การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็ก ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

นางสาว วรวรรณ พัฒนวรพงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2553
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Behavior Modification by Parents in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children attending Child Psychiatric Unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital and Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Miss Worawan Pattanaworapong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
โดย	นางสาว วรวรรณ พัฒนวรพงศ์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อดิศร ภัทราดูลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

…… ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล)

…….. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร)

…… กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อัมพล สูอำพัน)

วรวรรณ พัฒนวรพงศ์ : การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ (Behavior Modification by Parents in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children attending Child Psychiatric Unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital and Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. (พิเศษ) น.พ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, 98 หน้า

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับพฤติกรรมรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น โดยทำการศึกษาจากผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 211 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ในช่วงเดือน กันยายน – พฤศจิกายน 2553 โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสอบถามประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร 3. แบบสอบถามประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และ 4. แบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น โดยใช้การทดสอบค่าที (t – test), One way ANOVA, และ Multiple Linear Regression

ผลการศึกษา พบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อยู่ในระดับสูง จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 211 คน การวิเคราะห์เบื้องต้นพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิง, ความสัมพันธ์เป็นมารดา, ผู้ปกครองที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี, ชั่วโมงในการดูแลเด็กวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์), การได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอของเด็กสมาธิสั้น, ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น, แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา, ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น, หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ และ อินเตอร์เน็ตในระดับมาก เมื่อทดสอบปัจจัยทำนายการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นด้วยการทดสอบการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression) พบว่า ชั่วโมงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์), แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยาและหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ, เด็กสมาธิสั้นได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ, และความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ปกครองมีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อ นิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ปีการศึกษา 2553

5274810830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : BEHAVIOR MODIFICATION / ADHD / PARENT

WORAWAN PATTANAWORAPONG : BEHAVIOR MODIFICATION BY PARENTS IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) CHILDREN ATTENDING CHILD PSYCHIATRIC UNIT AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL AND NAKHON RATCHASIMA RAJANAGARINDRA PSYCHIATRIC HOSPITAL. ADVISOR: ASST. PROF. NUTTORN PITYARATSTIAN, M.D., 98 pp.

This research had an objective in studying behavior modification and factors which related to it by parents of ADHD children through samples of 211 parents of ADHD children who attended the Psychiatric Unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital and Rajanagarindra Psychiatric Hospital between September and November, 2010. The measures consisted of 4 questionnaires: Demographic data; Thai SNAP-IV (short form); Evaluation of Behavior Modification Questionnaire; and Source of Information about ADHD Questionnaire. Analyzing of data was performed t-test, one way ANOVA, and Multiple Linear Regression

Results indicated that the majority of parents (74.90%) used behavior modification in their ADHD children in a range of high level. The primary analysis found factors related to behavior modification by parents of ADHD were female parent, status of being a mother, more available time to take care of child on weekend, medication compliance, the severity of ADHD, more information obtained from psychologist, support group, books, brochures, journals, and internet. Multiple linear regression found that time to take care of child on weekend, more information obtained from psychologist, books, journals, and brochure, medication compliances and low level of ADHD severity could significantly predict the level of behavior modification in ADHD children.

Department : Psychiatry Student's Signature _____

Field of Study : Mental Health Advisor's Signature _____

Academic Year : 2010

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงได้ถ้าขาดความกรุณา เมตตา ความช่วยเหลือและการได้รับความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ดังขอกล่าวต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเมตตาสละเวลาให้คำปรึกษา ชี้แนะ แนะนำ ให้ข้อคิดในการทำการศึกษา แก้ไขตรวจแก้บทความและวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงกำลังใจและความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล และ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อัมพล สูอำพัน คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำชี้แนะ แนะนำ ให้ข้อคิดในการปรับปรุง แก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจันท์ฑิตา พฤกษานานนท์ แพทย์หญิงปริชวัน จันทร์ศิริ และ แพทย์หญิงดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบสอบถามการวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการประสานงาน และอำนายความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณ ดร.ณภัควรรต บัวทอง ที่กรุณาแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล และที่สำคัญยิ่งคือผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

ขอขอบคุณเพื่อนๆ วท.ม. สุขภาพจิตรุ่น 22 ทุกท่าน และพี่แอมที่ค่อยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือและมอบมิตรภาพที่ดียิ่งให้แก่กันและกัน

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่ท่านค่อยให้กำลังใจเสมอมา

สุดท้ายแล้วขอขอบพระคุณทุกท่านที่มิได้เอ่ยนาม ที่ได้ให้แรงสนับสนุนในทุกเรื่องที่ผ่านมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ข้อจำกัดของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม	6
ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคสมาธิสั้น	10
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ	18
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	21
ประชากร	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	26

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 27
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น..... 28
ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น..... 32
ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น..... 35
คะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น..... 36
แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมา..... 37
แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์..... 40
แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์..... 43
ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมา..... 46
ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์..... 48
ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์..... 50
การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น..... 52
การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ..... 69

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 71
สรุปผลการวิจัย..... 71
อภิปรายผลการวิจัย..... 73
ข้อเสนอแนะ..... 76
รายการอ้างอิง..... 78
ภาคผนวก..... 81

หน้า

ภาคผนวก ก เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย..... 82
ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย..... 85
ภาคผนวก ค แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล..... 87
ภาคผนวก ง แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น..... 90
ภาคผนวก จ แบบสอบถามเพื่อประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง..... 93
ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น..... 96
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 98

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น.....	28
2	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น.....	32
3	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น.....	35
4	คะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น.....	36
5	จำนวนและร้อยละจำแนกแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.....	37
6	จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	40
7	จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.....	43
8	จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.....	46
9	จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	48
10	จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.	50
11	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง โดยทดสอบค่าที (t – test).....	52
12	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA.....	54

ตารางที่		หน้า
13	การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)……..	57
14	การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องชั่วโมงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)……..	58
15	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบค่าที (t – test)...	59
16	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA.....	60
17	การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องลำดับการเกิด โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis).....	62
18	การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องการได้รับยาและรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นโดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis).....	63
19	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA.....	64
20	การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis).....	65
21	แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบ ค่าที (t – test).....	61

ตารางที่ หน้า

22 แสดงผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุของตัวแปรที่สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น..... 69

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย……....	4
2	ตัวอย่างตารางกิจกรรมประจำวัน.....	18

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยและได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด ซึ่งโรคนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กในด้านลบ ลดความสามารถในการเรียน มีปัญหาในการพัฒนาในด้านอารมณ์และสังคม[1, 2] โรคสมาธิสั้นสามารถเกิดร่วมกับโรคอื่น ๆ ในเด็กอีกหลายโรค ได้แก่ โรคดื้อ (Oppositional) โรคเกเร (Conduct) โรคบกพร่องทางการเรียน (Learning) โรควิตกกังวล (Anxiety) โรคซึมเศร้า (Depression) ถ้าหากโรคสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยช้าจนเด็กโต[3] ซึ่งส่วนใหญ่อาการสมาธิสั้นจะสังเกตเห็นได้ตั้งแต่เด็กอยู่ในวัยก่อนเข้าเรียน และจะเห็นเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเริ่มเข้าเรียน และถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ยังเด็กก็จะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นและผู้ใหญ่ได้

โรคสมาธิสั้นมีอาการที่สำคัญ 3 อย่าง คือสมาธิสั้น (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน ในประเทศไทยพบอัตราความชุกสูงถึงประมาณร้อยละ 6[4] ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราความชุกในต่างประเทศที่สหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3-10 ในเด็กวัยเรียน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV[5] และพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง 3-4 เท่า[4] โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม และการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด เด็กสมาธิสั้นมักทำให้คนใกล้ชิดปวดหัวได้มาก เนื่องจากเขาจะขาดทักษะหลายประการที่เด็กอื่น ๆ มี เช่น การควบคุมตนเอง การคิดก่อนทำ การยับยั้งชั่งใจตนเอง ความรับผิดชอบ การบริหารเวลา และการมีวินัย ซึ่งการขาดทักษะเหล่านั้นกลายเป็นปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้พ่อแม่และครูอาจารย์หนักใจ เด็กจะมีพฤติกรรม ดื้อ ซน พูดไม่ฟัง ไม่มีระเบียบวินัย ประมาทเลินเล่อ เอาแต่ใจตัวเอง ไม่อยู่นิ่ง มักพูดแทรก และขัดจังหวะคนอื่น ชอบแย่งของจากคนอื่น เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นแล้วไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ยังเล็ก เมื่อโตขึ้นเด็กเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบในแง่ลบต่อตัวเด็กในด้านต่างๆ มากมาย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ขาดทักษะทางสังคม มีปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ติดสารเสพติด และการทำผิดกฎหมาย [3, 6-9] การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีภาวะพื้นฐานทางครอบครัวและโรงเรียนที่ต่างกัน โดยการรักษาจะเน้นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย บิดา มารดา และทาง โรงเรียนเป็นหลัก[7] เพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษา คือการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในด้านต่าง ๆ ที่เด็กบกพร่องไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา ด้านการเข้าสังคมกับเพื่อนหรือกับบุคคลในครอบครัว ให้เด็กมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (Self esteem) เพื่อผลดีต่อตัวเด็กใน

ระยะยาว โดยทั่วไปการรักษาจะเน้นให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว โรงเรียน การเข้าสังคมกับเพื่อน ๆ โดยการรักษาได้แบ่งเป็น การช่วยเหลือทางพฤติกรรม (Behavioral interventions), การช่วยเหลือทางด้านการศึกษา (Education interventions) และการใช้ยา (Medication)[4, 6, 10] การรักษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้นในปัจจุบัน วิธีที่ยอมรับกันทั่วไปว่าได้ผลดี คือ การให้ยาเพิ่มสมาธิร่วมกับการฝึกเทคนิคใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยและผู้ดูแล และปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคนี้ให้เข้าใจอย่างกระจ่างแจ้ง เพื่อที่จะช่วยเหลือเด็กๆ เหล่านั้นให้ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เพราะการช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้น นอกจากแพทย์จะให้ยากินเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว พ่อแม่และครูมีส่วนช่วยอย่างมาก ในการฝึกทักษะหลายประการที่เด็กสมาธิสั้นยังขาดอยู่ โดยการปรับพฤติกรรมต่างๆเหล่านั้น เพราะการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด คือ การผสมผสานกันระหว่างการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral/Psychosocial intervention) กับการรักษาทางยา หรือที่เรียกว่า Multiple-modality approach[11-13] การให้การรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือวิธีใดวิธีหนึ่ง อาจได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งมีศึกษาพบว่า การรักษาแบบผสมผสานช่วยลดความถี่ในการปรับพฤติกรรม หรือใช้ยาในปริมาณที่น้อยลงได้ มีข้อมูลที่น่าสนใจพบว่า 8 -25% ของเด็กสมาธิสั้นไม่ตอบสนองต่อยาจึงทำให้การปรับพฤติกรรมเป็นอีกทางเลือกสำหรับกรณีนี้ ในต่างประเทศมีการใช้การปรับพฤติกรรมค่อนข้างมาก มีผลการศึกษาพบว่า 64% ของผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เด็กมีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก[11] ส่วนในประเทศไทยมีการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นค่อนข้างมาก แต่ยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ปกครองมีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นมากน้อยเพียงใด เพราะ พ่อ แม่ ผู้ปกครองมีส่วนสำคัญมาก เพื่อป้องกันเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่ดีจนติดเป็นนิสัยไปจนโต เพราะการปรับพฤติกรรมต้องใช้เวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี ต้องอาศัยความอดทน ความเอาจริงเอาจัง ความสม่ำเสมอ และความร่วมมือของพ่อแม่อย่างมาก ซึ่งจะเห็นความสำเร็จชัดเจนขึ้นทีละน้อย โดยจะพบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่ดีมากขึ้นและบ่อยขึ้นจนในที่สุดกลายเป็นนิสัยที่ดี และกลายเป็นบุคลิกภาพที่ดีติดตัวอย่างถาวรเมื่อพ้นจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ พ่อแม่ และครูจึงเป็นผู้ช่วยสำคัญที่จะฝึกฝนส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีทักษะเบื้องต้นเพื่อเป็นพื้นฐานต่อการพัฒนาตนเองในระยะยาวต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Question)

1. เด็กสมาธิสั้นได้รับการปรับพฤติกรรมจากผู้ปกครองมากน้อยเพียงใด

2. ปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น

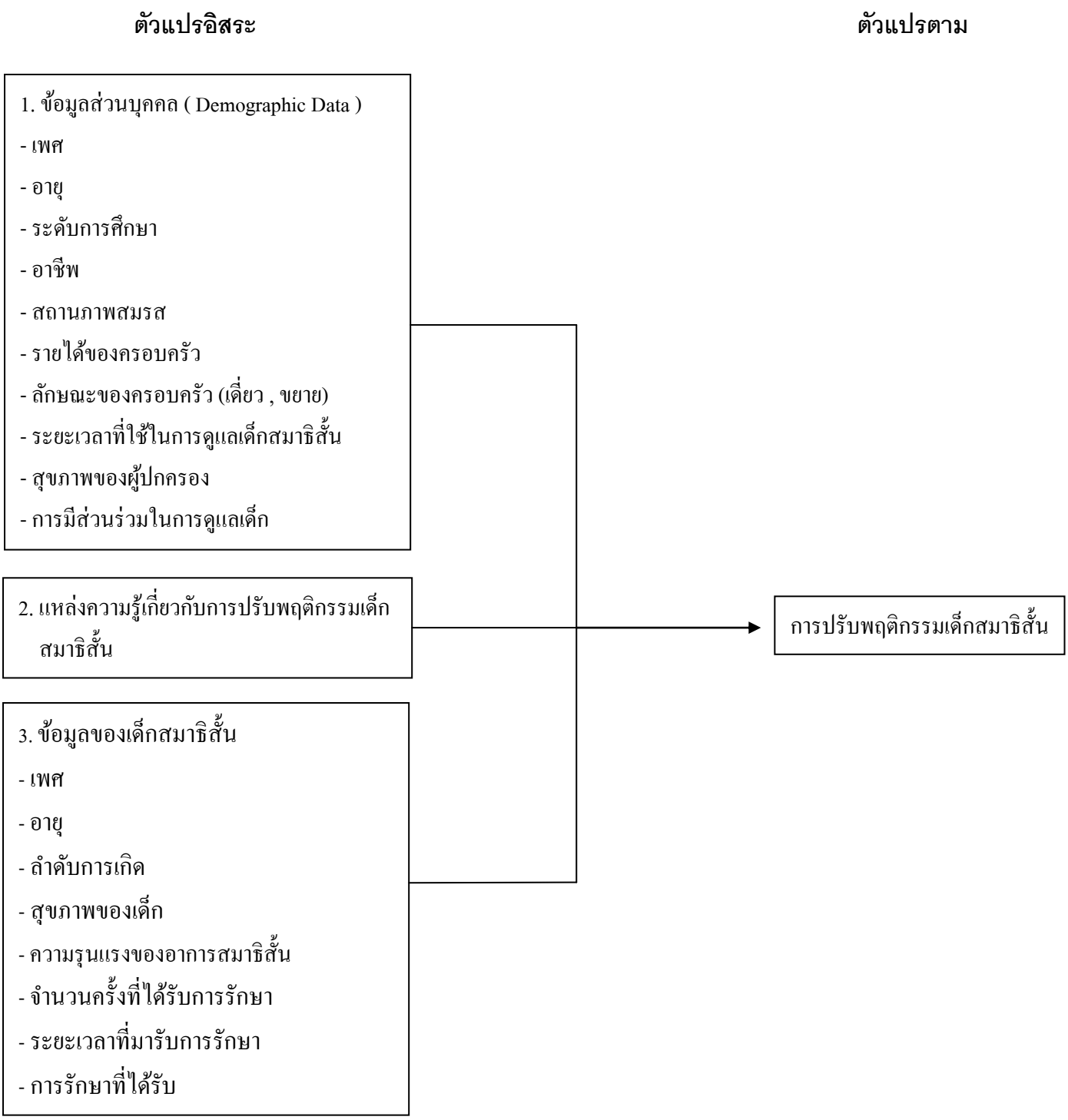
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หรือโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทั้งหมดได้ โดยการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นอาจมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ย่อมมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ ได้แก่ภาวะเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยมและสถานการณ์ต่างๆ ทำให้มีผลกระทบต่อการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกันด้วย

2. ในแบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไม่ได้ระบุว่าเป็นความรู้ที่ได้รับเฉพาะ ร.พ.จุฬาลงกรณ์ และ ร.พ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เพียงเท่านั้น ผลการวิจัยที่ได้จึงอาจหมายรวมถึงแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมาจากสถานที่อื่น ๆ ด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การปรับพฤติกรรม หมายถึง การกระทำของผู้ปกครองที่กระทำต่อเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น

ผู้ปกครอง หมายถึง บิดาหรือมารดาผู้ให้กำเนิดหรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลักและอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีส่วนร่วมในการรักษากับแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ที่มารับการรักษากับแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงข้อมูลการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

2. ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมและการลงมือปฏิบัติจริงของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

3. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนเกี่ยวกับการรักษาโดยเน้นการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

4. ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและบุคคลทั่วไปได้ทราบถึงวิธีการ ปัญหาและอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เพื่อเป็นความรู้และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นต่อไป

5. เป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม

ความหมายของการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) หรือพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) มีความหมายดังนี้

O'Leary & Wilson[12] ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Kalish[13] กล่าวว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) ประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้หลักการแห่งพฤติกรรม หมายถึง หลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขและแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้

Mikulas[14] ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือการประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลอง เพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรม

ประเทือง ภูมิภัทราคม[15] ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมว่า หมายถึง การประยุกต์หลักพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมโดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญ และมีความเชื่อพื้นฐานว่า พฤติกรรมปกติและไม่ปกติพัฒนาจากหลักการเรียนรู้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมก็เปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยหลักการเรียนรู้เช่นเดียวกัน

ลักษณะของการปรับพฤติกรรม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต[16] ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของการปรับพฤติกรรมไว้อย่างละเอียด ดังนี้

1. มุ่งที่พฤติกรรมโดยตรง โดยพฤติกรรมนั้นจะต้องสังเกตเห็นได้ และวัดได้ตรงกัน ซึ่งพฤติกรรมในที่นี้หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตได้ชัด ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุนิสัย ไม่ว่าการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้น เป็นภายในหรือภายนอกก็ตาม เช่น การร้องไห้ การเดิน การคิด การเต้นของชีพจร การอ่านหนังสือ เป็นต้น

2. ไม่ใช้คำที่เป็นการตีตรา เช่น คำว่าก้าวร้าว ฉลาด โง่ เกเร ขี้เกียจ เก่ง เป็นต้น เพราะคำตีตราเหล่านี้มักจะเป็นคำที่มีความหมายกว้างๆที่รวมพฤติกรรมหลายๆลักษณะเข้าด้วยกัน จึงทำให้ไม่ชัดเจน ยากแก่การสังเกตให้ตรงกัน เนื่องจากต่างคนต่างรับรู้คำตีตรานี้

ต่างกัน และยากแก่การจัดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้ นอกจากนี้บุคคลที่ถูกตีตราอาจจะพยายามทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับที่ถูกตีตราด้วย เช่น ถ้าตีตราเด็กว่าขี้เกียจ เด็กอาจแสดงพฤติกรรมต่างๆที่แสดงให้เห็นว่าขี้เกียจจริง การตีตรายังทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายได้ ถ้าการตีตรานั้น เป็นการตีตราในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ตีตราเด็กว่าเป็นคนเห็นแก่ตัว ซึ่งถ้าผู้ปกครองรู้เข้าก็อาจจะเกิดความอับอายได้ เป็นต้น

3. พฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรืออปกติก็ตาม ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้น ดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้

4. การปรับพฤติกรรมจะเน้นที่สภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้น แม้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในอดีตก็ตาม แต่เงื่อนไขสิ่งเร้าและผลกรรมในสภาพปัจจุบันเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมที่เรียนรู้ในอดีตนั้น จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลง ดังนั้น ถ้าสามารถวิเคราะห์ได้ว่า สิ่งเร้าและผลกรรมใดที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลง ในสภาพปัจจุบันก็จะสามารถทำให้ปรับสิ่งเร้า และผลกรรมนั้นได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อที่จะทำให้พฤติกรรมดังกล่าวนั้นเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

5. การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นที่วิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการลงโทษในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป้าหมายของการปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น วิธีการทางบวกเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย นอกจากนี้ การลงโทษยังเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพเลย ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลให้ไปในทิศทางที่พึงประสงค์ เนื่องจากการลงโทษเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อการระงับพฤติกรรมเท่านั้น หาใช่เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมไม่ แต่อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่า การลงโทษไม่ควรจะใช้เลย การลงโทษควรจะใช้อย่างยิ่งในกรณีที่บุคคลมีพฤติกรรมที่มีความรุนแรง ตลอดจนพฤติกรรมนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ อีกทั้งถ้าพบได้ว่า จะไม่มีโอกาสที่จะพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่บุคคลเลย ถ้าไม่ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเสียก่อน นอกจากนี้ การลงโทษยังสามารถสนองวัตถุประสงค์ในแง่ที่ว่าหยุดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ชั่วขณะหนึ่ง เพื่อที่จะได้มีเวลาพอที่จะเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้

6. วิธีการปรับพฤติกรรมนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน การลงโทษวิธีหนึ่งอาจใช้ได้ผลกับคนคนหนึ่ง แต่อาจจะใช้ไม่ได้ผลกับอีกหลายๆคนได้เช่นเดียวกัน ตัวเสริมแรงตัวหนึ่งอาจจะมีประสิทธิภาพสูงมาก เมื่อใช้กับคนบางคน แต่อาจจะไม่มีประสิทธิภาพเลย ถ้าใช้กับคนอีกกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นในการดำเนินการปรับพฤติกรรมจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

7. วิธีการปรับพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

การปรับพฤติกรรมในเด็ก[17]

การปรับพฤติกรรมอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ โดยมีหลักการพื้นฐานว่า การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพ เด็กต้องมีความต้องการเรียน หากผลของพฤติกรรมทำให้เกิดความพึงพอใจ เด็กก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ในทางตรงข้าม ถ้าผลของพฤติกรรมไม่เป็นที่พอใจ เด็กจะหลีกเลี่ยงไม่ทำพฤติกรรมนั้น เมื่อมีการปรับพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ เด็กจะเกิดการเรียนรู้จนฝังแน่นเป็นรูปแบบของพฤติกรรม วิธีการปรับพฤติกรรมมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกพฤติกรรมที่ต้องการ ผู้ให้คำปรึกษาร่วมกับพ่อแม่เลือกพฤติกรรมเพียงพฤติกรรมเดียว เน้นพฤติกรรมที่เห็นได้ชัด มีความถี่มาก มีผลกระทบมาก

2. วิเคราะห์พฤติกรรมที่ต้องปรับ โดยสังเกตว่าอะไรกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ดูจากช่วงเวลา สถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม รวมทั้งความถี่ของการเกิดพฤติกรรม

3. ตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม โดยแยกแยะพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมย่อย ๆ เริ่มฝึกจากง่ายไปยาก

4. เลือกเทคนิคต่างๆในการปรับพฤติกรรม พ่อแม่ส่วนมากพยายามปรับพฤติกรรมเด็กมาระยะหนึ่ง แต่ไม่ได้ผล จึงมาปรึกษาแพทย์ บ่อยครั้งวิธีที่พ่อแม่ใช้นั้นไม่ผิด เพียงแต่ไม่เหมาะสมกับพฤติกรรมและความต้องการของเด็ก การให้คำปรึกษาจะเป็นการมองทางเลือกอื่น ๆ เพิ่มเติม หรือปรับวิธีการบางอย่างของพ่อแม่

เทคนิคการปรับพฤติกรรมในเด็ก

1. การจูงใจให้ทำพฤติกรรมที่ต้องการ การจูงใจให้เด็กลงมือทำพฤติกรรมเป็นสิ่งที่พ่อแม่ต้องพัฒนาตนเอง พ่อแม่หลายคนใช้การพูดสั่งให้เด็กทำ แต่ขาดน้ำหนัก ขาดท่าทางที่ชักจูงเด็ก ทำให้เด็กไม่ทำสิ่งที่พ่อแม่ต้องการ เมื่อไม่ทำตาม ทำให้พ่อแม่อารมณ์เสีย ใช้อารมณ์บังคับเด็ก ทำให้เด็กมีปัญหาต่อต้าน นำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ หรือพ่อแม่เองรู้สึกเหนื่อย ผิดหวังในตัวเอง ผิดหวังในตัวลูก ที่ต้องใช้อารมณ์ เสียงดัง ตี บังคับลูกทุกวัน การจูงใจทำได้หลายวิธีดังนี้

ก. การใช้เหตุผล โดยให้เหตุผลให้เหมาะสมตามวัย เด็กเล็กใช้เหตุผลสั้นๆ ง่ายๆ เมื่อลูกเริ่มโตขึ้น พ่อแม่ฝึกตัวเองให้พูดกับลูกอย่างมีเหตุผลมากขึ้น รีบนำความคิดเห็นของลูกอธิบายให้เห็นผลที่เกิดตามมา การพูดบอกอธิบายควรให้เวลาพอสมควร อาจนั่งลงพูดคุยกันสบตาขณะที่พูดด้วย ควรหลีกเลี่ยงการพร่ำบ่นไปเรื่อยๆ

ข. การใช้ท่าทางจูงใจ โดยเฉพาะในเด็กเล็กยังต้องจูงใจเด็กด้วยการจับมือให้ทำ

ค. มีท่าทีเอาจริงเอาจัง เวลาปรับพฤติกรรมพ่อแม่ต้องมีเวลา มีความปลอดโปร่ง เมื่อบอกให้เด็กทำอะไรต้องมีน้ำเสียงท่าทีจริงจังอย่างที่พูด แต่ควบคุมไม่ใช้อารมณ์ ไม่ใช้คำพูดที่รุนแรง เมื่อเด็กไม่ทำต้องมีวิธีการที่จะแก้ปัญหา

ง. ทำให้สิ่งที่ทำน่าสนุกน่าสนใจ ท่าทางของพ่อแม่ที่กระฉับกระเฉง ไม่เคร่งเครียด จะทำให้กิจกรรมที่ต้องทำน่าสนใจขึ้น แม้แต่กิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน หากพ่อแม่ทำให้สนุกสนานขึ้น จะจูงใจเด็กได้มากขึ้น

จ. การเบนความสนใจ ใช้ในกรณีที่เด็กกำลังสนใจในบางสิ่งที่ไม่เหมาะ การหยุดทันทีทันใด อาจทำให้เด็กรู้สึกหงุดหงิด คับข้องใจ ควรมีกิจกรรมทดแทน หลักการให้แรงเสริมที่ช่วยให้เด็กหันมาสนใจสิ่งอื่นที่เหมาะสมกว่าแทน

2. การให้แรงเสริมทางบวกในการปรับพฤติกรรม เป็นการให้รางวัลเมื่อเด็กทำพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อให้เด็กเกิดความพึงพอใจ อยากทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

- ควรให้แรงเสริมทันทีที่เด็กแสดงพฤติกรรม
- เลือกแรงเสริมที่เด็กชอบพึงพอใจ
- การให้คำชมเชยต้องพอเหมาะกับความจริง พูดให้ชัดเจนว่าพอใจพฤติกรรมใด
- ควรใช้แรงเสริมที่ไม่ใช่สิ่งของ
- เมื่อเด็กเริ่มทำพฤติกรรมได้สม่ำเสมอ ควรลดแรงเสริมลง ให้แรงเสริมในพฤติกรรมใหม่ หรือพฤติกรรมที่ยากขึ้น

วิธีการให้แรงเสริมทางบวกทำได้ดังนี้

ก. การให้ความสนใจ เด็กต้องการความสนใจจากพ่อแม่ด้วยการพูดคุย ทักทาย ยิ้ม สัมผัส กอดรัด เป็นแรงเสริมที่ใช้ได้ผลดีมากในเด็ก โดยพ่อแม่ให้ความสนใจพฤติกรรมที่เหมาะสม จุดที่สำคัญพ่อแม่ต้องปรับมุมต่อปัญหาของเด็ก ซึ่งจะสามารถให้ความสนใจเด็กได้อย่างจริงใจ

ข. การให้คำชมเชย คำพูดท่าทางของพ่อแม่ที่ชื่นชมพฤติกรรมของลูกเป็นแรงเสริมที่มีประสิทธิภาพมาก การมองพฤติกรรมที่ดี เลือกให้คำชมเชย แสดงให้เห็นการยอมรับของพ่อแม่ในตัวลูก ทำให้ลูกมีกำลังใจในการทำสิ่งที่ดี

ค. การให้รางวัล มีได้หลายวิธี เช่น

- ให้สิ่งของที่เด็กชอบ เช่น ขนม ตุ๊กตา ของเล่น เป็นต้น
- ให้เป็นดาวสะสม โดยกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการ หากเด็กทำได้จะได้ดาวมาสะสมเป็นรายวัน เมื่อดาวครบจำนวนที่ตั้งเป้าไว้ก็สามารถนำมาแลกเปลี่ยนเป็นของรางวัลได้

- ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ลูกทำการบ้านเสร็จ จะได้รับอนุญาตให้ไปเล่นที่สนามเด็กเล่น เป็นต้น

- ให้สิทธิพิเศษ เช่น ให้ไปงานวันเกิดที่บ้านเพื่อน โดยกลับบ้านเข้านอนดึกกว่าวันปกติ

3. การให้แรงเสริมทางลบ เพื่อหยุดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังต่อผลกระทบทางจิตใจของเด็ก โดยเฉพาะการใช้ความรุนแรง ซึ่งอาจหยุดพฤติกรรมหรือทำให้เด็กยอมตามได้ชั่วคราว แล้วกลับไปทำพฤติกรรมเดิมอีก

วิธีการให้แรงเสริมทางลบดังนี้ทำได้ดังนี้

ก. การหยุดให้ความสนใจ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม พ่อแม่จะลดให้ความสนใจในพฤติกรรมนั้น ข้อควรระวังคือ พ่อแม่ไม่ควรโกรธเด็กจนไม่สนใจไม่รับรู้เด็กไปทุกเรื่อง หรือเฉยเมยกับเด็กเป็นเวลานาน เช่น โกรธ ไม่พูดกับลูก 3 – 4 วัน เป็นต้น

ข. การใช้เวลานอก เลือกใช้เมื่อเด็กวุ่นวายมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ ควรแยกให้เด็กไปอยู่ตามลำพังโดยนั่งนิ่งๆ ไม่ให้ทำอะไร กำหนดเวลาให้เหมาะสม การใช้เวลานอกเพื่อการลงโทษจะไม่ได้ผล ถ้าแยกเด็กออกไปแล้วยังให้เล่นหรือทำอะไรก็ได้

ค. การงดสิทธิบางอย่างที่ควรได้ โดยเฉพาะในเด็กที่ชอบแยกตัวเอง เป็นการลงโทษโดยตัดสิทธิที่ควรได้ เช่น งดเล่นเกมในวันเสาร์ การตัดสิทธิต้องพอเหมาะกับความผิด ไม่รุนแรงเกินไป และไม่ใช่ขู่เด็กโดยไม่สามารถตัดสิทธิเด็กได้อย่างที่คาดโทษไว้

ง. การตี เป็นการลงโทษที่ต้องเลือกใช้เมื่อมีการตกลงบทลงโทษไว้ก่อน ซึ่งมีการบอกให้เด็กทราบถึงเหตุผลที่ทำให้เขาต้องถูกลงโทษด้วยการตี การตีด้วยอารมณ์ เป็นสิ่งที่พ่อแม่ต้องระมัดระวังอย่างมาก ถ้าควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ควรปล่อยให้พ่อหรือแม่เป็นผู้ลงโทษแทน

ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น[3, 5, 7]

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยและได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด พบในเด็กวัยเรียนถึงร้อยละ 5 และเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยสูงสุด ลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัดมีอยู่ 3 ประการ คือ

1. Inattentiveness คือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ
2. Hyperactivity อยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข ซุกซนผิดปกติ
3. Impulsivity คือ หุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจในการกระทำต่างๆ

สาเหตุของโรคสมาธิสั้น[7]

ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่แน่ชัดที่ก่อให้เกิดอาการของโรคนี้ แต่พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น พันธุกรรม สารสื่อประสาทบางชนิด ความผิดปกติของการทำงานของสมองบางส่วน ภาวการณ์ตื่นตัวของระบบประสาทผิดปกติ เป็นต้น

การวิจัยในปัจจุบันเชื่อว่า ADHD เกิดจากความบกพร่องในการเติบโต และพัฒนาของสมอง เด็กส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ไม่เคยมีประวัติอุบัติเหตุทางสมองหรือการคลอดที่ผิดปกติ ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่แข็งแรงแต่กระบวนการเติบโตของสมองมีความบกพร่อง สมองจึงทำงานได้ไม่ดีพอ

ความบกพร่องของสมองที่นักวิจัยค้นพบนั้น เป็นความบกพร่องในการทำงาน ไม่ใช่ทางรูปร่างหรือโครงสร้าง และเป็นความบกพร่องเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นการตรวจร่างกายของเด็กจะไม่พบความผิดปกติใด ๆ การถ่ายภาพรังสีของสมองก็จะไม่พบสิ่งผิดปกติเช่นกัน (ยกเว้น ในเด็ก ADHD บางราย สมองส่วนหน้า corpus callosum และ splenium มีขนาดแตกต่างไปจากเด็กปกติเล็กน้อย) สมองที่ทำงานบกพร่องมีสามส่วนใหญ่ ๆ คือ

- Globus pallidus และ caudate nucleus ทั้งสองส่วนนี้ทำหน้าที่รับและประสานข้อมูลจากสมองส่วนอื่น ๆ หลายส่วน และทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และความยับยั้งชั่งใจ
- Prefrontal cortex
- Cerebellum

การศึกษาโดยใช้เอ็กซเรย์พิเศษที่เรียกว่า MRI และ PET Scan พบว่า สมองทั้งสามส่วนนี้มีขนาดเล็ก และมีการทำงาน (metabolic activity) ต่ำกว่าในเด็กทั่วไป อัตราการใช้น้ำตาลกลูโคสในสมองและการไหลเวียนของเลือดก็ลดลง แต่เมื่อให้ยา methylphenidate ที่ใช้รักษา ADHD แล้ว การไหลเวียนของเลือดจะกลับเป็นปกติ นอกจากนี้การวิจัยยังพบว่าเด็กที่เป็น ADHD มีความผิดปกติของสารเคมีในสมอง (neurotransmitter) หลายตัว เช่น dopamine, nor epinephrine ฯลฯ ยาที่ใช้รักษาโรค ADHD จะไปช่วยแก้ไขความบกพร่องของสารเหล่านี้

ปัจจัยอื่น ๆ

พันธุกรรม ปัจจุบันเชื่อว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญมากในการเกิดโรคนี้ การศึกษาพบว่าในครอบครัวของเด็กที่เป็น ADHD ญาติพี่น้องจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ด้วยในอัตราที่สูงกว่าครอบครัวของเด็กปกติในแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twin) ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค ADHD อีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นด้วยสูงถึงร้อยละ 51 นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่ามียีนส์หลายตัวที่ถ่ายทอดลักษณะผิดปกตินี้

ความล่าช้าในพัฒนาการ (maturational lag) เนื่องจากอาการซนอยู่ไม่นิ่งเป็นอาการปกติทั่วไปในเด็กเล็ก และในเด็ก ADHD บางคนเมื่อโตขึ้นอาการซนอยู่ไม่นิ่งจะดีขึ้น จึงมีผู้เชื่อว่า ใน

เด็กบางคนสมองส่วน frontal lobe ที่ควบคุมสมาธินั้นอาจพัฒนาไปช้ากว่าเด็กปกติ เมื่อเด็กโตขึ้นและสมองพัฒนาไปมากขึ้น อาการก็จะดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการไปจนโต มีปัจจัยหลายอย่างที่อาจรบกวนการทำงานของสมองตั้งแต่ขณะที่เด็กอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอด เช่น การขาดออกซิเจนขณะคลอด อุบัติเหตุทางสมอง โรคสมองอักเสบ การได้รับสารพิษเช่น ตะกั่ว หรือมารดาดื่มสุรามากในระหว่างตั้งครรภ์ ฯลฯ หากปัจจัยเหล่านี้รุนแรง สมองจะทำงานผิดปกติมากจนถึงขั้นปัญญาอ่อน หากไม่รุนแรงสมองจะทำงานบกพร่องเพียงเล็กน้อยโดยมีอาการสมาธิสั้นและอยู่ไม่นิ่งเท่านั้น

เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติอุบัติเหตุทางสมอง หรือการคลอดที่ผิดปกติ ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่แข็งแรง นักวิจัยจึงเชื่อว่าการที่สมองทำงานบกพร่องนั้นในกรณีส่วนใหญ่เกิดขึ้นเองตั้งแต่เด็กยังเล็ก โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นส่วนสำคัญ อย่างไรก็ตาม อาการของโรค ADHD ที่แสดงออกมาให้เราเห็นนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ (สมองทำงานบกพร่องมากน้อยแค่ไหน) สภาพแวดล้อม (มีสิ่งกระตุ้นมากน้อยเพียงไร) และตัวเด็กเอง (พื้นอารมณ์และบุคลิกภาพของเด็ก) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เด็กแต่ละคนมีอาการแตกต่างกันไป เช่น บางคนอาจมีอาการซนมาก แต่บางคนอาจไม่ซนเลย มีเพียงอาการใจลอยเท่านั้น หรือบางคนอาจมาพบแพทย์ด้วยเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับสมาธิ เช่น เรื่องดื้อและเกเร ควบคุมตัวเองไม่ได้ เป็นต้น

<u>การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น</u>[5]

เกณฑ์การวินิจฉัย ADHD ตามคู่มือจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันมีดังต่อไปนี้

A. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไป ในข้อ ก และ/หรือข้อ ข เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

ก. อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptoms)

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้หรือทำผิดเนื่องจากขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงาน หรือการเล่น
3. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่น หรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่ง ทำให้ทำงานไม่เสร็จหรือผิดพลาด
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้เวลาคิด
7. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายอยู่บ่อยๆ

8. วอกแวกง่าย ขี้ลืมบ่อยๆในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

ข. อาการซน/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/impulsivity symptoms)

1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา

2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียน หรือในสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ

3. ชอบวิ่งหรือปีนป่านสิ่งต่างๆ (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจเป็นเพียงความรู้สึกกระวนกระวายใจ)

4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบๆได้

5. ต้องเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาเหมือนมีเรื่องยนต์ติดตัวอยู่

6. พูดมาก พูดไม่หยุด

7. ชอบโพล่งคำตอบเวลาครูหรือพ่อแม่ถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ

8. มีความลำบากในการเข้าคิว หรือรอคอย

9. ชอบขัดจังหวะ หรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกัน หรือแย่งเพื่อนเล่น

B. อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ขวบ

C. อาการปรากฏในสถานการณ์ หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน

D. อาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน

E. อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรค pervasive develop, mental disorder, schizophrenia, psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder , dissociative disorder หรือ personality disorder

<u>การรักษาโรคสมาธิสั้น</u> [4]

มีงานวิจัยศึกษาแนวทางการรักษา ข้อมูล ณ ปัจจุบันพบว่าการรักษาแบบ multi – modality approach หรือการผสมผสานการรักษาด้วยยาร่วมกับ psychosocial intervention จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด แต่งานวิจัยระยะยาวพบว่า การให้ psychosocial intervention เพียงอย่างเดียวไม่ได้ผลด้านการรักษา

การรักษาที่ได้ผลประกอบด้วย

1. การประเมินครอบคลุมทุกด้านและให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ

2. การใช้ยา

3. การใช้ psychosocial intervention โดยการให้ counseling ซึ่งรวมถึงการให้ Psychoeducation แก่ทั้งตัวเด็ก พ่อแม่ ญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้อง และคุณครู การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิต และการเรียนรู้ทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และในชุมชน และการปรับพฤติกรรม การฝึกฝนเพื่อพัฒนาความสามารถ

การรักษาด้วยยา [10]

เมื่อให้การวินิจฉัยถูกต้องและได้ทำความเข้าใจกับเด็กและผู้ปกครองถึงเรื่องโรคสมาธิสั้นแล้ว ครอบครัวและแพทย์ควรมีการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษา รวมทั้งการใช้ยา การตัดสินใจร่วมกันนี้จะนำมาซึ่งการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ยาที่ใช้มีดังนี้

ยาในกลุ่ม Stimulant โดยมีอัตราการตอบสนองประมาณ 70% ในการลดอาการซนและเพิ่มการมีสมาธิ โดยการรายงานของผู้ปกครองและครูที่โรงเรียน โดยยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ที่ Dopaminergic และ Noradrenergic ทำให้มีการปล่อย Catecholamines ที่บริเวณ Synapses

ผลข้างเคียงของการใช้ยา ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรง เกิดในช่วงสั้นๆ เมื่อหยุดยาอาการต่างๆก็จะหายไป การแก้ไขผลข้างเคียงอาจทำได้โดยลดขนาดยาลง หรือปรับระยะเวลาการให้ยาให้เหมาะสม ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ภาวะเบื่ออาหาร โดยเฉพาะในช่วงแรกของการกินยา และภาวะนอนมาหลับ ผลข้างเคียงที่พบได้น้อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ พฤติกรรมกระสับกระส่าย อัตราการเพิ่มความสูงช้าลงบ้างในช่วงที่เด็กกินอาหารได้น้อย แต่ไม่มีผลต่อความสูงสุดท้าย

ยาในกลุ่ม Norepinephrine reuptake inhibitor ได้แก่ atomoxetine (StratteraR) เป็นยาที่มีระยะครึ่งชีวิตประมาณ 24 ชั่วโมง ใช้เวลาออกฤทธิ์ราว 2 – 3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล โดยแบ่งให้วันละ 1 – 2 ครั้ง จึงไม่สามารถปรับยานี้แบบวันต่อวันได้ เหมือนกลุ่ม Methylphenidate

การรักษาโดยการปรับพฤติกรรม [4]

Psychosocial interventions ประกอบด้วย

1. Child - focused task

Counseling & Psycho – education สร้างความสัมพันธ์กับเด็ก โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคสมาธิสั้น และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในผลของยาที่รับประทาน

Behavioral Modification เน้นการปรับพฤติกรรมโดยใช้ Positive reward ที่รวดเร็วได้ดี แต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่ายเมื่อใช้ Negative reward ควรเน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้เงิน การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด เป็นต้น

Children group support เน้นการให้ข้อมูลที่เหมาะสมผ่านการเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน ให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคสมาธิสั้น และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในยาที่รับประทาน ฝึกทักษะทางสังคม การสังเกตอารมณ์ผู้อื่น พัฒนาทักษะทางกีฬาและการทำกิจกรรมการอยู่ร่วมกับคนอื่น ในด้านการเรียนควรได้รับการช่วยเหลือพิเศษ

Social skills training เน้นทักษะการอยู่ร่วมกับเพื่อนในสังคมและสมาชิกในครอบครัว สมาชิกของกลุ่มควรมีความหลากหลายในข้อจำกัดหรือทำร่วมกับเด็กปกติ เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ โดยใช้ความสามารถหลากหลายของคนในกลุ่ม การใช้ Social skills training เฉพาะเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งที่พึงพิจารณาให้รอบคอบตามความเหมาะสม เพิ่มทักษะการเล่นกีฬาให้ระบายแรง และพัฒนาความสามารถ

2. Parent - focused task

Counseling & Psycho – education เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับพ่อแม่ เพื่อจะได้เป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ให้เข้าใจธรรมชาติของโรคสมาธิสั้น ให้เข้าใจปัญหาเด็ก ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคสมาธิสั้น เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้น ให้เข้าใจในผลดีผลเสียจากการใช้ยาเพิ่มสมาธิ บอกแหล่งข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง และเปิดโอกาสให้พ่อแม่ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ

Parental training การจัดกลุ่มพ่อแม่ฝึกให้มีทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากติกา เรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของพ่อแม่ โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหา ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี เพื่อเพิ่ม self esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่างและใช้วิธีลงโทษที่เหมาะสม เช่น Time – out แนะวิธีช่วยเหลือด้านการเรียน ได้มีโอกาสฝึกซ้อมหัดทำให้โอกาสซักถามปัญหาที่สงสัย ทั้งหมดจะช่วยทำให้พ่อแม่มีเวลากับผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจที่จะใช้ในการพัฒนาเด็กต่อไป

Predictive of positive response ในการทำ Parental training จะได้ผลดีในช่วงอายุต่ำกว่า 11 ปี ร้อยละ 65 – 75 และได้ผลในวัยรุ่นร้อยละ 25 – 30 ในครอบครัวฐานะปานกลางขึ้นไป ปัญหาพฤติกรรมของเด็กไม่รุนแรง และพ่อแม่ไม่มีปัญหาทางจิตเวช

Parental group support ให้โอกาสพ่อแม่และญาติที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง และให้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจได้รับกำลังใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มพ่อแม่มีกิจกรรมทำ และเป็นประโยชน์ต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอื่น

การปรับพฤติกรรมของเด็กจะต้องมีการวางแผนให้เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมของเด็กและการตอบสนองของพ่อแม่โดยละเอียด ให้คำแนะนำอย่างชัดเจน และติดตามเป็นระยะๆ ว่าแผนการปรับพฤติกรรมที่นำไปใช้นั้นได้ผลหรือไม่เพียงใด และจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์อย่างใดบ้าง แม้ว่าการปรับพฤติกรรมของเด็กที่เป็น ADHD แต่ละคนจะมีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันไปบ้าง แต่โดยทั่วไปจะมีหลักสำคัญดังต่อไปนี้ คือ ลดสิ่งกระตุ้น เพิ่มสมาธิ เพิ่มการควบคุมตนเอง

การลดสิ่งกระตุ้นเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการปรับพฤติกรรมของเด็กอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อไม่ให้สมองได้รับการกระตุ้นมากเกินไป ลดอาการวอกแวก หรือไปจดจ่อกับสิ่งเล็กๆน้อยๆที่ไม่สำคัญ การมีสิ่งกระตุ้นมากเกินไปจะทำให้สมองล้าง่าย และความสามารถในการตั้งสมาธิก็จะลดลง การลดสิ่งกระตุ้นสามารถทำได้โดยแต่งบ้านให้เรียบง่าย โดยเฉพาะห้องของเด็ก ผนังไม่ควรมีสีฉูดฉาด และไม่ควรมีลวดลาย จัดบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เก็บของเล่นเด็กใส่ตู้หรือกล่องให้เรียบร้อย เมื่อจะเล่นก็ให้เอาเฉพาะของเล่นที่ต้องการออกมา จัดสถานที่เงียบๆ ให้เด็กทำงาน ไม่เปิดโทรทัศน์ วิทยุค้างไว้ ให้เด็กอยู่ในบรรยากาศที่มีสิ่งกระตุ้นน้อยที่สุด ลดการไปเที่ยวในสถานที่ซึ่งมีผู้คนพลุกพล่าน พยายามให้เด็กได้อยู่อย่างสงบเงียบบ้าง ควรมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอย่างสงบ พยายามพูดคุยกับเด็กด้วยเสียงเบา อย่าตะโกนโหวกเหวกโวยวาย มีการจำกัดเวลาในการดูโทรทัศน์ ลดการเล่นวีดีโอเกม และเกมคอมพิวเตอร์ เมื่อคุณลดสิ่งกระตุ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานพอ เช่น อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป อาการตื่นตัวและอยู่ไม่นิ่งของเด็กจะลดลง เด็กจะสงบลง นิ่ง และมีสมาธิมากขึ้น

การเพิ่มสมาธิ เป็นเทคนิคสำคัญที่ควรฝึกให้เด็ก เพราะจะช่วยให้เด็กอยู่นิ่งขึ้น มีสมาธิแบบต่อเนื่องนานขึ้น สามารถทำได้โดยการกำกับลูกแบบตัวต่อตัว นั่งกับลูกขณะที่ลูกทำการบ้าน มีการวิจัยพบว่าหากมีคนอยู่กับเด็ก และคอยกำกับเด็กแบบตัวต่อตัวจะช่วยให้เด็กมีสมาธิดีขึ้น การฝึกสมาธิแบบต่อเนื่อง โดยการหัดให้เด็กนั่งทำงานบางอย่างที่มอบหมายโดยไม่ให้หยุดทำจนกว่างานจะเสร็จ งานที่ให้ควรเป็นสิ่งที่ไม่ตื่นเต้น เช่น การคัดลายมือ ต่อจิ๊กซอว์ อ่านหนังสือออกเสียงดัง หรือคิดเลข อย่ามอบหมายงานที่สนุกหรือที่เด็กชอบอยู่แล้ว เช่น อ่านการ์ตูน หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ เพราะงานแบบนั้นเด็กสามารถมีสมาธิจดจ่อทำได้นานเป็นชั่วโมงอยู่แล้วโดยไม่ต้องฝึก การฝึกควรให้เด็กนั่งที่โต๊ะใดโต๊ะหนึ่งเป็นประจำ ให้เป็นกิจจะลักษณะ ก่อนจะมานั่งโต๊ะต้องให้เด็กไปกินขนม เข้าห้องน้ำ หรือทำธุระส่วนตัวให้เรียบร้อยก่อน คุณควรมีนาฬิกาจับเวลาวางไว้บนโต๊ะด้วย เพื่อให้เด็กสามารถดูเวลาได้ คุณควรจะฝึกให้เด็กนั่งทำงานอย่างต่อเนื่องทุกวัน จะให้นั่งนานสักเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของโรค ในเด็กที่อายุน้อย เช่น 3 – 4 ขวบ หรือมีอาการซน อยู่ไม่นิ่งมาก อาจเริ่มต้นด้วยให้นั่งต่อบล็อกไม่เงียบๆ ครั้งละ 10 นาที เมื่อทำได้ดีแล้วจึงค่อยเพิ่มเป็น 20 นาที 30 นาที และ 40 นาทีตามลำดับ คุณควรบันทึกด้วยว่า คุณฝึกเด็กบ่อยแค่ไหน โดยทุกครั้งที่ทำงานเสร็จควรยื่นสติ๊กเกอร์ให้เด็กเป็นรางวัล และให้เด็กติดบนใบดาว เพื่อบันทึกพฤติกรรมของเด็กในแต่ละวัน การทำใบดาวนี้จะช่วยให้เด็กสามารถประเมินตนเองได้ว่า ตนเองตั้งใจฝึกไปได้มากน้อยแค่ไหน และเมื่อเด็กทำได้หลายวันและได้สติ๊กเกอร์หลายอันแล้ว เด็กจะมีกำลังใจและมีแรงจูงใจอยากทำมากขึ้นเรื่อยๆ การนั่งสมาธิในเด็กที่โตแล้ว การนั่งสมาธิเป็นอีกวิธีหนึ่งที่อาจใช้ได้ผลดีโดยฝึกให้เด็กนั่งหลับตา และนั่งสงบประมาณ 20 นาที วันละ 1 – 2 ครั้ง นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่

สำคัญ เพราะเด็ก ADHD มีพลังงานมากมาย การออกกำลังกายมากๆ ในแต่ละวันจะช่วยให้เด็กมีสมาธิมากขึ้น วุ่นวายน้อยลง จะต้องเป็นการออกกำลังกายที่ทำอย่างจริงจังในระยะเวลาที่นานพอถี่พอ และสม่ำเสมอ การออกกำลังที่ช่วยสร้างสมาธิได้แก่ การออกกำลังที่ทำตามลำพัง หรือเพียงสองคนเท่านั้น (การมีหลายคนจะทำให้เด็กวอกแวก) เช่น การวิ่ง ตีเทนนิส หรือแบดมินตัน และการว่ายน้ำ ควรให้เด็กออกกำลังอย่างต่ำ 20 นาที จนมีเหงื่อออก หรือรู้สึกว่าเหนื่อยจริงๆ

การฝึกการควบคุมตนเอง มีเทคนิคที่สำคัญดังต่อไปนี้

หัดให้เด็กเชื่อฟังคำสั่ง : ต้องออกคำสั่งอย่างหนักแน่นจริงจัง และคอยติดตามให้เด็กทำตามคำสั่งจนเสร็จ การออกคำสั่งควรใช้คำสั่งที่ง่าย สั้น ชัดเจน ใช้คำสั่งในทางบวก และออกคำสั่งในขณะที่เด็กมีสมาธิที่จะฟังคุณ

มีระเบียบวินัยที่แน่นอน : ในบ้านควรมีระเบียบวินัยที่ชัดเจนว่าอะไรควรทำไม่ควรทำอย่างเสมอต้นเสมอปลาย

ฝึกความอดทน : หัดให้เด็กทำอะไรด้วยตัวเอง ให้เผชิญความยากลำบากบ้าง

หัดให้รอคอย : ควรฝึกให้เด็กรอบ้างโดยการไม่ทำอะไรให้เด็กในทันที หัดยืดเวลาออกไปสักหน่อย และหัดให้เด็กทำงานที่ใช้เวลานานขึ้นเรื่อยๆ

ให้รางวัลเมื่อเด็กทำดี : เมื่อเด็กทำสิ่งที่ดีหรือเหมาะสมควรมีรางวัลให้ รางวัลไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งของเสมอไป อาจเป็นคำชม กอด การหอมแก้ม หรือสิ่งที่ตกลงกับเด็กไว้ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เด็กทำพฤติกรรมที่ดี

มีบทลงโทษเมื่อทำไม่ดี : หากเด็กทำผิดคำสั่งหรือฝ่าฝืนกฎระเบียบ พ่อแม่ควรเด็ดขาดเอาจริง ควรมีการลงโทษตามที่ตกลงกันไว้ และลงโทษทันทีที่เด็กทำผิด การลงโทษมีหลายอย่าง อาจเป็นการลดค่าขนม งดดูโทรทัศน์ หรืองดออกไปเล่นนอกบ้าน ไม่จำเป็นต้องลงโทษด้วยการตีเสมอไป

มีกิจวัตรประจำวันที่แน่นอน : ควรมีการกำหนดกิจวัตรประจำวันของเด็กอย่างแน่นอน มีการเขียนกิจวัตรในแต่ละวันใส่กระดาษติดไว้ที่ประตูห้องหรือที่ตู้เย็น เด็กจะได้รู้ว่าเมื่อใดควรทำอะไร ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน ซึ่งจะช่วยให้เด็กเตรียมตัวได้อย่างถูกต้อง และลดปัญหาความขัดแย้งอันเกิดจากการออกคำสั่งแก่เด็กบ่อยๆ

ให้เด็กมีทางระบายอารมณ์โกรธบ้าง : คุณต้องอนุญาตให้เด็กแสดงอารมณ์โกรธและหงุดหงิดได้บ้าง แต่ข้อสำคัญคือต้องสอนเด็กว่าจะระบายอารมณ์เหล่านั้นอย่างไรจึงจะเหมาะสม เช่น ถ้าเด็กโกรธ เด็กอาจชกหมอนแทนที่จะเตะข้าวของให้พัง ถ้าเด็กโตหน่อยก็อาจซื้อกระสอบทรายมาไว้ให้ต่อยเวลาอารมณ์ไม่ดี แต่อย่าเพียงแค่ระบายอารมณ์เท่านั้น คุณต้องสอนให้เด็กจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อเด็กอารมณ์ดีแล้วคุณควรหาโอกาสพูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้เขาหงุดหงิด

ประเมินความก้าวหน้าของเด็ก : เด็กจะควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เมื่อเขาได้รับการบอกกล่าวว่า ความประพฤติที่เขาพยายามปรับปรุงนั้นดีขึ้นมากน้อยเพียงไร และมีอะไรจะต้องแก้ไขอีกบ้าง ดังนั้น คุณจึงควรนั่งคุยกับเด็กเป็นระยะๆ ว่า คุณคิดว่าเด็กพัฒนาไปอย่างไรบ้าง เมื่อเริ่มต้นคุยกันควรพูดถึงความก้าวหน้าของเด็กก่อน และตามมาด้วยสิ่งที่เด็กควรแก้ไข

ตัวอย่างตารางกิจกรรมประจำวัน

วัน / เวลา	6.00 น.	7.00 น.	8.00-16.00 น.	17.00-18.00 น.	18.00-19.00 น.	19.00-20.00 น.	21.00-22.00 น.
จันทร์	ตื่นนอน	ถึงโรงเรียน	เรียนหนังสือ	ว่ายน้ำ	กินข้าว	ทำการบ้าน	เข้านอน
อังคาร	ตื่นนอน	ถึงโรงเรียน	เรียนหนังสือ	เรียนภาษาจีน	กินข้าว	ทำการบ้าน	เข้านอน
พุธ	ตื่นนอน	ถึงโรงเรียน	เรียนหนังสือ	ว่ายน้ำ	กินข้าว	ทำการบ้าน	เข้านอน
พฤหัส	ตื่นนอน	ถึงโรงเรียน	เรียนหนังสือ	เรียนภาษาจีน	กินข้าว	ทำการบ้าน	เข้านอน
ศุกร์	ตื่นนอน	ถึงโรงเรียน	เรียนหนังสือ	ทำการบ้าน	เล่นกอล์ฟ	กินข้าว	เข้านอน
เสาร์	ตื่นนอน	ไปเล่นกอล์ฟ	ไปเล่นกอล์ฟ	ไปเล่นกอล์ฟ	ไปเล่นกอล์ฟ	ไปเล่นกอล์ฟ	เข้านอน 22.30 น.
อาทิตย์	นอนอยู่	ตื่นนอน	เรียนพิเศษ ถึง 11.00 น.	พักผ่อน	พักผ่อน	พักผ่อน	เข้านอน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Multimodal Treatment Study of Children with ADHD Cooperative Group[18] ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาเด็กสมาธิสั้น ในระยะยาว 14 เดือน เปรียบเทียบระหว่าง การให้ยาอย่างเป็นระบบ กับ การผสมระหว่าง การรักษาโดยการปรับพฤติกรรมทางคลินิก โดยอบรมผู้ปกครองมากกว่า 35 คน คู่กับการให้คำปรึกษาครู กับกรณีการจัดการโดยตรง โดยทำในช่วงปิดภาคเรียน 8 สัปดาห์ซึ่งผลการปรับพฤติกรรมดีเทียบเท่ากับ กลุ่มที่ทำการปรับพฤติกรรม 3 เดือน การทดลองนี้ทำในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 ปี การรักษาด้วยยา ได้พิสูจน์ถึงประสิทธิภาพที่เหนือกว่า ในการป้องกันอาการของโรคสมาธิสั้น และเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ที่จริงแล้ว หนึ่งในสี่ของผู้ที่เข้าร่วม ที่ถูกสุ่มให้ได้รับการปรับพฤติกรรม มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มยาเข้าไป ก่อนที่จะจบการรักษา ในเวลาเดียวกัน กระบวนการการปรับพฤติกรรมได้พิสูจน์ถึงความเท่าเทียมกับการรักษาด้วยยา ในเรื่องของ

การในการนำไปใช้ในชุมชน การติดตามผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาที่นานกว่า 14 เดือน ได้แสดงให้เห็นการเริ่มต้นของการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม ว่าสามารถรักษาระดับของการพัฒนาไว้ได้นานกว่า การเริ่มต้นรักษาด้วยยา จากประโยชน์ที่สามารถคงการพัฒนาได้นานกว่า

จากการศึกษาของ Fehlings, Robert, Humphries, and Dawe [19] พบว่าผลของการใช้ cognitive behavioral therapy (CBT) ในเด็กสมาธิสั้น อายุระหว่าง 7-13 ปี เป็นไปในทางที่ดี ผู้ปกครองตระหนักว่าเด็กที่มีพฤติกรรมซน อยู่ไม่นิ่ง มีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งในเรื่องเกี่ยวกับการนับถือตัวเองซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ได้มีการพิจารณาทดลองใช้ CBT ในโรงเรียนที่ร่วมการทดลอง ผลการทดลองพบว่า เมื่อใช้การรักษาหลาย ๆ อย่างร่วมกัน พฤติกรรมที่ยุ่งเหยิงของเด็กกลับดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาทำให้มีพฤติกรรมดีขึ้นเฉลี่ย 75- 92% และ 50-60% ของพฤติกรรมเด็กสามารถเป็นปกติ การใช้ยาสามารถเพิ่มการทำงานด้านจิตใจหรือมีการพัฒนาที่ดีขึ้นชั่วคราว แต่ยังคงต้องการการรักษาทางด้านพฤติกรรมควบคู่กันไปเพื่อประสิทธิภาพสูงสุด ในการศึกษานี้ พบว่าผลลัพธ์จะไม่เด่นชัด ถึงแม้การรักษาด้วยยาจะทำให้บางอาการดีขึ้น เพราะการพัฒนาต้องอาศัย CBT ด้วยเพื่อผลลัพธ์สูงสุด

HOWARD ABIKOFF และคณะ[20] ได้ศึกษาการทำหน้าที่ทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่รักษาโดยการใช้ยา Methylphenidate และการรักษาแบบ Multimodal Psychosocial ในระยะยาวโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้นจำนวน 103 คน ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 7 – 9 ปี ไม่มีโรคร่วมและเคยตอบสนองต่อ Methylphenidate ในระยะสั้น ได้ถูกคัดเลือกมาเพื่อที่จะได้รับการรักษาเป็นเวลา 2 ปี โดยแบ่งรูปแบบการรักษาออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. รักษาแบบให้ Methylphenidate เพียงอย่างเดียว
2. รักษาแบบให้ Methylphenidate ร่วมกับ Multimodal Psychosocial treatment ที่ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมด้วย
3. รักษาแบบให้ Methylphenidate ร่วมกับการควบคุมสมาธิ (attention control treatment)

โดยประเมินจากผู้ปกครอง, เด็ก, และครู ในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคมและสังเกตพฤติกรรมในโรงยิมที่โรงเรียนโดยตรง พบว่า การรักษาทั้ง 3 รูปแบบนี้ไม่มีผลใดเกิดขึ้น ต้องมีการปรับปรุงการรักษาและดำเนินการรักษาต่อไปมากกว่า 2 ปี

Hsin-Hsin Chang และคณะ[21] ได้ทำการศึกษากระบวนการในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นโดยการปรับพฤติกรรม ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยามา 1 ปี โดยไม่มีอาการค้างเคียงจากยาพบว่า 1. การรักษาด้วยยาควบคู่กับการปรับพฤติกรรมช่วยทำให้พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น 2. การสื่อสารที่ดีของครอบครัว และการเตรียมตัวที่ดีทางด้านจิตสังคมเป็นตัวแปรที่เป็นหัวใจ

สำคัญที่สุดของการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น 3. การสร้างและรวบรวมแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการแก้ปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ครอบครัวและความร่วมมือจากครูที่โรงเรียนของเด็กเป็นปัจจัยสำคัญของการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น

Huang HL และคณะ[22] ได้ทำการศึกษาโดยการจัดการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ไต้หวัน โดยมีจุดประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก และเพื่อดูประสิทธิภาพ ซึ่งจัดการอบรมทั้งหมด 10 ครั้ง โดยการใช้ Disruptive Behavior Rating Scale – Parent Form , Child Attention Profile และ Home Situation Questionnaire ภายหลังการอบรมพบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

Salbach H และคณะ[23] ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการอบรมพ่อแม่เด็กสมาธิสั้น โดยจัดการอบรมทั้งหมด 10 ครั้ง พบว่า สามารถลดอาการหลักของเด็กสมาธิสั้น ปัญหาการทำการบ้าน และปัญหาทั่วไปเกี่ยวกับเด็กได้ โดยศึกษาเปรียบเทียบจาก Hyperactivity Index

Anastopoulos และคณะ[24] ได้ทำการศึกษาการจัดการอบรมผู้ปกครองโดยพบว่าผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมจะมีความเข้าถึงบทบาทของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ลดภาวะความเครียด และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปกครองในด้านการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้ โดยการประเมินผลจาก Home Situations Questionnaire – Revised (HSQ - R), Perenting Stress Index (PSI), TheGlobal Severity index (GSI) ซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมมีผลดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ปกครองในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการอบรม นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการอบรมผู้ปกครองนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ทำการพูดคุยและแลกเปลี่ยนทัศนะกัน อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มได้เปิดเผยความรู้สึก เนื่องจากการจัดการอบรมผู้ปกครองจะจัดเป็นระบบกลุ่ม ซึ่งแนวทางการปฏิบัติจะมีความใกล้เคียงกับการทำกลุ่มบำบัด ทำให้ผู้ปกครองได้รับรู้ว่าทุกๆคนก็เผชิญปัญหาเหมือนกับตัวเอง รวมทั้งได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง

Cousins Ls. และ Weiss G[25] ได้ทำการศึกษาโดยการจัดฝึกอบรม การสอนทักษะการเข้าสังคมให้กับพ่อแม่ที่มีเด็กสมาธิสั้น โดยการสอนจิตสังคม ให้คำแนะนำทางด้านการดูแล พบว่าหลังจากที่มีการอบรมพ่อแม่ เด็กสามารถมีพัฒนาการในการปรับตัวอยู่กับเพื่อนได้ดีขึ้น สามารถเรียนหนังสือได้ดี มีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิม และมีพฤติกรรมที่ดีเวลาออกสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ซึ่งเข้ารับการรักษาในช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ซึ่งประชากรตัวอย่างที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นตัวแทนของประชากรในเขตเมือง ที่เป็นชนชั้นระดับกลาง และมีการศึกษาค่อนข้างดี ส่วนประชากรตัวอย่างที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์เป็นตัวแทนของประชากรในเขตชนบท

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วตาม DSM-IV
2. สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและบุตรได้
3. สามารถอ่านออกเขียนได้
4. มีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถสื่อสารตอบคำถามได้
2. ไม่เข้าใจคำถาม

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ซึ่งประชากรตัวอย่างที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นตัวแทนของประชากรในเขตเมือง ที่เป็นชนชั้นระดับกลาง และมีการศึกษาค่อนข้างดี ส่วนประชากรตัวอย่างที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาเป็นตัวแทนของประชากรในเขตชนบท ในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้

สูตร $n = \dfrac{Z^2_{\alpha/2}\, pq}{d^2}$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางแจกแจงค่าปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = 0.5 (เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง)

q = 1 – p มีค่าเท่ากับ 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

แทนค่าในสูตรจะได้

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.1)^2} = \frac{3.8416 (0.25)}{0.01} = 96.04$$

การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Cluster design เพราะฉะนั้นจึงปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างตาม design effect ซึ่งกำหนดให้ design effect เท่ากับ 2

N × design effect

96.04 × 2 = 192.08

เพื่อป้องกันความผิดพลาดจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% ดังนั้นต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 211 คน

จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีเด็กสมาธิสั้นมารับการรักษาในปี 2552 จำนวน 348 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ มีเด็กสมาธิสั้นมารับการรักษาในปี 2552 จำนวนประมาณ 300 คน ซึ่งจำนวนของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาของทั้งสองโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันมาก ผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาลเป็นจำนวนเท่าๆกัน คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 106 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 105 คน โดยผู้วิจัยทำการเก็บตัวอย่างโดยไม่ได้ทำการสุ่ม แต่เก็บทุก Case ที่มาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล สุขภาพของผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับการเกิด สุขภาพของเด็ก ระยะเวลาที่มารับการรักษา การรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนและการช่วยเหลือจากโรงเรียน

2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นกรอกโดยผู้ปกครอง ได้แก่ แบบประเมินอาการพฤติกรรม SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น โดยแยกเป็นด้าน Inattention, Hyperactivity/Impulsivity และ Oppositional Defiant จากการศึกษาของ Collett[26] พบว่า ถ้าคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้านที่เกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 95 ถือว่ามีอาการมากถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดความเปลี่ยนแปลงของอาการสมาธิสั้นที่เป็นผลจากการให้การรักษาด้วยการวัดซ้ำได้ดี และมีการศึกษาของ Steven และคณะ[27] พบว่า ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงแบบทดสอบชนิดนี้ยังไม่มีการระบุที่ชัดเจนโดย Swanson และคณะ[28] รายงานว่า เป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดอาการของโรคสมาธิสั้นกันอย่างแพร่หลาย ส่วนแบบทดสอบ SNAP-IV ฉบับภาษาไทย แปลโดยณัทธร พิทยรัตน์เสถียร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.927

โดยข้อคำถามทุกข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ซึ่งกำหนดค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ ไม่เลย (0 คะแนน), เล็กน้อย (1คะแนน), ค่อนข้างมาก (2คะแนน), มาก (3 คะแนน) เมื่อได้คะแนนครบทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนทุกข้อมารวมกันซึ่งคะแนนรวมที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0 – 78 คะแนน แปลค่า ตามค่าคะแนนเฉลี่ย โดยค่าคะแนนยิ่งมากยิ่งมีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นมาก โดยการใช้ค่าคะแนนรวมของ Maximum possible ลบด้วยค่าคะแนนรวมของ Minimum possible และหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น

มีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 26 คะแนน

มีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27 – 52 คะแนน

มีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 53 คะแนนขึ้นไป

3 แบบสอบถามประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

แบบสอบถามประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจากหนังสือและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้วางแผนการสร้างเครื่องชิ้นนี้ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากหนังสือและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง [3, 4, 6, 7, 18-23, 29]
2. กำหนดหัวข้อที่สำคัญ

3. ทำการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยเป็นจิตแพทย์ที่อยู่ในสถานที่เดียวกัน 3 ท่าน และต่างสถานที่กันอีก 2 ท่าน และได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำทั้งเนื้อหาและกำหนดหัวข้อที่สำคัญเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความคลอบคลุมมากขึ้น จากเดิมแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ มีการแก้ไขเป็น 28 ข้อ และหลังจากนั้นจึงนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน ที่เป็นผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นโดยไม่รวมกับกลุ่มตัวอย่างจริงที่ร่วมในการวิจัย

4. ดัดแปลงแก้ไขเครื่องมือตามความเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ทั้งในเรื่องขนาดตัวอักษรและจำนวนหน้าของแบบสอบถาม เพื่อช่วยให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านได้ง่ายขึ้น

5. เมื่อใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างหลักแล้ว ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Content Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.863

แบบประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง มีจำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- การปรับพฤติกรรมอาการขาดสมาธิ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 25, 26, 27, 28

- การปรับพฤติกรรมอาการซน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18, 22, 23

- การปรับพฤติกรรมอาการหุนหันพลันแล่น จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17, 19, 20, 21, 24

โดยข้อคำถามทุกข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ซึ่งกำหนดค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน), บางครั้ง (2 คะแนน), นานๆ ครั้ง (1 คะแนน), ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) เมื่อได้คะแนนครบทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0 – 84 คะแนน แปลค่า ตามค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนยิ่งมากยิ่งมีค่าคะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมาก โดยการใช้ค่าคะแนนรวมของ Maximum possible ลบด้วยค่าคะแนนรวมของ Minimum possible และหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น

มีค่าคะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 28 คะแนน

มีค่าคะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 – 56 คะแนน

มีค่าคะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 57 คะแนนขึ้นไป

4. แบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

แบบสอบถามข้อมูลเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น มีจำนวน 10 ข้อ

โดยข้อคำถามทุกข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ซึ่งกำหนดค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ ไม่เลย (0 คะแนน), เล็กน้อย (1คะแนน), ค่อนข้างมาก (2คะแนน), มาก (3 คะแนน) เมื่อได้คะแนนครบทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0 – 30 คะแนน แปลค่า ตามค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนยิ่งมากยิ่งได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมาก โดยการใช้ค่าคะแนนรวมของ Maximum possible ลบด้วยค่าคะแนนรวมของ Minimum possible และหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น แบ่งออกเป็น

ไม่ได้รับความรู้ - ได้รับความรู้เล็กน้อย คือ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 15 คะแนน

ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก – มาก คือ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลโดยผู้วิจัยศึกษาจากหนังสือ งานวิจัย วารสาร วิทยานิพนธ์ เอกสารราชการ รายงานการประชุมและเอกสารอื่น ๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

4. เมื่ออนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และแผนกจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

5.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนการระบุชื่อ และเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ รวมทั้งจะเปิดเผย

ข้อมูลเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลรวมของการวิจัยเท่านั้น จากนั้นขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม

5.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 22 ข้อ
2. แบบสอบถามประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น จำนวน 26 ข้อ
3. แบบสอบถามประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง จำนวน 28 ข้อ
4. แบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำนวน 10 ข้อ

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 30 - 45 นาที

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อมูลขาดหายไป ผู้วิจัยจะซักถามผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ได้ข้อความและข้อมูลครบสมบูรณ์ทุกข้อและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาลงรหัส และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Pack for Social Science) โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น สถิติที่ใช้คือ Independent t – test, One – way ANOVA และ Multiple Linear Regression

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การศึกษาเรื่องการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โดยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และใช้การวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ซึ่งเข้ารับการรักษาในช่วงเดือน กันยายน – พฤศจิกายน 2553 จำนวน 211 คน

ทั้งนี้ แจกแบบสอบถามไปทั้งหมด 211 ชุด ได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 211 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามทั้งหมด และแบบสอบถามสามารถนำมาใช้วิเคราะห์ได้ จำนวน 211 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 แล้ววิเคราะห์ข้อมูลประมวลผลโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมประมวลผลทางสถิติ ซึ่งเสนอผลการวิจัย ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 3 ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ส่วนที่ 4 ระดับคะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 5 แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 6 ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

<u>ตอนที่ 1</u> การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
เพศ						
ชาย	44	20.90	17	16.00	27	25.70
หญิง	167	79.10	89	84.00	78	74.30
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	38	18.00	14	13.20	24	22.90
36 – 40 ปี	84	39.80	43	40.60	41	39.00
41 – 45 ปี	40	19.00	22	20.80	18	17.10
46 – 50 ปี	25	11.80	17	16.00	8	7.60
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	24	11.40	10	9.40	14	13.30
ความสัมพันธ์กับเด็ก						
มารดา	147	69.70	76	71.70	71	67.60
บิดา	29	13.70	13	12.30	16	15.20
อื่น ๆ (พี่, น้า, ป้า, ปู่, ย่า, ตา, ยาย)	35	16.60	17	16.00	18	17.10
ระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ						
ประถมศึกษา	32	15.20	11	10.40	21	20.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	14.70	13	12.30	18	17.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	23	10.90	7	6.60	16	15.20
อาชีวะ/อนุปริญญา	25	11.80	12	11.30	13	12.40
ปริญญาตรี	86	40.80	52	49.10	34	32.40
สูงกว่าปริญญาตรี	13	6.20	11	10.40	2	1.90
อื่น ๆ (ไม่ได้เรียนหนังสือ)	1	0.50	0	0.00	1	1.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
อาชีพ						
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	33	15.60	18	17.00	15	14.30
พนักงานบริษัทเอกชน	37	17.50	22	20.80	15	14.30
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	63	29.90	38	35.80	25	23.80
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	37	17.50	19	17.90	18	17.10
เกษตรกร	10	4.70	0	0.00	10	9.50
รับจ้างทั่วไป	19	9.00	6	5.70	13	12.40
อื่นๆ (ทนาย)	12	5.70	3	2.80	9	8.60
สถานภาพสมรส						
โสด	17	8.10	11	10.40	6	5.70
สมรส	155	73.50	73	68.90	82	78.10
หม้าย	5	2.40	2	1.90	3	2.90
หย่า	19	9.00	11	10.40	8	7.60
แยกกันอยู่	15	7.10	9	8.50	6	5.70
รายได้รวมต่อเดือน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	19	9.00	5	4.70	14	13.30
5,001 – 10,000	41	19.40	14	13.20	27	25.70
10,001 – 15,000	34	16.10	14	13.20	20	19.00
15,001 – 20,000	17	8.10	11	10.40	6	5.70
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	65	30.80	42	39.60	23	21.90
ไม่มีรายได้	35	16.60	20	18.90	15	14.30
การมีส่วนดูแลเด็กสมาธิสั้น						
ดูแลคนเดียว	46	21.80	23	21.70	23	21.90
มีคนช่วยดูแล	165	78.20	83	78.30	82	78.10

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น วันที่เด็กเรียน(วันจันทร์ – ศุกร์)						
1 - 4 ชั่วโมง	95	45.00	51	48.10	44	41.90
5 - 8 ชั่วโมง	104	49.30	51	48.10	53	50.50
มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป	12	5.70	4	3.80	8	7.60
Mean = 4.89, S.D. = 0.28, Min = 1, Max = 16						
เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น วันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)						
1 - 4 ชั่วโมง	19	9.00	7	6.60	12	11.40
5 - 8 ชั่วโมง	50	23.70	26	24.50	24	22.90
มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป	142	67.30	73	68.90	69	65.70
Mean = 10.75, S.D. = 4.26, Min = 1, Max = 17						
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
2 - 3 คน	50	23.70	25	23.60	25	23.60
4 - 5 คน	117	55.50	56	52.80	61	58.10
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	44	20.90	25	23.60	19	18.10
Mean = 4.52, S.D. = 0.51, Min = 1, Max = 10						
ภาวะสุขภาพ						
แข็งแรงดี	165	78.20	78	73.60	87	82.90
มีโรคประจำตัว	46	21.80	28	26.40	18	17.10

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.1 มีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.8 และ มีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็กสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ69.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.5 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 29.9 รองลงมาคือ พนักงานเอกชน แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 17.5 และส่วนใหญ่มีรายได้รวมต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ30.8 ส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 78.2 ใช้เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กเรียน (วันจันทร์ – ศุกร์) ส่วนใหญ่ใช้เวลา 5 - 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 49.3 และในวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) ส่วนใหญ่ใช้เวลา มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 4 - 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.5 และผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 78.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
เพศ						
ชาย	175	82.90	89	84.00	86	81.90
หญิง	36	17.10	17	16.00	19	18.10
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	11	5.20	3	2.80	8	7.60
6 – 10 ปี	135	64.00	68	64.20	67	63.80
11 - 15 ปี	61	28.90	32	30.20	29	27.60
16 – 20 ปี	4	1.90	3	2.80	1	1.00
การศึกษา						
อนุบาล	14	6.60	6	5.70	8	7.60
ประถมต้น	82	38.90	39	36.80	43	41.00
ประถมปลาย	90	42.70	48	45.30	42	40.00
มัธยมต้น	21	10.00	10	9.40	11	10.50
มัธยมปลาย	4	1.90	3	2.80	1	1.00
จำนวนบุตรในครอบครัว						
1 คน	65	30.80	35	33.00	30	28.60
2 คน	109	51.70	53	50.00	56	53.30
3 คน	31	14.70	15	14.20	16	15.20
4 คน	5	2.40	2	1.90	3	2.90
5 คน	1	0.50	1	0.90	0	0.00

Mean = 1.90, S.D. = 0.76, Min = 1, Max = 5

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
ลำดับการเกิดของเด็กสมาธิสั้น						
คนที่ 1	118	55.90	61	57.50	57	54.30
คนที่ 2	82	38.90	41	38.70	41	39.00
คนที่ 3	8	3.80	2	1.90	6	5.70
คนที่ 4	2	0.90	1	0.90	1	1.00
คนที่ 5	1	0.50	1	0.90	0	0.00
ภาวะสุขภาพ						
แข็งแรง	166	78.70	75	70.80	91	86.70
มีโรคประจำตัว	45	21.30	31	29.20	14	13.30
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น						
น้อยกว่า 1 ปี	34	16.10	18	17.00	16	15.20
1 - 2 ปี	90	42.70	34	32.10	56	53.30
3 - 4 ปี	43	20.40	24	22.60	19	18.10
5 - 6 ปี	26	12.30	16	15.10	10	9.50
มากกว่า 6 ปีขึ้นไป	18	8.50	14	13.20	4	3.80
Mean = 2.68, S.D. = 2.38, Min = 0, Max = 11						
จำนวนครั้งที่พบแพทย์						
น้อยกว่า 5 ครั้ง	57	27.00	24	22.60	33	31.40
5 – 10 ครั้ง	54	25.60	30	28.30	24	22.90
11 - 15 ครั้ง	23	10.90	6	5.70	17	16.20
16 - 20 ครั้ง	18	8.50	13	12.30	5	4.80
21 – 25 ครั้ง	22	10.40	12	11.30	10	9.50
26 - 30 ครั้ง	10	4.70	6	5.70	4	3.80
มากกว่า 30 ครั้งขึ้นไป	27	12.80	15	14.20	12	11.40

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
การได้รับยาและการรับประทานยา						
ไม่ได้รับยา	26	12.30	15	14.20	11	10.50
ได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ	138	65.40	68	64.20	70	66.70
ได้รับยาแต่ทานยาไม่สม่ำเสมอ	47	22.30	23	21.70	24	22.90
การรับทราบของทางโรงเรียน						
ทราบ	191	90.50	100	94.30	91	86.70
ไม่ทราบ	20	9.50	6	5.70	14	13.30
ความต้องการแจ้งให้โรงเรียนรับทราบ (ในกรณีที่โรงเรียนยังไม่ทราบ)						
แจ้ง	15	7.10	5	4.70	10	9.50
ไม่แจ้ง	5	2.80	1	0.90	4	4.80
การช่วยเหลือของโรงเรียน						
มีการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ	53	25.10	26	24.50	27	25.70
มีการช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย	109	51.70	60	56.60	49	46.70
ไม่มีการช่วยเหลือ	49	23.20	20	18.90	29	27.60

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.9 โดยมีอายุระหว่าง 6 – 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมปลาย คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ ชั้นประถมต้น คิดเป็นร้อยละ 38.9 เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมา คือ บุตรคนที่สอง คิดเป็นร้อยละ 38.9 และมีพี่น้องจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 ส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 78.7 และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นมาแล้ว 1 - 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.7 ส่วนใหญ่มาพบแพทย์น้อยกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมา คือ 5 – 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.6 และได้รับยาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่ทางโรงเรียนที่เด็กสมาธิสั้นกำลังศึกษาอยู่ทราบว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 90.5 ส่วนในกรณีที่ทางโรงเรียนยังไม่ทราบผู้ปกครองตั้งใจจะแจ้งทางโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 7.1 โรงเรียนส่วนใหญ่มีการดูแลช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 51.7

ส่วนที่ 3 ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
ระดับต่ำ	35	16.60	12	11.30	23	21.90
ระดับปานกลาง	141	66.80	77	72.60	64	61.00
ระดับสูง	35	16.60	17	16.00	18	17.10
Mean = 38.94, S.D. = 13.41, Min = 8, Max = 75						

จากตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.80

ส่วนที่ 4 คะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 4 คะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	Mean (S.D.)	Median (IQR)	Min-Max	ระดับ (%)		
				ต่ำ	กลาง	สูง
คะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (รวม)	62.52 (10.50)	64 (14)	27 - 84	0.5	24.6	74.9
คะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (รพ.จุฬา)	62.62 (10.06)	64 (11.25)	31 - 84	0.0	23.6	76.4
คะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (รพ.จิตเวชนครราชสีมา)	62.42 (10.96)	64 (15)	27 - 84	1.0	25.7	73.3

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.9

ส่วนที่ 5 แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในร.พ.จุฬาลงกรณ์และร.พ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 211	ร้อยละ (%)
แพทย์		
ไม่ได้รับความรู้	2	0.90
ได้รับความรู้เล็กน้อย	15	7.10
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	78	37.00
ได้รับความรู้มาก	116	55.00
พยาบาล		
ไม่ได้รับความรู้	48	22.70
ได้รับความรู้เล็กน้อย	46	21.80
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	58	27.50
ได้รับความรู้มาก	59	28.00
นักจิตวิทยา		
ไม่ได้รับความรู้	59	28.00
ได้รับความรู้เล็กน้อย	45	21.30
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	57	27.00
ได้รับความรู้มาก	50	23.70
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน		
ไม่ได้รับความรู้	50	23.70
ได้รับความรู้เล็กน้อย	90	42.70
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	46	21.80
ได้รับความรู้มาก	25	11.80

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 211	ร้อยละ (%)
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง		
ไม่ได้รับความรู้	101	47.90
ได้รับความรู้เล็กน้อย	48	22.70
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	30	14.20
ได้รับความรู้มาก	32	15.20
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น		
ไม่ได้รับความรู้	139	65.90
ได้รับความรู้เล็กน้อย	34	16.10
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	18	8.50
ได้รับความรู้มาก	20	9.50
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น		
ไม่ได้รับความรู้	110	52.10
ได้รับความรู้เล็กน้อย	52	24.60
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	28	13.30
ได้รับความรู้มาก	21	10.00
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ		
ไม่ได้รับความรู้	27	12.80
ได้รับความรู้เล็กน้อย	59	28.00
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	72	34.10
ได้รับความรู้มาก	53	25.10
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ		
ไม่ได้รับความรู้	46	21.80
ได้รับความรู้เล็กน้อย	90	42.70
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	48	22.70
ได้รับความรู้มาก	27	12.80

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 211	ร้อยละ (%)
อินเตอร์เน็ต		
ไม่ได้รับความรู้	98	46.40
ได้รับความรู้เล็กน้อย	42	19.90
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	34	16.10
ได้รับความรู้มาก	37	17.50

จากตารางที่ 5 แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมา พบว่าแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมาก (ตอบในแบบสอบถามว่า “มาก” หรือ “ค่อนข้างมาก”) คือแพทย์ (92%) หนังสือ นิตยสาร แผ่นพับ (59.20%) และพยาบาล (55.50%) ส่วนแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับน้อย (ตอบในแบบสอบถามว่า “เล็กน้อย” หรือ “ไม่ได้รับความรู้”) ได้แก่ ชมรมผู้ปกครองสมาธิสั้น (82%) การบรรยายพิเศษ (76.70%) กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง (70.60%) ครู (66.40%) อินเตอร์เน็ต (66.30%) และรายการวิทยุ/โทรทัศน์ (64.50%) ส่วนนักจิตวิทยานั้นผู้ปกครองที่ตอบว่าได้รับความรู้ “มาก” และ “น้อย” มีพอๆ กัน (50.70% และ 49.30%)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 106	ร้อยละ (%)
แพทย์		
ไม่ได้รับความรู้	1	0.90
ได้รับความรู้เล็กน้อย	7	6.60
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	41	38.70
ได้รับความรู้มาก	57	53.80
พยาบาล		
ไม่ได้รับความรู้	39	36.80
ได้รับความรู้เล็กน้อย	37	34.90
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	15	14.20
ได้รับความรู้มาก	15	14.20
นักจิตวิทยา		
ไม่ได้รับความรู้	36	34.00
ได้รับความรู้เล็กน้อย	29	27.40
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	22	20.80
ได้รับความรู้มาก	19	17.90
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน		
ไม่ได้รับความรู้	28	26.40
ได้รับความรู้เล็กน้อย	47	44.30
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	20	18.90
ได้รับความรู้มาก	11	10.40
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง		
ไม่ได้รับความรู้	65	61.30
ได้รับความรู้เล็กน้อย	23	21.70
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	12	11.30
ได้รับความรู้มาก	6	5.70

ตารางที่ 6 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 106	ร้อยละ (%)
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น		
ไม่ได้รับความรู้	83	78.30
ได้รับความรู้เล็กน้อย	12	11.30
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	5	4.70
ได้รับความรู้มาก	6	5.70
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น		
ไม่ได้รับความรู้	65	61.30
ได้รับความรู้เล็กน้อย	25	23.60
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	9	8.50
ได้รับความรู้มาก	7	6.60
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ		
ไม่ได้รับความรู้	11	10.40
ได้รับความรู้เล็กน้อย	25	23.60
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	39	36.80
ได้รับความรู้มาก	31	29.20
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ		
ไม่ได้รับความรู้	18	17.00
ได้รับความรู้เล็กน้อย	49	46.20
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	25	23.60
ได้รับความรู้มาก	14	13.20
อินเตอร์เน็ต		
ไม่ได้รับความรู้	35	33.00
ได้รับความรู้เล็กน้อย	25	23.60
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	20	18.90
ได้รับความรู้มาก	26	24.50

จากตารางที่ 6 แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นใน รพ.จุฬาลงกรณ์ พบว่าแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมาก (ตอบในแบบสอบถามว่า “มาก” หรือ “ค่อนข้างมาก”) คือแพทย์ (92.50%) และหนังสือ นิตยสาร แผ่นพับ (66%) ส่วนแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับน้อย (ตอบในแบบสอบถามว่า “เล็กน้อย” หรือ “ไม่ได้รับความรู้”) ได้แก่ ชมรมผู้ปกครองสมาธิสั้น (89.60%) การบรรยายพิเศษ (84.90%) กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง (83%) พยาบาล (80.70%) ครู (70.70%) รายการวิทยุ/โทรทัศน์ (63.20%) และนักจิตวิทยา (61.40%) ส่วนอินเตอร์เน็ตนั้นผู้ปกครองที่ตอบว่าได้รับความรู้ “มาก” และ “น้อย” มีพอๆ กัน (43.40%และ 56.60%)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 105	ร้อยละ (%)
แพทย์		
ไม่ได้รับความรู้	1	1.00
ได้รับความรู้เล็กน้อย	8	7.60
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	37	35.20
ได้รับความรู้มาก	59	56.20
พยาบาล		
ไม่ได้รับความรู้	9	8.60
ได้รับความรู้เล็กน้อย	9	8.60
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	43	41.00
ได้รับความรู้มาก	44	41.90
นักจิตวิทยา		
ไม่ได้รับความรู้	23	21.90
ได้รับความรู้เล็กน้อย	16	15.20
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	35	33.30
ได้รับความรู้มาก	31	29.50
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน		
ไม่ได้รับความรู้	22	21.00
ได้รับความรู้เล็กน้อย	43	41.00
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	26	24.80
ได้รับความรู้มาก	14	13.30
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง		
ไม่ได้รับความรู้	36	34.30
ได้รับความรู้เล็กน้อย	25	23.80
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	18	17.10
ได้รับความรู้มาก	26	24.80

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 105	ร้อยละ (%)
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น		
ไม่ได้รับความรู้	56	53.30
ได้รับความรู้เล็กน้อย	22	21.00
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	13	12.40
ได้รับความรู้มาก	14	13.30
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น		
ไม่ได้รับความรู้	45	42.90
ได้รับความรู้เล็กน้อย	27	25.70
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	19	18.10
ได้รับความรู้มาก	14	13.30
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ		
ไม่ได้รับความรู้	16	15.20
ได้รับความรู้เล็กน้อย	34	32.40
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	33	31.40
ได้รับความรู้มาก	22	21.00
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ		
ไม่ได้รับความรู้	28	26.70
ได้รับความรู้เล็กน้อย	41	39.00
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	23	21.90
ได้รับความรู้มาก	13	12.40
อินเตอร์เน็ต		
ไม่ได้รับความรู้	63	60.00
ได้รับความรู้เล็กน้อย	17	16.20
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก	14	13.30
ได้รับความรู้มาก	11	10.50

จากตารางที่ 7 แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นใน รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่าแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมาก (ตอบในแบบสอบถามว่า “มาก” หรือ “ค่อนข้างมาก”) คือแพทย์ (91.40%) พยาบาล (82.90%) และนักจิตวิทยา (62.80%) ส่วนแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับน้อย (ตอบในแบบสอบถามว่า “เล็กน้อย” หรือ “ไม่ได้รับความรู้”) ได้แก่ อินเตอร์เน็ต (76.20%) ชมรมผู้ปกครองสมาธิสั้น (74.30%) การบรรยายพิเศษ (68.60%) รายการวิทยุ/โทรทัศน์ (65.70%) ครู 62%) และกิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง (58.10%) ส่วนหนังสือ นิตยสาร แผ่นพับนั้นผู้ปกครองที่ตอบว่าได้รับความรู้ “มาก” และ “น้อย” มีพอๆ กัน (52.40%และ 47.60%)

ส่วนที่ 6 ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมากที่สุด	จำนวน(คน) n = 211	ร้อยละ (%)
ลำดับที่ 1		
แพทย์	141	66.80
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	19	9.00
พยาบาล	12	5.70
อินเตอร์เน็ต	11	5.20
นักจิตวิทยา	10	4.70
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	8	3.80
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	5	2.40
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	3	1.40
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	2	0.90
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	0	0.00
ลำดับที่ 2		
พยาบาล	56	26.50
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	32	15.20
แพทย์	30	14.20
นักจิตวิทยา	27	12.80
อินเตอร์เน็ต	21	10.00
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	14	6.60
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	14	6.60
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	12	5.70
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	5	2.40
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	0	0.00

ตารางที่ 8 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมากที่สุด	จำนวน(คน) n = 211	ร้อยละ (%)
ลำดับที่ 3		
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	40	19.00
นักจิตวิทยา	35	16.60
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	28	13.30
พยาบาล	24	11.40
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	22	10.40
อินเตอร์เน็ต	20	9.50
แพทย์	17	8.10
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	9	4.30
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	8	3.80
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	8	3.80

จากตารางที่ 8 ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมา พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ตอบเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุดคือจากแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 66.8 ตอบว่าเป็นลำดับที่ 2 มากที่สุดคือพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 26.5 และตอบว่าเป็นลำดับที่ 3 มากที่สุดคือจากหนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 19

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมากที่สุด	จำนวน(คน) n = 106	ร้อยละ (%)
ลำดับที่ 1		
แพทย์	74	69.80
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	13	12.30
อินเตอร์เน็ต	8	7.50
นักจิตวิทยา	5	4.70
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	4	3.80
พยาบาล	1	0.90
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	1	0.90
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	0	0.00
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	0	0.00
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	0	0.00
ลำดับที่ 2		
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	24	22.60
แพทย์	18	17.00
พยาบาล	18	17.00
อินเตอร์เน็ต	15	14.20
นักจิตวิทยา	11	10.40
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	9	8.50
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	8	7.50
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	2	1.90
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	1	0.90
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	0	0.00

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมากที่สุด	จำนวน(คน) n = 106	ร้อยละ (%)
ลำดับที่ 3		
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	27	25.50
อินเตอร์เน็ต	18	17.00
นักจิตวิทยา	15	14.20
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	15	14.20
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	12	11.30
แพทย์	7	6.60
พยาบาล	4	3.80
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	3	2.80
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	3	2.80
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	2	1.90

จากตารางที่ 9 ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ตอบเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุดคือจากแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 69.8 ตอบว่าเป็นลำดับที่ 2 และลำดับที่ 3 มากที่สุดคือหนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 22.6 และ 25.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมากที่สุด	จำนวน(คน) n = 105	ร้อยละ (%)
ลำดับที่ 1		
แพทย์	67	63.80
พยาบาล	11	10.50
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	6	5.70
นักจิตวิทยา	5	4.80
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	5	4.80
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	4	3.80
อินเตอร์เน็ต	3	2.90
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	2	1.90
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	2	1.90
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	0	0.00
ลำดับที่ 2		
พยาบาล	38	36.20
นักจิตวิทยา	16	15.20
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	13	12.40
แพทย์	12	11.40
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	8	7.60
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	6	5.70
อินเตอร์เน็ต	6	5.70
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	3	2.90
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	3	2.90
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	0	0.00

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับมากที่สุด	จำนวน(คน) n = 105	ร้อยละ (%)
ลำดับที่ 3		
พยาบาล	20	19.00
นักจิตวิทยา	20	19.00
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน	16	15.20
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	13	12.40
แพทย์	10	9.50
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ	7	6.70
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	6	5.70
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	6	5.70
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	5	4.80
อินเตอร์เน็ต	2	1.90

จากตารางที่ 10 ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ตอบเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุดคือจากแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 63.8 ตอบว่าเป็นลำดับที่ 2 มากที่สุดคือพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 36.2 และตอบว่าเป็นลำดับที่ 3 มากที่สุดคือพยาบาล และนักจิตวิทยา คิดเป็นเป็นร้อยละ 19

<u>ตอนที่ 2</u> การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 11 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง โดยทดสอบค่าที (t – test)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	t	p-value
สถานที่เก็บข้อมูล					
จุฬา	106	62.62	10.06	-0.141	0.89
นครราชสีมา	105	62.42	10.96		
เพศ					
ชาย	44	59.27	10.34	-2.332	0.021*
หญิง	167	63.38	10.40		
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	56	62.45	11.40	-0.062	0.951
สมรส	155	62.55	10.19		
การมีส่วนดูแลเด็กสมาธิสั้น					
ดูแลคนเดียว	46	63.70	10.70	0.857	0.392
มีคนช่วยดูแล	165	62.19	10.45		
ภาวะสุขภาพของผู้ปกครอง					
แข็งแรงดี	165	63.42	10.19	2.393	0.018*
มีโรคประจำตัว	46	59.28	11.05		

*P < .05

จากตารางที่ 1 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง โดยทดสอบค่าที (t – test) พบว่า ข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05 คือ เพศ และ ภาวะสุขภาพของผู้ปกครอง

คะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองเป็นเพศชายกับเพศหญิงมีความแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P < .05

คะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพแบบแข็งแรงดีกับมีภาวะสุขภาพแบบมีโรคประจำตัวมีความแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ปกครองที่มีภาวะสุขภาพแบบแข็งแรงดีสูงกว่าผู้ปกครองที่มีภาวะสุขภาพแบบมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P < .05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบตามปัจจัยทางด้านสถานที่เก็บข้อมูล สถานภาพสมรส การมีส่วนในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 12 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	F	p-value
อายุ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	122	63.68	10.26	1.792	0.169
41 – 50 ปี	65	60.82	10.21		
มากกว่า 50 ปี	24	61.25	12.06		
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
มารดา	147	63.86	9.83	5.182	0 .006**
บิดา	29	57.38	10.60		
อื่น ๆ (พี่, น้า, ป้า, ปู่, ย่า, ตา, ยาย)	35	61.14	11.85		
ระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ					
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	32	60.25	13.11	0.658	0.579
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	54	62.43	12.91		
ปวช./อาชีวะ/อนุปริญญา	25	62.76	6.79		
ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี	100	63.24	8.79		
อาชีพ					
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	33	61.06	9.82	0.77	0.514
รับจ้าง	78	61.71	11.81		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	63	63.44	9.52		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	37	63.97	9.76		

**P < .01

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	F	p-value
รายได้รวมต่อเดือน					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	19	62.53	11.93	0.861	0.508
5,001 – 10,000	41	59.56	12.22		
10,001 – 15,000	34	63.03	10.79		
15,001 – 20,000	17	63.35	6.47		
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	65	63.71	8.81		
ไม่มีรายได้	35	62.89	11.68		
เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น วันที่เด็กเรียน(วันจันทร์ – ศุกร์)					
1 - 4 ชั่วโมง	95	60.85	11.03	2.535	0.082
5 - 8 ชั่วโมง	104	63.63	10.03		
มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป	12	66.17	8.50		
เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น วันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)					
1 - 4 ชั่วโมง	19	60.68	11.68	4.444	0.013*
5 - 8 ชั่วโมง	50	59.10	11.63		
มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป	142	63.97	9.88		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
2 - 3 คน	50	62.24	12.20	0.023	0.977
4 - 5 คน	117	62.61	9.57		
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	44	62.61	11.02		

*P < .05

จากตารางที่ 12 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA พบว่าข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .01 คือ ความสัมพันธ์กับเด็ก และข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05 คือ เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบตามปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวมต่อเดือนของผู้ปกครอง ช่วงเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กเรียน(วันจันทร์ – ศุกร์) จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์กับมารดา บิดาหรือผู้ปกครอง โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

ความสัมพันธ์	มารดา	บิดา	อื่น ๆ
มารดา	-	6.48*	2.72
บิดา	- 6.48*	-	- 3.76
อื่นๆ	- 2.72	3.76	-

*P < .05

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมของมารดากับบิดามีความแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นของมารดาสูงกว่าบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05 และสูงกว่าผู้ดูแลอื่น ๆ (พี่, น้า, ป้า, ปู่, ย่า, ตา, ยาย) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องชั่วโมงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

ชั่วโมงในการดูแลเด็กวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ	1 - 4 ชั่วโมง	5 - 8 ชั่วโมง	มากกว่า 8 ชั่วโมง
1 - 4 ชั่วโมง	-	1.58	-3.29
5 - 8 ชั่วโมง	- 1.58	-	- 4.87*
มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป	3.29	4.87*	-

*P < .05

จากตารางที่ 14 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่อง ชั่วโมงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมที่ผู้ปกครองใช้ชั่วโมงในการดูแลเด็กที่มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป กับ 5 - 8 ชั่วโมง มีความแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองใช้ชั่วโมงในการดูแลมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป สูงกว่า 5 - 8 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05

ตารางที่ 15 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบ ค่าที (t – test)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	t	p-value
เพศ					
ชาย	175	62.41	10.28	-0.335	0.738
หญิง	36	63.06	11.64		
ภาวะสุขภาพ					
แข็งแรงดี	166	62.58	10.36	0.524	0.880
มีโรคประจำตัว	45	62.31	11.09		
การรับทราบของทางโรงเรียน					
ทราบ	191	62.69	10.25	0.615	0.483
ไม่ทราบ	20	60.95	12.78		

จากตารางที่ 15 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบค่าที (t – test) พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศ ภาวะสุขภาพ และการรับทราบของทางโรงเรียน กับค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 16 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA

ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	F	p-value
อายุ					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	11	59.55	6.96	0.573	0.564
6 – 10 ปี	135	62.93	10.86		
มากกว่า 10 ปี	65	62.18	10.26		
ระดับการศึกษา					
อนุบาล	14	57.50	9.62	1.988	0.098
ประถมต้น	82	64.28	10.16		
ประถมปลาย	90	62.51	10.15		
มัธยมต้น	21	59.05	12.61		
มัธยมปลาย	4	62.50	11.03		
จำนวนบุตรในครอบครัว					
1 คน	65	63.15	10.06	0.217	0.805
2 คน	109	62.08	10.50		
มากกว่าหรือเท่ากับ3 คน	37	62.70	11.44		
ลำดับการเกิดของเด็กสมาธิสั้น					
บุตรคนแรก	118	63.97	9.11	3.580	0.030*
บุตรคนที่ 2	82	60.13	11.50		
บุตรคนที่ 3 หรือมากกว่า	11	64.73	13.90		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น					
น้อยกว่า 1 ปี	34	60.38	12.94	0.753	0.557
1 - 2 ปี	90	63.68	9.56		
3 - 4 ปี	43	62.74	10.04		
5 - 6 ปี	26	62.12	9.71		
มากกว่า 6 ปีขึ้นไป	18	60.83	12.24		

*P < .05

ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA

ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	F	p-value
จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์					
น้อยกว่า 5 ครั้ง	57	59.42	12.31	1.846	0.092
5 – 10 ครั้ง	54	64.76	7.79		
11 - 15 ครั้ง	23	65.43	10.60		
16 - 20 ครั้ง	18	62.11	10.48		
21 - 25 ครั้ง	22	60.23	12.28		
26 - 30 ครั้ง	10	63.80	8.26		
มากกว่า 30 ครั้งขึ้นไป	27	63.78	9.03		
การได้รับยาและการรับประทานยา					
ไม่ได้รับยา	26	59.92	9.48	3.402	0.035*
ได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ	138	63.88	9.71		
ได้รับยาแต่ทานยาไม่สม่ำเสมอ	47	59.98	12.54		
ความต้องการแจ้งให้โรงเรียนรับทราบ (ในกรณีที่โรงเรียนยังไม่ทราบ)					
แจ้ง	15	60.87	14.09	0.218	0.805
ไม่แจ้ง	6	61.83	8.23		
โรงเรียนทราบแล้ว	190	62.67	10.28		
การช่วยเหลือของโรงเรียน					
มีการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ	53	63.77	12.41	0.879	0.417
มีการช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย	109	62.59	9.68		
ไม่มีการช่วยเหลือ	49	61.02	10.01		

*P < .05

จากตารางที่ 16 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA พบว่า ข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05 คือ ลำดับการเกิดของเด็กสมาธิสั้น และการได้รับยาและรับประทานยา

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องลำดับการเกิดของเด็กสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

ลำดับการเกิดของเด็ก	บุตรคนแรก	บุตรคนที่ 2	บุตรคนที่ 3 หรือมากกว่า
บุตรคนแรก	-	3.84*	-0.75
บุตรคนที่ 2	-3.84*	-	-4.59
บุตรคนที่ 3 หรือมากกว่า	0.75	4.59	-

*P < .05

จากตารางที่ 17 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องลำดับการเกิดของเด็ก โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นบุตรคนแรก กับเด็กสมาธิสั้นที่บุตรคนที่ 2 มีความแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นบุตรคนแรกสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่บุตรคนที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05

ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องการได้รับยาและรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

การได้รับยา	ไม่ได้รับยา	ได้รับยาและทานสม่ำเสมอ	ได้รับยาแต่ทาน ไม่สม่ำเสมอ
ไม่ได้รับยา	-	- 3.95	-0.06
ได้รับยาและทานสม่ำเสมอ	3.95	-	3.90*
ได้รับยาแต่ทานไม่สม่ำเสมอ	0.06	- 3.90*	-

*P < .05

จากตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องการได้รับยาและรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและรับประทานยาสม่ำเสมอกับเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาแต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีความแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและรับประทานยาสม่ำเสมอสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาแต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05 และสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 19 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA

ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	F	p-value
ระดับต่ำ	35	66.91	9.13	3.923	0.021*
ระดับปานกลาง	141	61.86	10.71		
ระดับสูง	35	60.80	10.00		

*P < .05

จากตารางที่ 19 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ระดับต่ำ	-	5.06*	6.11*
ระดับปานกลาง	-5.06*	-	1.06
ระดับสูง	-6.11*	-1.06	-

*P < .05

จากตารางที่ 20 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำกับเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง และ ระดับสูง มีความแตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำมีค่าคะแนนการปรับพฤติกรรมสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบ ค่าที (t – test) (ได้รับความรู้จากแหล่งความรู้นั้น "น้อย" หมายถึงผู้ที่ตอบในแบบสอบถามว่า "ไม่ได้รับความรู้" หรือ "ได้รับความรู้เล็กน้อย"; ได้รับความรู้ "มาก" หมายถึงผู้ที่ตอบในแบบสอบถามว่า "ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก" และ "ได้รับความรู้มาก")

ระดับความรู้ที่ได้รับจากแหล่งความรู้ต่างๆ	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	t	p-value
แพทย์					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	17	59.94	14.58	-0.777	0.447
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	194	62.75	10.08		
พยาบาล					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	94	61.07	10.31	-1.804	0.073
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	117	63.68	10.54		
นักจิตวิทยา					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	104	60.59	10.19	-2.678	0.008**
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	107	64.40	10.50		
ครู / อาจารย์ / โรงเรียน					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	140	61.97	10.25	-1.069	0.286
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	71	63.61	10.97		
กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	149	61.93	10.43	-1.279	0.202
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	62	63.95	10.598		
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	173	61.86	10.37	-1.980	0.049*
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	38	65.55	10.669		
การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	162	62.07	10.36	-1.142	0.255
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	49	64.02	10.91		

*P < .05 **P < .01

ตารางที่ 21 (ต่อ) แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบ ค่าที (t – test) (ได้รับความรู้จากแหล่งความรู้นั้น “น้อย” หมายถึงผู้ที่ตอบในแบบสอบถามว่า “ไม่ได้รับความรู้” หรือ “ได้รับความรู้เล็กน้อย”; ได้รับความรู้ “มาก” หมายถึงผู้ที่ตอบในแบบสอบถามว่า “ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก” และ “ได้รับความรู้มาก”)

ระดับความรู้ที่ได้รับจากแหล่งความรู้ต่างๆ	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	t	p-value
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	86	60.20	10.95	-2.707	0.007**
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	125	64.12	9.90		
รายการโทรทัศน์ / วิทยุ					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	136	61.56	9.89	-1.803	0.073
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	75	64.27	11.37		
อินเตอร์เน็ต					
น้อย (ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย)	140	61.46	10.77	-2.084	0.038*
มาก (ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก)	71	64.62	9.66		

*P < .05 **P < .01

ตารางที่ 21 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบค่าที (t – test) พบว่า ข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .01 คือ การได้รับความรู้ในระดับ “มาก” จากนักจิตวิทยา และ หนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ และ ข้อมูลที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05 คือ การได้รับความรู้ในระดับ “มาก” จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น และ อินเตอร์เน็ต

คะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยาต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากนักจิตวิทยาในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่า ผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากนักจิตวิทยาในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .01

คะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับความรู้จากหนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยผู้ปกครองที่ได้รับ

ความรู้จากหนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่าผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากหนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .01

คะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับความรู้จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่า ผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05

คะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับความรู้จากอินเตอร์เน็ตต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากอินเตอร์เน็ตในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่า ผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากอินเตอร์เน็ตในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05

คะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์, พยาบาล, ครู / อาจารย์ / โรงเรียน, กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง, การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น, รายการโทรทัศน์ / วิทยุ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นของผู้ได้รับความรู้ในระดับ “มาก” จากแหล่งความรู้ต่างๆ นั้นก็สูงกว่าผู้ได้รับความรู้ในระดับ “น้อย” ในทุกแหล่งความรู้ อย่างไรก็ตามความแตกต่างนั้น ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ตารางที่ 22 แสดงผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุของตัวแปรที่สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	B	S.E.	β	t	p-value
เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)	0.489	0.159	0.198	3.066	0.002
การได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา (ระดับมาก)	3.747	1.363	0.179	2.748	0.007
การได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ	3.296	1.396	0.150	2.360	0.019
การได้รับความรู้จากหนังสือ/นิตยสาร (ระดับมาก)	3.693	1.360	0.173	2.716	0.007
ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ	4.643	1.836	0.165	2.529	0.012
Constant	50.902	2.308		22.057	<0.001

R^2 = 19.50 %

จากตารางที่ 22 เมื่อทดสอบปัจจัยทำนายคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นด้วยการทดสอบการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression) พบว่า มีเพียง 5 ตัวแปรเท่านั้น ได้แก่ เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์), การได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา (ในระดับมาก), การได้รับความรู้จากหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ (ในระดับมาก), การได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอและเด็กมีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ ร่วมกันทำนายคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ได้ร้อยละ 19.5 ของความแปรปรวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ(วันเสาร์ – อาทิตย์) มีอิทธิพลต่อคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในเชิงบวกสูงที่สุด (β = 0.198) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับความรู้จากนักจิตวิทยาและหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ (ในระดับมาก) มีอิทธิพลต่อคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในเชิงบวกสูงสุดเป็นลำดับต่อมา นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กที่มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำและมีการได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ ผู้ปกครองมีคะแนนการปรับพฤติกรรมสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นมีการได้รับยาแต่ทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน แสดงด้านล่าง

ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 50.902 + 0.489 X_1 + 3.747 X_2 + 3.693 X_3 + 4.643 X_4 + 3.296 X_5$$

ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.198 X_1 + 0.179 X_2 + 0.173 X_3 + 0.165 X_4 + 0.150 X_5$$

เมื่อ

Y = คะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

X_1 = เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)

X_2 = การได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา (ในระดับมาก)

X_3 = การได้รับความรู้จากหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ (ในระดับมาก)

X_4 = ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ

X_5 = การได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย แปลโดยณัทธร พิทยรัตน์เสถียร แบบประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และแบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่มีคะแนนการปรับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.9 รองลงมา คือ มีคะแนนการปรับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.6 และมีคะแนนการปรับพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีสุขภาพแข็งแรงดี โดยทั้งสองปัจจัยนี้พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อทำการทดสอบด้วยค่าที (t – test)

ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่าความสัมพันธ์แบบอื่นๆ จากการทดสอบด้วยวิธี One Way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.01 และมีความแตกต่างกับความสัมพันธ์โดยเป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อทดสอบด้วย LSD (Post Hoc Analysis)

ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลเด็กในวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่าการใช้เวลาในการดูแลฯ อื่นๆ จากการทดสอบด้วยวิธี One Way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 และมีความแตกต่างกับการใช้เวลาในการดูแลเด็กในวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือจำนวน 5 - 8 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อทดสอบด้วย LSD (Post Hoc Analysis)

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี มีสถานภาพสมรสแบบสมรส ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีรายได้รวมต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 - 5 คน และมีคนช่วยในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 6 – 10 ปี มีสุขภาพแข็งแรงดี กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่มาพบแพทย์น้อยกว่า 5 ครั้ง และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นมาแล้ว 1 ปี

ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ซึ่งพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่าบุตรคนอื่นๆ จากการทดสอบด้วยวิธี One Way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 และเมื่อศึกษาถึงความแตกต่างกันของลำดับการเกิด พบว่า บุตรคนแรกมีความแตกต่างกับบุตรคนที่สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อทดสอบด้วย LSD (Post Hoc Analysis)

ส่วนใหญ่ได้รับยาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพบว่าการรักษาแบบได้รับยาและรับประทานยาสม่ำเสมอมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่าการได้รับยาและรับประทานยาแบบอื่นๆ จากการทดสอบด้วยวิธี One Way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 และเมื่อศึกษาถึงความแตกต่างกันของการได้รับยาและทานยาพบว่า การได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอมีความแตกต่างกับการได้รับยาแต่ทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อทดสอบด้วย LSD (Post Hoc Analysis)

3. ข้อมูลระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

โดยส่วนใหญ่เด็กสมาธิสั้น มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง เท่ากันตามลำดับ โดยพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นในระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นในระดับอื่น ๆ จากการทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 และมีความแตกต่างกับเด็กสมาธิสั้นที่มีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นในระดับปานกลาง และระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อทดสอบด้วย LSD (Post Hoc Analysis)

4. ข้อมูลแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับมาก คือแพทย์ หนังสือ นิตยสาร แผ่นพับ และพยาบาล

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในรพ.จุฬาลงกรณ์ พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับมาก คือแพทย์ และหนังสือ นิตยสาร แผ่นพับ

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับมาก คือแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา

ปัจจัยในเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 เมื่อทำการทดสอบด้วยค่าที (t – test) ได้แก่ นักจิตวิทยา และหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ

ปัจจัยในเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อทำการทดสอบด้วยค่าที (t – test) ได้แก่ ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น และอินเตอร์เน็ต

5. ข้อมูลลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้งในรพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวชนครราชสีมา พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ตอบเป็นลำดับที่ 1 มากที่สุดแพทย์ ตอบเป็นลำดับที่ 2 มากที่สุดคือพยาบาล และตอบเป็นลำดับที่ 3 มากที่สุดคือจากหนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ลำดับที่ 1 คือแพทย์ ลำดับที่ 2 และลำดับที่ 3 คือหนังสือ/ นิตยสาร / แผ่นพับ

ลำดับแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบว่า ลำดับที่ 1 คือแพทย์ ลำดับที่ 2 คือพยาบาล และลำดับที่ 3 คือพยาบาล และนักจิตวิทยา

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาลเป็นจำนวนเท่าๆกัน คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 106 คน และ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 105 คน รวมทั้งหมดเท่ากับ 211 คน โดยจากการศึกษาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศของผู้ปกครอง, ความสัมพันธ์กับเด็ก, ลำดับการเกิดของเด็ก , เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่

เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์), ภาวะสุขภาพของผู้ปกครอง, การได้รับยาและรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น, ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น, การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจากนักจิตวิทยา, ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น, หนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ, อินเตอร์เน็ต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะนำมาอภิปรายผลดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ส่วนใหญ่มีคะแนนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง โดยผู้ปกครองที่มีเพศต่างกันมีความสัมพันธ์กับคะแนนการปรับพฤติกรรม โดยผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงมีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าผู้ปกครองที่เป็นเพศชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจาก เพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน มีสัญชาตญาณของความเป็นแม่ และค่านิยมของสังคมที่มองว่าเพศหญิงต้องมีหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงลูก ดังจะเห็นได้จากในสมัยก่อนสามีจะเป็นผู้หาเลี้ยงเพียงคนเดียว ส่วนภรรยามักทำหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงลูก แต่ในปัจจุบันผู้หญิงออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้นและมีส่วนในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว มีการศึกษาในประเทศไทยพบว่า คู่สมรสร้อยละ 86.8 จะทำงานนอกบ้านทั้งคู่ ในปัจจุบันผู้หญิงและผู้ชายมีอำนาจค่อนข้างจะเท่าเทียมกัน บทบาทของผู้หญิงและผู้ชายไม่ตายตัวเหมือนเมื่อก่อน ถึงแม้ว่าผู้ชายจะเข้ามามีส่วนรับผิดชอบงานบ้านและดูแลลูกมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ชายยังคาดหวังว่าภรรยาจะต้องรับผิดชอบงานบ้านทุกอย่าง มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ทำงานนอกบ้านนั้นยังต้องทำงานบ้านถึงร้อยละ 80 ของงานทั้งหมด ซึ่งรวมถึงการเลี้ยงลูกด้วย[30] ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์เป็นมารดามีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าบิดา แต่ไม่แตกต่างจากผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์อื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ป้า น้า อา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในปัจจุบันแม่ที่มีอายุน้อยต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดปัญหาขาดคนดูแลช่วงที่พ่อแม่ไปทำงาน เพราะรูปแบบของครอบครัวในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ มีการสำรวจในนักเรียนชั้นมัธยมทั่วประเทศไทย พบว่า ลักษณะครอบครัวมากที่สุดคือ ครอบครัวเดี่ยวซึ่งพบ ร้อยละ 68.9 รองลงมาคือ ครอบครัวขยาย ร้อยละ 18.6 ครอบครัวที่มีเฉพาะแม่-ลูก ร้อยละ 7.4 เฉพาะ พ่อ-ลูก ร้อยละ 2.3 และครอบครัวที่อยู่กันเฉพาะญาติพี่น้องโดยไม่มีพ่อแม่อยู่ด้วย ร้อยละ 2.8[31] ซึ่งตามต่างจังหวัดมักพบว่า เป็นครอบครัวที่มีปู่ย่าตายายเป็นผู้เลี้ยงแทนพ่อแม่ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจและการให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่การงานมากกว่าครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง และมีถิ่นฐานอยู่ในชนบท เมื่อคลอดบุตรและเลี้ยงดูได้ระยะหนึ่งก็จะส่งให้ปู่ย่าตายายที่อยู่ในชนบทเลี้ยงดูแทน ส่วนพ่อแม่จะอยู่กันตามลำพังเพื่อหารายได้และประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุจึงถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังกับเด็กเป็นจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีเวลาในการดูแลเอาใจใส่เลี้ยงดูเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับ

ปัจจัยเรื่องเวลาที่ผู้ปกครองใช้ในการดูแลเด็กวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) ยิ่งมากยิ่งมีแนวโน้มของคะแนนการปรับพฤติกรรมที่มากขึ้น เพราะการปรับพฤติกรรมที่ดีต้องมีความสม่ำเสมอ คงเส้นคงวา และใช้เวลาที่นานพอ[7] นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดีมีการปรับพฤติกรรมสูงกว่าผู้ปกครองที่มีโรคประจำตัว เพราะผู้ที่มีโรคประจำตัวมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ทั้งไม่แน่ใจว่าถ้าตนเสียชีวิตไปแล้วใครจะเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กต่อไป ดังนั้นการเลี้ยงดูอาจเต็มไปด้วยความวิตกกังวลสูง ไม่คงเส้นคงวาหรือตามใจเด็กมากเกินไป[25] ซึ่งหลักในการปรับพฤติกรรมที่ดีต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ คงเส้นคงวา เพื่อให้เด็กเกิดความเคยชิน เมื่อเด็กทำผิด ผู้ปกครองต้องปฏิบัติตามกฎที่ได้กำหนดไว้ ไม่ใจอ่อน มีการลงโทษเด็กตามที่ตกลงกันไว้อย่างจริงจัง

เด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง เด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ อาจได้รับการรักษาแบบใช้การปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวก็เพียงพอ โดยแพทย์ไม่ได้จ่ายยาให้ การปรับพฤติกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กอย่างเป็นระบบ การบำบัดแบบนี้เป็นสิ่งสำคัญมากและควรเริ่มทำก่อนที่จะใช้ยา เด็กจำนวนมากที่ทำการบำบัดแบบนี้อย่างเคร่งครัดตามที่แพทย์แนะนำจะมีอาการดีขึ้น มีสมาธิ มีความอดทน และควบคุมตนเองได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อผู้ปกครองใช้การปรับพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับเด็กแต่ละคนก็สามารถช่วยให้เด็กมีอาการดีขึ้นได้อย่างมาก ซึ่งจะสังเกตเห็นได้จาก ผลการเรียน และพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็ก จึงทำให้ผู้ปกครองมีกำลังใจที่จะใช้การปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ผู้ปกครองที่มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในระดับสูงและทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จนมีอาการสมาธิสั้นลดลงอยู่ในระดับต่ำ และที่สำคัญยังพบว่าการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรม โดยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและรับประทานยาสม่ำเสมอมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาแต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบ MTA[18] พบว่า การใช้ยาร่วมไปกับการปรับพฤติกรรมอย่างจริงจังเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด ซึ่งยามีประโยชน์ในการลดอาการไม่มีสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น เมื่อเด็กมีสมาธิเด็กก็จะสามารถที่จะเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ในการลดอาการดื้อ ก้าวร้าว เพิ่มทักษะสังคม[2] เมื่อผู้ปกครองมีการปรับพฤติกรรมอย่างจริงจัง สม่ำเสมอ ก็จะพบว่าเด็กมีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งในเรื่องพฤติกรรมซน อยู่ไม่นิ่ง การนับถือตัวเอง[19] ความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก พ่อ แม่ และการเรียนประสบความสำเร็จมากขึ้น จึงทำให้ผู้ปกครองมีกำลังใจที่จะใช้การปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้น ส่วนเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและ

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เมื่อเด็กไม่ได้รับประทานยาก็จะยังคงมีอาการชน อยู่ไม่นิ่ง ไม่สามารถที่จะเรียนรู้สิ่งที่ผู้ปกครองสอนได้ดีเท่าที่ควร ผู้ปกครองอาจไม่เห็นผลจากการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน จึงทำให้ผู้ปกครองไม่มีกำลังใจที่จะปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นต่อ

จากการศึกษา พบว่าผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา, ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น, หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ และ อินเตอร์เน็ต ในระดับมากจะมีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้รับความรู้หรือได้รับความรู้เล็กน้อย เพราะเมื่อผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของเด็กได้อย่างถูกต้อง ได้รู้แนวทางการปฏิบัติตัวและการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลและดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ยังจะช่วยให้ผู้ปกครองที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง และให้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจได้รับกำลังใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มพ่อแม่มีกิจกรรมทำและเป็นประโยชน์ต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจากแพทย์ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ วิชาชีพอื่น ๆ ผู้ปกครองยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมค่อนข้างน้อย จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นๆ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีส่วนร่วมในการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นให้มากขึ้น เนื่องจากแพทย์อาจมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่จะให้คำแนะนำ เพราะแพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิจัยว่า นักจิตวิทยาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในเรื่องการให้คำแนะนำ และบุคลากรทางการแพทย์ควรจัดให้มีการประเมินการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น การจัดให้มีการฟังบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของเด็กได้อย่างถูกต้อง ได้รู้แนวทางการปฏิบัติตัวและการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังจะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูเด็กสมาธิสั้น เป็นกำลังใจ เป็นที่ปรึกษาแก่กันและกันได้

3. ส่งเสริมให้มีการพูดคุยระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้ทำความเข้าใจและทำการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบการทดลองเปรียบเทียบในการรักษาแต่ละระยะเพื่อดูผลของการรักษาในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีรวบรวมข้อมูลอื่น ที่นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถาม เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้นและทำให้ผลการศึกษาวิจัยได้รับประโยชน์มากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เช่น ทัศนคติต่อการถูกเลี้ยงดูจากพ่อแม่ ทัศนคติของผู้ปกครองต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น การควบคุมตนเองของผู้ปกครอง ความตั้งใจที่จะดูแลรักษาลูก

4. ควรมีการติดตามการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องและมีการสังเกตสอบถามอาการและการปรับพฤติกรรมจากทางโรงเรียนเพิ่มเติม

5. ควรมีการประเมินการช่วยเหลือของโรงเรียนให้ละเอียดมากยิ่งขึ้น ว่ามีนักจิตวิทยา ครูแนะแนวให้คำแนะนำและดูแลช่วยเหลือเรื่องการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นหรือไม่

รายการอ้างอิง

(1) Chilcoat, HD, et al. Pathways from ADHD to early drug use. J Am Acad child Adolesc Psychiatry. 38 (1999): 1347 - 1354.

(2) Pliszka, SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatry Clin North Am. 9(2000): 520 – 540.

(3) มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

(4) วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2550.

(5) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 4th edition (DSM IV - TR). Washington, DC : American Psychiatric Association. 2004: 63 – 5.

(6) วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2545.

(7) อุมาพร ตรังคสมบัติ. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ซันต้าการพิมพ์, 2546

(8) McGough, JJ, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. Am J Psychiatry. 162(2005): 1621.

(9) Miller, TW and Nigg, JT. Faraone SV Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. J Abnorm Psychol. 116(2007): 519.

(10) ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์ และคนอื่น ๆ. วารสารกุมารเวชศาสตร์ กรกฎาคม – กันยายน 2551. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2551.

(11) David, A. and Er, ic, J. Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents. New York : The Guilford Press. 2006.

(12) O'Leary, K.D. and Wilson, G.T. Behavior therapy (2nd ed.). Englewood cliffs, NJ : Prentice-Hall. 1987.

(13) Kalish, H. Learning : Principles and applications. New York : McGraw-Hill. 1981.

(14) Mikulas, W.L. Behavior therapy (2nd ed.). Englewood cliffs, NJ : Prentice-Hall. 1987.

(15) ประเทือง ภูมิภัทราคม. การปรับพฤติกรรม : ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ : โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์. 2540.

(16) สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.

(17) มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรมสุขภาพจิต, 2544.

(18) The MTA Cooperative Group. A 14 – month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. Arch Gen Psychiatry. 56(1999): 1073 – 1086

(19) Fehling, D.L., Roberts, W., Humphries, T., and Dawe, G. Attention deficit hyperactivity disorder: Does cognitive behavioral therapy improve home behavior?. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrices. 12(1991): 223-228.

(20) Howard A. SOCIAL FUNCTIONING IN CHILDREN WITH ADHD TREATED WITH LONG – TERM METHYLPHENIDEAT AND MULTIMODAL PHYCHOSOCIAL TREATMENT. Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 43 (2004): 820-829.

(21) Hsin-Hsin Chang, Ching-Sheng Chang, et al. The Process of Assisting Behavior Modification in a Child With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Nursing Research. 15(2007): 147-154.

(22) Huang, H.L., Chao, C.C., Tu, C.C., and Yang, P.C., Behavioral parent training for Taiwanese parent of children with attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 57 (2003): 907-13.

(23) Salbach, H. Lenz, k., Huss, M., Vogel, R., Felsing, D. and Lehmkuhl, U. Treatment effects of parent management training for ADHD. Z kinder Jugendpsychiatry Psychoter. 33 (2005): 59-68.

(24) Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., Dupoul, B. J. and Guevrement. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. Journal of Abnormal Child Psychology. 21(1993): 581 - 596.

(25) Cousin, L. S. and Weiss, G. Parent training and social skill training for attention deficit hyperactivity disorder: how can they be combined for greater effectiveness?. Can J Psychiatry. 38 (1993): 449 - 457.

(26) Collett, B.R., OHAN,J.L. and Myers. Ten-Year Review of Rating Scales. V : Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J.Am Acad Child Adolrsc Psychiatry. 42 (2003): 1015-1037.

(27) Steven, J., Quittner, A.L. and Abikoff H. Factor influenceing elementary school teacher rating of ADHD and ODD behavior. J. Am Acad Child Psychol. 27 (1998): 406 - 414.

(28) Swanson, J.M., Kraemer, H.C. and Hinshaw, S.P. Clinical relevance of the primary finding of the MTA : success rates based on severity of ADHD and ODD symptom at the end of the treatment. . J.Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 40 (2001): 168 - 179.

(29) Mark Selikowitz. ADHD: thefacts. Oxford University Press. 2004.

(30) อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว. 2545

(31) อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว. 2544

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เนื่องจากท่านเป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โดยเอกสารนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตาม ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติมกรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของการวิจัยนี้

การทำงานวิจัยนี้มีสาเหตุมาจากการที่พบว่าการปรับพฤติกรรมเป็นการรักษาโรคสมาธิสั้นที่สำคัญอย่างหนึ่ง แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังไม่มีความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์ของการทำงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 211 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 106 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 105 คน

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

- ข้อมูลของผู้ปกครอง จำนวน 11 ข้อ
- ข้อมูลของเด็ก จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการปรับพฤติน3585 กรรมของเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำนวน 10 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าการตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ซึ่งท่านจะอยู่ในการวิจัยเฉพาะการตอบแบบสอบถามครั้งเดียวเท่านั้น

ข้อมูลประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใดๆต่อท่านในทุกกรณี ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆเป็นพิเศษทั้งสิ้น และข้อมูลที่เกี่ยวกับตัวท่านซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัว ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลการวิจัยเท่านั้น การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ และหากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อท่านไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์ 086 – 655-2447 หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาววรวรรณ พัฒนวรพงศ์
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....**เดือน**.....**พ.ศ**. 2553

การที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นข้อมูลให้ข้าพเจ้าไม่พอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(....นางสาววรวรรณ พัฒนวรพงศ์....)

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามชุดที่.....

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไปของตัวท่านและเด็กที่ท่านดูแลอยู่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ❒ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่1 ข้อมูลของผู้ปกครอง

1. เพศ ❒ ชาย ❒ หญิง

2. อายุ .....ปี

3. ท่านสัมพันธ์กับเด็กเป็น ❒ มารดา ❒ บิดา ❒ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

❒ ไม่ได้เรียนหนังสือ ❒ ประถมศึกษา

❒ มัธยมศึกษาตอนต้น ❒ มัธยมศึกษาตอนปลาย

❒ อาชีวศึกษา / อนุปริญญา ❒ ปริญญาตรี

❒ สูงกว่าปริญญาตรี ❒ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. อาชีพที่ท่านใช้เวลาในการทำงานมากที่สุด

❒ ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ ❒พนักงานบริษัทเอกชน

❒ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ❒ แม่บ้าน / พ่อบ้าน

❒ เกษตรกร ❒ รับจ้างทั่วไป

❒ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. สถานภาพสมรส

❒ โสด ❒ สมรส ❒ หม้าย

❒ หย่า ❒ แยกกันอยู่

7. รายได้รวมต่อเดือน.....บาท

8. ท่านมีส่วนในการดูแลเด็ก

❒ ดูแลคนเดียว แทบไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น

❒ มีคนช่วยดูแลเด็ก ได้แก่.....

9. โดยเฉลี่ยท่านใช้เวลาในการดูแลเด็ก (ไม่นับเวลานอน) ในวันที่เด็กเรียนหนังสือ.....ชั่วโมง / วัน

ในวันหยุด.....ชั่วโมง / วัน

10. ปัจจุบันครอบครัวของท่านมีสมาชิก.....คน ประกอบด้วย.....

11. สุขภาพโดยทั่วไปของท่าน ❒ แข็งแรงดี ❒ มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของเด็ก

1. เพศ ❒ ชาย ❒ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. กำลังศึกษาชั้น.....

4. เด็กมีพี่น้อง (รวมตัวเด็ก) .....คน เด็กเป็นบุตรคนที่.....

5. สุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก ❒ แข็งแรง ❒ มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ).....

6. เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ. .....

7. เด็กมารับการรักษารวมครั้งปัจจุบันแล้วจำนวนกี่ครั้ง (เฉพาะจำนวนครั้งที่เด็กได้มาพบแพทย์)

❒ น้อยกว่า 5 ครั้ง ❒ 5 -10 ครั้ง ❒ 11 – 15 ครั้ง

❒ 16 – 20 ครั้ง ❒ 20 – 25 ครั้ง ❒26 – 30 ครั้ง

❒ มากกว่า 30 ครั้งขึ้นไป

8. การรักษาด้วยยาในปัจจุบัน ❒ ไม่ได้รับยา

❒ ได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ

❒ ได้รับยาแต่ทานยาไม่สม่ำเสมอ

9. ทางโรงเรียนของเด็กทราบหรือไม่ว่าเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น

❒ ทราบ (ข้ามไปข้อ 11)

❒ ไม่ทราบ

10. ในกรณีที่โรงเรียนยังไม่ทราบว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น ท่านตั้งใจจะแจ้งให้โรงเรียนทราบหรือไม่

❒ แจ้ง

❒ ไม่แจ้ง เพราะ.....

11. เท่าที่ท่านทราบ โรงเรียนของบุตรหลานท่านมีนโยบายในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น เด็กสมาธิสั้น เด็กออทิสติก เด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ อย่างไรบ้าง

❒ มีการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

❒ มีการดูแลช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

❒ ไม่มีการดูแลช่วยเหลือใด ๆ เป็นพิเศษเลย

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short From)

ข้อมูลของเด็ก เพศ.....อายุ.....ปี ชั้นเรียน.....
ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น..... วันที่ประเมิน.....
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	สำหรับผู้วิจัย
1.มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่างๆ เช่น การบ้าน					
2.ทำอะไรนานๆไม่ได้					
3.ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
4.มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้นับมอบหมายไม่สำเร็จ					
5.จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆไม่เป็น					
6.มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
7.ทำของหายบ่อยๆ (เช่นของเล่น,สมุดจดงาน,เครื่องเขียน ฯลฯ)					
8.วอกแวกง่าย					
9.ขี้ลืม					
10.มือเท้าหยุกหยิก นั่งบิดไปบิดมา					
11.นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย					
12.วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ					
13.เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆไม่เป็น					
14.พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน “ติดเครื่อง” อยู่ตลอดเวลา					
15.พูดมาก					
16.มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
17.ไม่ชอบรอคิว					
18.ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)					
19.อารมณ์เสียง่าย					
20.ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่					

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	สำหรับผู้วิจัย
21.ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้					
22.จงใจก่อกวนผู้อื่น					
23.มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด					
24.ขี้รำคาญ					
25.โกรธบึ้งตึงเป็นประจำ					
26.เจ้าคิดเจ้าแค้น					

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามเพื่อประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

<u>คำอธิบาย</u> จงเลือกคำตอบว่าท่านได้ปรับพฤติกรรมบุตรหลานที่เป็นสมาธิสั้นของท่านอย่างไรบ้าง

ข้อ	การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ของผู้ปกครอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย	สำหรับผู้วิจัย
1	มีการจัดตารางเวลากิจวัตรประจำวันที่ชัดเจนในแต่ละวัน					
2	เขียนตารางกิจวัตรประจำวันติดไว้ที่ผนังให้เด็กอ่านได้ง่าย					
3	เขียนกฎสั้นๆ ตัวโตๆ ติดไว้ที่ผนังห้อง เพื่อให้เด็กจำได้แม่น					
4	ฝึกสมาธิลูกเป็นประจำทุกวันและฝึกตรงเวลา					
5	จัดบ้านอย่างเรียบง่าย เป็นระเบียบ					
6	จัดสถานที่ทำการบ้านให้มีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด					
7	มีการนั่งประกบร่วมกับการเตือนเป็นระยะ ขณะเด็กทำการบ้าน เพื่อมิให้เด็กวอกแวก					
8	สั่งให้เด็กทำงานโดยใช้คำสั่งที่ง่าย สั้น ชัดเจนและสั่งทีละคำสั่ง					
9	ให้เด็กพูดทวนคำสั่งหรือกฎเกณฑ์ก่อนเริ่มกิจกรรม					
10	ให้เด็กทานอาหาร ของว่าง และเข้าห้องน้ำให้เสร็จก่อนเริ่มทำกิจกรรม					
11	ให้งานตามความสามารถที่เด็กทำได้ แบ่งงานที่ให้เด็กทำจากงานใหญ่เป็นงานย่อย					
12	ฝึกนิสัยเด็กว่าเมื่อเริ่มต้นทำอะไรแล้วให้ตั้งใจทำจนสำเร็จ					
13	มีการให้คำชมเมื่อเด็กทำงานสำเร็จหรือปฏิบัติตัวดี					
14	มีการให้คะแนน ดาว หรือสิทธิพิเศษต่าง ๆ เมื่อเด็กทำงานสำเร็จหรือปฏิบัติตัวดี					
15	มีการให้สตางค์หรือของรางวัลเช่นซื้อของเล่นให้ เมื่อเด็กทำงานสำเร็จหรือปฏิบัติตัวดี					
16	ฝึกให้เด็กรู้จักตรวจเช็คสิ่งของของตัวเอง เพื่อป้องกันการลืมหรือทำของหาย					
17	ฝึกให้เด็กรู้จักรอคอยและอดทน					
18	ลดเวลาในการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ของเด็กให้น้อยที่สุดเท่าที่ทำได้					

ข้อ	การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ของผู้ปกครอง	ปฏิบัติเป็นประจำ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย	สำหรับผู้วิจัย
19	มีการตั้งกฎเกณฑ์ไว้ล่วงหน้าและกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนในกรณีเด็กทำผิด					
20	เมื่อเด็กทำผิด มีการลงโทษเด็กตามที่ตกลงกันไว้อย่างจริงจัง					
21	เมื่อเด็กทำผิด เลือกใช้วิธีการลงโทษที่ไม่รุนแรง เช่น จำกัดสิทธิต่าง ๆ มากกว่าวิธีรุนแรง เช่น ตี					
22	ส่งเสริมให้เด็กเล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมนันทนาการที่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย					
23	ฝึกและมอบหมายให้เด็กช่วยทำงานบ้าน					
24	ทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็ก เช่น มีระเบียบ รู้จักรอคอย เลี่ยงการใช้ความรุนแรง					
25	พูดถึงข้อดีของเด็กหรือสิ่งที่เรารู้สึกภูมิใจในตัวเขาให้เด็กฟัง					
26	ช่วยดูแลกวดขันเด็กเรื่องการบ้านและงานที่ต้องทำส่งครู					
27	ประสานงานกับครูประจำชั้นเพื่อจัดให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียนหรือใกล้ครูมากที่สุด					
28	ติดต่อประสานงานกับครูประจำชั้นของเด็กอย่างสม่ำเสมอเพื่อสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กและวิธีจัดการ					

ภาคผนวก ฉ

แบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

คำอธิบายจงเลือกคำตอบว่าท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจากแหล่งใดบ้าง โดยทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างและกรุณาเรียงลำดับแหล่งความรู้ที่ท่านได้รับมากที่สุด3 อันดับแรก โดยการใส่ตัวเลข1-3 ลงในช่องสุดท้าย

ข้อ	ได้รับความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจาก	ไม่ได้เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	ลำดับ
1	แพทย์ผู้ดูแลรักษา					
2	พยาบาล					
3	นักจิตวิทยา					
4	ครู / อาจารย์ / โรงเรียน					
5	กิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง					
6	ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น					
7	การฟังการบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น					
8	หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ					
9	รายการโทรทัศน์ / วิทยุ					
10	อินเตอร์เน็ต					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ – สกุล นางสาววรวรรณ พัฒนวรพงศ์

วัน เดือน ปีเกิด 14 พฤษภาคม 2527

สถานที่เกิด ราชบุรี

วุฒิการศึกษา สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนพระปฐมวิทยาลัย จังหวัดนครปฐม ปีการศึกษา 2545
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548

ปัจจุบัน ศึกษาระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย