



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองและพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ศศิภา พิมพารักษ์^{1*}, ศรีล ขุนวิทยา², กัณนิกา เพิ่มพูนพัฒนา³

¹ นักศึกษาปริญญาโท, สาขาพัฒนาการมนุษย์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail: Sasipha.phm@student.mahidol.ac.th

รับบทความ: 4 กรกฎาคม 2567 | แก้ไขบทความ: 11 สิงหาคม 2567 | ตอรับบทความ: 10 กันยายน 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่อภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตผู้ปกครอง และพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น **วัสดุและวิธีการ** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบวัดก่อนและหลังโดยมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลในกิจกรรมปกติของโรงพยาบาลและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลในกิจกรรมปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือในการวิจัยคือ (1) โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและ การปรับพฤติกรรม จำนวน 10 ครั้ง/สัปดาห์ สัปดาห์ละ 60-90 นาที (2) แบบสอบถามส่วนบุคคล (3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ปกครอง (5) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ผลการศึกษา พบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงทุกด้าน คือ ซึมเศร้า ($p = 0.012$) วิตกกังวล ($p = 0.002$) และเครียด ($p = 0.002$) มีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้น ด้านจิตใจ ($p = 0.001$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($p = 0.027$) และมีคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิในกลุ่มทดลองลดลงในทุกด้าน คือ ขาดสมาธิ ($p = 0.001$) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น ($p = 0.001$) และ พฤติกรรมต่อต้าน ($p = 0.02$)

สรุป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น มีประโยชน์ต่อผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและส่งผลถึงการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น, การปรับพฤติกรรม, ภาวะสุขภาพจิต, ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น, จิตวิทยาเชิงบวก



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

Effects of Positive Psychology and Behavioral Modification Programs on Parental Mental Health and Behavior of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children

Sasipha Phimpharak^{1*}, Sarun Kunwittaya², Kannika Permpoonputtana³

¹ Student in Master of Science (Human Development), National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

² Assistant Professor, National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

³ Assistant Professor, National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

* Corresponding author, e-mail. Sasipha.phm@student.mahidol.ac.th

Received: 4 July 2024 | Revised: 11 August 2024 | Accepted: 10 September 2024

Abstract

Objectives: This research aims to develop a positive psychology program and behavior modification therapy for the parents of ADHD children and to study the effects of a positive psychology program and behavior modification therapy for the parents of ADHD children. **Materials and methods:** The sample group consisted of 30 parents of children with ADHD at Somdet Phraphutthaloetla Hospital. The participants were divided into experimental group and control group at 15 participants per group. The experimental group was involved with regular hospital activities, The research evaluated the impacts of the program and the therapy using the following assessments: (1) Positive psychology program, and behavior modification therapy for parents with ADHD children. (2) personal questionnaire, (3) parent mental health assessment, (4) parent quality of life assessment, and (5) behavior measurement of children with ADHD.

Results: : The results found that parents in the experimental group had a decrease in the mean of all areas for mental health scores after participating in the positive psychology and behavior adjustment therapy as compared to the control group, the numbers were: depression ($p = 0.012$), anxiety ($p = 0.002$), and stress ($p = 0.002$). In addition, it was found that the quality of life scores improved as follows: mental aspect ($p = 0.001$) and environmental aspect ($p = 0.027$). The interesting thing found that the behavioral scores of the children in the experimental group decreased in all areas, namely lack of concentration ($p = 0.001$), restless/impulsive behavior ($p = 0.001$), and stubborn and oppositional behavior ($p = 0.002$)

Conclusion: This research shows that a positive psychology and behavior modification therapy for parents is beneficial to parents of children with ADHD and has the capability to eventually reduce behavioral problems in ADHD children.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, Behavior modification, Mental health, Parents of children with Attention deficit hyperactivity disorder, Positive psychology

บทนำ

เด็กไทยป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นประมาณ 310,000 ราย และจำนวนร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยจะมีอาการจนถึงผู้ใหญ่ (Department of Mental Health, Rajanukul Institute, Organizational Communication Department, 2013) โรคสมาธิสั้นหรือ attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) จัดอยู่ในความผิดปกติของกลุ่มพัฒนาการระบบประสาท มีความผิดปกติด้านพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิ (inattention) ซุกซนมาก อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) หุนหันพลันแล่น (impulsivity) (American Psychiatric Association, 2013) พบมากที่สุดในช่วงวัยเรียน อัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1 (Visanuyothin et al., 2013)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ที่พบว่ามีประโยชน์กับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น (psychoeducation) การปรับพฤติกรรม (behavior modification) การรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด (psychotherapy) การให้การช่วยเหลือด้านสังคม (social interventions) และการให้การช่วยเหลือทางด้านการศึกษา/การทำงาน (education/vocational accommodations) ซึ่งจำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กสมาธิสั้นกับคนรอบข้าง (Pornnoppadol, 2019)

โรคสมาธิสั้นสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้น โดยพบว่าผู้ปกครองจะตอบสนองเชิงลบกับเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมเกราะและไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นในเด็กจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (Johnston & Jassy, 2007; Ngamkum & Yunibhan, 2013) อีกทั้งโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ปกครองและจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลงอีกด้วย (Meetongpun, 2024) นอกจากนี้ การศึกษาของ Pimentel et al. (2011) พบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีระดับความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไปและมีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น (Williamson et al., 2017)

จากข้อมูลข้างต้น การฝึกอบรมผู้ปกครองให้สามารถเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้จะส่งผลดีต่อผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัว (Breslau et al., 1982) โดยโปรแกรมเสริมสร้างการปรับตัวต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจะส่งผลให้ผู้ปกครองมีความเครียดลดลง (Srisuwan et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง สามารถลดปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้อีกด้วย (Suwannasing et al., 2020) ดังนั้น ผู้ปกครองจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพราะถ้าหากผู้ปกครองขาดความรู้ในโรคสมาธิสั้น ขาดทักษะในการดูแลเด็กและขาดทักษะในการเผชิญความเครียด จะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพตามไปด้วย (Jamja et al., 2019) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Wongvattanaroek et al., (2019) พบว่าการที่ผู้ปกครองไม่เข้าใจสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ไม่เข้าใจพฤติกรรมเด็ก ไม่ทราบวิธีการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม จะส่งผลภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง

จิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) เป็นแขนงหนึ่งของจิตวิทยาที่แสวงหาองค์ความรู้เพื่อเสริมสร้างตนเองด้วยการยึดเอาจุดแข็ง (strength) หรือทรัพยากร (resource) ของแต่ละบุคคลเป็นหลัก โดยมุ่งเป้าในการพัฒนาหรือดูแลตนเองเป็นหลัก โดยแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมสำหรับกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติก เช่น Ananpattiwet (2017) ได้มีการพัฒนาโปรแกรมขึ้นโดยใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของซาลิกแมน (Seligman) กับกลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติกและพบผลการศึกษาน่าสนใจคือ ผู้ปกครองที่เข้าโปรแกรมประยุกต์ดังกล่าวมีคะแนนความสุขดีขึ้นและคะแนนอารมณ์เชิงลบลดลง (Pongpanich, 2013)

การใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับผู้ปกครองนั้น จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและกระตุ้นให้ผู้ปกครองยอมรับความรู้สึกที่เป็นจริงในปัจจุบัน สิ่งที่น่าสนใจคือ กิจกรรมการปรับมุมมองโดยใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกจะช่วยให้ผู้ปกครองยอมรับในความผิดปกติของบุตรและปรับแนวทางการดูแลบุตรที่เหมาะสมได้เป็นอย่างดี (Seligman, 2002)

นอกจากนี้ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นให้เกิดความสมดุลในทั้ง 4 ด้านคือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่กำลังได้รับความสนใจเช่น การศึกษาของ Yodkraisri (2022) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 55.1 อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเครียดโดยสอดคล้องกับช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดและมีการใช้วิธีการรุนแรงกับเด็ก (Somdet Phraphutthalertla Hospital, 2021)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งโปรแกรมสำหรับผู้ปกครองส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและวิธีการปรับพฤติกรรมของเด็ก ดังนั้น โปรแกรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นแนวทางใหม่จึงควรให้ความสำคัญใน 3 ด้านคือ (1) รู้และเข้าใจโรคสมาธิสั้น (2) สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้น และ (3) สร้างคุณภาพชีวิตของตนเอง (Mundal et al., 2021)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมต่อภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตผู้ปกครองและพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยนำหลักของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และคุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นฐานความรู้ในการสร้างโปรแกรมและมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมต่อภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตผู้ปกครองและพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

สมมติฐาน

1. ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมทดลองใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรม จะมีคะแนนสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรม จะมีคะแนนสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. เด็กสมาธิสั้นที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง จะมีคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

4. เด็กสมาธิสั้นที่อยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง จะมีคะแนนพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลงกว่าก่อนผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรม

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) โดยใช้รูปแบบการวัดผลก่อน-หลังและมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest control design) ประชากรคือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และเด็กสมาธิสั้นเด็กอายุ 7-12 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power กำหนดค่า alpha เท่ากับ .05 ค่า power ที่ระดับ 0.8 และค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.7 (Fabiano et al., 2009) คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลการสูญหายระหว่างการทดลอง (drop out) ของสมาชิกกลุ่ม จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (inclusion criteria for parental ADHD) คือ (1) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย อาจไม่ใช่บิดาหรือมารดา แต่ต้องมีความใกล้ชิดเด็กสมาธิสั้นต่อเนื่อง ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือน (2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (3) ไม่มีโรครุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคจิตเภท (4) สามารถรับรู้และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหา

การได้ยินหรือการมองเห็น และ (5) สมัครงใจและลงนามร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าของเด็กสมาธิสั้น (inclusion criteria for ADHD children) คือ 1) เด็กอายุ 7-12 ปี เพศชายหรือหญิง มีความเกี่ยวข้องกับผู้ปกครองในกลุ่มที่คัดเข้า ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 และ ICD-10 คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (exclusion criteria for parental ADHD) คือ (1) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นถอนตัวออกจากการวิจัย และ (2) ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด ย้ายถิ่นฐาน หรือเสียชีวิต

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน (ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น) เพื่อทำการประเมินภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นครั้งที่ 1 (ก่อน-การทดลอง) และดำเนินการตามแผนดำเนินงานติดต่อกัน 10 สัปดาห์ หลังจากครบโปรแกรมจะมีการประเมินภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นครั้งที่ 2 (หลัง-การทดลอง) ในระหว่างนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลในกิจกรรมปกติของโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน (ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น) เพื่อทำการประเมินภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (ก่อน-หลังการทดลอง) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลในกิจกรรมปกติของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น และส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต โดยใช้แบบวัดชุด depression anxiety stress scales: DASS-21 (Chootong et al., 2019) ประเมินระดับภาวะสุขภาพจิตของตนเอง

3 ด้าน คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามแบบ Likert scale มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย, 1 หมายถึง ตรงกับข้าพเจ้าบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง, 2 หมายถึง ตรงกับข้าพเจ้า หรือเกิดขึ้นบ่อย, 3 หมายถึง ตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ ภาวะซึมเศร้า คะแนน 0-4 ปกติ, 5-6 ระดับเล็กน้อย, 7-10 ระดับปานกลาง, 11-13 ระดับรุนแรง, และ 14+ ระดับรุนแรงมาก ภาวะวิตกกังวล คะแนน 0-3 ปกติ, 4-5 ระดับเล็กน้อย, 6-7 ระดับปานกลาง, 8-9 ระดับรุนแรง, และ 10+ ระดับรุนแรงมาก ส่วนความเครียด คะแนน 0-7 ปกติ, 8-9 ระดับเล็กน้อย, 10-12 ระดับปานกลาง, 13-16 ระดับรุนแรง, และ 17+ ระดับรุนแรงมาก DASS-21 มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง ด้านภาวะซึมเศร้า ($\alpha = 0.82$) ด้านภาวะวิตกกังวล ($\alpha = 0.78$) และความเครียด ($\alpha = 0.69$)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization quality of life brief Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย, ปานกลาง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ ระดับกลาง ๆ หรือไม่ได้รู้สึกในเรื่องนั้น ๆ น้อยหรือมาก, มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก, และมากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 96-130 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ดี โดย WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน คือ คุณภาพ

ชีวิตกลาง ๆ คะแนน 96-130 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ดี โดย WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง ($\alpha = 0.84$) (Department of Mental Health, 2002)

4. แบบประเมินพฤติกรรม Swanson, Nolan, and Pelham IV (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย (Pityaratstian et al., 2014) มีข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention) 9 ข้อ ประเมินพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity) 9 ข้อ และประเมินพฤติกรรมดื้อ (oppositional defiant) 8 ข้อ โดยแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ (ไม่เลย = 0, เล็กน้อย = 1, ค่อนข้างมาก = 2, และมาก = 3) การแปลผลคะแนนด้านขาดสมาธิ-ด้านอยู่ไม่นิ่ง-ด้านดื้อต่อต้าน = (16-14-12) ถ้าสูงกว่าในแต่ละด้านมีอาการเสี่ยงด้านนั้น ๆ โดย SNAP-IV มีค่าความเชื่อมั่นสูงมาก ($\alpha = 0.927$)

5. โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยพัฒนากิจกรรมจากกรอบแนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และคุณภาพชีวิต (quality of life) เพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น และส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็กสมาธิสั้น โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและคลายทุกข์ทางใจ: (1) สร้างสัมพันธภาพโดยใช้กิจกรรมที่สร้างความคุ้นเคยและรู้สึกปลอดภัยในกลุ่ม (2) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเชิงลบ/ความทุกข์ใจ (3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียด/ความทุกข์ใจในชีวิตประจำวันร่วมกัน

ครั้งที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น: (1) ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ปกครอง (2) กิจกรรมเรียนรู้ตัวเอง เข้าใจตนเองเข้าใจลูก เข้าใจโรค (3) ออกแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สมดุล

ครั้งที่ 3 ให้ความรู้โรคสมาธิสั้นและผลกระทบ: (1) ประเมินความเข้าใจ ตัวเอง ลูก และโรคสมาธิสั้น (2) ให้ความรู้ ปรับทัศนคติ แนวทางการดูแล (3) เรียนรู้การเข้าใจตนเอง เข้าใจลูกที่มีอาการสมาธิสั้น และกิจกรรมให้อภัย

ครั้งที่ 4 แก้ไขปัญหาพฤติกรรม: (1) ประเมินพัฒนาการเด็กปกติ และพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็ก

สมาธิสั้น (2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และแนวทางการแก้ปัญหาของการดูแลเด็กสมาธิสั้น (3) เรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ครั้งที่ 5 การออกแบบโปรแกรมโดยใช้ฐานคิดแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรม: (1) กำหนดปัญหาพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น (2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การออกแบบโปรแกรม

ครั้งที่ 6-8 เป็นการฝึกทักษะ โดยนำประเด็นปัญหาพฤติกรรมที่ได้จากครั้งที่ 5 ออกแบบการดูแลพฤติกรรมโดยผู้ดูแลเอง นำไปฝึกปฏิบัติ และติดตามผลทางช่องทาง online/แบบบันทึกพฤติกรรมตัวอย่าง พฤติกรรม “อยู่ไม่นิ่ง วิ่งตลอด” ปรับสมาธิโดยการฝึกวินัยเชิงบวก เพิ่มพฤติกรรมทางบวกมากขึ้น “เหม่อลอย รอคอยไม่ได้” การเสริมแรงอย่างตั้งใจ เมื่อทำได้ ต้องมีรางวัลคนเก่ง “ซี้หึงดุหึง ทำผิดกฎ” ปลอบก่อนสอนทีหลัง ให้ความสำคัญอารมณ์เชิงบวกและพัฒนาการพฤติกรรมทางลบ

ครั้งที่ 9 การพัฒนาภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต (1) ประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตผู้ดูแล (2) ประเมินการรับรู้ตนเอง รู้ทันตัวเอง ยอมรับพฤติกรรมของลูก บอกพฤติกรรมที่มาจากรอค (3) ออกแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สมดุลในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน

ครั้งที่ 10 การสรุปแนวทางถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้: (1) สิ่งที่ได้จากการเข้าโปรแกรม (2) จุดแข็งและจุดอ่อนของโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นผ่านการตรวจสอบความตรงกับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พบว่ามีค่า IOC ภาพรวมของโปรแกรมอยู่ที่ 0.83 ซึ่งถือว่ามีความตรงกับเนื้อหา



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบปกติด้วยค่าสถิติชาปีโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk test) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 50 ตัวอย่าง การวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลทั่วไป การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ independent sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลางของ มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสโครงการ MU-CIRB 2023/057.1402) และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (รหัสโครงการ 004/2566)

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

การวิจัยครั้งนี้มีเด็กสมาธิสั้นจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (เพศชายจำนวน 13 คน และเพศหญิงจำนวน 2 คน) และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 15 คน (เพศชายจำนวน 10 คน และเพศหญิงจำนวน 5 คน) โดยเด็กสมาธิสั้นมีอายุเฉลี่ย 8.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2 ปี) โดยเด็กทุกคนรับประทานยาประจำคือ methylphenidate เป็นเวลานานมากกว่า 1 ปี

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำนวน 30 คน อายุระหว่าง 30-40 ปี (ร้อยละ 56.7) ส่วนใหญ่สถานภาพเป็นมารดาร้อยละ 86.7 ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสร้อยละ 76.7 มีจำนวนบุตรในการดูแลจำนวน 2 คน (ร้อยละ 53.4) ผู้ปกครองมีอาชีพอิสระร้อยละ 46.7 ผู้ปกครองอาศัยอยู่บ้านร้อยละ 86.7 ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 55.3) และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86.7 สิ่งที่น่าสนใจซึ่งนักวิจัยค้นพบจากการทำกิจกรรมกลุ่มคือ ผู้ปกครองเป็นแม่ ผู้ปกครองมีอาชีพอิสระ และผู้ปกครองไม่มีโรคประจำตัวจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (M = 37.0 SD = ± 7.7, Max = 52, Min = 25)	
- ต่ำกว่า 30 ปี	5 (16.6 %)
- 30-40 ปี	17 (56.7 %)
- 40 ปีขึ้นไป	8 (26.7 %)
เพศ	
- ชาย	1 (3.3 %)
- หญิง	29 (96.7 %)
ความสัมพันธ์กับเด็ก	
- มารดา	26 (86.7 %)
- ไม่ใช่บิดาหรือมารดา	4 (13.3 %)
สถานภาพทางการสมรส	
- โสด	1 (3.3 %)
- สมรส	23 (76.7%)
- หย่า	2 (6.7 %)
- หม้าย (เสียชีวิต)	1 (3.3 %)
- แยกกันอยู่	3 (10.0 %)
การศึกษา	
- ประถมศึกษา	10 (33.4 %)
- มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (23.3 %)
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6 (20 %)
- ปวส.	3 (10.0 %)
- ปริญญาตรี	4 (13.3 %)
อาชีพ	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (16.6 %)
- รับจ้าง/อาชีพอิสระ	14 (46.7 %)
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3 (10.0 %)
- พนักงานบริษัท/โรงงาน	7 (23.4 %)
- รับราชการ	1 (3.3 %)
รายได้ผู้ปกครอง	
- น้อยกว่า 5,000	1 (3.3 %)
- 5,000-10,000	16 (53.3 %)
- 10,001- 20,000	12 (40.1 %)
- 20,001-30,000	1 (3.3 %)
ลักษณะที่อยู่อาศัย	
- บ้านเดี่ยว	26 (86.7 %)
- ตึกแถว	1 (3.3 %)
- อพาร์ทเมนต์/หอพัก	2 (6.7 %)
- อื่น ๆ (เต็นท์คนงาน)	1 (3.3 %)
โรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน	1 (3.3 %)
- โรคความดันโลหิตสูง	1 (3.3 %)
- อื่น ๆ (ภูมิแพ้)	2 (6.7 %)
- ไม่มี	26 (86.7 %)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนเด็กในการปกครอง	
- 1 คน	9 (30.0 %)
- 2 คน	16 (53.4 %)
- 3 คน	4 (13.3 %)
- 4 คน	1 (3.3 %)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม

การวิจัยพบว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่งผลดีต่อคะแนนภาวะสุขภาพจิต โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตาราง 2) นอกจากนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตภายในกลุ่มทดลองจะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน การวิจัยนี้แสดงถึงโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ตาราง 3)

การวิจัยพบว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่งผลดีต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ปกครองดีขึ้น โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตาราง 4) นอกจากนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตภายในกลุ่มทดลองจะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และองคร่วม การวิจัยนี้แสดงถึงโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และองคร่วมของผู้ปกครอง (ตาราง 5)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม (p = 0.05)
	กลุ่มทดลอง (n = 15)	กลุ่มควบคุม (n = 15)	
ความซึมเศร้า (depression)			
ก่อนเข้าโปรแกรม	6.93 ± 4.33	7.47 ± 2.80	0.692
หลังเข้าโปรแกรม	4.87 ± 2.38	7.27 ± 2.49	0.012*
ความวิตกกังวล (anxiety)			
ก่อนเข้าโปรแกรม	8.60 ± 3.30	8.20 ± 2.27	0.703
หลังเข้าโปรแกรม	5.20 ± 2.54	7.67 ± 1.34	0.002*
ความเครียด (stress)			
ก่อนเข้าโปรแกรม	12.53 ± 2.92	11.67 ± 2.89	0.422
หลังเข้าโปรแกรม	8.00 ± 3.27	11.13 ± 1.88	0.003*

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม (p = 0.05)
	ก่อนเข้าโปรแกรม (n = 15)	หลังเข้าโปรแกรม (n = 15)	
ความซึมเศร้า (depression)			
กลุ่มทดลอง	6.93 ± 4.33	4.87 ± 2.38	0.012*
กลุ่มควบคุม	7.47 ± 2.80	7.27 ± 2.49	0.510

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม ($p = 0.05$)
	ก่อนเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	หลังเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	
ความวิตกกังวล (anxiety)			
กลุ่มทดลอง	8.60 \pm 3.31	5.20 \pm 2.54	0.001*
กลุ่มควบคุม	8.20 \pm 2.27	7.67 \pm 1.34	0.104
ความเครียด (stress)			
กลุ่มทดลอง	12.53 \pm 2.92	8.00 \pm 3.27	0.001*
กลุ่มควบคุม	11.67 \pm 2.89	11.13 \pm 1.88	0.318

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม ($p = 0.05$)
	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)	กลุ่มควบคุม ($n = 15$)	
ด้านสุขภาพร่างกาย			
ก่อนเข้าโปรแกรม	21.07 \pm 3.73	20.53 \pm 3.87	0.704
หลังเข้าโปรแกรม	21.27 \pm 3.41	20.80 \pm 1.82	0.644
ด้านจิตใจ			
ก่อนเข้าโปรแกรม	18.53 \pm 4.35	17.67 \pm 3.95	0.573
หลังเข้าโปรแกรม	25.87 \pm 2.61	17.20 \pm 2.64	0.001*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม			
ก่อนเข้าโปรแกรม	9.33 \pm 2.19	8.60 \pm 2.61	0.412
หลังเข้าโปรแกรม	9.47 \pm 2.32	7.93 \pm 2.01	0.064
ด้านสิ่งแวดล้อม			
ก่อนเข้าโปรแกรม	22.93 \pm 4.89	23.33 \pm 4.49	0.817
หลังเข้าโปรแกรม	24.40 \pm 5.28	22.60 \pm 2.66	0.249
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต			
ก่อนเข้าโปรแกรม	77.67 \pm 14.33	75.80 \pm 13.38	0.715
หลังเข้าโปรแกรม	87.07 \pm 11.22	73.93 \pm 8.17	0.001*

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม ($p = 0.05$)
	ก่อนเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	หลังเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	
ด้านสุขภาพร่างกาย			
กลุ่มทดลอง	21.07 \pm 3.73	21.27 \pm 3.41	0.683
กลุ่มควบคุม	20.53 \pm 3.87	20.80 \pm 1.82	0.378
ด้านจิตใจ			
กลุ่มทดลอง	18.53 \pm 4.35	25.87 \pm 2.61	0.001*
กลุ่มควบคุม	17.67 \pm 3.95	17.20 \pm 2.64	0.482
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม			
กลุ่มทดลอง	9.33 \pm 2.19	9.47 \pm 2.32	0.433
กลุ่มควบคุม	8.60 \pm 2.61	7.93 \pm 2.01	0.065
ด้านสิ่งแวดล้อม			
กลุ่มทดลอง	22.93 \pm 4.89	24.40 \pm 5.28	0.027*
กลุ่มควบคุม	23.33 \pm 4.49	22.60 \pm 2.66	0.402

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม ($p = 0.05$)
	ก่อนเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	หลังเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	
ผลรวมคะแนนคุณภาพชีวิต			
กลุ่มทดลอง	77.67 ± 14.33	87.07 ± 11.22	0.001*
กลุ่มควบคุม	75.80 ± 13.38	73.93 ± 8.17	0.378

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นซึ่งอยู่ในการดูแลของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นซึ่งอยู่ในการดูแลของผู้ปกครองหลังจากการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention) และคะแนนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตาราง 6)

การวิจัยได้เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ การวิจัยพบข้อมูลที่น่าสนใจคือ กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้า

โปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าเด็กสมาธิสั้นทุกคนรับประทานยาประจำคือ methylphenidate เป็นเวลานานมากกว่า 1 ปี และระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยนั้น เด็กสมาธิสั้นยังได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชเป็นปกติ จึงเป็นเหตุให้คะแนนพฤติกรรมลดลงในกลุ่มควบคุม (ตาราง 7)

ผลการวิจัยที่ค้นพบแสดงถึงโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้ดีขึ้นได้เมื่อใช้ร่วมกับรักษาตามปกติ โดยสังเกตได้จากค่าคะแนนในกลุ่มทดลองที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงที่ $p = 0.001$ และ 0.002 (ตาราง 7)

ตาราง 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นซึ่งอยู่ในการดูแลของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม ($p = 0.05$)
	กลุ่มทดลอง ($n = 15$)	กลุ่มควบคุม ($n = 15$)	
พฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention)			
ก่อนเข้าโปรแกรม	18.13 ± 5.17	19.20 ± 4.26	0.543
หลังเข้าโปรแกรม	11.00 ± 4.58	16.47 ± 2.47	0.001*
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity)			
ก่อนเข้าโปรแกรม	16.87 ± 6.55	19.87 ± 4.96	0.169
หลังเข้าโปรแกรม	8.53 ± 4.24	15.6 ± 2.60	0.001*
พฤติกรรมต่อต้าน (oppositional defiant)			
ก่อนเข้าโปรแกรม	8.73 ± 4.13	6.87 ± 4.60	0.253
หลังเข้าโปรแกรม	3.87 ± 3.6	3.73 ± 3.0	0.914

ตาราง 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นซึ่งในการดูแลของผู้ปกครองระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม ($p = 0.05$)
	ก่อนเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	หลังเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	
พฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention)			
กลุ่มทดลอง	18.13 ± 5.17	11.00 ± 4.58	0.001
กลุ่มควบคุม	19.20 ± 4.26	16.47 ± 2.47	0.016

พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		ระหว่างกลุ่ม ($p = 0.05$)
	ก่อนเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	หลังเข้าโปรแกรม ($n = 15$)	
พฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity)			
กลุ่มทดลอง	16.87 \pm 6.55	8.53 \pm 4.24	0.001
กลุ่มควบคุม	19.87 \pm 4.96	15.60 \pm 2.6	0.003
พฤติกรรมต่อต้าน (oppositional defiant)			
กลุ่มทดลอง	8.73 \pm 4.13	3.87 \pm 3.6	0.002
กลุ่มควบคุม	6.87 \pm 4.60	3.73 \pm 3.0	0.032

วิจารณ์

การที่โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ปกครอง ตลอดจนส่งผลถึงการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้นั้น เนื่องมาจากผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้ง โดยโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง เช่น กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและคลายความทุกข์ใจ ผู้ปกครองได้สร้างอารมณ์ทางบวก ลดอารมณ์ทางลบ (Seligman, 2002) ร่วมกับการฝึกกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ปกครองมีความสามารถในการดูแลบุตรมากขึ้นและเมื่อผู้ปกครองรับรู้อารมณ์ทางลบของตนเองก็จะมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งจากกระบวนการนี้ส่งผลให้ผู้ปกครองมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และยังส่งผลต่อการเลี้ยงดูเชิงบวกกับบุตรอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rungmueanporn (2020) ที่บ่งชี้ถึงการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองที่มุ่งเน้นในด้านความสัมพันธ์และการสร้างความภาคภูมิใจในตนเองจะส่งผลถึงการมีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกสูงขึ้นไปตามไปด้วย อีกทั้งจากการศึกษาของ Ananpawitwet (2017) ซึ่งมีการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์สำหรับผู้ปกครองเด็กออทิสติกตามหลักแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman (2002) พบว่าผู้ปกครองที่เข้าโปรแกรมประยุกต์ดังกล่าวมีคะแนนความสุขดีขึ้นและคะแนนอารมณ์เชิงลบลดลง อีกทั้งหากมีการส่งเสริมช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูลูกด้วยความเข้าใจและมีแนวคิดเชิงบวกจะเป็นแนวทางช่วยสร้างอารมณ์ในเชิงบวกและลดปัญหาภาวะสุขภาพจิตในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้ สิ่งสำคัญคือจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็ก

สมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสมและมีความยั่งยืนอีกด้วย (Bitsika et al., 2013)

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองไม่สามารถส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านร่างกายและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ปกครองที่ดีขึ้น เป็นเพราะคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะต้องมาจากการดูแลสุขภาพทางกายที่เหมาะสมและไม่มีโรคติดต่อ หรือโรคติดต่อเรื้อรัง โดยปัจจัยเสริมดังกล่าวจะส่งผลต่อสุขภาพกายโดยตรง นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมจะต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ยั่งยืน การที่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจะมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีนั้น จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอก เช่น ชมรมผู้ปกครอง สมาคมที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น เป็นต้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Meetongpun (2024) พบว่าปัจจัยทางรายได้ที่เพียงพอของผู้ปกครอง รวมถึงการมีผู้ร่วมดูแลเด็กและการไม่มีโรคทางจิตเวชซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตด้านกายและจิตใจที่ดีของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย

นอกจากนี้ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง ยังส่งผลดีต่อการแก้ปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ซึ่งจากงานวิจัยของ Suwannasing et al. (2020) พบว่าโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้ เนื่องจากผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต้องมีความรู้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อีกทั้งควรมีความสามารถในการจัดการกับตนเองในสภาวะกดดัน ภาวะเครียดอีกด้วยในระหว่างการดูแลบุตร เนื่องจากผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจะแสดงออกทางด้าน

อารมณ์สูง การขาดทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และขาดทักษะในการเผชิญความเครียด จะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพ (Jamja et al., 2019) นอกจากนี้ ผลการศึกษาของพร้อมพรและคณะให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันคือ การไม่เข้าใจสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ไม่เข้าใจพฤติกรรมเด็ก และไม่ทราบวิธีการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม จะส่งผลภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (Wongvattanaroek et al., 2019)

การวิจัยนี้แสดงถึงโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองนอกจากจะส่งผลดีต่อผู้ปกครองแล้ว ยังสามารถส่งผลไปถึงพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในการดูแลของผู้ปกครองอีกด้วย กล่าวได้ว่าโปรแกรมนี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้ดียิ่งขึ้นเมื่อถูกนำไปใช้ร่วมกับการรักษาตามปกติที่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการศึกษาในครั้งต่อไปคือ มีการติดตามประเมินผลในระยะ 3 เดือนและ 6 เดือน ส่วนข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมมีการติดตามผ่านออนไลน์ในครั้งที่ 5-7 ผู้ปกครองที่เข้าร่วมวิจัยบางท่านยังมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือสื่อสาร ทำให้เกิดความกังวลใจได้

สรุป

การศึกษานี้จึงแสดงถึงผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้ปกครองดีขึ้น นอกจากนี้ ยังส่งผลถึงพฤติกรรมด้านขาดสมาธิและพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งที่ดีขึ้นในเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในการดูแลของผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรม จึงกล่าวได้ว่าการศึกษานี้เป็นอีกแนวทางการจัดโปรแกรมสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ใช้ความรู้จิตวิทยาเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น

ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

ผู้วิจัยขอแจ้งว่าไม่ได้มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

ศศิภา พิมพารักษ์: การออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ศรัล ชุนวิทยา: การออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาระหว่างเก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ; กัญนิกา เพิ่มพูนพัฒนา: การออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาระหว่างเก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดรวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่ให้ความอนุเคราะห์และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการงานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Ananpattiwet, S. (2017). The effectiveness of a modified positive psychology-based program on happiness and negative emotion in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 31*(3), 30-44. (in Thai).

- Breslau, N., Staruch, K. S., & Mortimer Jr, E. A. (1982). Psychological distress in mothers of disabled children. *American Journal of Diseases of Children*, 136(8), 682-686. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1982.03970440026007>
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(5), 533-543. <https://doi.org/10.1007/s10882-013-9333-5>
- Chootong, R., Wiwattanaworaset, P., Buathong, N., Noofong, Y., Chaithaweewsup, P., Cheecharoen, P., Sarayutpitak, O., Yusuk, C., Rungruang, N., Jansuwan, R., Sae-Lim, P., Madawa, N. (2019). Mental health status, family state and family functioning of undergraduate students in a southern university, Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 64(4), 337-350 (in Thai).
- Department of Mental Health. (2002, January 2). *World Health Organization quality of life brief set, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI)*. <https://catalog.dmh.go.th/dataset/5a01b5a4-dfec-4d04-b81b-71e441a98de0/resource/5b208f50-458c-42b5-83b94d6e6f71035a/download/-whoqol.pdf> (in Thai).
- Department of Mental Health, Rajanukul Institute, Organizational Communication Department. (2013, January 30). *More than 300,000 Thai children have ADHD*. https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/groupreview0000252.pdf (in Thai).
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>
- Jamja, P., Suktrakul, S., & Rodcumdee, B. (2019). The effect of stress management program on caregivers' caring ability of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 46(1), 32-48. (in Thai).
- Johnston, C., & Jassy, J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional /conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), 74-79.
- Meetongpun, J. (2024). Factors affecting caregivers' caring ability of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at examination room for the child and adolescent psychiatric outpatient department, Nakhon Pathom Hospital. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 50-63. (in Thai).
- Mundal, I., Laake, P., Mezzich, J., Bjørkly, S. K., Lara-Cabrera, M. L. (2021). Assessment of the quality of life in parents of children with ADHD: Validation of the multicultural quality of life index in Norwegian pediatric mental health settings. *Frontiers in Psychology*, 12, 638006. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.638006>
- Ngamkum, D., & Yunibhan, J. (2013). Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, Eastern Region. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 16-28. (in Thai).
- Pimentel M. J., Vieira-Santos S., Santos V., & Vale M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Relationship among parenting stress, parental practices and child behavior. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3(1), 61-68.

- Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiargulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). ADHD Screening properties of the Thai version of Swason, Nolan, and Phlham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 59*(2), 97-110. (in Thai).
- Pongpanich, C. (2013). The effect family skills training program for parents and children with autism based on positive psychology approach. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 22*(1), 11-25. (in Thai).
- Pornnoppadol, C. (2019). *ADHD: Attention deficit hyperactivity disorders* (4th ed.). Siriraj Press, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai).
- Rungmueanporn, L. (2020). Positive parenting of parents with ADHD children in Ratchaburi Hospital. *Region 4-5 Medical Journal, 39*(3), 392-403. (in Thai).
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford University Press.
- Somdet Phraphutthalertla Hospital. (2021). *Report on the performance of the Psychiatric and Drug Addiction Department, Somdet Phraphutthalertla Hospital (2020-2021): Children with ADHD*. (in Thai).
- Srisuwan, K., Somprasert, C., & Lerthasilp, T. (2019). The effects of an adjustment-promoting program on the stress management skills of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(3), 286-295. (in Thai).
- Suwannasing, K., Nukaew, O., Nawsuwan, K., & Hotheem, K. (2020). The effect of ADHD parenting training program on behavior problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Public Health Nursing, 34*(3), 41-47. (in Thai).
- Visanuyothin, T., Pavasuthipaisit, C., Wachiradilok, P., Buranasuksakul, T., & Arunruang, P. (2013). The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the Mental Health of Thailand, 21*(2), 66-75. (in Thai).
- Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in mother and father: Family level interactions in relation to parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(3), 485-500.
- Wongvattanaroek, P., Ularntinon, S., & Tangjittiporn, T. (2019). Negative automatic thoughts associated with depressive symptoms in caregivers of children with attention deficit and hyperactivity disorder at child and adolescent psychiatry clinic. *Journal of the Department of Medical Services, 44*(3), 93-99. (in Thai).
- Yodkraisri, J. (2022). Factors affecting quality of life in caregivers of children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH). *The Psychiatric Association of Thailand, 67*(1), 7-20. (in Thai).