

# บทวิจัย

## ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

กัลยา สุวรรณสิงห์\* อรวรรณ หนูแก้ว\*\*  
กิตติพร เนาว์สุวรรณ\*\*\* กัลยา โหดหิม\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นพบมากที่สุดในเด็กวัยเรียนและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนของเด็กมาก การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษา แต่ยังมีรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 27 คน เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดพฤติกรรมบำบัด ทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขของ Pavlov และ Skinner และทฤษฎีการเรียนรู้แบบของ Bandura ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที ระยะเวลาห่าง 3 สัปดาห์ (17 เม.ย -29 พ.ค 2563) โดยมีการบ้านดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างข้อตกลงกับเด็กใส่ตารางกิจวัตรประจำวัน ครั้งที่ 2 ให้ฝึกแก้ปัญหาพฤติกรรมที่แต่ละคนเลือก ครั้งที่ 3 พูดคุยปัญหาอุปสรรคที่นำไปใช้ และนัดติดตามภายหลังจบโปรแกรม 9 สัปดาห์ (31 ก.ค 63) เครื่องมือวัดผลข้อมูลคือ แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทีคู่

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม 3 ด้าน ของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ลดลงทุกด้าน คือ พฤติกรรมขาดสมาธิ ( $M=11.78$ ,  $S.D.=3.99$ ) พฤติกรรมอยู่นิ่ง/ วุ่นวาย (  $M=10.56$ ,  $S.D.=5.40$ ) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ( $M=8.33$ ,  $S.D.=3.68$ ) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง สามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้ จึงเสนอให้มีการศึกษาเพื่อขยายผลให้สอดคล้องกับบริบทในชุมชนต่าง ๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง/ โรคสมาธิสั้น/ การปรับพฤติกรรม

\* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา E-mail: kantaya19652@gmail.com

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\* อาจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

\*\*\*\* นักจิตวิทยาคลินิก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา

## The Effect of ADHD Parenting Training Program on Behavior Problems in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

Kanlaya Suwannasing\* Orawan Nukaew\*\*

Kittiporn nawsuwan\*\*\* Kanlaya Hotheem\*\*\*\*

### Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is prevalence among school age children, affecting on learning problems. Behavior modification is necessary care but still lack of effective model. This Quasi-experimental research, aimed to examine the effects of ADHD Parenting training program on behavior problem in ADHD child. 27 primary caregivers of ADHD children at Songkhla hospital were recruited to study. An experimental tool was ADHD parenting training program based on conceptual framework of behavior therapy, operant conditioning theory of Pavlov and Skinner and modeling theory of Bandura. The program included 3 times (90-120 minute each), every 3 weeks (17 April –29 May 2020) and assigns homework by 1) Activates Daily table 2) Management of behavior problem and 3) Discussion homework, follow up after 9 weeks (31 July 2020). The measurement behavior problem in ADHD child tool use SNAP-IV Thai version. Data were analyzed using paired t-test.

The results revealed that the mean score of behavior problems after participating in Program was significantly lower than before participating in the program every category including inattention behavior ( $M=11.78$ ,  $S.D.=3.99$ ), Hyperactivity/ Impulsivity ( $M=10.56$ ,  $S.D.=5.40$ ), and Oppositional defiant behavior ( $M=8.33$ ,  $S.D.=3.68$ ). Thus, this program could decrease behavior problems among ADHD children.

**Keywords:** ADHD Parent training program/ ADHD /Behavioral Modification

---

Article info: Received October 13, 2020; Revised November 4, 2020; Accepted December 23, 2020.

\* Corresponding author, Psychiatric Nurse in Psychiatric Unit Songkhla Hospital

\*\* Assistant Professor, Department of Psychiatric and mental Health Nursing Faculty of Nursing Prince Songkhla University

\*\*\* Professor Dr. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

\*\*\*\* Clinical Psychology, Psychiatric Department of Songkhla Hospital

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบมากที่สุดในเด็กวัยเรียน ในประเทศไทยพบถึงร้อยละ 8.1<sup>1,2</sup> และภาคใต้พบมากที่สุดถึงร้อยละ 11 สถิติของคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลาพบสูงเป็นอันดับ 1 ตัวโรคเป็นอุปสรรคต่อการเรียน การทำหน้าที่และการใช้ชีวิตในสังคมของเด็ก มีอาการหลักเป็นปัญหาพฤติกรรม 3 ด้านได้แก่ 1) พฤติกรรมขาดสมาธิวอกแวกง่าย ทำอะไรได้ไม่นาน ทำงานไม่เสร็จไม่เรียบร้อยไม่รอบคอบ ขี้ลืม เหม่อลอย เบื่อง่าย 2) พฤติกรรมไม่นิ่ง/ วู่วาม ขน พุดมาก ไม่ใส่ใจการเรียน เล่นผาดโผน วู่วามหุนหัน รอคอยไม่ได้มักพูดแทรก สนุกกับการแกล้งเพื่อน 3) พฤติกรรมดื้อต่อต้าน มักขัดคำสั่งไม่ทำตามกฎ ใช้ความรุนแรง เกเร<sup>3,4</sup> ผู้ดูแลมักมีความเครียดสูง<sup>5</sup> เนื่องจากเลี้ยงยากกว่าเด็กปกติ จึงเลือกวิธีตามใจ/ ยอม/ ทำแทนเพราะราคาถูหรือปล่อยไม่สนใจ เด็กจึงขาดความรับผิดชอบ เอาแต่ใจ ทำผิดเรื่องเดิม ๆ เพราะขี้ลืม ส่งผลให้ผู้ดูแลที่ศรัทธาทางลบและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ใช้วิธีลงโทษรุนแรง ดุด่า ตี ยิ่งทำให้ดื้อต่อต้านมากขึ้น ถ้าการเรียนล้มเหลว เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจึงใช้สารเสพติดได้ง่าย ขับรถเร็ว/ ชิง ขาดอาชีพ นำไปสู่ปัญหาต่อสังคม<sup>6</sup>

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องใช้วิธีการรักษาแบบ Multi-model treatment คือใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่า<sup>2,4</sup> ยาแก้ไข้ปัญหาพฤติกรรมไม่ได้ต้องใช้วิธีการทางพฤติกรรมบำบัดและเพิ่มทักษะสังคม โดยสอนให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรม<sup>4</sup> สำหรับ ADHD

Parent training Program เป็นแผนการให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน/ การเข้าสังคมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ 1) การไม่รู้จักเวลา (Time blindness) 2) การวางแผนลำดับขั้นตอนไม่ได้ (Disorganization) 3) ควบคุมตนเองไม่ได้ (Self-uncontrol) ช่วยให้การเรียนและการเข้าสังคมประสบความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับของคนรอบข้าง และเป็นประชากรที่มีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานของพรทิพย์ วชิรติลล, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง<sup>7,8</sup> วิจัยผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกวินัยและความรับผิดชอบ พบว่าอาการของโรคลดลง สอดคล้องกับงานของกัญญาวิวี บุญเสนันท์ และจินตนา ยูนิพันธุ์<sup>9</sup> รวมทั้งของพิกุลทอง กัลยา และจินตนา ยูนิพันธุ์<sup>10</sup> วิจัยผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรมที่บ้าน พบว่าเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และยังมีงานของดารินทร์ สิงห์สาธิต และวุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์<sup>11</sup> ได้วิจัยผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กลดลงและความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มมากขึ้น

งานวิจัยต่างประเทศของ Coles และคณะ<sup>12</sup> ในเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และการเรียน ช่วงอายุ 5-13 ปี โดยใช้หลักของพฤติกรรมบำบัดใน Summer Camp Program for ADHD children พบว่าช่วยให้เด็ก

ใช้น้อยลงบางส่วนไม่ต้องใช้ยา ใช้ Daily report card เป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรม จูงใจด้วยระบบรางวัล response-cost, point system มีการทำ Parent training group และ Classroom intervention ให้ผู้ปกครองและครู<sup>13,14,15</sup> ยังมีงานวิจัยของ Mautone, Lefler, & Power<sup>16</sup> พบว่าผลของ Parenting training Program ช่วยให้ความสัมพันธ์ ระหว่างเด็กสมาธิสั้นกับผู้ปกครองเป็นเชิงบวกและมั่นคง<sup>17</sup> จากการทำให้ Systematic Reviews ของ Zwi, Jones, Thorgaard, York, & Dennis<sup>18</sup> พบว่า Parenting training ช่วยลดความเครียดและเสริมความมั่นใจให้กับผู้ปกครองได้

ผลสรุป โปรแกรมปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง ช่วยให้ผู้ดูแลแก้ไขปัญหาพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลสงขลา ได้เห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก จึงจัดให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นรายใหม่ทุกราย ต้องผ่านโปรแกรม Group Counseling Parent training 3 ครั้ง เป็นงานประจำทำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเริ่ม ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 มีการพัฒนาคุณภาพกิจกรรม CQI ปี พ.ศ 2559 และปี พ.ศ 2561 พบว่าเด็กที่ได้รับโปรแกรมมีอัตราการขาดนัดน้อยกว่า การเรียนดีขึ้น และอยู่ในระบบรักษานานขึ้นจากเดิมพออายุ 10-11 ปี ก็หยุดการรักษา ปัจจุบันมารักษาจนถึงอายุ 16-18 ปี ยังพบอีกว่าเด็กที่หยุดยาเร็วมักกลับมาอีกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นด้วยปัญหา ยาเสพติด ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง เพื่อ

พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้ได้ผลดี สร้างประโยชน์ต่อเด็กที่มารับบริการและเผยแพร่บริการนี้ต่อไปในโรงพยาบาลทั่วไปอื่น ๆ ในระบบบริการสุขภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนปัญหาพฤติกรรมจากแบบประเมิน SNAP-IV ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิด Behavior therapy, Operant conditioning theory และ Modeling theory<sup>19,20,21</sup> รวมทั้งเทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) และเทคนิคการลงโทษ (Punishment) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Parent training program เด็กสมาธิสั้นสมองทำงานบกพร่องในเรื่องไม่รู้กาลเวลา (Time blindness) จัดระบบและวางแผนลำดับขั้นไม่ได้ไม่มีระเบียบวุ่นวาย (Disorganization) ควบคุม/ ยับยั้งตนเองไม่ได้ เล่นไม่เลิก (Self-uncontrol) แสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรม 1) พฤติกรรมขาดสมาธิ 2) ขนอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น 3) พฤติกรรมต่อต้าน เด็กจะมีลักษณะขาดความรับผิดชอบ ทำงาน/ การบ้านไม่เสร็จติดเล่น คือ ชัดคำสั่ง รอไม่ได้ พุดแทรกเอาแต่ใจ อารมณ์โกรธรุนแรง แนวคิด Behavior therapy<sup>19</sup> เชื่อว่าพฤติกรรมที่

ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้ผิด ๆ แก้ไขโดยให้เรียนรู้ใหม่ ซึ่งเด็กสมาธิสั้นมีการเรียนรู้ผิด ๆ เช่น การขีดคำสั่งไม่ทำหน้าที่ เด็กเรียนรู้ว่าถ้าเฉยๆ ทำเป็นไม่ได้ยืนผู้ใหญ่อาจลืมหือทำแทน ถ้ามีการดุเสียงดัง เดินมาใกล้ ๆ แสดงว่าเราจริงไม่ปล่อยค้อยทำหรือพูดแทรกแล้วถูกดูว่าแต่ก็ไม่เลิกเพราะเด็กได้รับความสนใจ (แรงเสริมทางลบ) หากไม่สนใจ (ลดแรงเสริมทางลบ) เด็กจะเลิกทำ แนวคิด Operant conditioning theory ของ Pavlov และ Skinner อ้างใน lamsupasit<sup>19</sup> และ Bandura<sup>20</sup> ที่เชื่อว่าสิ่งเร้าภายนอกสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยวางเงื่อนไขการกระทำอย่างสม่ำเสมอ การกระตุ้นเด็กสมาธิสั้นที่ขาดความรับผิดชอบให้ทำหน้าที่ ใช้ระบบรางวัลและการลงโทษ เช่น ไม่ทำงานบ้านที่มอบหมายก็ให้ทำงานบ้านเพิ่ม ไม่ทำการบ้านก็ให้คัดไทย ท่องศัพท์เพิ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่เด็กไม่ชอบแต่มีประโยชน์ หรือใช้เทคนิคลงโทษด้วย การตัดสิทธิ์สิ่งใดหรือลดสิ่งที่เด็กชอบ เช่น หักเวลา/ งดเล่นเกมส์เท่ากับเวลาที่เล่นเกิน ถ้ารับผิดชอบได้รางวัล (แรงเสริมทางบวก) ปัญหาอารมณ์ โกรธรุนแรงแบบ Anger-out ของเด็กสมาธิสั้น<sup>22,23</sup> ผู้วิจัยใช้แนวคิดควบคุมความโกรธของ Novaco อ้างใน กัลยา สุวรรณสิงห์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา<sup>24</sup> และอ้างใน อัมพัน จารุทัศน์างกูร และโสธยา ศุภโรจน์<sup>25</sup> ใช้หลัก Modeling ของ Bandura<sup>20</sup> เชื่อว่าการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบและกระทำตาม ไปฝึกทักษะควบคุมความโกรธ ให้เด็กเลียนแบบทักษะใหม่ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom<sup>26</sup> มีการสร้างความหวังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่

เหมาะสม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 12-15 คน

### โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย

1. เรียนรู้โรคสมาธิสั้นและผลกระทบ เป็นการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย<sup>27</sup> เป้าหมายให้เห็นความสำคัญของการรักษาที่ยาวนาน ปรับทัศนคติผู้ดูแลให้เป็นบวกเข้าใจเด็ก สร้างความหวังว่าเด็กดีขึ้นได้และมีแรงจูงใจในการช่วยเหลือเด็ก เรียนรู้การฝึกวินัยและความรับผิดชอบเพื่อแก้ไขข้อจำกัดของเด็ก<sup>28</sup>
2. การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม เรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมและแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนการเรียนรู้ของเด็กใหม่ ใช้เทคนิคการออกคำสั่ง ระบบรางวัลและการลงโทษอย่างสร้างสรรค์ ในการควบคุมกำกับการทำงานที่ของเด็ก โดยมุ่งหวังให้เลิกใช้การตี ดุด่า จำยอม ทำแทนหรือปล่อยไม่สนใจเด็ก ซึ่งมีผลเสียมากทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าวใช้ความรุนแรง

3. การฝึกทักษะทางสังคม เด็กสมาธิสั้นมักแสดงความโกรธรุนแรงแบบ Anger-out ทำให้มีปัญหาการเล่นและการเข้าสังคม<sup>29</sup> การควบคุมความโกรธ ประกอบด้วย การพูดแสดงความรู้สึก โกรธ การควบคุมระดับอารมณ์และการแสดงออกอย่างเหมาะสม ให้ผู้ปกครองฝึกบทบาทสมมติเป็นตัวแบบให้เด็กเลียนแบบ ส่วนการสื่อสารทางบวก จะทำให้เด็กร่วมมือ ทักษะที่จำเป็น เช่น

การสร้างเพื่อนและการรักษาความสัมพันธ์ จะช่วยให้เด็กปรับตัวเป็นที่ยอมรับในสังคม

**กระบวนการ** เมื่อแพทย์สั่งการรักษา และส่งเข้า Parent training program ที่คลินิกจิตเวชเด็ก ให้ข้อมูลและนัดเข้าโปรแกรมในเดือนถัดไป ผู้ดูแลหลักมาเข้าร่วมโปรแกรม ตามวันนัดพยาบาลซักประวัติคัดกรองประเมินอาการเพื่อให้แพทย์สั่งยา รายที่อาการไม่คงที่มีปัญหา ให้พบแพทย์หลังเสร็จกลุ่ม พยาบาลและนักจิตวิทยา จะหมุนเวียนกันเป็นผู้นำกลุ่ม ก่อนถึงวันนัดหากมีปัญหาให้โทรปรึกษาได้ **กลุ่มครั้งที่ 1** มีการบ้านให้ไปทำตารางการกำหนดหน้าที่ประจำวัน มีใบงานและตัวอย่าง (วัยเด็กเล็ก เด็กโต และวัยรุ่น) **ครั้งที่ 2** ติดตามใบงาน ตรวจวิธีกำหนดหน้าที่

การวางเงื่อนไขในตาราง เช่น ก่อนการเล่นต้องให้เด็กทำหน้าที่ก่อน ให้คำแนะนำปรับปรุงแก้ไขตาราง ใช้คู่มือเพื่อฝึกปฏิบัติขั้นตอนการปรับพฤติกรรมตามโจทย์สมมติของแต่ละวัย การบ้านให้เลือกปัญหาที่ต้องการปรับที่บ้าน แจกใบงานเป็นใบสะสมดาวของเด็กเล็ก และใบสะสมคะแนนของเด็กโต สอนการทำใบแลกรางวัล ให้ผู้ปกครองกลับไปบันทึกพฤติกรรมและการทำหน้าที่ของเด็ก **ครั้งที่ 3** ติดตามใบงานและปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนะนำเพิ่มเติม หลังครบโปรแกรมนัด 9 สัปดาห์ติดตามการฝึกทักษะทางสังคม และประเมิน Snap IV ซ้ำและพบแพทย์

**ตัวแปรต้น**

**ตัวแปรตาม**

<p>โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย 3 session</p> <p><b>Session ที่ 1</b> โรคสมาธิสั้นและผลกระทบ</p> <p>กิจกรรมที่ 1 ปรับทัศนคติเข้าใจข้อจำกัดของเด็ก</p> <p>กิจกรรมที่ 2 เป้าหมายการช่วยเหลือเด็ก</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ฝึกวินัยและความรับผิดชอบ</p> <p><b>session ที่ 2</b> การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 1 ปรับเปลี่ยนรูปแบบการเลี้ยงดู</p> <p>กิจกรรมที่ 2 เทคนิคการปรับพฤติกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมจากบทบาทสมมติ</p> <p><b>session ที่ 3</b> การฝึกทักษะทางสังคม</p> <p>กิจกรรมที่ 1 ฝึกทักษะควบคุมความโกรธใช้บทบาทสมมติ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 วิธีฝึกทักษะการสร้างเพื่อนใหม่รักษาเพื่อนเก่า</p> <p>กิจกรรมที่ 3 วิธีฝึกทักษะการเล่น</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก</p>
--

<p>ปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (ตามแบบSNAP-IV)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พฤติกรรมขาดสมาธิ (Inattention)</li> <li>2. พฤติกรรมไม่นิ่ง/วู่วาม อยู่นิ่ง (Hyperactivity/ Impulsivity)</li> <li>3. พฤติกรรมต่อต้าน (Oppositional defiant)</li> </ol>
---

กรอบแนวคิดโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental One Group Pre – Posttest Design)

**ประชากร** คือ ผู้ปกครองที่มีอายุ 20-60 ปี และเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคสมาธิสั้นอาจไม่ใช้บิดา-มารดา ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลสงขลา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและมารักษาที่โรงพยาบาลสงขลา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่า Alpha เท่ากับ .05 และค่า Power ที่ระดับ 0.8 และค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง ได้เท่ากับ 0.7 และนำไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมี อายุตั้งแต่ 20-60 ปี 2) ผู้ดูแลหลักต้องมีความใกล้ชิดกับเด็กอาจไม่ใช่บิดาหรือมารดา 3) เด็กในความปกครองมีอายุ 5-18 ปี 4) ผู้ดูแลต้องประเมินพฤติกรรมเด็กตามแบบ SNAP-IV ด้วยตัวเอง 5) ผู้ดูแลต้องอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย เกณฑ์ในการคัดออก ผู้ดูแลแจ้งขอหยุดหรือขาดการรักษา

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย

1. โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยกิจกรรม กลุ่มครั้งที่ 1 เรียนรู้โรคสมาธิสั้นและผลกระทบ กลุ่มครั้งที่ 2 การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม กลุ่มครั้งที่ 3 การฝึกทักษะทางสังคม

2. คู่มือสำหรับผู้ปกครอง บทที่ 1 เรียนรู้โรคสมาธิสั้นและผลกระทบ ปรับทัศนคติผู้ปกครอง สร้างแรงจูงใจในการเลี้ยงเด็กสมาธิสั้น บทที่ 2 การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม เรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม บทที่ 3 การฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ การควบคุมอารมณ์โกรธ การสร้างเพื่อนใหม่รักษาเพื่อนเก่า การเล่น (รู้แพ้รู้ชนะ) การสื่อสารแบบ I - message

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมและวัดผลข้อมูล** ใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยมีข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ (Inattention) 9 ข้อ (1-9) ประเมินพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันวู่วาม (Hyperactivity/ Impulsivity) 9 ข้อ (10-18) และประเมินพฤติกรรมดื้อ (Oppositional defiant) 8 ข้อ (19-26) แบ่งคะแนน 4 ระดับ (ไม่เลย = 0, เล็กน้อย=1, ค่อนข้างมาก=2 และมาก=3) การแปลผลคะแนน ด้านขาดสมาธิ-ด้านอยู่ไม่นิ่ง-ด้านดื้อต่อต้าน = (16-14-12) ถ้าสูงกว่าในแต่ละด้านมีอาการเสี่ยงด้านนั้น ๆ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) โปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมิน IOC ได้ค่า IOC (Item Objective Congruence Index) รายข้อเท่ากับ 0.85 หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้เพิ่มกิจกรรมทบทวนเนื้อหาเดิม เน้นจัดการปัญหาพฤติกรรมทันที และการฝึกทักษะทางสังคม มีการสาธิตและฝึกจากสถานการณ์สมมติ จัดทำใบงาน ตารางเปล่า และตัวอย่างตารางฝึกความรับผิดชอบ ใบสะสมดาว/ คะแนน ใบแลกรางวัล สำหรับให้การบ้าน คู่มือมีกิจกรรมที่ใช้ระหว่างอบรม เช่น สำรวจปัญหา ทดสอบความรู้ ฝึกบทบาทสมมติ และมอบคู่มือให้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมกลุ่มครบ

2) แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV วิจัยและพัฒนาโดย นายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร, ฉันทรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จึงศิริกุลวิทย์ และทรงภูมิ เบญญากร<sup>30</sup> ฉบับแปลภาษาไทย และมีการตรวจสอบวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha coefficient) มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .927

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลสงขลาเลขรหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2020-Nrt-IN3-04003 ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้เปิดเผยข้อมูล หากรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยได้วางแผนหยุดสอบถามทันที ถ้าไม่สะดวก สามารถขอยุติการ

เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ

### การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เริ่ม 17 เม.ย - 31 ก.ค 2563 หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จึงขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเพื่อทำวิจัยในหน่วยงาน ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โทรติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดวันมารับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมพร้อมทำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV เนื่องจากเป็นกลุ่มบำบัด (สมาชิกไม่ควรเกิน 12-15 คน) เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม (ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เปรียบเทียบ) โดยแบ่งกลุ่มละ 15 คน ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยทำกิจกรรมกลุ่มเองขั้นตอนเหมือนกันทั้งสองกลุ่มในระยะใกล้เคียงกัน ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเข้าใจโรคสมาธิสั้นและผลกระทบจากโรค สร้างความหวังถ้ารักษายาวนานพอปรับทัศนคติผู้ปกครองทางบวกสำรวจปัญหาการเลี้ยงดูเด็กจากคำถามในคู่มือ มอบการบ้าน ครั้งที่ 2 ตรวจการบ้านครั้งก่อน เรียนรู้การปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง ฝึกทักษะการจัดการปัญหาจากสถานการณ์สมมติในคู่มือ มอบการบ้าน ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะทางสังคม เรียนรู้การสร้างและรักษาสัมพันธภาพ ฝึกทักษะควบคุมอารมณ์โกรธ สิ้นสุดสัมพันธภาพ ประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 9 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ก่อน และหลังการทดลอง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติ ทีคู่ (paired t-test)

### ผลการวิจัย

1) **ข้อมูลทั่วไป** ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 27 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นแม่ร้อยละ 85.1 เป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอายุช่วงวัยเด็กเล็ก (<6ปี) ร้อยละ 7.4 วัยเด็กโต

(6-12 ปี) ร้อยละ 85.1 วัยรุ่น (13 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 7.4 อายุผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ช่วง 30-45 ปี ร้อยละ 77 การศึกษาระดับมัธยม - ปริญญาตรี ร้อยละ 77 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างพนักงานบริษัทร้อยละ 44.4 มีโรคร่วม 3 ราย คือโรคออทิสซึม (ASD) 1 ราย บกพร่องทักษะการเรียนรู้ (LD) 1 ราย โรควิตกกังวลและไม่อยากไปโรงเรียน (Anxiety and School Refusal) 1 ราย เด็กทุกคนรักษาด้วยยา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง drop out ไปจำนวน 3 ราย

2) **ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรม** เด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ดังตารางที่ 1

Table 1 Comparison of Mean and Standard Deviation Score of Behavior problems before and after joining the ADHD behavioral program for parents. (n=27)

Behavior Problem	(n)	M	S.D.	Df	t	P-value (2-tailed)
<b>1. Inattention (A)</b>						
Before Experimental	27	18.93	5.48	26	-5.863	<.001
After Experimental	27	11.78	3.99			
<b>2. Hyperactivity/Impulsivity (H)</b>						
Before Experimental	27	17.15	7.28	26	-4.297	<.001
After Experimental	27	10.56	5.40			
<b>3. Oppositional Defiant (O)</b>						
Before Experimental	27	12.29	5.14	26	-3.325	<.01
After Experimental	27	8.33	3.68			

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้น มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิลดลง (M=11.78, S.D.= 3.99) พฤติกรรมไม่นั่ง/วู่วาม ลดลง (M= 10.56, S.D.= 5.40)

และพฤติกรรมต่อต้านลดลง (M=8.33, S.D.=3.68) ต่ำลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนปัญหาพฤติกรรม 3 ด้านของเด็กสมาธิสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าโปรแกรมสามารถลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1) เรียนรู้โรคสมาธิสั้น และผล

**กระทบ** มีการศึกษาพบว่า การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง<sup>14</sup> สร้างแรงจูงใจตามกระบวนการ motivation ของ Bandura<sup>20</sup> โดยการปรับทัศนคติผู้ปกครองให้เข้าใจเด็กและมีความหวัง ว่าเด็กสามารถดีขึ้นได้ถ้า รู้วิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้องคือ ลดสิ่งเร้า เพิ่มสมาธิ เพิ่มการควบคุมตนเองให้เด็ก เด็กจะเสี่ยงต่อการเรียนล้มเหลว ปัญหาการใช้สารเสพติด เกเร อันธพาลลดลง ปรับให้เลี้ยงเด็กโดยไม่บังคับข่มขู่ เกรี้ยวกราด ใช้ความรุนแรงหรือปล่อยเกินไป และเห็นความสำคัญของการเลี้ยงแบบมีกฎกติกา และฝึกระเบียบวินัย ใช้กระบวนการกลุ่มของ Yalom<sup>26</sup> ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน เช่น การแก้ปัญหาเด็กไม่ยอมกินยาหรือลืมกินยาที่โรงเรียน ได้รับความทุกขใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รู้สึกสงสารและไม่โกรธเด็กและใจเย็นมากขึ้น รู้สึกสบายใจและมีความหวังมากขึ้น จากเดิมที่รู้สึกท้อแท้โทษตัวเอง การเข้าร่วมกลุ่มมีประโยชน์จริง และต้องการสถานบริการที่ให้ความรู้ด้วย ที่ผ่านมาพบแต่ให้การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

### 2) การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การมี

ความรู้เรื่องเทคนิคการปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เพราะตัวโรคก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมที่ยาไม่สามารถรักษาได้หลายอย่างเช่น เด็กสมาธิสั้นมักขาดทักษะในการควบคุมตัวเอง การแบ่งเวลา จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมคือไม่เชื่อฟังเอาแต่ใจ ฝึกระเบียบวินัยยากเพราะขี้ลืม และผู้ปกครองที่ฝึกมักไม่อดทนเพียงพอ เพราะต้องใช้เวลานานกว่าจะติดเป็นนิสัย ต้องใช้การปรับพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ จริงจังไม่ยืดหยุ่นเกินไป เด็กจึงจะเปลี่ยนแปลงตนเองและเรียนรู้การกระทำใหม่ที่ผู้ใหญ่ต้องการ โดยใช้หลักของทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำ ถ้าเด็กทำตามที่ได้ตกลงได้ ก็ให้ในสิ่งที่เด็กต้องการ โดยใช้เทคนิคการเสริมแรงด้วยระบบรางวัล เพื่อเพิ่มความถี่ในการทำหน้าที่ตามตารางฝึกวินัยและความรับผิดชอบ ซึ่งตารางออกแบบให้ง่ายต่อการกำกับติดตาม หากไม่รับผิดชอบต่อไม่รักษาข้อตกลงก็ใช้เทคนิคการลงโทษ (Punishment) เพื่อลดความถี่และไม่ทำผิดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่นำไปใช้พบว่ามีประโยชน์ใช้ได้ผล ในระยะแรกพบการต่อต้านอาละวาด โวยวายบ้าง แต่เมื่อผู้ปกครองยังคงกำกับอย่างต่อเนื่องและสงบนิ่ง เด็กก็ยินยอมและเกิดการเรียนรู้ใหม่ต่อต้านน้อยลง บางรายแจ้งว่าการทำหน้าที่ตามตารางอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เด็กมีผลการเรียนที่ดีขึ้นอย่างมาก

### 3) การฝึกทักษะทางสังคม เด็กสมาธิ

สั้นมีพฤติกรรม ว่าความขาดการยังคิดทำให้ เด็กเอาแต่ใจตนเอง โกรธง่ายไม่โหรงแรงทำให้ไม่มีเพื่อนเล่น มีเพื่อนน้อยจนเข้าสู่วัยรุ่น จึงไม่กล้าปฏิเสธ

หรือเลิกคบเพื่อนที่ไม่ดี เพราะกลัวไม่มีเพื่อน ทำให้ถูกชักนํ้าง่าย เช่น ทดลองเสพยา โดดยเรียน การฝึกทักษะทางสังคมจึงจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธ และ ผู้ปกครองต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ให้เด็กเลียนแบบที่บ้าน ตามทฤษฎี Modeling ของ Bandura<sup>20</sup> โดยให้ผู้ปกครองฝึกบทบาทสมมติตามวัยของเด็ก ที่ตนดูแลตามขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างแจ้งว่าบุตรหลานของตนทะเลาะกับเพื่อนน้อยลงใช้ความรุนแรงลดลง และหลัง จากที่ฝึกทักษะการเล่น ทำให้เด็กมีเพื่อนเพิ่มขึ้น เดิมเวลาเล่นแพ้มักจะ เลิกเล่นโกรธหรือทำลายของเล่น ทำให้เพื่อนไม่ อยากร่วมด้วย ในเรื่องการสื่อสารทางลบ เช่น การพูดดักคอหรือการคาดเดาถึงความผิดที่เด็ก จะทำ ส่งผลให้เด็กมองตนเองไม่ดีรู้สึกโกรธไม่ อยากร่วมกับ กลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าเป็นประจำ เพราะไม่ทราบผลเสีย แต่หลังจากเปลี่ยนมา สื่อสารเป็นทางบวกลูกดีขึ้นมากไม่ดื้อ

**กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้โรคสมาธิสั้นและ ผลกระทบ** ประสบความสำเร็จมากในการสร้าง ทักษะที่ดี ตารางช่วยลดภาระผู้ปกครองอย่าง มาก อุปสรรคอยู่ที่เรื่องยามือเที่ยงครูไม่ช่วยจำย มองว่าเป็นภาระ

**กิจกรรม 2 การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม** ประสบความสำเร็จเรื่องทำให้เด็กทำหน้าที่ดีขึ้น อุปสรรคสำคัญคือ ผู้ปกครองใจอ่อนสงสาร ไม่ สม่าเสมอ และปัญหาอารมณ์ของวัยรุ่นขัดแย้ง กันง่าย บางครั้งต้องปล่อย

**กิจกรรม 3 การฝึกทักษะทางสังคม** ประสบความสำเร็จในเรื่องความสัมพันธ์ของเด็ก กับครอบครัวและเพื่อนดีขึ้นมาก ตนไม่เกรี้ยวกราด

ใส่บุตรหลาน ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้นมาก อุปสรรคคือตัวผู้ปกครองไม่ทำเป็นตัวอย่างเพราะ เหนื่อยล้า มีปัญหาสุขภาพจิต

**จุดอ่อนของงานวิจัยนี้** ไม่ได้ศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยทางบุคลิกภาพผู้ดูแลที่มีผลต่อ ความสำเร็จ เช่น ผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลขัดขวาง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ ผู้ดูแลที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง งานวิจัยไม่ได้มุ่งเน้นแก้ปัญหาในเด็กสมาธิสั้นที่มี โรคร่วมที่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อน เช่น Autism, MR จำนวนครั้งที่น้อยและระยะห่างนานเกิน 3 สัปดาห์อาจทำให้ประสิทธิภาพลดลง

**จุดแข็งของงานวิจัยนี้** มีการสร้างความหวังและการปรับทัศนคติทางบวกของ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รู้สึกมีเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกัน ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ โรคและข้อจำกัดที่เป็นต้นเหตุของปัญหา สอน เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ปกครองมีวิธี จัดการปัญหาที่ดี แก้ปัญหาการเข้าสังคมด้วย การฝึกเทคนิคการควบคุมอารมณ์โกรธ ที่มีความ แตกต่างแต่ละวัย โดยเด็กเล็กเน้นให้เด็กรู้จัก อารมณ์ ลดความโกรธใช้กิจกรรมวาดรูป-ระบาย สี เด็กโตให้พูดคุยบอกความรู้สึกโกรธ-เดินหนี ลด ความโกรธโดยเขียนระบายหรือขีดเส้นยุ่ง ๆ เล่น กีฬา สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ใช้วิธีบอก ความรู้สึกและออกจากสถานการณ์ไปสถานที่ ชอบ ใช้ลมหายใจและการนับเลขในใจ ช่วยลด ระดับอารมณ์โกรธ การแก้ปัญหาเรื่องเพื่อนไม่ คบไม่เล่นด้วยการสอนทักษะการสร้างเพื่อนใหม่ การรักษามิตรภาพกับเพื่อนเก่า การเล่นที่ราบรื่น รู้แพ้-รู้ชนะ การแก้ปัญหาที่นุ่มนวลเป็นที่ยอมรับ และสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของเด็ก

## สรุป

โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง มีการให้ความรู้เรื่องโรคข้อจำกัดของเด็ก ช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจในตัวเด็ก และตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงเด็กอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกินยาต่อเนื่องยาวนาน เด็กเกิดการเรียนรู้จากการตั้งกฎกติกา และการวางเงื่อนไขการกระทำ ด้วยระบบรางวัล และการลงโทษที่สร้างสรรค์ทำให้เด็กร่วมมือ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรนำโปรแกรมปรับไปใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา และเปิดบริการ Parent Training แบบงานประจำในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่มีพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยา อาจก่อให้เกิด Impact ที่ดีในวงกว้างของสังคมไทย เพราะจิตแพทย์มีเวลาพูดคุยเรื่องการเลี้ยงดูและการปรับพฤติกรรมไม่มากพอ

2) ประยุกต์ใช้ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน เพื่ออุปถัมภ์ด้านการปรับตัว ประสบการณ์ และความคุ้นเคย รวมถึงความสามารถอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมต่อไป

3) ประชาชนควรได้รับความรู้ที่จำเป็นสำหรับการเลี้ยงดูเด็ก สามารถนำไปปรับใช้กับ

โรคอื่น ๆ ที่การเลี้ยงดูมีความสำคัญต่อความก้าวหน้าทางการรักษา

4) การนำโปรแกรม ไปใช้ต้องมีการปรับให้เหมาะกับบริบทของสถานบริการแต่ละแห่งรวมทั้ง ลักษณะการเจ็บป่วยของเด็กด้วย

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมควรมีจำนวนครั้งที่เหมาะสม 4-5 ครั้ง หรือระยะห่าง 2-3 สัปดาห์จึงจะมีประสิทธิภาพ และควรปรับให้เหมาะกับบริบทของแต่ละที่ ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ศึกษา เช่น ความแตกต่างระหว่างเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมในกลุ่มที่กินยากับกลุ่มที่ไม่กินยา ในรายที่มีโรคร่วม เช่น Autism เพิ่มบริการเฉพาะบุคคลด้วย จึงจะสามารถให้บริการได้ครอบคลุม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์หญิง ปุณณดา สุไลมาน แพทย์หญิงปิยณัฐ สุวรรณโณ (จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น) และผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา ที่ช่วยเหลือให้การดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## References

1. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Buranasuksakul T, Arunruang P. The prevalence of attention deficit/ hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of the Mental Health of Thailand* 2013; 21(2): 66-75. (in Thai)
2. Pornnoppadol C. Attention-deficit/hyperactive disorder-ADHD. In: Piyasilp W, Kateman P, eds. *Child and adolescent psychiatry*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2018.
3. Boon - yasidhi V. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis and Management. *Journal of Psychiatr Association Thailand* 2012; 57(4): 373-86. (in Thai)
4. Limsuwan N, Wisajun P. Clinical presentations of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults. *Journal of Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(2): 139-48. (in Thai)
5. Dangnumkoo D, Yunibhand J. Parenting Stress in Caretakers of Children with ADHD. Master's Thesis of Science Program Mental Health. Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok; 2006.
6. Klassen AF, Miller A, Finc S. Health – related quality of life in children and Adolescents that have a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Padiatric* 2004; 114(5): 541-7.
7. Wachiradilok P, Mueangkhwa M, Thiamsaeng T. Effectiveness of Parent training Program for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of mental health of Thailand* 2009; 17(2): 77-90. (in Thai)
8. Wachiradilok P, Pavasuthipaisit C, Srisuchart R. The school-based Intervention for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012; 20(2): 113-20. (in Thai)
9. Boonsanun K, Yunibhand J. The Effect of Behavior Therapy on Aggressive Behaviors of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Master's Thesis of Science Program Mental Health. Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok; 2012.
10. Kanlaya P, Yunibhand J. The Effect of an Aggressive Behavior Management Program in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019; 46(3): 522-35. (in Thai)

11. Singsathorn D, Permsirivanich W. Effects of promoting development in ADHD children with a 'Group Activities Program' at the queen savang vadhana memorial hospital in Chonburi, Thailand. *BURAPA Journal of Medicine* 2018; 5(2): 70-86. (in Thai)
12. Coles EK, Pelham III WE, Fabiano GA, Gnagy EM, Burrows-MacLean L, Wymbs BT, et al. Randomized trial of first-line behavioral intervention to reduce need for medication in children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2019; 49(5): 1-15. doi:10.1080/15374416.2019.1630835.
13. DuPaul GJ, Weyandt LL, Janusis GM. ADHD in the classroom: Effective intervention strategies. *Theory into practice* 2011; 50(1): 35-42.
14. Mautone JA, Lefler EK, Power TJ. Promoting family and school success for children with ADHD: Strengthening relationships while building skills. *Theory Into Practice* 2011; 50(1): 43-51.
15. Narkpongphun A, Yoodunmaneewong S. Home-based and School-based Behavior Modification for Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder [internet]. 2011 [cited 2012 Jun 15]. Available from: <http://www.adhdthailand.com>.
16. Mautone JA, Lefler EK, Power TJ. Promoting family and school success for children with ADHD: Strengthening relationships while building skills. *Theory Into Practice* 2011; 50(1): 43-51.
17. Srimongkudphan N, Wacharasinthu A. The Relationship Between Self - Esteem with Parenting Style for ADHD Children at Psychiatric clinic Child and Adolescent Chulalongkorn hospital, Thesis of Science Program Mental. Faculty of Psychology Chulalongkorn University, Bangkok ; 2008
18. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training intervention for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (12): 1-73. doi: 10.1002/14651858.CD003018.pub3
19. Iamsupasit S. Theories and Techniques in Behavior Modification. 3<sup>rd</sup> ed, Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
20. Bandura A. Social learning theory. Englewood cliffs, N.J.: prentice- Hall, Inc; 1997.
21. Beck R, Fernandez E. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive*

- therapy and research 1998; 22(1): 63-74.
22. Eiserman JM. An Anger management intervention with middle school adolescent doctoral dissertatio. The university of Wisconsin-Milwankee; 1992.
23. Marshall VG, Longwell L, Goldstein MJ, Swanson JM. Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyper activity disorder: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1990; 31(4): 629-36.
24. Suwannasing K, Sunthornchaiya R. Effect of Anger Control Program on Anger Expression in Schizophrenia patients Chaiyo Hospital Angthong Province Master's Thesis of Science Program Mental Health. Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok; 2005.
25. Jarutatsanangkoon A, Suparochanee S. Effect of using Anger Control Program on Anger Expression in Schizophrenia patients Somdet Chaopraya institute of psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2015; 9(2): 24-35. (in Thai)
26. Yalom ID. The theory and Practice of group psychotherapy. NewYork: Basic Book; 1995.
27. Trangkasombat U. The meditation for your child. Bangkok:Santa Press; 1998.
28. Trangkasombat U. Raise attention span for your child. Bangkok: Santa Press; 1998.
29. Rinn RC, Markle A. Social skill deficits in children. In A.S. Belllack & M. Hersen (Eds). *Research and Practice in social skill training*. NewYork: Plenum Press; 1979.
30. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD Screening Properties of the Thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2014; 59(2): 97-110.