์ จึงใช้วิธีการบังคับ ขู่ ตี ทำให้กลัว เพื่อไม่ให้ทำพฤติกรรมนั้นอีก ซึ่งแตกต่างจากการเลี้ยงลูกเชิงบวกที่จะไม่ทำร้ายตัวตนของเด็ก ไม่สร้างบาดแผลในใจในช่วงวัยเด็ก แต่จะให้คำชื่นชม ให้กำลังใจ สอนให้เด็กเรียนรู้ผลลัพธ์ตามธรรมชาติ และฝึกให้เขามีวินัยอย่างสม่ำเสมอ มีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาให้เด็กเป็นคนที่มีความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตัวเอง (Seethikaew et al., 2022)

หลักสำคัญ 5 ประการในการเลี้ยงดูเชิงบวก (Five principle positive parenting) ของ Rebecca (Eanes & Markham, 2016) สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถสรุปหลักการดังกล่าว ดังนี้ (กนกจันทร์ เข้มเนียร, 2566)

1) การสร้างความผูกพัน (Attachment) เป็นก้าวแรกสู่พัฒนาการที่ดีด้านสังคม อารมณ์และความสามารถในการเรียนรู้ ต้นแบบของปฏิสัมพันธ์ที่เด็กจะนำไปใช้กับเพื่อนและบุคคลอื่นคือ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กสามารถรับมือกับความเครียดและอารมณ์อย่างสมดุล เด็กจะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการที่จะออกไปเรียนรู้สังคมรอบข้าง

2) การยอมรับในตัวเด็ก (Respect) การที่ผู้ดูแลยอมรับในตัวเด็ก ถือเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดี ที่จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ ยอมรับและเคารพผู้อื่น ผู้ปกครองจึงควรเคารพในความแตกต่างของเด็กแต่ละคน ปฏิบัติต่อเด็กด้วยความสุภาพ ยอมรับในตัวเด็กเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อบุคคลอื่น ยอมรับความคิดเห็นและตอบสนองเด็กเชิงบวก ไม่ควรลงโทษทางกายด้วยการทำร้ายหรือตีเด็กเพื่อกำหนดให้เด็กทำตามเพราะมักจะได้ผล

3) การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก (Proactive parenting) เฝ้าระวังและจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ก่อนที่จะไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ในอนาคต ควรมีการวางแผนล่วงหน้าในการที่จะแก้ไขปัญหา เมื่อมีสถานการณ์หรือปัญหาที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น

4) การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathetic leadership) ผู้ปกครองควรแสดงออกให้เด็กเห็นว่าตนเองเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกและพร้อมที่อยู่เคียงข้างเด็กเสมอ ทำให้เด็กเปิดใจรับฟังคำแนะนำสั่งสอนของผู้ปกครองและยังเป็นการทำให้เด็กได้เรียนรู้ที่จะเห็นอกเห็นใจผู้อื่นในอนาคต

5) การสร้างวินัยเชิงบวก (Positive discipline) ผู้ปกครองควรสร้างวินัยเชิงบวก ซึ่งเป็นการฝึกให้เด็กให้รู้จักควบคุมตนเอง อดทนต่อแรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และควรกล่าวตักเตือนเพื่อให้เด็กได้ฝึกแก้ไขข้อผิดพลาดและฝึกเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการลงโทษทางร่างกายหรือทางวาจา ซึ่งเป็นวิธีการที่มักไม่ได้ผลในการปรับพฤติกรรมและไม่เหมาะสมในการที่จะนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็ก

การเลี้ยงดูเชิงบวกถือเป็นการเลี้ยงดูที่เข้าใจความเป็นธรรมชาติของเด็กแต่ละคน เคารพในความเป็นตัวตนของเด็ก ยอมรับลักษณะเฉพาะของเด็ก ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่เด็ก โดยคาดหวังอย่างเหมาะสม ไม่กดดัน ชมเชยเมื่อเด็กทำได้ ให้กำลังใจเมื่อเด็กทำผิดพลาด รวมทั้งมุ่งเน้นให้เด็กช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและอยู่ร่วมกับผู้อื่นภายใต้กฎกติกาเดียวกัน เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเคารพกฎระเบียบในสังคม เป้าหมายสูงสุดของการสร้างวินัยเชิงบวก คือ การพัฒนาให้เด็กเป็นคนที่ระเบียบวินัยและมีความเชื่อมั่นในตัวเอง โดยเน้นพฤติกรรมที่เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้ตามพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กเป็นสำคัญ (Seethikaew et al., 2022) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกเชิงบวกควรเริ่มตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างในการมีระเบียบวินัยให้แก่เด็ก ใช้เหตุผลประกอบกับการใส่ใจในอารมณ์ของเด็ก เปิดโอกาสให้เด็กร่วมวางกฎระเบียบของบ้าน และมีการสื่อสารให้เด็กและสมาชิกในครอบครัวรับทราบอย่างชัดเจน เพื่อให้ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ป้องกันไม่ให้เกิดความสับสน เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับเด็กในการสอนให้เด็กควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ และยังเป็นการส่งเสริมความคิดเชิงบริหาร (executive function) เพื่อฝึกทักษะสมองที่ดีในการจัดการชีวิตให้สำเร็จ (Sege & Siegel, 2018)

4.2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง

4.2.1 ความหมายของภาวะสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ “สุขภาพจิต” ว่าเป็นสภาวะของความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งบุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดตามปกติของชีวิตได้ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผล สามารถช่วยเหลือชุมชนของตนได้ (Organization, 2001) คำจำกัดความนี้บ่งชี้ว่า การไม่มีความผิดปกติทางจิตนั้นไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี (Fusar-Poli et al., 2020) ด้วยเหตุนี้กลยุทธ์การป้องกันความผิดปกติทางจิตจึงมี

จุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการผิดปกติในบุคคลที่มีความเสี่ยงและลดลักษณะที่ปรากฏและภาวะของความผิดปกติทางจิต (Shatkin, 2019)

กรมสุขภาพจิต ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (Department of Mental Health, 2022; กรมสุขภาพจิต, 2545)

4.2.2 ความสำคัญของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต ถือเป็นภาวะหนึ่งของชีวิตคน เป็นองค์ประกอบหนึ่งสำคัญต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2564) จึงมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ เนื่องจากถ้าบุคคลใดก็ตามมีภาวะความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจจะส่งผลถึงการดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1) ประกอบกิจการงานต่างๆ ได้ด้วยดี
- 2) ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) เป็นกำลังสำคัญในด้านทรัพยากรมนุษย์เพื่อการพัฒนาประเทศชาติ

เนื่องจากถ้ามีผู้ป่วยทางจิตมากทำให้รัฐต้องสูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศชาติ

- 4) ประหยัดงบประมาณให้กับประเทศในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิต

4.2.3 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ สภาพความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียดตามปกติของชีวิตและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สุขภาพจิตที่ดียังช่วยให้ผู้คนมีทักษะและความยืดหยุ่นในการเผชิญหน้าและจัดการกับความเครียดที่ผิดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีนำไปสู่การเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี ความสามารถและความยืดหยุ่นทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและช่วยเพิ่มการควบคุมตนเอง สิ่งสำคัญหลักที่กำหนดสุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ทักษะคิดต่อความผิดปกติทางจิต การรับรู้และค่านิยมในตนเอง ทักษะทางปัญญา ผลการเรียนรู้/การประกอบอาชีพ อารมณ์ พฤติกรรม กลยุทธ์การจัดการตนเอง ทักษะทางสังคม ครอบครัวและความสัมพันธ์ที่สำคัญ สุขภาพกาย สุขภาพทางเพศ ความหมายของชีวิต และคุณภาพชีวิต (Fusar-Poli et al., 2020) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี จะมีลักษณะปรากฏ ดังนี้

1) มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ เช่น วิตกกังวล กลัว โกรธ เกลียด อิจฉาริษยาและรู้สึกผิด มีความเชื่อมั่นตนเอง ไม่ดูถูกตนเองหรือตำหนิตนเอง สามารถทนต่อความผิดหวังได้ และสามารถแก้ปัญหาและเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ได้

2) มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น รู้จักรักและให้ความสนใจผู้อื่นด้วยความจริงใจ มองโลกในแง่ดีเสมอ มองเห็นความหวังดีของผู้อื่น ยากเป็นมิตรกับบุคคลทั่วไปและเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นไม่เอาัดเอาเปรียบ

3) สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ มีความสามารถในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ทั้งของตนเองและสังคม ตัดสินใจทำอะไรได้ด้วยตนเองมีความพอใจในงานที่ทำและมีความมานะพยายามที่จะทำงานให้สำเร็จ

จะเห็นได้ว่าสุขภาพจิต คือ สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ ซึ่งสภาพของจิตใจจะมีความสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด สัมพันธ์ได้จากสมรรถภาพของจิตใจ ภาวะของจิตใจที่ดี มีความสุข มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีศักยภาพ มีความรับผิดชอบ มีความสามารถในการทำงาน แก้ไขปัญหา จัดการกับภาวะยุ่งยากหรือวิกฤตได้ สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆได้ สามารถประเมินและพัฒนาดตนเองได้ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่นและช่วยส่งเสริมสังคมได้ ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

4.2.4 ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองนั้นมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อาจเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัวและปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความเครียด วิตกกังวลหรือซึมเศร้าได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของบุตรหลาน ได้แก่ ปัญหาพัฒนาการทางด้านสติปัญญา อารมณ์และพัฒนาการทางสังคมของเด็ก (Sweeney & MacBeth, 2016) ผู้ปกครองที่มีความเครียดในชีวิตประจำวัน มีความวิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัว ขาดแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ มีปัญหาสัมพันธภาพในชีวิตสมรสและการมีสุขภาพทางร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดูเด็ก (Horwitz et al., 2007) โดยเฉพาะการขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเด็ก การแสดงอารมณ์ด้านลบต่อเด็ก (Barry et al., 2015) ซึ่งอารมณ์และพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูนั้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการแสดงออกของปัญหาพฤติกรรมในเด็กก่อนวัยเรียน (Denham et al., 2000)

โรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นโรคทางพัฒนาการที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท ทำให้มีพฤติกรรมในลักษณะไม่ตั้งใจ สมาธิสั้น และหุนหันพลันแล่น ส่งผลให้ผู้ปกครองของเด็กที่มีสมาธิสั้นมีความเครียดในการเลี้ยงดูและประสบกับปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ปกครองเด็กปกติ (Cheung & Theule, 2016) สุขภาพจิตที่ไม่ดีนำไปสู่ทักษะการเลี้ยงดูที่ผิด เช่น การลงโทษทางร่างกาย การขาดวินัย ระเบียบวินัยที่เข้มงวดมากเกินไป ทำให้อาการสมาธิสั้นของเด็กแย่ลง มีปัญหาพฤติกรรม และความผิดปกติของการต่อต้านฝ่ายตรง (Brammer et al., 2018; Walls et al., 2018) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยต่างๆ ของผู้ปกครอง ได้แก่ ความผิดปกติด้านอารมณ์ ความผิดปกติทางจิต และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และพฤติกรรมในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่พอใจกับบทบาทของตนเองมากกว่าผู้ปกครองของเด็กที่ไม่มีความผิดปกตินี้ (Harpin, 2005) ดังนั้น สิ่งสำคัญคือต้องจัดการปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตรวจคัด

กรองภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นร่วมด้วย (Cheung & Theule, 2016) เพราะเมื่อผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพจิตดี จะส่งผลให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นด้วย

4.3 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่มีการแสดงต่อกันในลักษณะของการทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นความผูกพันรักใคร่ มีความใกล้ชิดคุ้นเคยและสนิทสนมกัน ระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมถึงบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวและเครือญาติ เป็นความสัมพันธ์ตามบทบาทต่อสมาชิกในครอบครัว ถือว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ให้อยู่ร่วมกันอย่างเข้าอกเข้าใจกัน ก่อให้เกิดอัตมโนทัศน์และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่อยู่ในระดับมาตรฐานและมีความสมดุลเป็นพื้นฐานรูปแบบความคิดและความเชื่อ พฤติกรรมจะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในทางบวกต่อตนเองและครอบครัว และก่อให้เกิดการปรับตัวได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกผูกพันกัน รักใคร่สามัคคี มีความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทในครอบครัวของตนและมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน หากเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว (พระมหาเผื่อน กิตติโสภโณ, 2565) เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับความรักความอบอุ่น มีความสุขและเกิดความมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดการกระทำที่ดีต่อกันและมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญมากต่อการดีขึ้นหรือแย่ลงของเด็กสมาธิสั้น เพราะในกระบวนการรักษาโรคสมาธิสั้นนั้น ต้องใช้เวลายาวนานหลายปี หากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี อาจจะมีผลกระทบต่เด็กสมาธิสั้นและสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย สัมพันธภาพในครอบครัวถือเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดอย่างหนึ่งในกระบวนการรักษาโรคสมาธิสั้น เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Anantavorawong, 2022)

4.3.1 รูปแบบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

รูปแบบของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ (Kanjana-kuntorn & Chaiumpornb, 2019) ดังนี้

1) สมาชิกในครอบครัวมีอำนาจตัดสินใจร่วมกัน (Participate style Family) เป็นรูปแบบที่พึงปรารถนาสำหรับครอบครัว โดยทั้งสามีและภรรยาทำหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว ร่วมกันทำงานบ้าน ร่วมกันดูแลบุตร รวมถึงการดูแลอบรมบุตร ทั้งสามีและภรรยาต่างสนับสนุนให้บุตรแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ของครอบครัว เช่น การร่วมสร้างกฎระเบียบภายในบ้าน และปรึกษาหารือร่วมกันในเรื่องเกี่ยวกับตัวบุตร เป็นต้น

2) บิดาเป็นผู้ปกครอง (Dad-led Family) พบได้ในครอบครัวที่อยู่ในต่างจังหวัด โดยเฉพาะครอบครัวที่ภรรยาไม่ได้มีบทบาทในองค์กรทางสังคม สามีจะเป็นผู้นำและทำงานหาเลี้ยงครอบครัว มีอำนาจการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกบ้าน โดยมอบอำนาจการตั้งกฎ

ระเบียบภายในบ้านผ่านทางภรรยา สามีจะใช้อำนาจในเรื่องที่สำคัญๆ ภายในครอบครัว เช่น การตัดสินใจเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย เป็นต้น ส่วนภรยานั้นมีบทบาทหลักในการทำงานบ้าน ดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกภายในบ้าน รวมถึงการดูแลอบรมบุตร

3) บิดาและมารดาเป็นผู้นำครอบครัว (Parent-led Family) ส่วนใหญ่พบในครอบครัวของชุมชนต่างจังหวัด โดยเฉพาะครอบครัวที่ภรยามีบทบาทในองค์กรทางสังคมซึ่งรูปแบบนี้ทั้งสามีและภรยาจะทำหน้าที่ในการหารายได้ และมีอำนาจตัดสินใจร่วมกันทั้งภายนอกและภายในบ้าน รวมถึงทำหน้าที่ในการอบรมขัดเกลาและให้คำปรึกษาแก่บุตรร่วมกัน อย่างไรก็ตามภรยายังต้องทำหน้าที่ทั้งหมดในการดูแลบ้านและดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว นอกเหนือจากการออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ดูแลเรื่องอาหารการกิน ซักเสื้อผ้า เป็นต้น

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว นับว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลสะท้อนถึงสุขภาพจิตของสมาชิกด้วย ครอบครัวที่มีพื้นฐานมาจากความรักความเข้าใจ และความผูกพันกันเป็นสายใยในการดำรงชีวิตร่วมกัน และความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวยังมีผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ถ้าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี แนวโน้มของปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก็จะลดลงด้วย (ธัญวดี นาคมิตร, 2561) ดังนั้น เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี บรรยากาศในครอบครัวมีความรักความอบอุ่น สมาชิกทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเป็นประจำ จะมีผลโดยตรงต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมของเด็กอีกด้วย ตรงกันข้ามหากเด็กอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพไม่ดี ขาดการเอาใจใส่ ไม่มีการพูดคุย สัมผัส โอบกอดและไม่ค่อยได้ใช้เวลาว่างร่วมกัน มีความขัดแย้งในครอบครัว ย่อมมีผลทำให้เด็กสมาธิสั้นเกิดปัญหาพฤติกรรมได้

5. โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก

5.1 โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในต่างประเทศ

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent management training: PMT หรือเรียกว่า Behavioral parent training: BPT) เป็นโปรแกรมการรักษามีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดู ฝึกสอนทักษะวิธีการเสริมแรงเชิงบวกแก่ผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว สมาธิสั้น อารมณ์ฉุนเฉียว และทำตามคำสั่งได้ยาก (Maliken & Katz, 2013) เพื่อให้เด็กเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เน้นความสำคัญของผู้ดูแลในการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจและสังคมของเด็ก และได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างแนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรที่หลากหลาย โปรแกรมในต่างประเทศที่ได้รับความสนใจและเป็นที่ยอมรับ (Alvarez et al., 2021) มีดังนี้

1) **Chicago Parent Program (CPP)** เป็นโปรแกรมที่เน้นบทบาทผู้ปกครอง ในการปรับพฤติกรรมเด็กผ่านการสร้างแบบจำลองและหลักการเรียนรู้ทางสังคม เหมาะกับการ ฝึกอบรมผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุ 2-5 ปี มีเป้าหมายเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก เพิ่มความสามารถในการเป็นพ่อแม่ และขยายเครือข่ายสังคมของพ่อแม่ ให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยน ค่านิยมในการเลี้ยงดูบุตรในสังคมที่มีความแตกต่างกันและมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจ (Breitenstein et al., 2012)

2) **Circle of Security** เป็นโปรแกรมการเลี้ยงดูสำหรับผู้ปกครองเพื่อส่งเสริม ความผูกพันเชิงบวกระหว่างผู้ปกครองและเด็ก (Huber et al., 2018) เหมาะกับผู้ปกครองของเด็กที่มี อายุตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 6 ปี (Zimmer-Gembeck et al., 2022) มุ่งเน้นไปที่ความผูกพันและการให้ ความรู้แก่ผู้ดูแลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก

3) **Coping Power (CP)** เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรม ของเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุ 8-14 ปี มีเป้าหมายเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กและวัยรุ่น (Lochman et al., 2012) เช่น ปัญหาพฤติกรรม การกระทำผิด การใช้สารเสพติด เป็นต้น

4) **Family Check-Up (FCU)** เป็นโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมแนวทางการ เลี้ยงดูเชิงบวกและลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความก้าวร้าวและ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ฝึกทักษะการยับยั้งและควบคุมตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมและ เสริมสร้างความมั่นใจ นอกจากนี้โปรแกรมนี้อย่างช่วยเพิ่มความพยายามในการควบคุม ลดอาการ ซึมเศร้า ลดการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นและพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง (Chang et al., 2015)

5) **Family Foundations (FF)** เป็นโปรแกรมที่จัดทำขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่ การเลี้ยงดูบุตร มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูร่วมกัน สำหรับพ่อแม่ที่มีลูกคน แรกที่เพิ่งแต่งงานหรืออยู่กินด้วยกัน เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในการปรับตัวและการรับรู้ ความสามารถของตนเอง เป็นวิธีการที่ส่งผลต่อการปรับตัวของเด็ก โปรแกรมนี้ยังได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อนำไปใช้ในแผนการคลอดบุตรของโรงพยาบาลในท้องถิ่นและเผยแพร่ทางออนไลน์ด้วย (Feinberg et al., 2020)

6) **Parent Management Training Oregon Model (PMTO)** โปรแกรมนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มีประสิทธิภาพในการช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กวัย เรียน โดยฝึกสอนผู้ปกครองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกเพื่อเพิ่มทักษะการเลี้ยงดู ประกอบด้วย การให้กำลังใจ ทักษะการควบคุมและจำกัดพฤติกรรม การติดตาม การแก้ปัญหาและ การมีส่วนร่วมเชิงบวก

7) Incredible Years (IY) เป็นชุดของโปรแกรมการฝึกอบรม 3 โปรแกรมที่แยกจากกัน โดยมีการเชื่อมโยงกันระหว่างผู้ปกครอง เด็ก และครู โปรแกรมนี้เหมาะกับเด็กที่มีอายุ 0-12 ปี ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โปรแกรมถูกออกแบบมาเพื่อให้ผู้ปกครองและครูค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและป้องกันปัญหาพฤติกรรมในเด็ก ผู้ปกครองจะได้เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ เช่น การเล่นผ่านการมีส่วนร่วม เทคนิคการเสริมแรงเชิงบวก เช่น การยกย่องและการชมเชย และเทคนิคการฝึกวินัยโดยไม่ใช้ความรุนแรง เช่น การจำกัดพฤติกรรมและการเพิกเฉย ผู้ปกครองจะได้รับคำแนะนำให้เปลี่ยนความสนใจจากพฤติกรรมเชิงลบเป็นพฤติกรรมเชิงบวก เพื่อหลีกเลี่ยงปฏิสัมพันธ์ที่บีบบังคับและเพิ่มปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็ก (Overbeek et al., 2021)

8) Multisystemic Therapy (MST) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 11-17 ปี ที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมอย่างรุนแรง (Henggeler & Schaeffer, 2016) เป็นการบำบัดแบบผสมผสานหลายระบบ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป้าหมายของโปรแกรม คือ การลดพฤติกรรมเกเรของเยาวชนและเสริมศักยภาพผู้ปกครองด้วยทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดการพัฒนาการทางสังคมและเยียวยาจิตใจของเยาวชนเพื่อให้ปรับตัวอยู่ในสังคมได้ดีขึ้น

9) New Beginnings Program (NBP) โปรแกรมนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการปรับตัวหลังการหย่าร้าง เหมาะสำหรับครอบครัวและเด็ก อายุ 3 ถึง 18 ปี ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการหย่าร้างและการแยกทาง เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัจจัยที่อาจทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็ก และเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะด้านระเบียบวินัย ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก เพิ่มคุณภาพการเลี้ยงดู เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งลดความขัดแย้งระหว่างผู้ปกครองของเด็ก ลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ปกครอง (Tein et al., 2018)

10) Parent Child Interaction Therapy (PCIT) เป็นโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่มีประสิทธิภาพมาก เหมาะสำหรับเด็กอายุ 2-8 ปี ที่มีปัญหาพฤติกรรม (Gross et al., 2019) โปรแกรมนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีความผูกพันและพฤติกรรม เป็นการเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กและสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กลดลง

11) Parent Corps (PC) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยการเสริมสร้างพฤติกรรมเชิงบวกโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครู ซึ่งมีการพัฒนาเพื่อส่งมอบในโรงเรียนและจัดทำโปรแกรมสำหรับครูชั้นอนุบาล เน้นที่การฝึกกิจวัตรประจำวันผ่านการเล่นที่เด็กเป็นผู้กำหนด ใช้การเสริมแรงเชิงบวกเพื่อเพิ่มการปฏิบัติตาม เพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่

เหมาะสมของเด็ก (Lochman et al., 2017) โปรแกรมนี้มีผลในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้

12) Parents as Teachers (PAT) เป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อดูแลมารดา ตั้งแต่อ่อนคลอดหรือตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ปี ผ่านการเยี่ยมบ้าน มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร เช่น แนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวก ความรู้ด้านพัฒนาการของเด็ก การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กที่พัฒนาการล่าช้าและมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ลดการทารุณกรรมและการทอดทิ้งเด็กและเพิ่มความพร้อมในการเข้าโรงเรียน ผลลัพธ์ของโปรแกรมช่วยเพิ่มทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็ก พัฒนาการทางด้านความคิด การสื่อสารและสังคมของเด็ก ลดปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และปัญหาด้านพัฒนาการของเด็ก

13) Promoting First Relationships (PFR) โปรแกรมนี้ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก ผ่านการจัดการรายกรณี (Oxford et al., 2020) เหมาะกับผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปีหรือต่ำกว่า มีเป้าหมายมุ่งเน้นไปที่การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และความต้องการทางอารมณ์ของเด็ก เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์และไว้วางใจได้ระหว่างผู้ดูแลและเด็ก ช่วยให้เกิดความเข้าใจและเข้าถึงอารมณ์ของเด็กได้มากขึ้น ซึ่งเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดีจากผู้ใหญ่จะได้รับประสบการณ์ที่ดีซึ่งนำไปสู่การปรับตัวโดยรวมที่ดีขึ้นและมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Perry & Conners-Burrow, 2016)

14) Safe Care Program (SCP) เป็นโปรแกรมฝึกทักษะด้านพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี มีทักษะในการดูแลเด็ก ประกอบด้วย การฝึกอบรมทักษะที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพ่อแม่และลูก การดูแลความปลอดภัยในบ้านเพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจและการทำให้เด็กมีความสุขแข็งแรง (Guastaferrero & Lutzker, 2022)

15) Strengthening Families Program (SFP) เป็นโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรม (Kumpfer & Brown, 2019) ช่วยฝึกทักษะชีวิตและการป้องกันการใช้สารเสพติดของเยาวชนในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันตั้งแต่อายุ 0-17 ปี รูปแบบของการฝึกอบรมเป็นแบบกลุ่มครอบครัว ช่วยเสริมสร้างครอบครัวให้เข้มแข็ง มีเป้าหมายโดยรวม คือ ลดความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม (Broning et al., 2017) เพื่อป้องกันการกระทำผิดของเด็กและวัยรุ่นในการใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว

16) Strong African American Families (SAAF) โปรแกรมนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวแอฟริกันอเมริกัน โดยการเสริมสร้างความสัมพันธ์ กระบวนการเลี้ยงดูบุตร และความสามารถของเยาวชน เหมาะสำหรับผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุ 10-

14 ปี เน้นการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในครอบครัว (Barton et al., 2018)

17) Triple P-Positive Parenting Program เป็นโปรแกรมการเลี้ยงดูที่มีเป้าหมายหลักในการเพิ่มความรู้ ทักษะและความมั่นใจของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็ก ลดความชุกของปัญหาสุขภาพจิต อารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น เป็นมาตรการการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสังคม อารมณ์และพฤติกรรมในเด็ก (Sanders et al., 2014)

18) Combined Parent- Child Cognitive-Behavioral Therapy เป็นโปรแกรมเพื่อบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบผสมผสานสำหรับผู้ปกครองและเด็ก เหมาะสำหรับเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกายหรือครอบครัวที่เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายเด็ก (Kjobli et al., 2013) มีเป้าหมายเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-17 ปี ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการทางอารมณ์ของเด็ก และเสริมสร้างทักษะในการจัดการอารมณ์ของผู้ปกครอง รวมถึงทักษะการรับมือแบบปรับตัว และลดความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย

19) Hitkashrut เป็นโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การกำกับดูแลตนเองและลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กก่อนวัยเรียน เหมาะสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม (Somech & Elizur, 2012) เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย สุขภาพจิตศึกษา การสนทนากลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติและการบ้าน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับลูกด้วยเวลาที่มีคุณภาพ ทักษะการสื่อสารระหว่างพ่อแม่และลูก การจัดการพฤติกรรม ระเบียบวินัย ความสามารถในการควบคุมตนเองและทักษะการสื่อสาร

5.2 โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทยมีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่ได้รับการพัฒนาและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่

1) โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training Program) ที่พัฒนาขึ้นโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ โดยการรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์จากการทำโปรแกรม ตั้งแต่ปี 2543 จนถึงปัจจุบัน เน้นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมองการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อตนเองต่อตัวเด็กและปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training Program) พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี 3 ด้าน ได้แก่

1.1) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยให้ความสำคัญกับผู้ปกครองที่เข้าร่วมการอบรมเป็นศูนย์กลาง เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และ

สังเคราะห์ความรู้ใหม่ จากการนำประสบการณ์และการเรียนรู้เดิมของผู้ปกครองที่เข้ารับการฝึกอบรม มาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้แสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเกิด การเรียนรู้ร่วมกันด้วยการสะท้อนและแลกเปลี่ยนความคิด ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ จาก ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน ประสานให้เป็นความคิดรวบยอดและประยุกต์ใช้แนวคิดโดยนำการ เรียนรู้ใหม่ที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง

1.2) แนวคิดจากทฤษฎีพฤติกรรมนิยม การเรียนรู้ที่เชื่อว่าการแสดงออกทาง พฤติกรรมเกิดจากการวางเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งจากสิ่งเร้า เงื่อนไข และจากการผ่านตัวแบบ ซึ่ง การเสริมแรงก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการเสริมสร้างและปรับพฤติกรรม โดย หากผู้แสดงพฤติกรรมพอใจในผลของพฤติกรรมนั้นๆ จะมีผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกมามีเพิ่มมากขึ้น หรือหากผู้แสดงพฤติกรรมไม่พอใจในผลพฤติกรรมดังกล่าว อาจทำให้พฤติกรรมนั้นๆ ลดลง

1.3) แนวคิดจากทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (group process) ให้ความสำคัญกับ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิด โอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก ระบายความทุกข์ มีการให้ การรับ การแบ่งปัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน จนก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น เน้นการปรับเปลี่ยนตนเองก่อนและสามารถแบ่งปันความรู้ เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริม กำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง มีแผนการสอน ทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติ มีกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง รวม 3 สัปดาห์ติดต่อกันไป และในแต่ละครั้ง ผู้ปกครองจะได้รับความรู้ตามใบความรู้ของเนื้อหาครั้ง นั้นๆ มีการฝึกปฏิบัติ กรณีศึกษาตัวอย่างตามใบงานและการฝึกปฏิบัติกับเด็กในความดูแลของตนเอง ต่อที่บ้าน โดยให้ใบงานแก่ผู้ปกครองเด็กเพื่อกลับไปทบทวนที่บ้านในแต่ละครั้ง และเว้นระยะเวลาให้ ผู้ปกครองนำกลับไปทดลองใช้เทคนิคต่างๆ ที่ได้เรียนรู้กับเด็กสมาชิกที่อยู่ในความดูแลของตนเอง เมื่อมีการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปต้องส่งใบงาน นำเสนอในกลุ่มและให้กลุ่มช่วยกันหาคำตอบในประเด็นที่ไม่ สามารถทำได้ ทั้งนี้วิทยากรจะเป็นผู้สรุปสาระสำคัญให้แก่ผู้ปกครองรับฟังอีกครั้ง ซึ่งมีแผนการสอน ดังนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม 2) ทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร 3) เทคนิคการชม 4) เทคนิคการให้รางวัล 5) เทคนิคการลงโทษ 6) เทคนิคการทำตารางให้คะแนน และ 7) การฝึกใช้ วิธีการปรับพฤติกรรม เพื่อประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน

ในประเทศไทยมีการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training Program) ที่พัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์

พรนภดล และคณะ ไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าให้ผลลัพธ์ในเชิงบวก เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง โดยการศึกษาของ Chamaiporn Jansiri (2010) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลลำปาง ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คะแนนพฤติกรรมรุนแรงของเด็กสมาธิสั้นลดลง และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavita Chongsuksiri et al. (2019) ซึ่งได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีพฤติกรรมสมาธิสั้นและ/หรือต่อต้าน ระยะยาว 6 เดือนและ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครอง เด็กมีระดับความรุนแรงด้านพฤติกรรมสมาธิสั้นต่อต้านและความบกพร่องทางหน้าที่โดยรวมลดลง ผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวต่อเด็กเหมาะสมมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยผลที่ได้ยังคงอยู่เมื่อติดตามที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม และถึงแม้การฝึกอบรมผู้ปกครองจะเป็นการรักษาอันดับแรก ที่แนะนำโดยแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับเด็กสมาธิสั้น แต่ยังมีผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้เต็มหลักสูตร ในปี 2562 จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก ชื่อโปรแกรมว่าเน็ตปาม่า (Internet-based parent management training program: Net PAMA) โดยพัฒนาและออกแบบเนื้อหาหลักสูตรให้เป็นการเรียนรู้แบบออนไลน์ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและช่วยให้ผู้ปกครองในชนบทเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรมและเทคนิคการเลี้ยงลูกเชิงบวกได้อย่างไม่มีข้อจำกัด แต่จากการลงสำรวจปัญหาการใช้งานโปรแกรมในพื้นที่ชนบท พบว่า ผู้ปกครองในชนบทยังมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงและใช้งานโปรแกรมได้อย่างเต็มที่ จึงได้มีการฝึกอบรมโปรแกรมนี้ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู เพื่อนำโปรแกรมนี้ไปฝึกอบรมให้แก่ผู้ปกครองในชนบทซึ่งมีบริบทแตกต่างกัน เป็นการขยายโอกาสให้ผู้ปกครองกลุ่มขาดโอกาส ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

2) โปรแกรมการเลี้ยงดูเชิงบวก Triple-P (Preschool Parenting Program)

โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Preschool Parenting Program; Triple-P) เป็นโปรแกรมสำหรับให้ความรู้ คำปรึกษา สอน สาธิตให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ให้มีความรู้และทักษะ โดยผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ตรง ในกลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นสนับสนุนการทำงานของสมองเพื่อให้เด็กสามารถยับยั้ง ควบคุมพฤติกรรมได้ (ชุมศิริ ตันติธรรมา, 2559) โดยมีเนื้อหาสำคัญ ประกอบด้วย พัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การสร้างความผูกพันเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู การสร้างวินัยเชิงบวกและการเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกนี้ ดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิด

Triple-P (Preschool Parenting Program) มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดู สอนทักษะวิธีการเสริมแรงเชิงบวกแก่ผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก ผ่านการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการและการปรับพฤติกรรม จัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการเสริมพลัง เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกให้เด็กปฐมวัยเบื้องต้นที่บ้านได้ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ใช้การตั้งประสบการณ์ตรงจากผู้ปกครองมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อปรับทัศนคติและเสริมสร้างทักษะให้ผู้ปกครองนำไปใช้ในการเลี้ยงดูเด็ก ให้เก่งดีและมีความสุข โดยส่งเสริมให้เด็กได้เล่นตามหลักพัฒนาการ เน้นการสร้างคามผูกพันทางอารมณ์ ซึ่งการสร้างวินัยเชิงบวกนั้นต้องอาศัยพื้นฐานจากการสร้างความสัมพันธ์ด้านบวก อันมีรากฐานอยู่บนความเข้าใจและเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกไว้วางใจผู้ปกครองและมองการยอมรับของผู้ปกครองว่าเป็นสิ่งที่มีค่า ถ้าเด็กมีความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเชิงบวกและมีการสร้างวินัยอย่างเสมอต้นเสมอปลาย ปัญหาพฤติกรรมก็จะลดลงเรื่อยๆ พร้อมกับสายสัมพันธ์ที่ดีขึ้นเป็นลำดับ อันจะนำมาซึ่งความผูกพันทางใจและส่งผลให้เด็กอยากเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของผู้ใหญ่

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองนั้นมีหลากหลายและสามารถเลือกใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละบุคคลและครอบครัว โดยในแต่ละโปรแกรมนั้นให้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัวและสังคม สิ่งสำคัญในโปรแกรมคือการมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองได้ดึงศักยภาพของตนเองออกมาเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของบุตรหลานอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขแล้วยังช่วยลดความทุกข์ใจของผู้ปกครองได้อีกด้วย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แผนการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดำเนินการทดลองที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃	-	O ₄

โดย X หมายถึง โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

O₁ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

O₂ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง

O₃ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถานที่

คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม DSM-5 ว่าเป็นสมาธิสั้น (ระบุรหัสโรคเป็นรหัส F90.0-90.9) ที่พาเด็กสมาธิสั้นเข้ามารับบริการรักษาที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้น (เด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6 - 12 ปี) โดยที่ผู้ปกครองที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างใดๆ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination) หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองเมื่อเสร็จสิ้นจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER 3.1.9.4 จากผลการวิจัยที่ใกล้เคียงของภาวิตา จงสุขศิริและคณะ ที่ได้ศึกษาผลการติดตามเป็นระยะ 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน (Pavita Chongsuksiri et al., 2019) โดยการคำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ 0.9 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) เท่ากับ 0.90 และกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การวิจัยถึงทดลองที่ทำความผิดพลาดในการศึกษาน้อยที่สุดและคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมกับการวิเคราะห์ผลการวิจัยเมื่อเกิดการสูญหาย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน (ร้อยละ 15) รวมเป็น 50 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า

- 1) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้นที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างใดๆ
- 2) ผู้ปกครองไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองด้านพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น
- 3) สามารถอ่านเขียนได้ สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
- 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก

- 1) ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-12 ปี โดยที่เด็กสมาธิสั้นนั้นเป็นเด็กนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนที่มีครูเคยผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเด็กและเคยได้รับการปรับพฤติกรรมจากครู
- 2) ผู้ปกครองที่ไม่สามารถดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องหลังเข้าร่วมโปรแกรมได้ในระยะเวลา 2 เดือนขึ้นไป เช่น ต้องไปทำงานต่างจังหวัด ไม่สามารถใช้ทักษะและเทคนิคการปรับพฤติกรรมดูแลบุตรหลานได้
- 3) ผู้ปกครองเจ็บป่วยมีปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรม เช่น มีความเจ็บป่วยทางกาย มีอาการทางจิตหรือมีการใช้สารเสพติด

เกณฑ์การยุติการศึกษา

- 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการทดลอง
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป (กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมแล้ว 1 ครั้ง แต่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งถัดไป สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อรายงานผลในการวิจัยครั้งนี้)
- 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดขึ้นในระหว่างการทบทวนวิจัย

การดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเข้ากลุ่มตัวอย่าง เป็นลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- 2) ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 3) ทำการคัดเลือกเด็กสมาธิสั้นเข้ากลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 คน และศึกษาประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- 4) ติดต่อกลุ่มตัวอย่างตามเบอร์โทรศัพท์จากประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบให้ติดตามกลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่ในประวัติเวชระเบียน และแจ้งช่องทางการติดต่อที่สะดวกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้วิจัยติดต่อกลับได้

5) ผู้วิจัยพบผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สร้างสัมพันธภาพ พุดคุย แนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้ง การพิทักษ์สิทธิของเด็กและผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล จากนั้นให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นลงนามในแบบฟอร์มเพื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมแจ้งตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการวิจัย

6) สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากเพื่อ คัดเลือกกลุ่มที่เป็นตัวแทนโดยมีการสุ่ม ดังนี้

6.1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ทุกคน โดยใช้รายชื่อประชากรกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมดในระบบเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จากนั้นทำเลขกำกับรายชื่อทั้งหมด ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

6.2) นำหมายเลขประจำตัวของประชากรกลุ่มตัวอย่าง มาจัดทำเป็นสลาก โดยทำสลากหมายเลขแล้วจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement)

7) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เลือกวันและเวลาที่ตนเองสะดวก ตามวันและเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด จากนั้นผู้วิจัยให้ตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการ วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือ ดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร หลานในครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งหมด โรคประจำตัวของผู้ปกครอง ส่วนข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการรักษา ลำดับการเป็นบุตรของบิดามารดา และอายุเมื่อได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นครั้งแรก

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุกัลยา สว่างและคณะ ซึ่ง ฌภักวรรต บัวทองและณัฏฐร พิทย รัตน์เสถียร ได้ทำการปรับปรุงสรุพนามและข้อความในบางข้อ โดยได้รับการอนุญาตในการ ดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามจากผู้พัฒนาเพื่อนำไปใช้ในการวิจัย (Rattanaoporn Chootong & Pakawat Wiwattanaworaset, 2019) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ไม่ตรงกับฉันเลย	เท่ากับ 0 คะแนน
ตรงกับฉันบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย	เท่ากับ 2 คะแนน
ตรงกับฉันมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด	เท่ากับ 3 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน โดยแบ่งเป็น

ด้านภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย	คำถามข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
ด้านภาวะวิตกกังวล ประกอบด้วย	คำถามข้อ 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
ด้านความเครียด ประกอบด้วย	คำถามข้อ 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

การแปลผล (รัตนารณ ชูทอง et al., 2562)

ระดับ	ความซึมเศร้า	ความวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ (Normal)	0 - 4	0 - 3	0 - 7
ระดับต่ำ (Mild)	5 - 6	4 - 5	8 - 9
ระดับปานกลาง (Moderate)	7 - 10	6 - 7	10 - 12
ระดับรุนแรง (Severe)	11 - 13	8 - 9	13 - 16
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely Severe)	>14 +	>10 +	>17 +

3. แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Family relationship questionnaire)

เครื่องมือวิจัยนี้ นำมาจากแบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของ ดารุณี งามคำ (Darunee Ngamkum, 2013) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

สม่ำเสมอ	เท่ากับ 5 คะแนน
บ่อย/เกือบทุกโอกาส	เท่ากับ 4 คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
นานๆครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยเลย	เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผล โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวโดยพิจารณาค่าเฉลี่ย (Darunee Ngamkum, 2013) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความสัมพันธ์การในครอบครัวในระดับต่ำ

4. แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire)

พัฒนาโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล ใช้วัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง (Pornnoppadol, 2023) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ทำสม่ำเสมอ	เท่ากับ 3 คะแนน
ทำบ้าง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่ค่อยทำ	เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	เท่ากับ 0 คะแนน

จากนั้นจะรวมคะแนนทั้งหมด และจำแนกระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับน้อย	คือ 0-32 คะแนน
ระดับปานกลาง	คือ 33-40 คะแนน
ระดับมาก	คือ 41-48 คะแนน

5. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (Modified IOWA Conners rating scale)

ใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองฉบับภาษาไทย ของรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ แบบประเมินนี้ใช้สำหรับคัดกรองโรคสมาธิสั้น ตื้อต่อต้านและติดตามผลการรักษาในเด็กอายุ 5-12 ปี โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเด็กด้วยตนเอง (self-report) ในการแปลผลสามารถแยกคะแนนออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสมาธิสั้นอยู่ไม่นิ่งและด้านตื้อต่อต้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมอยู่ไม่สุข สมาธิสั้น 5 ข้อ และพฤติกรรมตื้อต่อต้าน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ไม่ทำเลย	เท่ากับ 0 คะแนน
ทำเล็กน้อย	เท่ากับ 1 คะแนน
ทำค่อนข้างมาก	เท่ากับ 2 คะแนน
ทำมาก	เท่ากับ 3 คะแนน

การแปลผลแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ใช้คะแนนรวมทั้งหมด คะแนนรวมทั้งหมด 0-30 คะแนน โดยคะแนนที่ลดลงหมายถึงพฤติกรรมที่ลดลง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ (Chanvit Pornnoppadol, 2023) ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรทักษะการเป็นวิทยากรการเลี้ยงดูเชิงบวกด้วยหลักสูตรเน็ตป้าม้า รุ่นที่ 5 เมื่อวันที่ 21-23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กให้แก่ผู้ปกครอง และได้ดำเนินการขออนุญาตเพื่อนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของโปรแกรมแต่ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกอบรมจากรูปแบบออนไลน์เป็นรูปแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก 2) เทคนิคการสื่อสาร 3) เทคนิคการชม 4) เทคนิคการให้รางวัล 5) เทคนิคการลงโทษ และ 6) เทคนิคการทำตารางให้คะแนน ดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที รวม 6 สัปดาห์ติดต่อกัน

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมโดยยึดหลักสำคัญของโปรแกรม คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปกครองภายในกลุ่ม มีกระบวนการเป็นผู้ประสานงานและคอยช่วยเหลือ สร้างบรรยากาศแห่งความเคารพในความคิดเห็นที่แตกต่างอย่างเท่าเทียม ถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเชิงบวกให้ผู้ปกครองค่อยๆ เรียนรู้ไปที่ละเทคนิค เริ่มจากเทคนิคพื้นฐานไปจนถึงการประยุกต์ใช้ทุกเทคนิคร่วมกัน ผู้ปกครองจะได้ฝึกทักษะที่หลากหลายมากขึ้น ได้แก่ วิถีทัศน์ให้ความรู้ กรณีศึกษา แบบฝึกหัดและเกมกิจกรรม ผู้ปกครองสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ปกครองท่านอื่นๆ ภายในกลุ่ม มีการบ้านให้ได้ลองนำสิ่งที่เรียนรู้กลับไปใช้ฝึกฝนที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กด้วยเทคนิคเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง เป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก พัฒนาขึ้นโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเพื่อนำโปรแกรมมาใช้ในการทำวิจัย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของโปรแกรมแต่ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกอบรมจากรูปแบบออนไลน์เป็นรูปแบบของการฝึกอบรมผู้ปกครองในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (Depression anxiety stress scale: DASS-21) เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดยสุกัลยา สว่างและคณะ ซึ่งณ ภัทรวรรต บัวทอง และณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร ได้ทำการปรับปรุงสรุพนามและข้อความในบางข้อ

และได้รับการอนุญาตในการดำเนินการปรับปรุงข้อความจากผู้พัฒนา เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยชุมชน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และความเครียด เท่ากับ 0.69

2. แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Family relationship questionnaire) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันในลักษณะของความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวระหว่างผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักกับเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยนำมาจาก แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของ ดารุณี งามขำ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (Darunee Ngamkum, 2013) ซึ่งนำมาจาก จริยญา แก้วสกุลทอง (2552) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

3. แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire) พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล ใช้วัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

4. แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (Modified IOWA Conners rating scale) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองฉบับภาษาไทย ดัดแปลงมาจาก IOWA Conners rating scale ของ Loney and Milich แบบประเมินนี้แปลเป็น ภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ใช้สำหรับคัดกรองโรคสมาธิสั้น ต่อดื้อตื้อและติดตามผลการรักษาในเด็กอายุ 5-12 ปี ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเด็กด้วยตนเอง (self-report) การแปลผลสามารถแยกคะแนนออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านสมาธิสั้นอยู่ไม่นิ่งและด้านดื้อตื้อหรือแปลผลโดยใช้คะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนที่ลดลงหมายถึงอาการที่ลดลง แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.863



สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ด้วยการนำแบบประเมินไปทดสอบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ระดับ 0.7 ขึ้นไป (Burns et al., 2005) ดังนี้

แบบประเมิน	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient)
การเลี้ยงดูเชิงบวก	.961
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะเครียด	.852
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะวิตกกังวล	.837
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะซึมเศร้า	.906
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	.939
พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	.890

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยเข้ารับการฝึกอบรมทักษะกระบวนการผ่านโปรแกรมเน็ตป้าม้าจากรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนพดลและคณะ ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมเน็ตป้าม้า (Internet - based parent management training program: Net PAMA) และฝึกทำกลุ่มร่วมกับจิตแพทย์เด็กและผู้เชี่ยวชาญในด้านการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น
- 3) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมเน็ตป้าม้าและนักจิตวิทยาจำนวน 2 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลและปรับพฤติกรรมเด็กเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ช่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและการช่วยทำกลุ่มร่วมกับผู้วิจัย โดยก่อนดำเนินงานจริงผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย และเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมแต่ละครั้ง ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้

4) หลังจากได้รับการอนุมัติการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่จะดำเนินการทำวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

5) หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) และทดสอบเครื่องมือก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

6) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของเด็กและผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล จากนั้นให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

7) การวางแผนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองเมื่อเสร็จสิ้นจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยขออนุญาตทางหนังสือและทางโทรศัพท์แจ้งรายละเอียด และเรียนเชิญผู้ปกครองมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัยเพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ

2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3) เมื่อผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง และดำเนินการให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง

4) กลุ่มควบคุมจะได้รับการให้บริการดูแลตามปกติของคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คือ กิจกรรมการพยาบาลที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจัดบริการให้กับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง โดยเป็นการให้ความรู้รายบุคคลสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา และให้การปรึกษารายบุคคลในการปรับพฤติกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดปัญหา

ตามที่คุณปกครองร้องขอตามสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การชักประวัติเพื่อประเมินปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) การฝึกเทคนิคการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เช่น การฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ (Breathing Exercise) แก่เด็กสมาธิสั้นและคุณปกครอง พร้อมทั้งการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

5) ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมิน แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของคุณปกครอง แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวกและประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ส่งคืนผู้วิจัยเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยขออนุญาตคุณปกครองทางหนังสือและทางโทรศัพท์แจ้งรายละเอียดและเรียนเชิญคุณปกครองมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัย เพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) ผู้วิจัยพบคุณปกครองเด็กสมาธิสั้น แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้คุณปกครองทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากไม่สมัครใจและสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและคุณปกครองได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ

3) เมื่อคุณปกครองกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคุณปกครองและเด็กสมาธิสั้น ส่วนผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลแบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของคุณปกครอง แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินทดลอง พร้อมทั้งนัดวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม

4) กลุ่มทดลองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการฝึกอบรมคุณปกครอง โดยคุณปกครองสามารถเลือกเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่คุณปกครองสะดวก ตามตารางที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ (ภาคผนวก ก)

5) หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการประเมินผลแบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของคุณปกครอง แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จากนั้นให้ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลความเรียบร้อยของแบบประเมิน แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 330-300/2566 ในวันที่ 25 ส.ค. 2566 และผ่านการพิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัยในโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยพร้อมทั้งสอบถามความสนใจจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับการยินยอมและได้รับอนุญาตจากผู้ที่มีอำนาจในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ใบบินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากโครงการวิจัยสามารถกระทำได้อย่างปลอดภัยโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

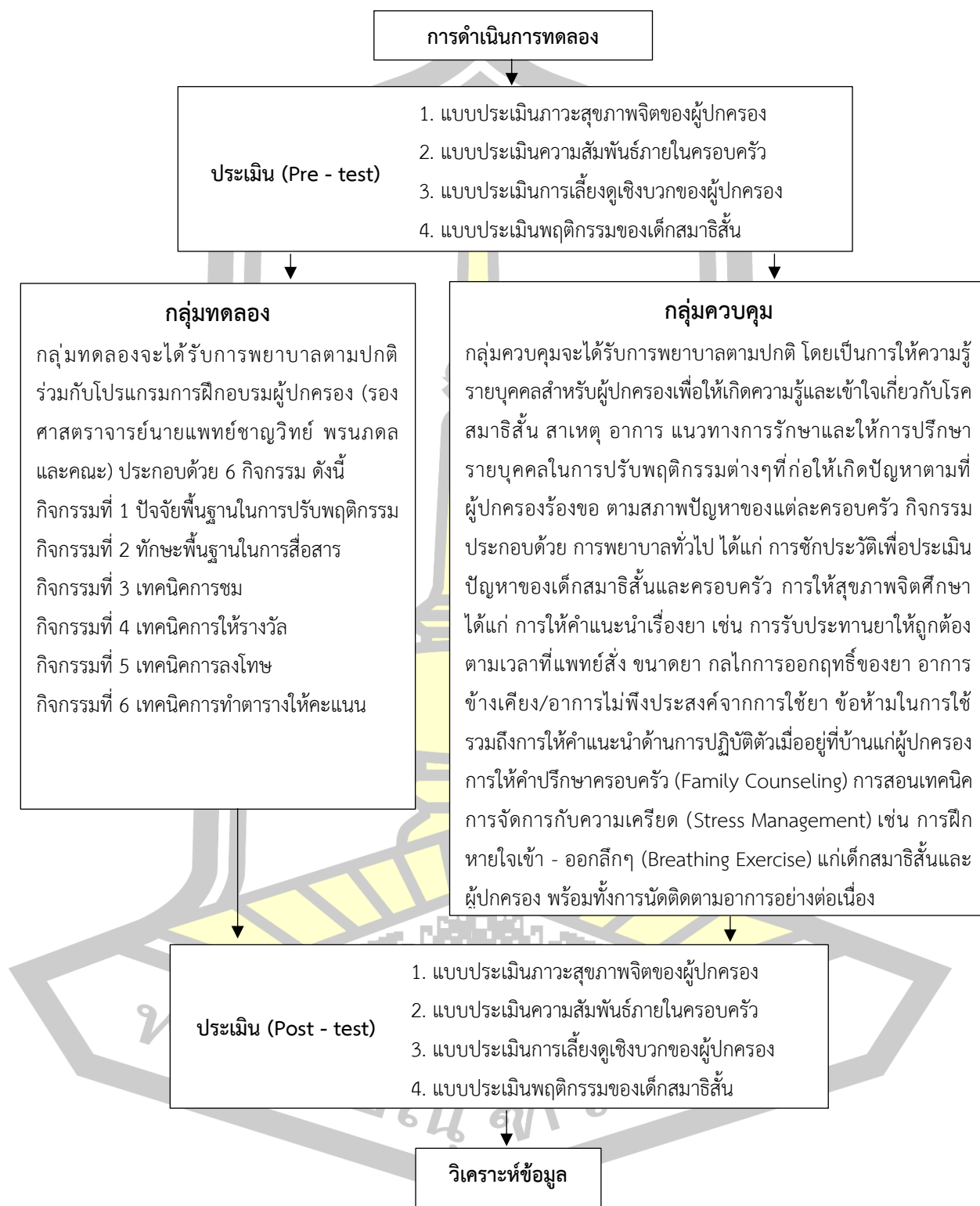
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
2. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวก และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวก และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

พูน ปณ จิตโต ชีเว

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แผนการวิจัย สองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนด้านภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกและพฤติกรรมของเด็ก สมมติฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็ก สมมติฐาน (อายุ 6-12 ปี) ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่เข้ามารับบริการรักษาที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน โดยมีการวัดค่าคะแนนเฉลี่ย ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และ พฤติกรรมของเด็กสมมติฐานก่อนและหลังการทดลอง สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมมติฐาน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตรหลานในครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งหมด ระยะเวลาในการดูแล และโรคประจำตัวของผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมมติฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ เป็นบุตร ลำดับที่เท่าไรของบิดามารดา การรักษาในปัจจุบัน การวินิจฉัยครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไรและ ระยะเวลาในการรักษา

ตอนที่ 3 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย

4.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก และด้านพฤติกรรมเด็ก ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก และด้านพฤติกรรมเด็ก หลัง เข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แยกตามข้อมูลส่วนบุคคลได้ดังนี้ ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 76.00 และ 80.00 ตามลำดับ โดยอายุของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-39 ปี และ 40-49 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.00 ในขณะที่ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.00 ระดับการศึกษาพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับอนุปริญญา/ป.ว.ส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.00 และในกลุ่มควบคุมผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.00 ด้านอาชีพของผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.00 แต่ในกลุ่มควบคุมผู้ปกครองมีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 32.00 รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.00 และ 60.00 ตามลำดับ ด้านความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่าผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นคือเป็นบิดามารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.00 และ 56.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนบุตรหลานในครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งหมดจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.00 และ 44.00 ตามลำดับระยะเวลาที่ผู้ปกครองดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13-24 เดือนคิดเป็นร้อยละ 56.00 และ 52.00 ตามลำดับ และผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.00 และ 64.00 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่า ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและควบคุม มีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ดังแสดงในตารางที่ 1

พูน ปณ จิต ชเว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตรหลานในครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งหมด และโรคประจำตัวของผู้ปกครอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ^a					.117	.733
ชาย	6	24.00	5	20.00		
หญิง	19	76.00	20	80.00		
อายุ (ปี)^a					.168	.983
20-29 ปี	5	20.00	6	24.00		
30-39 ปี	7	28.00	7	28.00		
40-49 ปี	7	28.00	6	24.00		
50-59 ปี	6	24.00	6	24.00		
Mean=2.52, SD=1.092, Max=56, Min=25						
ระดับการศึกษา^b					1.431	.906
ประถมศึกษา	3	12.00	3	12.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	8.00	4	16.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	5	20.00	3	12.00		
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	8	32.00	7	28.00		
ปริญญาตรี	7	28.00	8	32.00		
อาชีพ^b					4.303	.378
เกษตรกร	3	12.00	8	32.00		
ค้าขาย	7	28.00	5	20.00		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	16.00	4	16.00		
แม่บ้าน	2	8.00	0	00.00		
รับจ้าง	9	36.00	8	32.00		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้/เดือน^a					2.010	.366
5,000-10,000 บาท	6	24.00	7	28.00		
10,001-15,000 บาท	12	48.00	15	60.00		
15,001-20,000 บาทขึ้นไป	7	28.00	3	12.00		
Mean=1.66, SD=.798, Max=5,000, Min=35,000						
ความสัมพันธ์กับเด็ก^b					1.679	.846
บิดา/มารดา	16	64.00	14	56.00		
ปู่/ย่า - ตา/ยาย	6	24.00	8	32.00		
ลุง/ป้า - น้ำ/อา	3	12.00	3	12.00		
จำนวนบุตรหลานในครอบครัว^b					.634	.824
ที่ต้องดูแลทั้งหมด						
1 คน	13	52.00	15	44.00		
2 คน	10	40.00	9	40.00		
3 คน	2	8.00	1	16.00		
Mean=1.50, SD=.614						
ระยะเวลาที่ดูแล^a					.128	.938
น้อยกว่า 12 เดือน	5	20.00	6	24.00		
13 - 24 เดือน	14	56.00	13	52.00		
25 - 36 เดือน	6	24.00	6	24.00		
Mean=2.02, SD=.685						
โรคประจำตัวของผู้ปกครอง^a					3.947	.047
มี	3	12.00	9	36.00		
ไม่มี	22	88.00	16	64.00		

a=Chi-Square, b=Fisher's Exact Test

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการรักษา ^a					.642	.860
0-1 ปี	8	32.00	9	36.00		
2-3 ปี	12	48.00	13	52.00		
4 ปีขึ้นไป	5	20.00	3	12.00		
Mean=1.64, SD=.693, Max= 1, Min=4						
บุตรลำดับที่เท่าไร (ของบิดา มารดา) ^b					.674	.972
1	8	32.00	6	24.00		
2	9	36.00	11	44.00		
3	2	8.00	2	8.00		
ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดา	6	24.00	6	24.00		
Mean=.80, SD=.808						
การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ปี) ^a					.110	.946
6-7 ปี	12	48.00	11	44.00		
8-9 ปี	7	28.00	8	32.00		
10-12 ปี	6	24.00	6	24.00		
Mean=7.68, SD=1.100						

a=Chi-Square, b=Fisher's Exact Test



ตอนที่ 3 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติเป็นสิ่งสำคัญ ก่อนจะทดสอบสมมติฐานตัวแปรใด ต้องดำเนินการตรวจสอบก่อนว่าตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงปกติหรือไม่ ถ้าพบว่าตัวแปรที่จะทดสอบสมมติฐานนั้นมีการแจกแจงไม่ปกติ จะต้องใช้สถิติ nonparametric ที่มีอำนาจการทดสอบต่ำมาทดสอบแทน ซึ่งอาจทำให้ความสามารถในการระบุความแตกต่างของการเปรียบเทียบน้อยลง ส่งผลให้ผลสรุปผิดพลาดได้ (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2564) แต่ถ้าพบว่าตัวแปรที่จะทดสอบสมมติฐานนั้นมีการแจกแจงปกติ จึงจะสามารถใช้สถิติ parametric ทดสอบสมมติฐานได้ วิธีการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติมีหลายวิธี ในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล วิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด ได้แก่ การทดสอบ Shapiro-Wilk, การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov, การทดสอบ Skewness & Kurtosis, Histograms, Box Plot, P-P Plot, Q-Q Plot, Mean and SD (Mishra et al., 2019) ซึ่งการวิจัยนี้ได้ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Histograms พบว่า ลักษณะกราฟของตัวแปรทุกตัว มีการกระจายแบบปกติ จุดที่มีความสูงที่สุดคล้ายระฆังคว่ำ ข้อมูลส่วนมากเข้าใกล้ศูนย์กลางและมีการกระจายออกด้านซ้ายและขวาอย่างสมมาตร แสดงถึงกระบวนการมีเสถียรภาพอยู่ในมาตรฐานที่กำหนดเป็นส่วนมาก มีความผันแปรเล็กน้อย ซึ่งไม่มีผลต่อคุณภาพการทดสอบ

จากการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยกว่า 50 หน่วย ผลการทดสอบในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านความเครียด ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ในขณะที่ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และการเลี้ยงดูเชิงบวกนั้นมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ส่วนหลังการทดลองนั้น พบว่า ตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติ ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านความเครียด และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ในขณะที่ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นนั้นมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ส่วนผลการทดสอบในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองตัวแปรในกลุ่มควบคุมที่มีการแจกแจงแบบปกติ ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านภาวะวิตกกังวล ด้านภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ในขณะที่ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านความเครียดและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นนั้นมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ส่วนหลังการทดลองนั้น พบว่า ตัวแปรในกลุ่มควบคุมที่มีการแจกแจงแบบปกติ ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านภาวะวิตกกังวล ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ในขณะที่ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านภาวะซึมเศร้าและด้านความเครียดนั้นมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ และ

ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Skewness & Kurtosis เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n < 50$) ค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง ± 1.96 (Mishra et al., 2019) พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ (ภาคผนวก ข)

จะเห็นได้จากการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Skewness & Kurtosis และ Histograms นั้นข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลในการที่ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Parametric ในการการวิจัยครั้งนี้

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย

4.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลอง พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.16 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 ด้านภาวะวิตกกังวล ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.84 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 และด้านภาวะเครียด ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.96 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.32 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.24 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.60 การเลี้ยงดูเชิงบวก ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.44 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.44 และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.16 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.88 เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมเด็ก ในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนในกลุ่มควบคุมภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.64 ด้านภาวะวิตกกังวล ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.08 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.12 และด้านภาวะเครียด ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.20 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.22 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.08 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.20 การเลี้ยงดูเชิงบวก ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.16 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.20 และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.80 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.80 เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์

ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นนั้นพบว่าไม่แตกต่างกัน
ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะ
เครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็ก
สมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มทดลอง							
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง							
ด้านภาวะซึมเศร้า	8.16	3.051	2.44	1.609	24	9.382	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	7.84	3.387	2.12	1.856	24	8.328	.000
ด้านภาวะเครียด	11.96	2.189	5.32	1.621	24	14.862	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	23.24	4.196	38.60	3.342	24	16.409	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	11.44	2.142	32.44	3.629	24	25.614	.000
พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	20.16	3.986	12.88	3.621	24	10.144	.000
กลุ่มควบคุม							
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง							
ด้านภาวะซึมเศร้า	8.60	3.594	8.64	3.390	24	.440	.664
ด้านภาวะวิตกกังวล	6.08	2.753	6.12	2.682	24	1.001	.327
ด้านภาวะเครียด	11.20	2.661	11.28	2.731	24	1.445	.161
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	26.08	6.493	26.20	6.364	24	1.809	.083
การเลี้ยงดูเชิงบวก	11.16	4.516	11.20	4.359	24	.371	.714
พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	21.80	8.471	20.80	4.311	24	.855	.401

พูน ปรณ จิต ชีวะ

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการเปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลอง พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองด้านภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.64 ด้านภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.12 และด้านภาวะเครียดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.32 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.28 ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.60 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.20 ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.44 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.20 และด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.88 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.80

เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า หลังการทดลองภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
หลังการทดลอง							
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง							
ด้านภาวะซึมเศร้า	2.44	1.609	8.64	3.390	24	8.262	.000
ด้านภาวะวิตกกังวล	2.12	1.856	6.12	2.682	24	6.132	.000
ด้านภาวะเครียด	5.32	1.626	11.28	2.731	24	9.375	.000
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	38.60	3.342	26.20	6.364	24	-8.626	.000
การเลี้ยงดูเชิงบวก	32.44	3.629	11.20	4.359	24	-16.900	.000
พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	12.88	3.621	20.80	4.311	24	7.304	.000

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ คะแนนเฉลี่ยด้านภาวะ
 สุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็ก
 สมาริสัน ซึ่งประเมินโดยผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและคะแนนเฉลี่ยด้านการ
 เลี้ยงดูเชิงบวก หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แผนการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ดูแลและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้น (เด็กสมาธิสั้นเป็นเด็กที่มีอายุ 6 - 12 ปี) มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างใดๆ ใดๆ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง และเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก และแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น วิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent sample t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกและด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. คะแนนเฉลี่ยด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประเมินโดยผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นมารดาของเด็ก สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงและมีความเกี่ยวข้องกับเด็กคือเป็นมารดา (Jinnapat Yodkraisri, 2022; Lerdsak Rungmueanporn, 2020; Siebelink et al., 2022) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่า ลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีอิทธิพลกับผลลัพธ์ของการวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง เป็นผลมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ อันสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น และยังมีผลให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นลดลง ซึ่งอธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คะแนนเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตผู้ปกครองดีขึ้น อธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงมาอยู่ในระดับปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้นมีระดับของความเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าความเครียดมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีภาวะเครียด ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกกดดันไม่สบายใจและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีปัญหาการนอน รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะผู้คน ไม่ค่อยมีสมาธิ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวายใจ โดยที่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าเครียดเรื่องอะไรแต่ยังคงทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ อาการเหล่านี้สามารถสังเกตได้ด้วยตัวเอง ทำให้บุคคลสามารถรับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้รวดเร็วกว่าภาวะอื่นๆ หากผู้ดูแลรู้สึกตัวเองไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกกับผิดชอบในการดูแลได้ทุกเรื่อง โดยเฉพาะเมื่อต้องดูแลบุคคลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนร่วมกับมีปัญหาด้านพฤติกรรม อาจส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thitiphan Thaneerat et al. (2016) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์

เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง และภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะผู้ดูแลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การให้ความรู้และส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้

กิจกรรมในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองของการวิจัยนี้ มีแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมจะเป็นการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านประสบการณ์เดิม การสะท้อนคิดซึ่งจะช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้ (Kantarin Srisuwan, 2022) ลักษณะการฝึกอบรมประกอบไปด้วยการบรรยายเนื้อหาความรู้และการฝึกปฏิบัติผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลักในการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ มุมมองความคิดในการเลี้ยงลูกเชิงบวกระหว่างกลุ่มผู้ปกครอง โดยมีกระบวนการคอยช่วยส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ปกครอง การเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นั้นถือเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญของโปรแกรมนี้นี้ และก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ เออร์วิน ดี ยาลอม (Patraporn Tungpunkom, 2014; Yalom, 2005) โดยพบปัจจัยบำบัดที่เกิดชัดเจน ดังนี้

- 1) การเพาะความหวัง (instillation of hope) เกิดขึ้นเมื่อผู้ปกครองเริ่มมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองไม่ได้เลวร้ายอย่างที่คิด ยังมีผู้คนอีกมากมาย อย่างน้อยก็มีสมาชิกในกลุ่มที่มีความลำบากหรือประสบปัญหาในชีวิตที่คล้ายคลึงกับเรา ทำให้ผู้ปกครองเกิดความหวังว่าไม่ได้เผชิญปัญหานี้อยู่คนเดียว แต่เมื่อได้รับฟังเรื่องราวของเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ซึ่งอาจมีปัญหที่คล้ายคลึงหรือมากกว่าของตัวเองและสามารถผ่านปัญหานั้นมาได้ จะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกมีหวัง มีกำลังใจในการพัฒนาตัวเองมากขึ้น เกิดความตระหนักและเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองนั้น เป็นเรื่องปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป
- 2) ความเป็นสากล (universality) เป็นความรู้สึกที่สมาชิกรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองหรือความยุ่งยากในชีวิตที่เกิดขึ้นไม่ใช่สิ่งแปลกประหลาด และไม่ใช่เกิดขึ้นกับตนเองเพียงคนเดียว ปัญหาเหล่านั้นมีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามบริบทของแต่ละบุคคลมีความซับซ้อนรุนแรงแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับมุมมองและทัศนคติของแต่ละบุคคลว่าจะเรียนรู้กับปัญหานั้นๆ แบบไหน
- 3) การให้ข้อมูล (imparting of information) การเข้าร่วมกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่ม มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก โดยข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันนั้นมีประโยชน์อย่างมากเพราะเป็นข้อมูลที่ได้จากบุคคลที่อยู่ภายใต้สถานการณ์คล้ายกัน
- 4) การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ (altruism) เกิดขึ้นเมื่อผู้ปกครองในกลุ่มรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือเป็นประโยชน์หรือบรรเทาปัญหาให้กับสมาชิกในกลุ่มได้ไม่มากนักน้อย ก็จะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นได้ และมีความหวังในชีวิต
- 5) การแก้ไขประสบการณ์เดิมจากครอบครัว (the corrective recapitulation of the primary family group) เป็นปัจจัยบำบัด

ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เมื่อผู้ปกครองเรียนรู้ในสิ่งคาใจที่เกิดจากครอบครัวเดิม ทำให้ปมขัดแย้งที่เก็บไว้ได้รับการแก้ไข 6) การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม (the development of socialization techniques) ผู้ปกครองได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม ได้แก่ การกล่าวทักทาย การกล่าวขอบคุณ การมีมารยาทและรู้กาลเทศะ การเอื้ออาทร ช่วยเหลือกัน การสนทนากัน ให้ความเป็นมิตร การพูดคุยเชิงหยอกล้อกัน ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ 7) พฤติกรรมการเลียนแบบ (imitative behavior) การได้เห็นพฤติกรรมของผู้ปกครองคนอื่น ๆ ในกลุ่ม การพูด การแต่งตัว ตลอดจนวิธีการรับมือกับปัญหาและวิธีการเผชิญหน้ากับสิ่งยุ่งยากหรือความเครียดในชีวิตประจำวัน อาจเป็นต้นแบบให้กับสมาชิกอีกคนหนึ่งในกลุ่มได้ 8) การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal learning) เกิดขึ้นเมื่อผู้ปกครองได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของตน ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่ควรหรือไม่ควรกระทำ การได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกในกลุ่มที่มีต่อตนเองนั้น จะทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นหรือเข้ากับผู้อื่นได้ดีและเรียนรู้ที่จะไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น จนกล้าที่จะบอกเล่าความรู้สึกอัดอั้นตันใจออกมา 9) ความเป็นปึกแผ่น (group cohesiveness) เมื่อผู้ปกครองเริ่มมีความคุ้นเคยกันแล้ว จึงได้พัฒนาเป็นความไว้วางใจ ช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันให้การยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถปรึกษาปัญหาหรือเรื่องส่วนตัวกับผู้ปกครองท่านอื่นๆ ในกลุ่มได้แทบทุกเรื่อง 10) การได้ปลดปล่อยความรู้สึก (catharsis) เมื่อผู้ปกครองได้พูดถึงเรื่องราวที่ตนเองรู้สึกท้อใจ เป็นสิ่งคาใจที่ไม่สามารถจัดการได้และไม่สามารถพูดให้ใครฟังได้ ทำให้เกิดการปลดปล่อยอารมณ์และความรู้สึกร่วมที่ท่วมท้นออกมา และ 11) การเรียนรู้สัจธรรมแห่งชีวิต (existential factors) ผู้ปกครองได้ตระหนักว่าตนเองไม่ได้เป็นบุคคลเดียวในโลกที่มีปัญหา (universality) การตระหนักถึงความเป็นจริงแห่งชีวิต ความสุข ความทุกข์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นของที่อยู่คู่กับชีวิตมนุษย์มาเนิ่นนาน เกิดการรู้แจ้ง (Insight) ในธรรมชาติของมนุษย์และธรรมชาติของชีวิต

นอกจากนี้การฝึกอบรมผู้ปกครองโดยใช้กระบวนการกลุ่มยังช่วยลดอาการซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดในผู้ปกครอง (Chequer de Castro Paiva et al., 2022) ผู้ปกครองจะได้สัมผัสถึงความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้กล้าเปิดเผยและปลดปล่อยความทุกข์ที่อัดอั้นไว้ในใจได้ระบายออกมา โดยมีกระบวนการคอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ปกครองมองเห็นศักยภาพของตัวเอง ช่วยให้ผู้ปกครองเรียนรู้และยอมรับว่าอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่สิ่งที่ผิดปกติ เกิดความผูกพันและรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เมื่อผู้ปกครองคนใดคนหนึ่งมีปัญหาหรือเกิดอุปสรรคในการเลี้ยงลูกขึ้นมา สมาชิกกลุ่มจะร่วมแรงร่วมใจกันหาวิธีแก้ไขปัญหา ซึ่งส่งผลให้พลังกลุ่มมีความเข้มแข็งมากขึ้น โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุนให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ ซึ่งจะช่วยลดความกังวล ซึมเศร้าและความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้น

2. คะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น อธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยพิจารณาระดับคะแนนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวตามเกณฑ์การแปลผล (Darunee Ngamkum, 2013) พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองนั้นมีผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การที่โปรแกรมสามารถช่วยทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้นั้น ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มผู้ปกครองส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นถึงร้อยละ 64 ซึ่งบิดามารดานั้นมีสายสัมพันธ์ สายใยความรักความผูกพันที่แน่นแฟ้น มีความคาดหวังและต้องการอยากให้ลูกมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นที่รักของคนรอบข้างอยู่ก่อนแล้ว เมื่อผู้ปกครองนำความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ไปลงมือปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคต่างๆ ที่ได้รับจากการฝึกอบรมผู้ปกครองไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ความขัดแย้งในครอบครัวลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวจึงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

การเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม ผู้ปกครองจะได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ปกครองลดรูปแบบของความสัมพันธ์ในแง่ลบและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการปฏิบัติต่อเด็กในลักษณะใหม่ที่ดีขึ้น เช่น การใช้คำพูดที่สุภาพ สั้นๆ และชัดเจน การให้แรงเสริมเชิงบวก ให้กำลังใจด้วยการชื่นชม ไม่ใช้วิธีการลงโทษที่รุนแรง รวมไปถึงการฝึกการควบคุมอารมณ์ซึ่งส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Arabi et al., 2020) และเมื่อผู้ปกครองมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัว จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการเรียนรู้ที่จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ดีขึ้นเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัว ก่อให้เกิดความเข้าใจกันและกัน รักใคร่กลมเกลียว สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครองกับเด็กดีขึ้น ส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น ถือเป็นเรื่องสำคัญที่จำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Thomas et al., 2017)

3. คะแนนเฉลี่ยด้านการเลี้ยงดูเชิงบวก หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีการเลี้ยงดูเชิงบวกสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังรายละเอียด

ต่อไปนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยพิจารณาถึงระดับของการเลี้ยงดูเชิงบวกตามเกณฑ์การแปลผล (Chanvit Pornnoppadol, 2023) พบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มจะยังมีระดับของการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับน้อย แต่เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของการเลี้ยงดูเชิงบวกจะพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.44 เพิ่มขึ้นเกือบถึงระดับปานกลาง (33-40 คะแนน) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้อาจเกิดจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองซึ่งประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม 2) ทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร 3) เทคนิคการชม 4) เทคนิคการให้รางวัล 5) เทคนิคการลงโทษ และ 6) เทคนิคการทำตารางให้คะแนน กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นนั้นสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักสำคัญในการปรับพฤติกรรมเด็ก ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงบวก เทคนิคการเสริมแรง การลงโทษโดยไม่ใช้ความรุนแรง และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรม (de la Caridad Alvarez et al., 2023; Zarakoviti et al., 2021) กิจกรรมในโปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นที่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังมุ่งเน้นถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมองการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อตนเอง ต่อเด็กและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น การฝึกอบรมในเรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมอง พฤติกรรมผิดปกติที่พบเกิดจากความผิดปกติของสมอง รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ปกครองควรเห็นใจ เข้าใจและยอมรับถึงข้อจำกัดและพฤติกรรมของเด็ก ไม่ตัดสินว่าพฤติกรรมผิดปกติที่เด็กสมาธิสั้นแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากอุปนิสัยที่ไม่ดีของเด็ก และยังทำให้ผู้ปกครองได้มีการทบทวนถึงการปฏิบัติของตนเองว่าที่ผ่านมาได้ปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นอย่างไร ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อเด็กสมาธิสั้นไปในทางที่ดี เมื่อผู้ปกครองเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและได้เรียนรู้วิธีการที่ถูกต้องในการใช้เทคนิคการสื่อสาร การชม การให้รางวัล การลงโทษ และการทำตารางให้คะแนน ได้ทดลองฝึกทำการบ้านกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน เข้าใจในการเลือกใช้เทคนิคต่างๆในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน เกิดความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมเด็กและมีความเชื่อมั่นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดการการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoshier Sangawi ซึ่งพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูมีผลกระทบต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูของครอบครัวและการเลี้ยงดูเชิงบวกจะพบปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูในรูปแบบอื่น (Hoshier Sangawi et al., 2015) และการที่ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยด้านพื้นฐานของผู้ปกครอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าร้อยละ 80 ของผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่าเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศไทย (ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่มีผล

ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง (Seethikaew et al., 2022) ทำให้ผู้ปกครองแสวงหาความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มเติม มุ่งเน้นการปรับวิธีการเลี้ยงดูเชิงบวกมากขึ้น เพื่อให้การปรับพฤติกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาในระยะสั้น มีการประเมินผลของการเลี้ยงดูเชิงบวกหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ผู้ปกครองยังมีเวลาฝึกปฏิบัติการดูแลในระยะเวลาสั้นๆ ยังไม่ชำนาญและคุ้นชินกับการฝึกปฏิบัติมากนัก อาจสะท้อนถึงคะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนั้น ควรมีการประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระยะยาว

4. คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประเมินโดยผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยพิจารณาถึงค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเด็กที่ลดลงตามเกณฑ์การแปลผล (Chanvit Pornnoppadol, 2023) พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง พบว่า พฤติกรรมด้านอยู่นิ่งและด้านติดต่อด้านของเด็กลดลง จะเห็นได้จากระดับของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีการเปลี่ยนแปลงไปในระดับที่ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเด็กลดลงค่อนข้างมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.16 ลดลงเหลือ 12.88) ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงเพียงเล็กน้อย (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.80 ลดลงเหลือ 20.80) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมในทุกๆ กิจกรรมอย่างเต็มที่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมและทักษะต่างๆ อย่างตั้งใจ สาธิตการใช้ทักษะผ่านการแสดงบทบาทสมมติ วางแผนการนำทักษะไปใช้ที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถใช้ทักษะต่างๆ ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูและแนวทางการปรับพฤติกรรมนี้ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Joseph et al. (2019) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองนั้นมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กิจกรรมในโปรแกรมทั้ง 6 กิจกรรม มุ่งเน้นถึงหลักการสำคัญในเลี้ยงดูเด็กเพื่อให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง มีการฝึกการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งฝึกให้เด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น ดังเช่น กิจกรรมที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม ผู้ปกครองจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม จะทำให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการปรับพฤติกรรมเด็กให้ได้ผล มี

ประสิทธิภาพและตระหนักถึงคำพูดที่อาจทำร้ายจิตใจและส่งผลเสียต่อตัวเด็กในระยะยาว กิจกรรมที่ 2 ทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน อีกทั้งผู้ปกครองยังได้ฝึกปฏิบัติทักษะในการสื่อสารเชิงบวกกับเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมที่ 3 เทคนิคการชม จะช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการชมและมองเห็นโอกาสในการให้คำชมต่อพฤติกรรมที่ดีของลูก เข้าใจและสามารถใช้วิธีการในการให้คำชมอย่างถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถให้คำแนะนำวิธีการชมแก่บุคคลอื่นๆในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่ 4 เทคนิคการให้รางวัล ผู้ปกครองจะได้เรียนรู้หลักการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการให้ลูกปฏิบัติมากขึ้นได้อย่างถูกต้อง การให้รางวัลและแนวทางปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาพฤติกรรมได้และสามารถนำเทคนิคการให้รางวัลไปใช้ได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่ 5 เทคนิคการลงโทษ ฝึกเรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมโดยการลงโทษที่มีประสิทธิภาพ สามารถเลือกวิธีการลงโทษและการใช้คำพูดที่เหมาะสมกับเหตุการณ์และสามารถให้คำแนะนำวิธีการลงโทษแก่ผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง และ กิจกรรมที่ 6 เทคนิคการทำตารางให้คะแนน ผู้ปกครองจะได้ฝึกปฏิบัติวิธีการทำระบบให้คะแนน โดยออกแบบการเลือกแผนการให้คะแนนและหักคะแนนให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละกิจกรรมนั้น จะใช้หลักการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยที่ผู้ปกครองจะได้นำประสบการณ์และการเรียนรู้เดิมที่มีอยู่มาพัฒนาให้กลายเป็นองค์ความรู้ใหม่ของกลุ่ม จากนั้นสมาชิกในกลุ่มจะร่วมกันการสะท้อนคิด และให้แต่ละคนได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์จนเกิดเป็นการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม โดยจะมีกระบวนการเป็นผู้ประสานช่วยสรุปเป็นความคิดรวบยอด เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ใหม่ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ตามสถานการณ์ต่างๆ และพัฒนาให้เป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง จากการวิเคราะห์เชิงอภิमान พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองมีประสิทธิภาพในการลดอาการและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (Chaulagain et al., 2023) และยังส่งผลดีต่ออารมณ์และช่วยเพิ่มทักษะการเข้าสังคมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย (Feng et al., 2023) และจากการศึกษาของ Jirapan Saboonma (2019) ที่ได้ฝึกอบรมผู้ปกครองโดยนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (Kolb, 1984) มาใช้ในการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลเด็กของบิดามารดา เพื่อให้บิดามารดามีความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านและช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pavita Chongsuksiri et al. (2019) ที่ศึกษาผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน เพื่อศึกษาถึงผลระยะยาวของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent management training; PMT program) ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครอง เด็กมีระดับความรุนแรงด้านพฤติกรรมซนสมาธิสั้น ดื้อต่อต้านลดลง ความบกพร่องทางหน้าที่โดยรวมลดลง

ส่วนผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวต่อเด็กเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น จะเห็นได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งหากความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี สมาชิกมีความเข้าใจกัน เด็กก็จะมีคามมั่นคงทางจิตใจ เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมและแสดงออกมาซึ่งพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามมา (Nakmit et al., 2018)

กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองนั้นทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพื้นฐานและทักษะที่จำเป็นในการดูแลจัดการกับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งฝึกสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มีมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องและในขณะทำกลุ่ม ผู้ปกครองยังได้รับรู้ถึงปัญหาของผู้ปกครองคนอื่น เกิดความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ปกครองเกิดแรงจูงใจในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นลดลง อย่างไรก็ตาม ในประเด็นด้านพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านการได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมพฤติกรรมตามแผนการรักษาปกติ จึงทำให้ส่งผลถึงการลดลงของคะแนนด้านพฤติกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

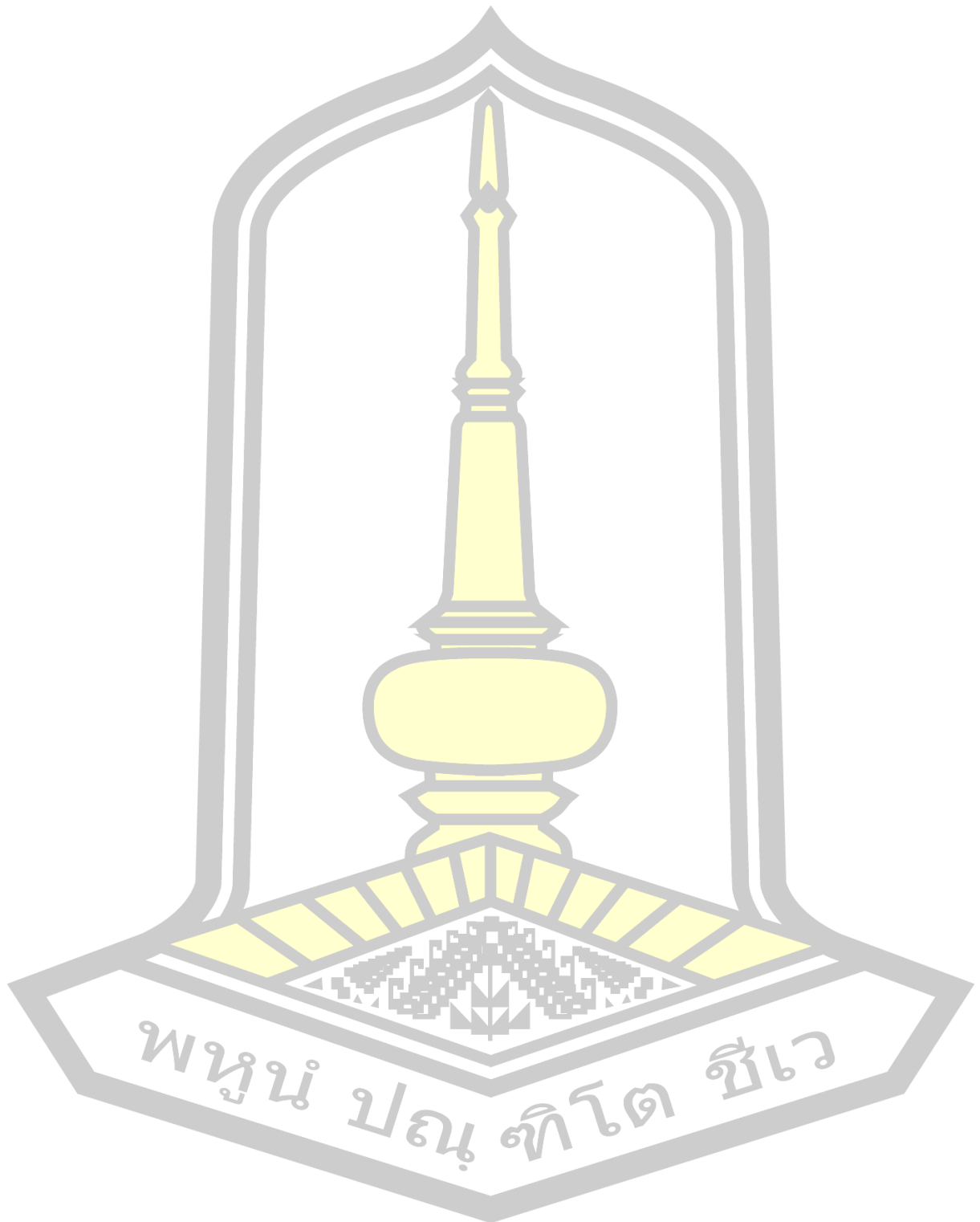
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดให้มีกระบวนการรักษา โดยมีโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการให้บริการของคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้มากขึ้นนอกเหนือจากการใช้ยา ซึ่งเป็นการรักษาหลักในปัจจุบัน
2. ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสามารถนำทักษะต่างๆ ในโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองไปใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินติดตามผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ของความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป
2. ควรมีการนำโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองไปใช้กับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน หรือเด็กที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีปัญหาพฤติกรรม เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กและผู้ปกครอง อีกทั้งยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กในระยะยาวต่อไป

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกจันทร์ เข้มนาการ. (2566). การส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในการดูแลเด็กสมาธิสั้น: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม, 20(3), 177-189.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). รายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต. สืบค้น 4 กันยายน 2566. จาก <https://dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp>.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร วรแสน. (2559). อิทธิพลของรูปแบบการเลี้ยงดูต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย: โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย, 7(3), 67-91.
- ชาญวิทย์ พรนพดล. (2563). โรคสมาธิสั้น Attention Deficit Hyperactivity Disorder. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุมศิริ ตันติธรา. (2559). ผลการใช้โปรแกรมการสร้างวินัยเชิงบวกที่มีต่อการทำงานของสมองด้านการจัดการของเด็กปฐมวัย. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา, 12(4), 33-47.
- ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย. (2554). ดำเนินการพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. .
- ธัญวดี นาคมิตร. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(1), 135-149.
- นิญฐา ยอดแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พระมหาเพื่อน กิตติโสภณ. (2565). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของครอบครัวเข้มแข็งในสังคมไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 10(1), 351-364.
- รัตนารักษ์ ชูทอง, ภาควิชา วิวัฒนาการเศรษฐกิจ, ฌักวรรต บัวทอง, ยุพา หนูทอง, ชาตินันท์ อยู่สุข, ฌัญกุล รุ่งเรือง, นพดล หมัดอาหาว, พิระสิทธิ์ แซ่ลิ้ม, แพรรณภาชัย ทวีทรัพย์และภัทรเนตร ชี้เจริญ. (2562). ภาวะสุขภาพจิตสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64(4), 337-350.

- ลัดดาวัลย์ อรัญยานนท์. (2559). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2564). สุขภาพจิตกับระบบบริการปฐมภูมิ/เวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 4(1), 4-7.
- สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์. (2561). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2564). การแปลงข้อมูลให้ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(2), 197-198.
- อาภรณ์ ดวงรัตน์. (2561). ผลการใช้โปรแกรมการฝึกสติเพื่อพัฒนาความตั้งใจจดจ่อในเด็กสมาธิสั้น. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 24(2), 281-293.
- Alvarez, M. C., Garcia, B. H., Navarro Flores, C. M., Vázquez, A. L., Lara, J., & Domenech Rodríguez, M. M. (2021). Parent training interventions. In B. Halpern-Felscher & R. Corona (Eds.), *Encyclopedia of child and adolescent health*. Elsevier. Chapter accepted pending minor revisions.
<http://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00030-3>
- Anantavorawong, S. (2022). The Effect of Mindfulness-based Social Treatment Group on Family Relationships in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 2(4), 139-158.
- Anchalee Srisamurt. (2021). Nurse' roles in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Maharakham Hospital Journal*, 18(2), 140-147.
- Arabi, Z., Moghaddam, L. F., & Sahebalzamani, M. (2020). The effect of emotion regulation training on family relationships of hyperactive children. *J Educ Health Promot*, 9, 101. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_738_19
- Arunothong, W., Waewsawangwong, S. (2012). An evaluation study of parent management training (PMT) program in Northern Thai. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 13(1), 1-18.
- Bado, P., Quimas, R., Bernardes, C., Tripp, G., Mattos, P., Furukawa, E. (2022). Needs Assessment for behavioral parent training for ADHD in Brazil.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/mnc95>

- Barry, T. J., Murray, L., Fearon, R. M., Moutsiana, C., Cooper, P., Goodyer, I. M., Herbert, J., Halligan, S. L. (2015). Maternal postnatal depression predicts altered offspring biological stress reactivity in adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 52, 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.12.003>
- Barton, A. W., Beach, S. R. H., Wells, A. C., Ingels, J. B., Corso, P. S., Sperr, M. C., Anderson, T. N., & Brody, G. H. (2018). The Protecting Strong African American Families Program: A Randomized Controlled Trial with Rural African American Couples. *Prev Sci*, 19(7), 904-913. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0895-4>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1-103. <https://doi.org/https://sci-hub.se/10.1037/h0030372>
- 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.
- Brammer, W. A., Galán, C. A., Mesri, B., Lee, S. S. (2018). Parental ADHD and depression: Time-varying prediction of offspring externalizing psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(sup1), S137-S149. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1183495>
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Garvey, C., Julion, W., Tucker, S. (2012). The Chicago Parent Program: comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children. *Res Nurs Health*, 35(5), 475-489. <https://doi.org/10.1002/nur.21489>
- Broning, S., Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P. M., Arnaud, N., & Thomasius, R. (2017). Children with Elevated Psychosocial Risk Load Benefit Most from a Family-Based Preventive Intervention: Exploratory Differential Analyses from the German "Strengthening Families Program 10-14" Adaptation Trial. *Prev Sci*, 18(8), 932-942. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0797-x>
- Burns, Susan, & Grove. (2005). *The Practice of Nursing Research*. Saunders, Saunders, an imprint of Elsevier.

- Capusan, A. J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., & Larsson, H. (2019). Comorbidity of Adult ADHD and Its Subtypes With Substance Use Disorder in a Large Population-Based Epidemiological Study. *J Atten Disord*, 23(12), 1416-1426. <https://doi.org/10.1177/1087054715626511>
- Chamaiporn Jansiri. (2010). Effectiveness of implimenting the caregiver training regrading behavior modification of ADHD program, Suanprung psychiatric hospital, Chiang Mai province.
- Chang, H., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Gardner, F., & Wilson, M. N. (2015). Proactive parenting and children's effortful control: Mediating role of language and indirect intervention effects. *Social Development*, 24(1), 206-223.
- Chanvit Pornnoppadol. (2023). NET PAMA FACILITATORS' MANUAL (3nd ed.): Media zone printing co.,ltd.
- Charoenjit, S., & Ngernlangtawee, D. (2021). The Association between Parenting Styles and Behavioral Problems in Children. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 65(Supplement November), S53-62.
- Chaulagain, A., Lyhmann, I., Halmøy, A., Widding-Havneraas, T., Nytingnes, O., Bjelland, I., & Mykletun, A. (2023). A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Psychiatry*, 66(1), e90. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2451>
- Chequer de Castro Paiva, G., Ferreira, E. S. D. A., Silva Jales, J., Romano-Silva, M. A., & Marques de Miranda, D. (2022). Online parent training platform for complementary treatment of disruptive behavior disorders in attention deficit hyperactivity disorder: A randomized controlled trial protocol. *PLoS One*, 17(10), e0272516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272516>
- Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of child and Family Studies*, 25, 3451-3461.
- Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Cerles, A., Maher, B., Rush, M., & Kaminski, J. W. (2022). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-

Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prev Sci*, 1-23.

<https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>

Clinical and Research Information. (2021). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Agents. In *LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.

Dale, C., Parent, J., Forehand, R., DiMarzio, K., Sonuga-Barke, E., Long, N., & Abikoff, H. B. (2022). Behavioral Parent Training for Preschool ADHD: Family-Centered Profiles Predict Changes in Parenting and Child Outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 51(5), 726-739.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1867987>

Darunee Ngamkum. (2013). Relationships Between Family Factors And Behavioral Problems In Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Eastern Region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 16-28.

de la Caridad Alvarez, M., García, B. H., Navarro Flores, C. M., Vázquez, A. L., Lara, J., & Domenech Rodríguez, M. M. (2023). Parent training interventions. In B. Halpern-Felsher (Ed.), *Encyclopedia of Child and Adolescent Health* (First Edition) (pp. 800-820). Academic Press.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00030-3>

Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2022). Meta-analysis: Which Components of Parent Training Work for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 61(4), 478-494.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.06.015>

Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: the role of parental socialization and emotion expression. *Dev Psychopathol*, 12(1), 23-45.

<https://doi.org/10.1017/s0954579400001024>

Department of Mental Health. (2022). ADHD: It Can Be Treated. [Internet]: [cited 2023 Sep 9] <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31481>.

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Doron, H. (2013). Parental Authority Styles of Parents with Attention Deficit Disorders (ADD). *Open Journal of Social Sciences*, 01. <https://doi.org/10.4236/jss.2013.16009>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315-335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Eanes, R., & Markham, L. (2016). *Positive Parenting: An Essential Guide*. Penguin Publishing Group. <https://books.google.co.th/books?id=YLQgDAAAQBAJ>
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(1), 9-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1008-9>
- Fan, L., Qing, W., Wang, Y., & Zhan, M. (2022). Family Socioeconomic Status and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool Children: The Mediating Role of Executive Function. *Int J Environ Res Public Health*, 19(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph191811608>
- Feinberg, M. E., Boring, J., Le, Y., Hostetler, M. L., Karre, J., Irvin, J., & Jones, D. E. (2020). Supporting military family resilience at the transition to parenthood: A randomized pilot trial of an online version of Family Foundations. *Family Relations*, 69(1), 109- 124.
- Feng, M., Xu, J., Zhai, M., Wu, Q., Chu, K., Xie, L., Luo, R., Li, H., Xu, Q., Xu, X., & Ke, X. (2023). Behavior Management Training for Parents of Children with Preschool ADHD Based on Parent-Child Interactions: A Multicenter Randomized Controlled, Follow-Up Study. *Behav Neurol*, 2023, 3735634. <https://doi.org/10.1155/2023/3735634>
- Flynn, M. M., Rosen, P. J., Reese, J. S., Slaughter, K. E., Alacha, H. F., & Olczyk, A. R. (2023). Examining the influence of irritability and ADHD on domains of parenting stress. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 32(2), 353-366. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01868-6>

- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gallo, E. F., & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 555- 567. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00096-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00096-1)
- Gross, D., Belcher, H. M. E., Budhathoki, C., Ofonedu, M. E., Dutrow, D., Uveges, M. K., & Slade, E. (2019). Reducing Preschool Behavior Problems in an Urban Mental Health Clinic: A Pragmatic, Non-Inferiority Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 58(6), 572- 581.e571. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.08.013>
- Guastaferro, K., & Lutzker, J. R. (2022). The Prevention of Child Maltreatment: Using SafeCare® to Highlight Successes and Needs for Improvement in Prevention Efforts. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 5(1), 19-29. <https://doi.org/10.1007/s42448-021-00090-w>
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*, 90 Suppl 1(Suppl 1), i2-7. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.059006>
- Hattakorn Samretdee. (2021). The WISC-III Freedom from Distractibility Index in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Psychiatr Assoc Thailand*, 66(1), 15-24.
- Henggeler, S. W., & Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic Therapy: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Fam Process*, 55(3), 514-528.
<https://doi.org/10.1111/famp.12232>
- Hornstra, R., Dekkers, T. J., Bosmans, G., van den Hoofdakker, B., & van der Oord, S. (2022). Attachment Representation Moderates the Effectiveness of Behavioral Parent Training Techniques for Children with ADHD: Evidence from a Randomized Controlled Microtrial. *Res Child Adolesc Psychopathol*, 50(9), 1151-1164. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00921-5>

- Hornstra, R., Oord, S., Staff, A., Hoekstra, P., Oosterlaan, J., Veen-Mulders, L., Luman, M., & Hoofdakker, B. (2021). Which Techniques Work in Behavioral Parent Training for Children with ADHD? A Randomized Controlled Microtrial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50, 1-16.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1955368>
- Horwitz, S. M., Briggs-Gowan, M. J., Storfer-Isser, A., & Carter, A. S. (2007). Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression. *J Womens Health (Larchmt)*, 16(5), 678-691. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0185>
- Hoshir Sangawi, John Adams, & Nadja Reissland. (2015). The Effects of Parenting Styles on Behavioral Problems in Primary School Children: A Cross-Cultural Review. *Asian Social Science*, 11, 171-186.
<https://doi.org/10.5539/ass.v11n22p171>
- Hsu, Y. C., Chen, C. T., Yang, H. J., & Chou, P. (2019). Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 54(6), 661-670. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1624-9>
- Huber, A., Hawkins, E., & Cooper, G. (2018). Circle of Security. In (pp. 1-6).
https://doi.org/10.1007/978-3-319-15877-8_845-1
- Jinnapat Yodkraisri. (2022). Factors Affecting Quality of Life in Caregivers of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH). *J Psychiatr Assoc Thailand*, 67(1), 7-20.
- Jirapan Saboonma. (2019). The Effect of Group Experiential Learning for Parents on Aggressive Behaviors of Children with Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 31(2), 23-34.
- Joseph, H. M., Farmer, C., Kipp, H., Kolko, D., Aman, M., McGinley, J., Arnold, L. E., Gadow, K. D., Findling, R. L., & Molina, B. S. G. (2019). Attendance and Engagement in Parent Training Predict Child Behavioral Outcomes in Children Pharmacologically Treated for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Severe Aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 29(2), 90-99.
<https://doi.org/10.1089/cap.2018.0119>

- Kanjanakuntorn, P., & Chaiumpornb, S. (2019). Thai Family Relation Models in the Globalization Era. *Journal of Social Development*, 21(2), 164-175.
- Kantarin Srisuwan. (2022). The effect of caregiver training program with reflection on the stress management skill of caregivers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(2), 49-61.
- Kjobli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. *Behav Res Ther*, 51(3), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development* (Vol. 1).
- Kostyrka-Allchorne, K., Ballard, C., Byford, S., Cortese, S., Daley, D., Downs, J., French, B., Glazebrook, C., Goldsmith, K., Hall, C. L., Hedstrom, E., Kovshoff, H., Kreppner, J., Lean, N., Sayal, K., Shearer, J., Simonoff, E., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2022). Online Parent Training for The Initial Management of ADHD referrals (OPTIMA): the protocol for a randomised controlled trial of a digital parenting intervention implemented to support parents and children on a treatment waitlist. *Trials*, 23(1), 1003. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06952-z>
- Kumpfer, K. L., & Brown, J. L. (2019). A Parenting Behavior Intervention (the Strengthening Families Program) for Families: Noninferiority Trial of Different Program Delivery Methods. *JMIR Pediatr Parent*, 2(2), e14751. <https://doi.org/10.2196/14751>
- Larsson, I., Aili, K., Lönn, M., Svedberg, P., Nygren, J. M., Ivarsson, A., & Johansson, P. (2023). Sleep interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A systematic literature review. *Sleep Medicine*, 102, 64-75. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.021>
- Lee, Y. J., & Kim, J. (2022). Effect of Maternal Anxiety on Parenting Stress of Fathers of Children With ADHD. *J Korean Med Sci*, 37(11), e89. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e89>

- Lerdsak Rungmueanporn. (2020). Positive Parenting of Parents with ADHD Children in Ratchaburi Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 39(3), 392-403.
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C. L., Jones, S., Qu, L., Ewoldsen, D., & Nelson III, W. M. (2017). Testing the feasibility of a briefer school-based preventive intervention with aggressive children: A hybrid intervention with face-to-face and internet components. *Journal of school psychology*, 62, 33-50.
- Lochman, J. E., Powell, N., Boxmeyer, C., Andrade, B., Stromeyer, S. L., & Jimenez-Camargo, L. A. (2012). Adaptations to the coping power program's structure, delivery settings, and clinician training. *Psychotherapy (Chic)*, 49(2), 135-142. <https://doi.org/10.1037/a0027165>
- Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the Impact of Parental Psychopathology and Emotion Regulation on Evidence-Based Parenting Interventions: A Transdiagnostic Approach to Improving Treatment Effectiveness. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 173-186.
- Miklosi, M., Lelki, F., Janovicz, J., Kovacs, B., & Kassai, R. (2023). [Meta-Analytic Review of Studies on the Relationship Between Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Parenting Behaviour: Comparison of Studies Using Self-Report and Observation]. *Neuropsychopharmacol Hung*, 25(3), 109-122.
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth*, 22(1), 67-72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18
- Mizuno, Y., Cai, W., Supekar, K., Makita, K., Takiguchi, S., Tomoda, A., & Menon, V. (2022). Methylphenidate remediates aberrant brain network dynamics in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. *Neuroimage*, 257, 119332. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2022.119332>
- Nakmit, T., Punthmatharit, B., & Wattanasit, a. P. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in School-Age Children: The Influence of Selected Factors on Mothers' Perception of Behavioral Problems The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 135-149.

- Organization, W. H. (2001). WHO Fact Sheets: Strengthening mental health promotion.
- Overbeek, G., van Aar, J., de Castro, B. O., Matthys, W., Weeland, J., Chhangur, R. R., & Leijten, P. (2021). Longer-Term Outcomes of the Incredible Years Parenting Intervention. *Prev Sci*, 22(4), 419-431.
<https://doi.org/10.1007/s11121-020-01176-6>
- Oxford, M., Booth-LaForce, C., Echo-Hawk, A., Madesclaire, O., Parrish, L., Widner, M., Petras, A., Abrahamson-Richards, T., Nelson, K., & Buchwald, D. (2020). Promoting First Relationships: Implementing a Home Visiting Research Program in Two American Indian Communities. *Can J Nurs Res*, 52(2), 149-156.
<https://doi.org/10.1177/0844562120914424>
- Park, J. L., Hudec, K. L., & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 56, 25-39.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.003>
- Patraporn Tungpunkom. (2014). Group Psychotherapy for the Health Professions: Concept and Application. Krongchang Printing Company Limited (2nd ed.).
- Pavita Chongsuksiri, S. A., Sirinadda Punyapas, . (2019). One-Year Follow-Up of Parent Management Training Program for Children with Externalizing Behavior Problems. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 64(2), 163-176.
- Perry, D. F., & Conners-Burrow, N. (2016). Addressing early adversity through mental health consultation in early childhood settings. *Family Relations*, 65(1), 24-36.
- Pfiffner, L., Dvorsky, M., Hawkey, E., Chung, S., Haack, L., & Owens, E. (2022). Improving Adherence to Behavioral Parent Training for ADHD Using Digital Health Tools. *Journal of psychiatry and brain science*, 7.
<https://doi.org/10.20900/jpbs.20220005>
- Plowden, K. O., Legg, T., & Wiley, D. (2022). Attention deficit/hyperactivity disorder in adults: A case study. *Arch Psychiatr Nurs*, 38, 29-35.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.12.003>
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 395(10222), 450-462.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)33004-1)

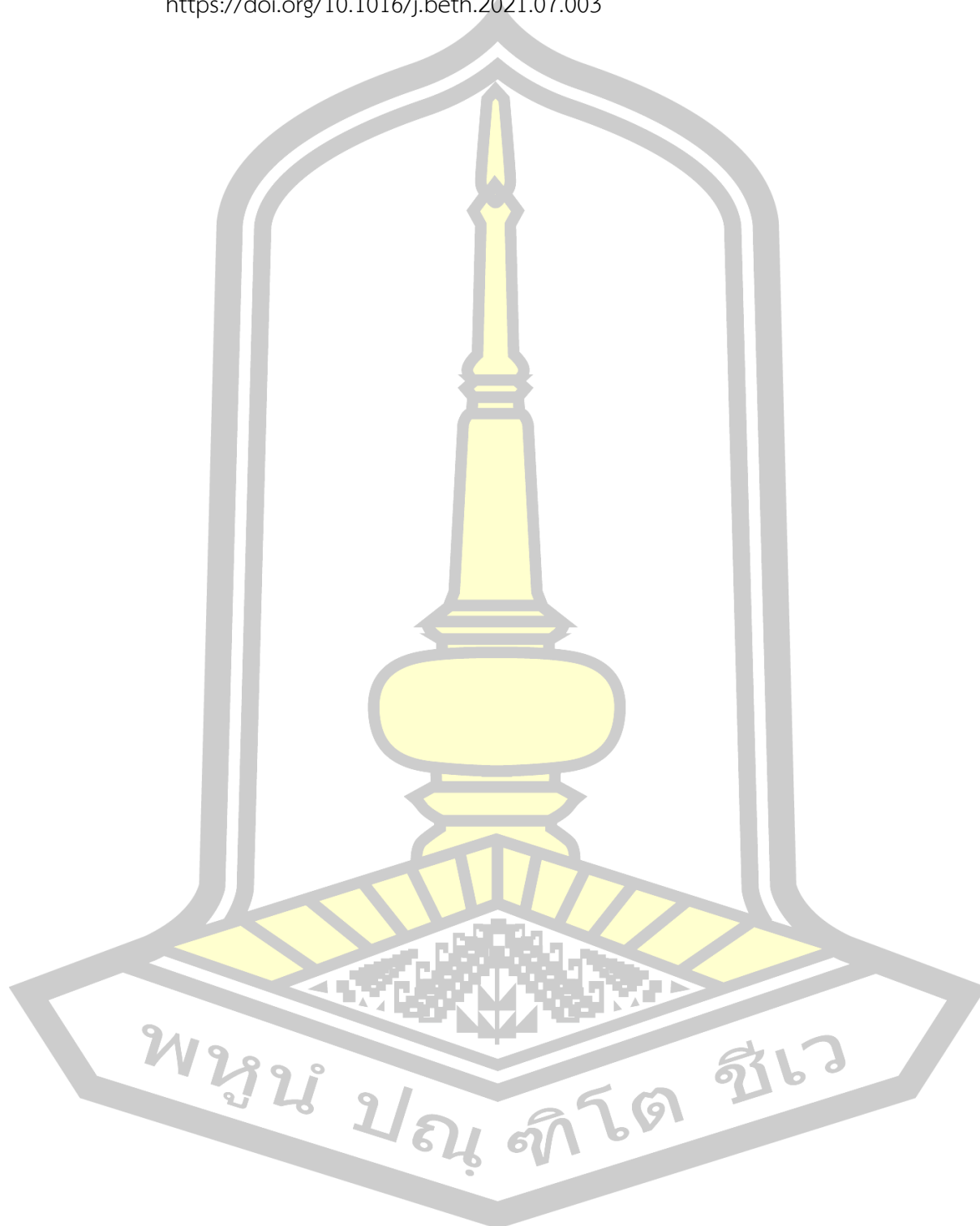
- Rajaprakash, M., & Leppert, M. L. (2022). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatr Rev*, 43(3), 135-147. <https://doi.org/10.1542/pir.2020-000612>
- Rattanaoporn Chootong, & Pakawat Wiwattanaworaset, N. B. (2019). Mental Health Status, Family State and Family Functioning of Undergraduate Students in a Southern University, Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 64(4), 337-350.
- Reiff, M. I., Tippins, S., & Pediatrics, A. A. o. (2004). ADHD: A Complete and Authoritative Guide. American Academy of Pediatrics. <https://books.google.co.th/books?id=AURQwAEACAAJ>
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 47(3), 440-458. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev*, 34(4), 337-357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)
- Seethikaew, N., Kodyee, S., Moonpanane, K., Pitchalard, K., Reangsing, C., & Tripathi, S. (2022). Factors Related to Positive Parenting Behaviors and Executive Function in Preschool-age Children, Chiang Rai Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 32(3), 122-133.
- Sege, R. D., & Siegel, B. S. (2018). Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics*, 142(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3112>
- Sharma, S., Govindan, R., & Kommu, J. V. S. (2022). Effectiveness of Parent-to-Parent Support Group in Reduction of Anxiety and Stress Among Parents of Children With Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Indian J Psychol Med*, 44(6), 575-579. <https://doi.org/10.1177/02537176211072984>

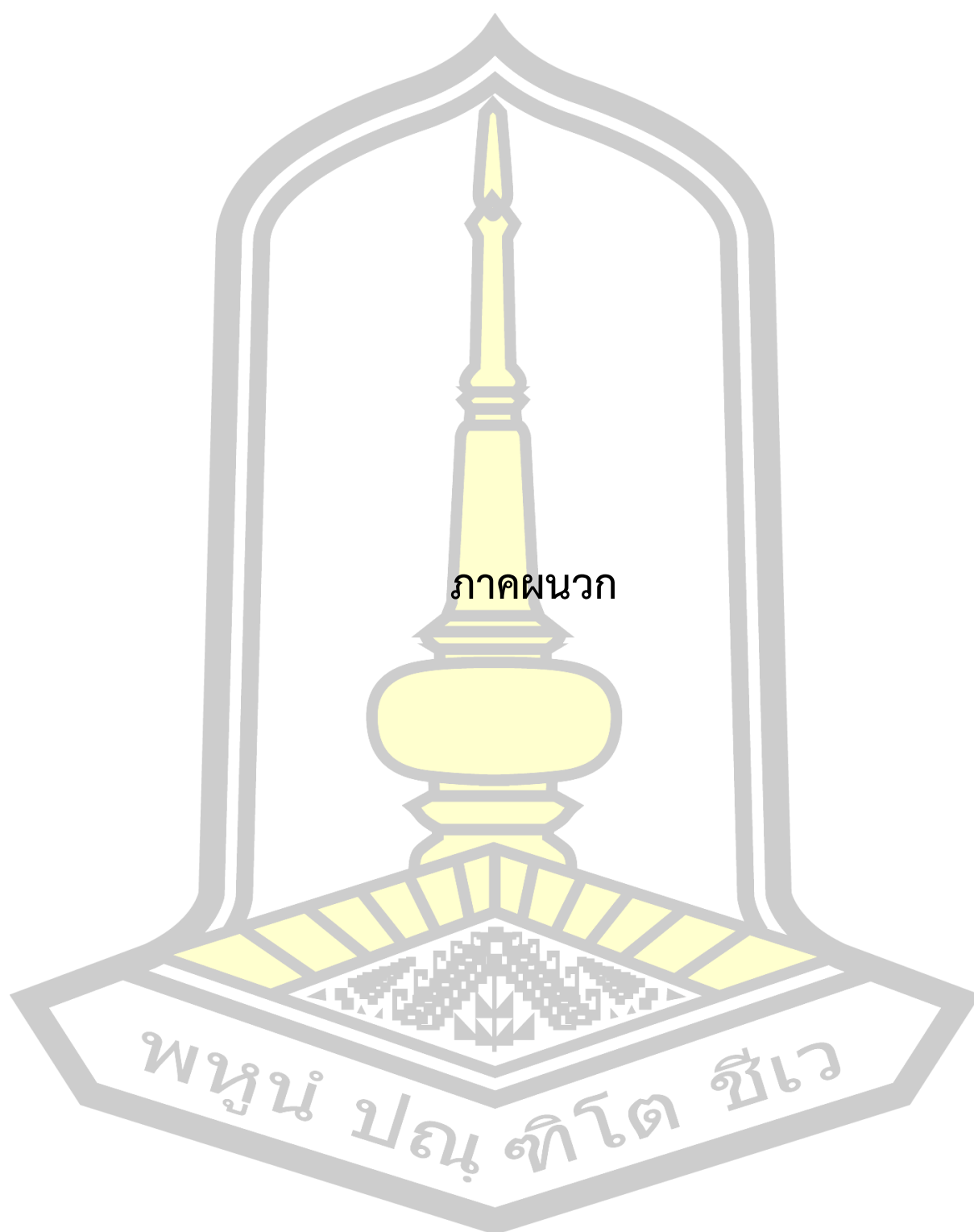
- Shatkin J. P. (2019). Mental Health Promotion and Disease Prevention: It's About Time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(5), 474–477. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.012>
- Siebelink, N. M., Bogels, S. M., Speckens, A. E. M., Dammers, J. T., Wolfers, T., Buitelaar, J. K., & Greven, C. U. (2022). A randomised controlled trial (MindChamp) of a mindfulness-based intervention for children with ADHD and their parents. *J Child Psychol Psychiatry*, 63(2), 165-177. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13430>
- Skinner, B.F., & Woolley, M.E. (1953). *Science and human behavior*. New York, Macmillan.
- Somech, L. Y., & Elizur, Y. (2012). Promoting self-regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(4), 412-422. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.019>
- Stenason, L., Moorman, J. D., & Romano, E. (2020). The Experiences of Parents and Facilitators in a Positive Parenting Program. *The Qualitative Report*, 25, 1-13.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(3), 345-355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*, 205, 44-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.073>
- Tein, J. Y., Mazza, G. L., Gunn, H. J., Kim, H., Stuart, E. A., Sandler, I. N., & Wolchik, S. A. (2018). Multigroup Propensity Score Approach to Evaluating an Effectiveness Trial of the New Beginnings Program. *Eval Health Prof*, 41(2), 290-320. <https://doi.org/10.1177/0163278718763499>
- Thanida Teepapal, P. S., Sarawut Rueangsawat, Tunwadee Naknit, Natnari Khamaurai, (2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorders and Factors Related to Behavioral Problems in School-Aged Children: A Literature Review. *Journal of Health Research and Innovation*, 5(2), 28-41.

- Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387(10024), 1240-1250. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00238-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00238-x)
- Thitiphan Thaneerat, Yauwalux Panitangkool, Tuntima Doungyota, Uboonrat Tooreerach, & Piyanoot Kimsao. (2016). Prevalence of Depression, Anxiety, and Associated Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric Patients. 61(4), 319-330.
- Thomas, P., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family Relationships and Well-Being. *Innovation in Aging*. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx025>
- Vorawattanachai, P. (2021). Problematic Behavior of Society. *Journal of Information*, 19(2), 1-16.
- Walls, M., Cabral, H., Feinberg, E., & Silverstein, M. (2018). Association between changes in caregiver depressive symptoms and child attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(5), 387-394.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 44(3), 561-574.
- Yalom, I. D. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*, 5th ed. Basic Books/Hachette Book Group.
- Yassine, J., & Tipton-Fisler, L. A. (2022). Independent Contingency and Token Economy at Recess to Reduce Aggression. *Contemp Sch Psychol*, 26(4), 481-491. <https://doi.org/10.1007/s40688-021-00364-7>
- Zarakoviti, E., Shafran, R., Papadimitriou, D., & Bennett, S. D. (2021). The Efficacy of Parent Training Interventions for Disruptive Behavior Disorders in Treating Untargeted Comorbid Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24, 542 - 552.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Edwards, E. J., Swan, K., Campbell, S. M., Hawes, T., & Webb, H. J. (2022). The Circle of Security Parenting Program (COS-P): A Randomized Controlled Trial of a Low Intensity, Individualized Attachment-

Based Program With at-Risk Caregivers. Behav Ther, 53(2), 208-223.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.07.003>







ตารางการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์	วัน/เดือน/ปี	เวลา	กลุ่ม	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1	วันอังคาร ที่ 26 ก.ย. 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 1	กิจกรรมที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน ในการปรับ พฤติกรรม
	วันพุธ ที่ 27 ก.ย. 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 2	
	วันพฤหัสบดี ที่ 28 ก.ย. 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 3	
	วันจันทร์ ที่ 2 ต.ค.66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 4	
สัปดาห์ที่ 2	วันอังคาร ที่ 3 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 1	กิจกรรมที่ 2 ทักษะพื้นฐาน ในการสื่อสาร
	วันพุธ ที่ 4 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 2	
	วันพฤหัสบดี ที่ 5 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 3	
	วันจันทร์ ที่ 9 ต.ค.66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 4	
สัปดาห์ที่ 3	วันอังคาร ที่ 10 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 1	กิจกรรมที่ 3 เทคนิคการชม
	วันพุธ ที่ 11ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 2	
	วันพฤหัสบดี ที่ 12 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 3	
	วันจันทร์ ที่ 16 ต.ค.66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 4	
สัปดาห์ที่ 4	วันอังคาร ที่ 17 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 1	กิจกรรมที่ 4 เทคนิค การให้รางวัล
	วันพุธ ที่ 18 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 2	
	วันพฤหัสบดี ที่ 19 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 3	
	วันจันทร์ ที่ 23 ต.ค.66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 4	
สัปดาห์ที่ 5	วันอังคาร ที่ 24 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 1	กิจกรรมที่ 5 เทคนิค การลงโทษ
	วันพุธ ที่ 25 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 2	
	วันพฤหัสบดี ที่ 26 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 3	
	วันจันทร์ ที่ 30 ต.ค.66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 4	
สัปดาห์ที่ 6	วันอังคาร ที่ 31 ต.ค 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 1	กิจกรรมที่ 6 เทคนิคการทำ ตารางให้คะแนน
	วันพุธ ที่ 1 พ.ย. 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 2	
	วันพฤหัสบดี ที่ 2 พ.ย. 66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 3	
	วันจันทร์ ที่ 6 พ.ย.66	13.00 น.- 14.30 น.	กลุ่มที่ 4	

ตัวอย่างการบันทึกรายละเอียดกิจกรรมกลุ่ม

ครั้งที่ 1: ปัจจัยพื้นฐานในการปรับปรุงพฤติกรรม

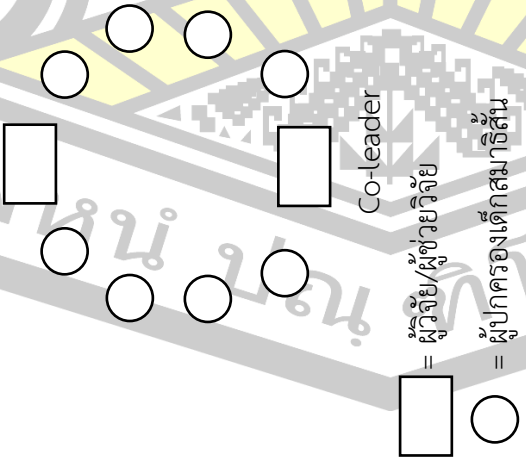
วันที่ทำกิจกรรม: วันที่ 26 ก.ย. 66 เวลา 13.00 – 14.30 น.

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 8 คน (ผู้ปกครองทั้งหมด 9 คน ขาด 1 คน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงปัจจัยพื้นฐานจำเป็นในการปรับปรุงพฤติกรรมเด็กให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ปกครองตระหนักถึงคำพูดที่อาจทำร้ายจิตใจและส่งผลกระทบต่อคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) ของเด็กในระยะยาว

กิจกรรม	กลยุทธ์สำคัญ	ทำ	ไม่ทำ	หมายเหตุ
1) เริ่มต้นกลุ่มโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้ากลุ่มและประโยชน์ของโปรแกรมให้ผู้ปกครองเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยพื้นฐานในการปรับปรุงพฤติกรรม โดยจัดการนั่งเข้ากลุ่มตั้งภาพ	ปัจจัยพื้นฐาน 12 ประการที่จำเป็นในการปรับปรุงพฤติกรรมเด็ก 1) ให้ความรัก ความอบอุ่น และความเมตตาแก่เด็ก 2) ส่งเสริมให้เด็กมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง 3) คำนึงถึงและตระหนักในความเป็นเด็ก (เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก) 4) ยอมรับในความเป็นตัวของตัวเองของเด็ก 5) 6) 7) 8)	/		

กิจกรรม	กฎเกณฑ์สำคัญ	ทำ	ไม่ทำ	หมายเหตุ
leader  □ = ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ○ = ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น 2) ผู้ปกครองร่วมกันคิดว่าลักษณะหัวหน้าแบบไหนที่ไม่อยากทำงานด้วย อย่างน้อย 5 ข้อ 3) ลักษณะหัวหน้าแบบไหนที่คุณอยากทำงานด้วยอย่างน้อย 5 ข้อ (โดยมีตัวเลือกให้)	9) 10) 11) 12) ปลอมให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง..... หลักการเลี้ยงลูกด้วยสูตร 3 สร้าง	/ /		“สุวิน เอาแต่ใจ จัโมโห รับชอบไม่รับผิดชอบ งานให้แต่ลูกน้องทำ เห็นแก่ตัว” “ใจดี เข้าใจลูกน้อง ซึ่ง ชมลูกน้อง คอยปกป้อง ช่วยเหลือลูกน้อง”

กิจกรรม	กฎเกณฑ์สำคัญ	ทำ	ไม่ทำ	หมายเหตุ
4) คุณคิดว่าเพราะอะไรเราถึงสมมติให้คุณเป็นลูกน้อง		/		“จะได้เข้าใจความรู้สึกของคนอื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา”
5)		/		
6) หลักการเลี้ยงลูกด้วยสูตร 3 สร้างและวงจรปัญหาพฤติกรรม	หลักการเลี้ยงลูกด้วยสูตร 3 สร้าง (สร้างสัมพันธ์ สร้างกติกา สร้างเด็ก)	/		
7)		/		
8)		/		
9)		/		
10) ดุลยวิธิดู		/		
วิธีโอ 1: หวายเป็นหัว สองพี่น้องกำลังเล่นด้วยกัน		/		
วิธีโอ 2: แม่กลับมาถึงบ้านเหนื่อยๆ เห็นปู่		/		
ลูกชายกำลังนั่งเล่นโทรศัพท์อยู่ รู้สึกหงุดหงิด จึงตะคอกใส่		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		



การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Shapiro-Wilk Test

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	statistic	df	Sig.	statistic	df	Sig.
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะซึมเศร้า	.909	25	.029	.880	25	.007
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะวิตกกังวล	.896	25	.015	.878	25	.006
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านความเครียด	.958	25	.381	.925	25	.068
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	.962	25	.450	.969	25	.618
การเลี้ยงดูเชิงบวก	.899	25	.017	.944	25	.183
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	.963	25	.481	.898	25	.017

แบบประเมิน	กลุ่มควบคุม					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	statistic	df	Sig.	statistic	df	Sig.
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะซึมเศร้า	.994	25	.184	.918	25	.047
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะวิตกกังวล	.973	25	.733	.979	25	.842
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านความเครียด	.913	25	.035	.907	25	.025
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	.941	25	.153	.940	25	.149
การเลี้ยงดูเชิงบวก	.963	25	.488	.966	25	.535
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	.685	25	.000	.949	25	.234

พูน ปณ จิต ชีเว

การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Skewness & Kurtosis

กลุ่มทดลอง							
แบบประเมิน		ก่อนการทดลอง					
		Skewness		Z	Kurtosis		Z
		Statistic	Std.Error		Statistic	Std.Error	
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ด้านภาวะซึมเศร้า	-.136	.464	-0.293	-1.388	.902	-1.538
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ด้านภาวะวิตกกังวล	-.025	.464	-0.053	-1.594	.902	-1.767
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ด้านความเครียด	-.670	.464	-1.443	.992	.902	1.099
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว		.317	.464	0.683	-.440	.902	-0.487
การเลี้ยงดูเชิงบวก		.698	.464	1.504	1.116	.902	1.237
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น		.219	.464	0.471	-.750	.902	-0.831
กลุ่มทดลอง							
แบบประเมิน		หลังการทดลอง					
		Skewness		Z	Kurtosis		Z
		Statistic	Std.Error		Statistic	Std.Error	
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ด้านภาวะซึมเศร้า	-.013	.464	-0.028	-.766	.902	-0.849
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ด้านภาวะวิตกกังวล	.235	.464	0.506	-1.086	.902	-1.203
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ด้านความเครียด	-.819	.464	-1.765	.677	.902	0.750
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว		-.341	.464	-0.734	-.506	.902	-0.560
การเลี้ยงดูเชิงบวก		-.519	.464	-1.118	-.498	.902	0.552
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น		.100	.464	0.215	-1.505	.902	-1.668

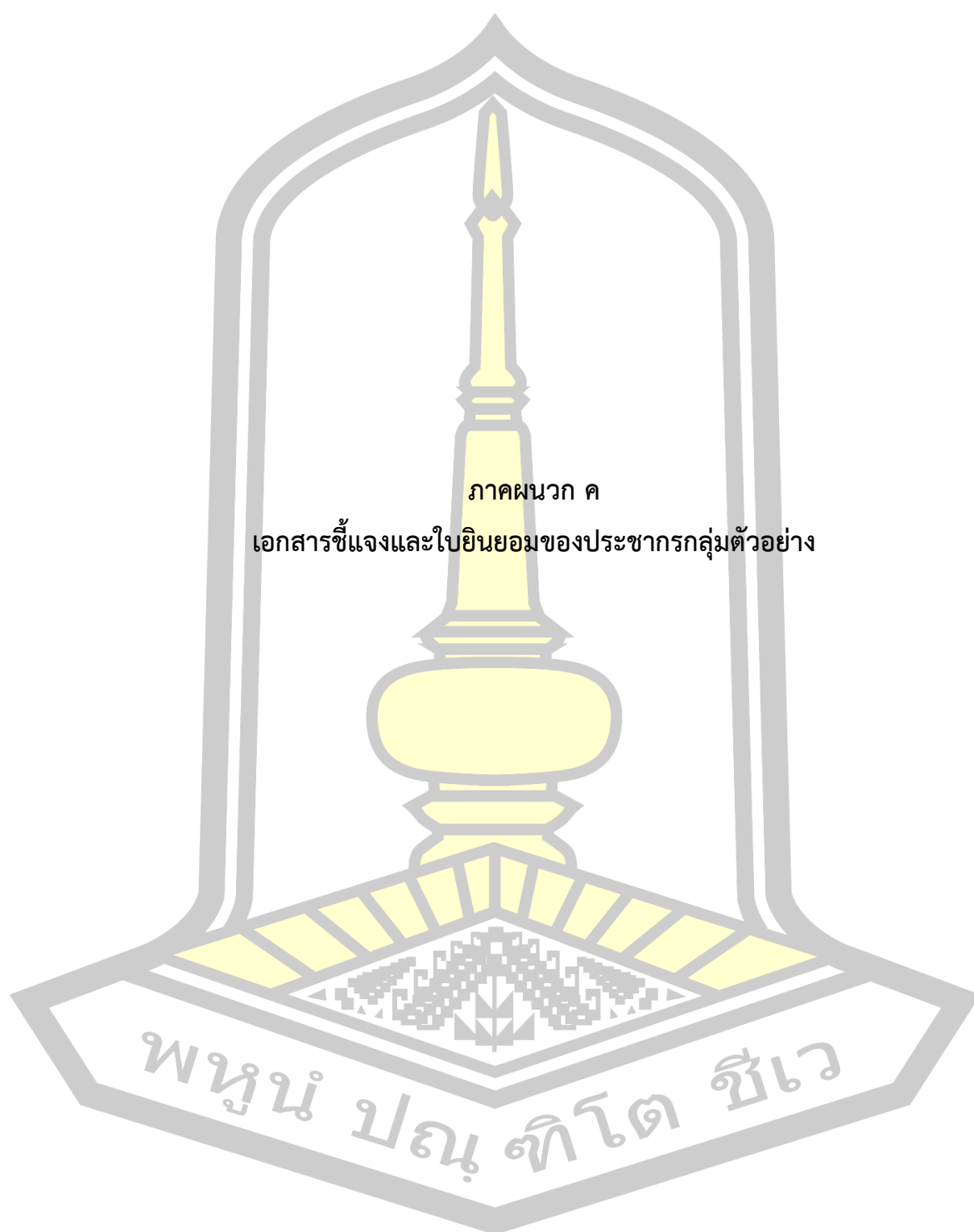
พญ. ปณ. จิตโต ชีวะ

การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Skewness & Kurtosis

กลุ่มควบคุม							
แบบประเมิน	ก่อนการทดลอง						
	Skewness		Z	Kurtosis		Z	
	Statistic	Std.Error		Statistic	Std.Error		
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะซึมเศร้า	-.213	.464	-0.459	.1.093	.902	-1.211	
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะวิตกกังวล	-.260	.464	-0.56	-.184	.902	-0.203	
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านความเครียด	-.666	.464	-1.435	-.274	.902	-0.303	
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	.333	.464	0.717	-.884	.902	-0.980	
การเลี้ยงดูเชิงบวก	-.040	.464	-0.086	-.483	.902	-0.535	
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	.302	.464	0.65	.860	.902	0.953	

กลุ่มควบคุม							
แบบประเมิน	หลังการทดลอง						
	Skewness		Z	Kurtosis		Z	
	Statistic	Std.Error		Statistic	Std.Error		
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะซึมเศร้า	.193	.464	-0.415	-1.394	.902	-1.54	
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านภาวะวิตกกังวล	-.181	.464	-0.390	-.222	.902	-0.246	
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ด้านความเครียด	-.640	.464	-1.379	-.404	.902	-0.447	
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	.369	.464	0.795	.853	.902	0.945	
การเลี้ยงดูเชิงบวก	-.019	.464	-0.040	-.344	.902	-0.381	
พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	-.391	.464	-0.842	-.515	.902	0.570	

พูน ปณ จิต ชีเว



เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม (สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางกัญชมน สีหะปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (The Effect of a Behavioral Parent Training Program for Modifying the Behavior of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ

ประโยชน์ส่วนบุคคล สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันในการเลี้ยงดู ปรับพฤติกรรมบุตรหลานที่อยู่ในช่วงวัยเรียนและมีปัญหาพฤติกรรม เพื่อช่วยให้บุตรหลานมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ประโยชน์ต่อส่วนรวม เพื่อเป็นแนวทางการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ มีทักษะในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม มีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงดูเชิงบวก เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข และยังช่วยให้ผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดภาวะเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหา พฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น สามารถนำแนวทางการปฏิบัติโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบุตรหลานคนอื่นๆในครอบครัวได้

ประโยชน์ทางวิชาการ หากการศึกษารั้ครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองจะขยายผลการวิจัยต่อในกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาในลักษณะใกล้เคียงกันในพื้นที่การศึกษาอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการและการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน จำนวน 72 ข้อโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางกัญชน สีสะปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเบอร์โทรศัพท์ 086-3654928

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....

(นางกัญชน สีสะปัญญา)

ผู้วิจัย

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ขอแสดงเจตนา

เข้าร่วมวิจัยเรื่อง เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าหรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆเพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

ลงชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....) ชื่อ-นามสกุล (ตัวบรรจง)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย (ตัวบรรจง)

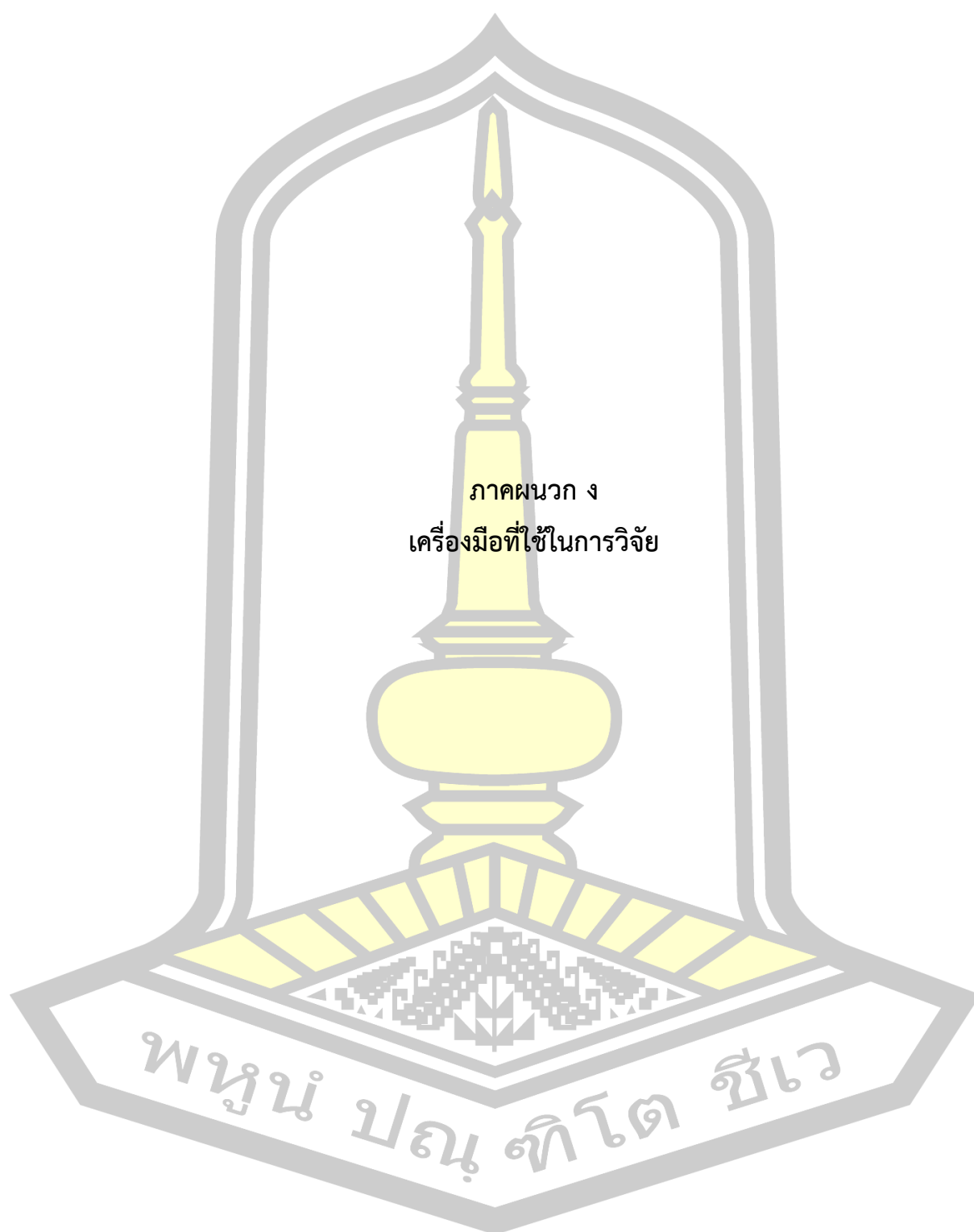
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อพยาน

(.....) ชื่อพยาน (ตัวบรรจง)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว



แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองต่อภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเลี้ยงดูเชิงบวก และพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับจาก ท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำไปใช้เพื่อสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและสมบูรณ์ จะช่วยให้การวิจัยดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตาม ความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก ฉบับผู้ปกครอง จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของท่านมา ณ โอกาสนี้

กัญชน สีสะปัญญา

พญ. ปณ. จิตโต ชีวะ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับบุตรหลานของท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย/ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่าง และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียน	☐ 2. ประถมศึกษา	☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.	☐ 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส.	
☐ 6.ปริญญาตรี	☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี	
4. อาชีพ

☐ 1. เกษตรกร	☐ 2. ค้าขาย	☐ 3. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ 4. แม่บ้าน	☐ 5. รับจ้าง	☐ 6. อื่นๆ.....
5. รายได้ต่อเดือน บาท
6. ความสัมพันธ์กับเด็ก

☐ 1. บิดา/มารดา	☐ 2. ปู่/ย่า	☐ 3. ตา/ยาย
☐ 4. ลุง/ป้า	☐ 5. น้ำ/อา	☐ 6. อื่นๆ.....
7. จำนวนบุตรหลานในครอบครัวที่ต้องดูแลทั้งหมด.....คน
8. ระยะเวลาในการดูแลบุตรหลาน.....เดือน
9. โรคประจำตัวของผู้ปกครอง.....

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น

10. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
11. อายุ.....ปี
12. เป็นบุตรลำดับที่ในจำนวน.....คน (กรณีบิดามารดาเป็นผู้ดูแล)

☐ 1. คนที่ 1	☐ 2. คนที่ 2	☐ 3. คนที่ 3	☐ 4. คนที่ 4
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------
13. การรักษาในปัจจุบัน

☐ 1. ได้รับยา	☐ 2. ไม่ได้รับยา	☐ 3. รับยาร่วมกับปรับพฤติกรรม
--------------------------------------	---	--
14. การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ระบุ).....ปี.....เดือน
15. ระยะเวลาในการรักษา.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรหลานของท่านให้มากที่สุด แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ลำดับ	พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดู	ไม่เคย ทำเลย	ไม่ค่อย ทำ	ทำบ้าง	ทำ สม่ำเสมอ
1	กอดลูก				
2	พูดกับลูกดีๆ				
3	ใส่ใจความรู้สึกของลูก				
4	เปิดโอกาสให้ลูกได้ลองตัดสินใจด้วย ตัวเอง				
5	ชมหรือพูดถึงส่วนดีของลูก				
6	.....				
7	.....				
8	.....				
9	.....				
10	.....				
11	.....				
12	.....				
13	วางกฎระเบียบในบ้านอย่างชัดเจน				
14	ฝึกให้ลูกแก้ปัญหาต่างๆด้วยตนเอง				
15	เอาจริง ไม่ใจอ่อนเวลาลงโทษลูก				
16	ฝึกให้ลูกรับผิดชอบ ทำงานตามที่ได้รับ มอบหมาย				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแบบประเมิน Depression Anxiety Stress Scales (DASS- 21) แต่ละข้อและทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ระบุข้อความที่เกิดขึ้นตรงกับท่านมากที่สุด ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุก ทั้งนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือคำตอบที่ผิด

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยที่สุด
1	ท่านรู้สึกยากที่จะผ่อนคลาย				
2	ท่านทราบว่าท่านมีอาการปากแห้ง				
3	ท่านรู้สึกไม่ดีขึ้นเลย				
4	ท่านมีอาการหายใจลำบาก				
5	ท่านรู้สึกทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ค่อนข้างลำบาก				
6	ท่านรู้สึกเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ มากเกินไป				
7	ท่านมีอาการสั่น				
8	.....				
9	.....				
10	.....				
11	.....				
12	.....				
13	.....				
14	.....				
15	ท่านรู้สึกว่าท่านมีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก				
16	ท่านไม่รู้สึกระแหรือร้อนต่อสิ่งใด				
17	ท่านรู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า				
18	ท่านรู้สึกว่าท่านค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย				
19	ท่านรับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของท่านในตอนที่ท่านไม่ได้ออกกำลังกาย เช่น หัวใจเต้นแรง				
20	ท่านรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ				
21	ท่านรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของท่านให้มากที่สุด แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

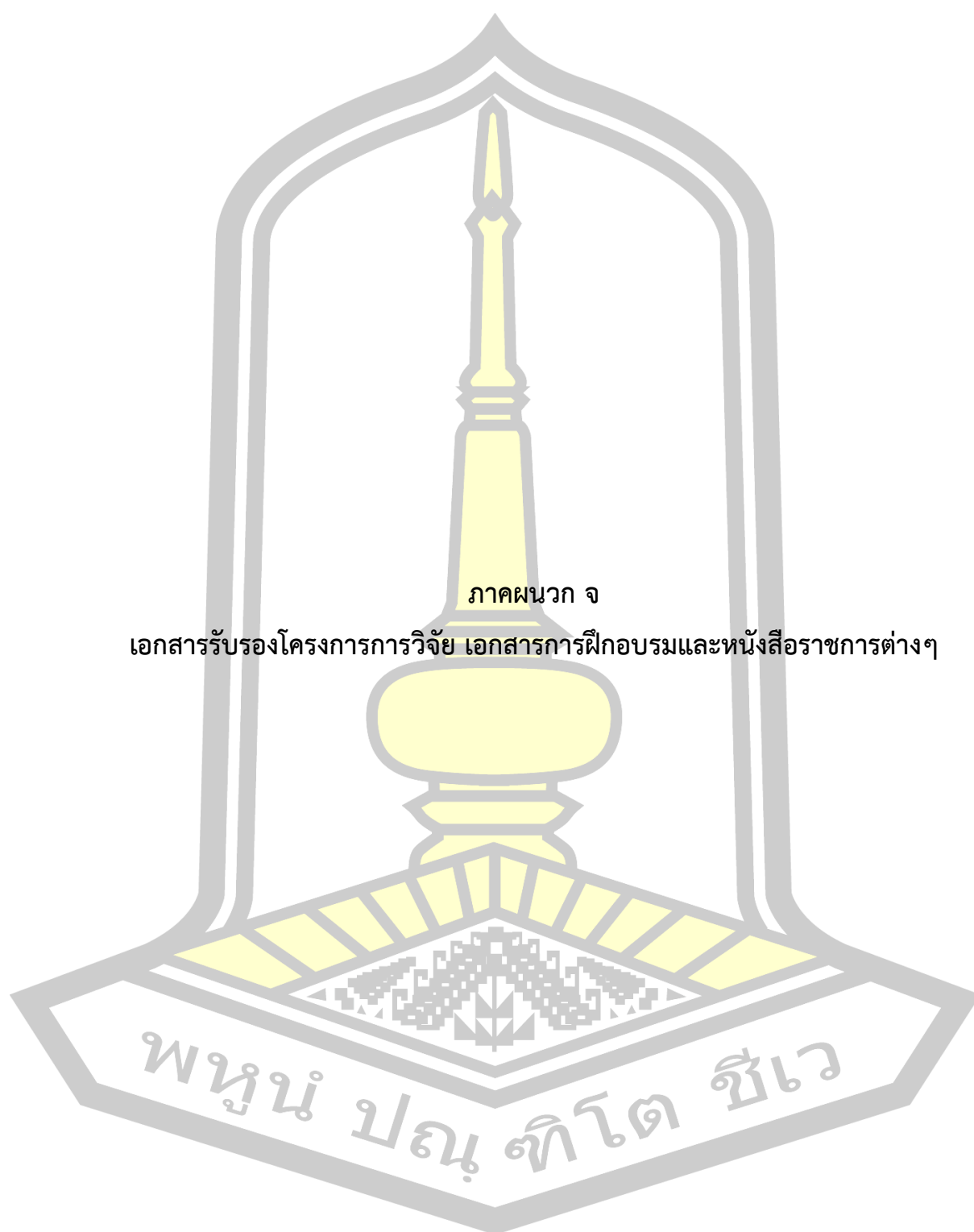
ข้อ	ข้อความ	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย/ เกือบ ทุก โอกาส	สม่ำเสมอ
1	สมาชิกในครอบครัวมีการชื่นชมและให้กำลังใจกันและกันแม้ในสิ่งเล็กๆน้อยๆ					
2	สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด ปีใหม่ วันแห่งความรัก ครบรอบแต่งงาน					
3	สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การซื้อของ การท่องเที่ยว					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	ท่านได้รับความรักความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวเพียงพอ					
9	ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ					
10	ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบัน					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมบุตรหลานของท่านของท่านให้มากที่สุด แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ข้อ	พฤติกรรม	ไม่ทำเลย	ทำเล็กน้อย	ทำค่อนข้างมาก	ทำมาก
1	ยุกยิก อยู่ไม่สุข				
2	ชอบส่งเสียงรบกวนคนอื่น				
3	ตื่นตื้นง่าย หุนหันพลันแล่น วู่วาม				
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	.....				
8	ระเบิดอารมณ์ หรือ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย				
9	ไม่ชอบทำตามกฎหรือข้อบังคับ				
10	ดื้อ ไม่เชื่อฟัง				

พูน ปณ จิตโต ชีเว





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 330-300/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Effect of a Behavioral Parent Training Program for Modifying
the Behavior of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

ผู้วิจัย : นางกัญชน สิริปัญญา

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลทว.ป. ณ จังหวัดแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

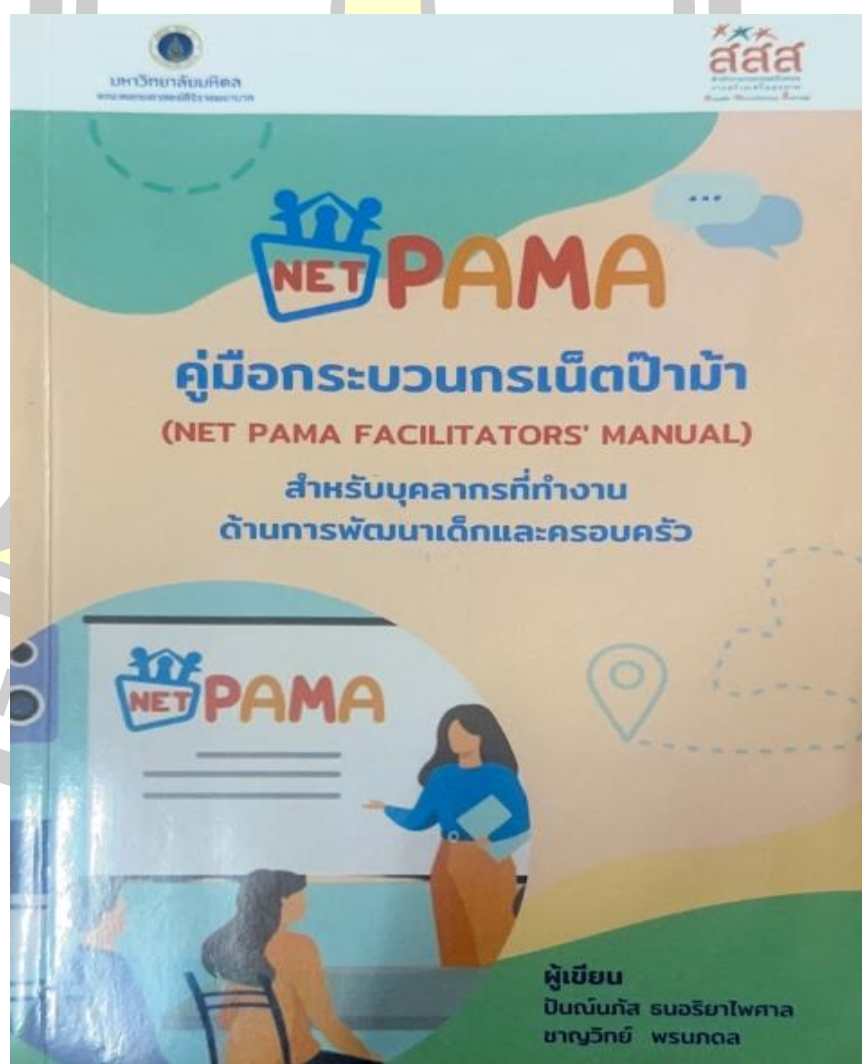
วันที่รับรอง : 25 สิงหาคม 2566

วันหมดอายุ : 24 สิงหาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภรณ์ สว่างจิตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงราตรี สว่างจิตร์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังระบุไว้ด้านหลังกระดาษ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ฝ่ายวิจัย สำนักงานคณบดี

2 ถ.วิสุทธิตถาภิรักษ์ กรุงเทพฯ 10700

โทร.0 2419 2680 โทรสาร 0 2418 3307

ที่ อว 78.07/ 08644

วันที่ 07 ธ.ค. 2566

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว 0605.11/1947 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2566

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขออนุญาตให้ นางกัญชน สิริปัญญานิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใช้เครื่องมือวิจัยของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล ดังนี้

- 1) โปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (parent management training) โดยขอใช้โปรแกรมเน็ตปามา (Internet-based parent management training program: Net PAMA)
- 2) แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Screening Scale)
- 3) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก สำหรับผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทย (modified IQWA Conners rating Rating scale)

เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์บุญจิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นางกัญชน สิริปัญญานิสิต นำโปรแกรมมา และแบบประเมินไปใช้ได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา โดยขอให้อ้างอิงอย่างถูกต้องเหมาะสมและห้ามมิให้นำไปดัดแปลง ทั้งนี้รายละเอียดขอให้ประสานงานโดยตรงได้ที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โทร.0 2414 1229

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ อว ๖๔.๑๓/๐๑๔๑๖



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๑๖๕๑
ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัยแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) ฉบับภาษาไทย ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น” ของนางกัญชน สัทะปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ดังรายละเอียดทราบแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ฯ ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ปฏิบัติการแทนคณบดี

ที่ อว. ๖๔.๑๑/ ๐๑๘๒๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๑๖๐๘ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินดียินยอมอนุญาตให้ นางกัญชน สีสะปัญญา ใช้เครื่องมือ แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์ของ นางคารุณี งามขำ หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้งคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

คารุณี งามขำ และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๕๖). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ๒๗(๑), ๑๖-๒๘.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ อบ ๐๐๓๓.๑๑๑.๑๕ / ๔๓๗๘

โรงพยาบาลวารินชำราบ
ถนนศรีสะเกษ ต.คำน้ำแซบ
อ.วารินฯ จ.อุบลฯ ๓๔๑๕๐

๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอแจ้งตอบรับอนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือ อว ๐๖๐๕.๑๑/๑๖๕๐ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นาง กัญชนม สีหะปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น" จำนวน ๕๐ ราย นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลวารินชำราบ จึงขอแจ้งตอบรับอนุญาตให้ นางกัญชนม สีหะปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าเก็บข้อมูลดังกล่าว จำนวน ๕๐ ราย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปิยวัฒน์ อังคะนิช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐๔๕ - ๔๖๔๐๕๐ - ๓ ต่อ ๒๓๑๔

“ ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง ”

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	กัญชมน สีหะปัญญา
วันเกิด	14 กรกฎาคม 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	52 หมู่ 8 ตำบลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ 33190
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลวารินชำราบ 46 หมู่ 6 ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
ประวัติการศึกษา	ปี 2553 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สมทบมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2558 พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น สถาบันราชานุกูล ร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี 2567 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	-
ผลงานวิจัย	-

พญ. ปณ. จิโต ชีเว