

นิพนธ์ต้นฉบับ

Evaluating the outcome of a family empowerment program on parenting practices and child behavior in attention deficit hyperactivity disorder

Prinyaporn Maipang

Department of Pediatrics, Lomsak hospital

Received October 17, 2024 Revised December 21, 2024 Accepted December 25, 2024

Abstract

Background: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common mental health disorder in childhood and adolescence. The symptoms, particularly if not adequately treated, can have significant negative impacts on the patients' school, family, and social functioning. Behavior modification is necessary care but still lack of effective model.

Objective: To evaluate the outcome of parent training for family empowerment program on parenting practices in children with ADHD.

Methods: The study was pretest and posttest experimental design with control group. There were 56 caregivers of children with ADHD randomly assigned the random numbers to the control and experimental groups. Training program entitled family empowerment for behavioral modification in ADHD was applied on experimental group. Parents were assessed with Swanson, Nolan and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and parenting practice test at baseline and 3 months after the intervention. Independent t test, Chi-square test and Generalized Estimating Equation (GEE) were used for data analysis.

Results: After 3 -month training program, experimental group had significantly lower scores in inattention score, hyperactivity/impulsivity score and total score of SNAP – IV scale and higher score of parenting practice test. However, SNAP – IV and parenting practice test after the program intervention did not differ significantly between experimental group and control group.

Conclusion: Parent training for family empowerment program on parenting practices could help parent gain knowledgs to modify behavior in children with ADHD.

Keywords: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), Parent training, Family empowerment, Behavior modification

การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลหล่มสัก

ปริญญาพร ไหมแพง

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหล่มสัก

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) เป็นโรคที่พบมากที่สุดทางจิตเวช เด็กและวัยรุ่น หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่คือการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษา แต่ยังขาดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษา รูปแบบการวิจัยแบบวัดผลการทดลองก่อนและหลังโดยมีกลุ่มควบคุม มีเด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 คน โดยใช้โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวอบรมผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กด้วยแบบประเมิน SNAP – IV และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย 3 เดือน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังวิจัยด้วยสถิติ independent t test, Chi-square test และ Generalized Estimating Equation (GEE)

ผลการศึกษา: กลุ่มที่ผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน พบว่าคะแนน SNAP – IV คะแนนอาการขาดสมาธิ คะแนนอาการอยู่นิ่ง คะแนนรวมอาการสมาธิสั้นมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนน SNAP – IV และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) หลังการใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเด็ก

คำสำคัญ: สมาธิสั้น อบรมผู้ปกครอง, การเสริมพลังครอบครัว, การปรับพฤติกรรม

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด พบมากถึงร้อยละ 30-50 ของเด็กที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็ก¹ โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยจากการศึกษาในประเทศต่างๆ (worldwide-pooled prevalence) เท่ากับร้อยละ 5.3² ในประเทศไทยได้มีการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.0³ และการศึกษาในปี พ.ศ.2556 ในเด็กชั้นประถมศึกษาจาก 10 จังหวัด พบโรคสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 8.1⁴

โรคสมาธิสั้นในเด็กเป็นปัจจัยทำให้เกิดผลกระทบด้านชีวิตประจำวัน ด้านความพร้อมทางการเรียนและด้านทักษะทางสังคมของเด็ก และทำให้เสียหน้าที่ ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นหากไม่ได้รับการรักษามักจะประสบปัญหาในด้านการเรียน ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และมีภาพพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี และเมื่อโตขึ้นถึงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ จะมีความเสี่ยงมากกว่าบุคคลทั่วไปต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงอันตราย อุบัติเหตุในการขับขี่ยานพาหนะ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ⁵ ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า⁶⁻⁸ บางรายมีอาการท้อแท้เพราะความรู้สึกล้มเหลวในอาการของเด็ก ภาวะไม่สงบสุขในจิตใจ เหล่านี้เกิดขึ้นต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าครอบครัวของเด็กปกติ และอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายความเครียดและความสมดุลทางอารมณ์จิตใจของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น^{9,10} นอกจากนี้ผลกระทบของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าคือ เสี่ยงต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กในทางใช้ความรุนแรง เข้มงวดในกฎเกณฑ์ ด่าทอหรือทำโทษเด็กอย่างรุนแรง และมีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กน้อยเกินไป¹¹ หากภาวะนี้ยังดำเนินต่อไปโดยมีการดูแลและรักษาไม่เหมาะสม อาจทำให้เด็กกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการก่อปัญหาอาชญากรรมในอนาคต¹²

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน (multimodal management) โดยประกอบด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำวิธีการช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย การประสานงานกับครูเพื่อให้มีการช่วยเหลือที่โรงเรียน การใช้ยา และการรักษาภาวะที่พบร่วมรวมทั้งแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาการเรียนอันเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ (Health and Educational Regional Operation: HERO) ซึ่งเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างระบบสุขภาพกับระบบการศึกษาในการดูแลเด็กวัยเรียนร่วมกันในระดับพื้นที่และได้พัฒนาโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification in School-aged Children; SAFE B-MOD) ขึ้น เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาและฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ และการเรียนแก่ครูและผู้ปกครอง โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมฝึกทักษะ

ผู้ปกครองที่ใช้ในทางคลินิก (parent management training) กับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน กลุ่มเสี่ยงของคุชฎี จิงศิริกุลวิทย์และคณะ พบว่าหลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือน เด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมชกอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการประเมินผลของโปรแกรม SAFE B-MOD ในการอบรมผู้ปกครอง เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลหล่มสัก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบวัดผลการทดลองก่อนและหลัง โดยมีกลุ่มควบคุมศึกษา ผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกกุมารเวชกรรมที่โรงพยาบาลหล่มสักระหว่าง 1 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2566 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นดังกล่าว และผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก ณ ปัจจุบัน และดูแลเด็กไม่ต่ำกว่า 6 เดือน มีระดับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป และใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น การฟัง และผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านระดับสติปัญญา หรือเป็นโรคทางกลุ่มออทิซึม กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มโดยวิธีสุ่ม Block Randomization เพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ผู้ปกครองจะได้รับการอบรมโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน กลุ่มควบคุม จะได้รับการรักษาตามปกติที่คลินิกกุมารเวชกรรม ซึ่งการรักษาโรคสมาธิสั้นจะประกอบด้วยการให้ยาและการให้คำแนะนำผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification in School-aged Children; SAFE B-MOD) ใช้ในการอบรมผู้ปกครองเพื่อการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยสมาธิสั้น อบรมโดยกุมารแพทย์ พยาบาลจิตเวช เด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิก โดยอบรมกลุ่มทดลองทั้ง 27 คน ในวันเดียวกัน โปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 - 120 นาที ในระยะเวลา 2 วัน โดยมีเนื้อหา ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 รู้จักฮีโร่ และกติกาที่เข้าใจ เป็นการชี้แจงโครงการและให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ
- โรคสมาธิสั้น เน้นให้เข้าใจปัญหาและแนวทางดูแลปัญหาพฤติกรรม
- กิจกรรมที่ 2 พ่อแม่ในดวงใจ เรียนรู้เทคนิค การปรับพฤติกรรมโดยใช้การเสริมแรงบวก ทั้ง การให้รางวัล คำชม และการสื่อสารเชิงบวก
- กิจกรรมที่ 3 การลงโทษที่พึงใจ เรียนรู้ เทคนิคการปรับพฤติกรรมโดยใช้การลงโทษ
- กิจกรรมที่ 4 ลูกรักที่ห่วงใย ฝึกปฏิบัติ บทบาทสมมุติจากกรณีศึกษาจริง
- กิจกรรมที่ 5 รางวัลแด่พ่อแม่คนใหม่ สรุปบทเรียนเทคนิคการทำระบบให้คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินที่ผู้ปกครองตอบด้วยตนเอง ให้ทำแบบทดสอบก่อนที่จะเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบประเมินหลังจากร่วมวิจัย 3 เดือน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง ข้อมูลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ อายุที่วินิจฉัยโรค ระยะเวลารักษา ผลการเรียนรู้ ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ขนาดยา methylphenidate ที่ใช้ต่อวัน (มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน) และโรคร่วม ข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนเด็กที่ต้องดูแล จำนวนชั่วโมงที่ต้องดูแลเด็กต่อวัน

2. แบบประเมินพฤติกรรม Swanson, Nolan and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย ใช้ในการศึกษาทางคลินิกเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษาโรคสมาธิสั้น และคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็ก โดยผู้ปกครอง หรือ ครู เป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อแยกเป็น 3 domain โดย

ข้อ 1-9 เป็นการประเมินอาการ inattention (อาการขาดสมาธิ)

ข้อ 10-18 เป็นการประเมินอาการ hyperactivity/impulsivity (อาการอยู่นิ่ง)

ข้อ 19-26 เป็นการประเมินอาการ oppositional defiant (อาการดื้อต่อต้าน)

แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ค่อนข้างมาก (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) แล้วรวมคะแนนของแต่ละ domain โดยคะแนนที่สูง หมายถึง มีอาการสมาธิสั้นและพฤติกรรมดื้อต่อต้านมาก การตอบแบบสอบถาม SNAP-IV ทั้งชุดใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยได้รับการพัฒนาโดย ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียรและคณะ¹² พบว่าฉบับผู้ปกครองมีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากการหาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93 และฉบับครูเท่ากับ 0.96 ส่วนค่าความไวของฉบับผู้ปกครองอยู่ระหว่าง 0.68-0.74 ฉบับครูอยู่ระหว่าง 0.54-0.61 และค่าความจำเพาะอยู่ระหว่าง 0.64-0.73 และ 0.51-0.60 ตามลำดับ

3. แบบประเมินการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครอง (Parenting Practice Test: PPT) ฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินการมีปฏิสัมพันธ์และจัดการพฤติกรรมเด็กของผู้ปกครอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองถึงการเลี้ยงดูเด็กในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมิน มี 20 ข้อ แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 3 ระดับ 0-2

คือ คือ ไม่เลย (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) คะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยคะแนนที่สูงหมายถึง ผู้ปกครองมีปฏิสัมพันธ์และจัดการพฤติกรรมเด็กได้ดี แบบประเมิน parenting practice test สร้างโดย James Windell และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาญวิทย์ พรนภดล โดยมีค่า Cronbach's alpha = 0.84¹⁴

การวิเคราะห์ทางสถิติ ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ใช้ independent t test หรือ Chi-square test วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คะแนน SNAP-IV และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย เปรียบเทียบด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้ง 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ด้วย Generalized Estimating Equation (GEE) คำนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ p value <0.05

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม วิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ รหัสโครงการ 1/64-56-03/02/64

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.4 กลุ่มทดลองร้อยละ 74.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 69.0 อายุเฉลี่ย กลุ่มทดลอง 9.4 ± 2.1 ปี กลุ่มควบคุม 8.6 ± 1.7 ปี อายุที่เริ่มวินิจฉัยโรค กลุ่มทดลองอายุ 6.3 ± 1.9 ปี กลุ่มควบคุมอายุ 5.7 ± 1.8 ปี ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา กลุ่มทดลอง 3.3 ± 1.9 ปี กลุ่มควบคุม 3.0 ± 1.7 ปี ขนาดยา methylphenidate เฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 0.6 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน และขนาดยา กลุ่มควบคุม 0.7 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นพบรุนแรงปานกลางมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 51.7 และ 51.9 ตามลำดับ และพบโรคร่วมเป็นบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 24.1 และ 14.8 ตามลำดับ

ข้อมูลผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 96.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 82.8 และความสัมพันธ์กับเด็ก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นย่า/ยาย ร้อยละ 48.1 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 65.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ 44.4 กลุ่มควบคุมร้อยละ 41.4 อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง กลุ่มทดลองร้อยละ 37.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 44.8 รายได้ ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลองร้อยละ 74.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 65.5 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน กลุ่มทดลอง 6.8 ± 2.3 ชั่วโมง กลุ่มควบคุม 6.1 ± 1.7 ชั่วโมง จำนวนเด็กที่ดูแล กลุ่มทดลอง 1.3 ± 0.5 คน กลุ่มควบคุม 1.6 ± 0.7 คน (ตารางที่ 1)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) n=27	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) n=29	p value
เพศผู้ป่วย			0.672
ชาย	20 (74.1)	20 (69.0)	
หญิง	7 (25.9)	9 (31.0)	
*อายุผู้ป่วย	9.4 ± 2.1	8.6 ± 1.7	0.116
*อายุที่วินิจฉัยโรค	6.3 ± 1.9	5.7 ± 1.8	0.197
*ระยะเวลารักษา	3.3 ± 1.9	3.0 ± 1.7	0.442
ระดับการศึกษาของผู้ป่วย			0.319
ประถมศึกษา	0 (0)	2 (6.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	25 (92.6)	26 (89.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.	2 (7.4)	1 (3.4)	
อนุปริญญาตรีหรือปวส.	0 (0)	0 (0)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0 (0)	0 (0)	
ผลการเรียน			0.481
ไม่ผ่าน	1 (3.7)	2 (6.9)	
ปานกลาง	19 (70.4)	23 (79.3)	
ดี	7 (25.9)	4 (13.8)	
เพศผู้ดูแล			0.102
ชาย	1 (3.7)	5 (17.2)	
หญิง	26 (96.3)	24 (82.8)	
*อายุผู้ดูแล	47.0 ± 11.6	40.8 ± 11.4	0.048
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย			0.075
บิดา	1 (3.7)	1 (3.4)	
มารดา	10 (37)	19 (65.5)	
ปู่/ตา	0 (0)	2 (6.9)	
ย่า/ยาย	13 (48.1)	5 (17.2)	
อื่นๆ	3 (11.1)	2 (6.9)	

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) n=27	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) n=29	p value
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล			0.661
ประถมศึกษา	12 (44.4)	12 (41.4)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (14.8)	3 (10.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช	7 (25.9)	7 (24.1)	
อนุปริญญาตรีหรือปวส	2 (7.4)	1 (3.4)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (7.4)	6 (20.7)	
อาชีพของผู้ดูแล			0.77
รับจ้าง	10 (37.0)	13 (44.8)	
ค้าขาย	3 (11.1)	5 (17.2)	
ธุรกิจส่วนตัว	3 (11.1)	4 (13.8)	
เกษตรกรกรรม	7 (25.9)	5 (17.2)	
รับราชการ	1 (3.7)	0 (0)	
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1 (3.7)	0 (0)	
อื่นๆ	2 (7.4)	2 (6.9)	
รายได้			0.237
น้อยกว่า 10,000 บาท	20 (74.1)	19 (65.5)	
10,001-20,000 บาท	4 (14.8)	10 (34.5)	
20,001-30,000 บาท	1 (3.7)	0 (0)	
30,001-40,000 บาท	1 (3.7)	0 (0)	
มากกว่า 40,000 บาท	1 (3.7)	0 (0)	
*จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน	6.8 ± 2.3	6.1 ± 1.7	0.167
*จำนวนเด็กที่ดูแล	1.3 ± 0.5	1.6 ± 0.7	0.077
**ขนาดยา (median (IQR))	0.6 (0.4, 0.9)	0.7 (0.5, 0.7)	0.669

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) n=27	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) n=29	p value
ความรุนแรงของ ADHD			0.862
เล็กน้อย	2 (6.9)	1 (3.7)	
ปานกลาง	15 (51.7)	14 (51.9)	
รุนแรง	12 (41.4)	12 (44.4)	
โรคร่วม			0.141
ไม่มี	12 (41.4)	18 (66.7)	
บกพร่องทางการเรียนรู้	3 (10.3)	3 (11.1)	
บกพร่องทางสติปัญญา	7 (24.1)	4 (14.8)	

*หน่วยเป็น mean $\pm$ SD, **หน่วยเป็น median (IOR)

จากตารางที่ 2 หลังผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรม พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีคะแนน SNAP – IV คะแนนอาการขาดสมาธิ คะแนนอาการอยู่ไม่นิ่ง และคะแนนอาการดื้อต่อต้านลดลงทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คะแนนการขาดสมาธิ กลุ่มทดลองคะแนนลดลงเฉลี่ย 1.81 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนอาการไม่นิ่ง กลุ่มทดลองคะแนนลดลงเฉลี่ย 1.7 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนอาการดื้อต่อต้านกลุ่มทดลองคะแนนลดลงเฉลี่ย 1 คะแนน ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนรวมอาการสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 32.4 คะแนน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็น 28.4 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มควบคุม คะแนนอาการขาดสมาธิ คะแนนอาการไม่นิ่ง คะแนนอาการดื้อต่อต้าน และคะแนนรวมอาการสมาธิสั้นลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 คะแนน SNAP – IV

SNAP - IV	กลุ่มทดลอง mean $\pm$ SD n=27	กลุ่มควบคุม mean $\pm$ SD n=29	p value
คะแนนอาการขาดสมาธิ			
ก่อนรักษา	12.8 $\pm$ 4.8	12.3 $\pm$ 5.3	0.730
หลังรักษา	11 $\pm$ 3.7	12.14 $\pm$ 5.1	0.339
Mean Change (95%CI)	-1.8 (-3.3, -0.4)	-0.2 (-1.30.9)	0.707
p value (within group)	0.015*	0.72	
คะแนนอาการอยู่ไม่นิ่ง			
ก่อนรักษา	11.5 $\pm$ 4.1	10.8 $\pm$ 6.0	0.632
หลังรักษา	9.8 $\pm$ 3.9	10.4 $\pm$ 5.5	0.616
Mean Change (95%CI)	-1.7 (-2.9, -0.5)	-0.4 (-1.6, 0.8)	0.616
p value (within group)	0.005*	0.491	
คะแนนอาการต่อต้าน			
ก่อนรักษา	8.6 $\pm$ 3.8	7.5 $\pm$ 5.4	0.393
หลังรักษา	7.6 $\pm$ 2.8	6.6 $\pm$ 5.2	0.353
Mean Change (95%CI)	-1 (-2.1, 0.1)	-1.0 (-2.1, 0.1)	
p value (within group)	0.07	0.088	0.358
คะแนนรวมอาการสมาธิสั้น			
ก่อนรักษา	32.4 $\pm$ 9.4	30.7 $\pm$ 14.8	0.602
หลังรักษา	28.4 $\pm$ 7.7	29.1 $\pm$ 14.6	0.824
Mean Change (95%CI)	-4 (-6.4, -1.6)	-1.6 (-4.1, 0.9)	0.59
p value (within group)	0.001*	0.218	

ตารางที่ 3 พบว่า คะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครองพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 27.6 คะแนน มีคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 30.7 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 3.15 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มควบคุมคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 29.8 คะแนน และคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม 30.0 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.2 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 คะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครอง

คะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง (n=27)	กลุ่มควบคุม (n=29)	p value (between gr.)
ก่อนรักษา	27.6 ± 4.9	29.8 ± 5.2	0.103
หลังรักษา	30.7 ± 3.9	30.0 ± 3.6	0.482
Mean Change (95%CI)	3.2 (1.8, 4.5)	0.2 (-1.3, 1.8)	0.054
p value (within group)	<0.001*	0.793	

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งคะแนนอาการขาดสมาธิ คะแนนอาการไม่นิ่ง คะแนนอาการดื้อต่อต้าน คะแนนรวมอาการสมาธิสั้น และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (ตารางที่ 2 และ 3)

อภิปรายผลการศึกษา

หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรม พบว่าคะแนนพฤติกรรมและคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็กดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ควบคุม โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมคะแนน SNAP – IV คะแนนอาการขาดสมาธิ คะแนนอาการอยู่ไม่นิ่ง คะแนนรวมอาการสมาธิสั้นมีคะแนนลดลง และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองซึ่งมีการศึกษาหลายแนวทาง จากการศึกษาที่มีคะแนนพฤติกรรมที่ดีขึ้น การศึกษาที่ประเมินคะแนน SNAP-IV ก่อนได้รับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 38.6 - 38.7 คะแนน และหลังอบรมมีคะแนนลดลงอยู่ระหว่าง 30.6-34.6 คะแนน^{15,16} การศึกษาที่ใช้การประเมินคะแนน Modified IOWA Conners Rating Scale พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบประเมินก่อนการอบรม 15.8 คะแนน หลังอบรมมีคะแนนลดลงเป็น 13.0 คะแนน¹⁷ ส่วนการศึกษาที่ประเมินด้วย Thai ADHD Screening scale (THASS) มีร้อยละของคะแนน THASS ที่ลดลงเทียบกับ ณ วันเข้าร่วมการศึกษา 35.4 และ 7.4 ตามลำดับ¹⁸ โดยผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) ที่สูงขึ้นจากก่อนการอบรม 30.5 คะแนน มีคะแนนหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 34.5 คะแนน¹⁹

แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรม โปรแกรมเสริมพลังครอบครัว และกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนน SNAP – IV และคะแนนประเมินการเลี้ยงดูเด็ก (parenting practice test) ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการประเมิน ผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการ

กินยารักษาโรคสมาธิสั้น ไม่ได้คัดกรองปัญหาการใช้สุราหรือยาเสพติดและการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชของผู้ปกครองที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมเด็ก

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification in School-aged Children; SAFE B-MOD) ในครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมทั้งปัจจัยครอบครัว สภาพครอบครัว ภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น ความร่วมมือของครูและโรงเรียนในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเด็กซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือและการนำการปรับพฤติกรรมไปใช้ และการประเมินผลหลังใช้โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ควรเพิ่มการประเมินโดยครูในประเมินพฤติกรรมและอาการของเด็ก รวมถึงผลกระทบต่อการเรียนและการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และประเมินโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และควรติดตามผลในระยะยาว การศึกษานี้ติดตามผลที่ 3 เดือนหลังการอบรม ซึ่งถือเป็นระยะสั้น ควรมีการติดตามผลการปรับพฤติกรรมในระยะยาวขึ้นเพื่อติดตามผลต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรมของโปรแกรม

บทสรุป

โปรแกรมเสริมพลังครอบครัวและโรงเรียนในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน ช่วยพัฒนาทักษะผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสักและเจ้าหน้าที่คลินิกวัยใสใจสบาย โรงพยาบาลหล่มสักที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. Health Technol Assess. 2005;9:1-233.
2. Polanczk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164:942-8.
3. Wacharasindhu A, Panyayong B. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I prevalence. J Med Assoc Thai. 2002;85:25-36.

4. Visauyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Annunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thai*. 2013;21:66-75.
5. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161208151415.pdf>.
6. Barkley RA. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63:36-43.
7. Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R. The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2015;46:118-29.
8. Puttisri S, Punpanivh P, Pantungtong T, Sungprasit M. A depression in mothers of children with ADHD. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2006;51:213-23.
9. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Maternal psychopathology and offspring clinical outcome: A four-year follow-up of boys with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26:253-62.
10. Whalen CK, Odgers CL, Reed PL, Henker B. Dissecting daily distress in mothers of children with ADHD: An electronic diary study. *J Fam Psychol*. 2011;25:402-11.
11. Finzi-Dottan R, Triwitz YS, Golubchik P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Res Dev Disabil*. 2011; 32: 510-9.
12. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2014;59:97-110.
13. คุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, ชาญณรงค์ ชัยอุดมสม, ปานิสรา เรือง และชนัญดา ภูวิชัย. การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2561;63:115-26.
14. ชาญวิทย์ พรนภดล. คู่มือวิทยาการการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก. นครปฐม; คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.

15. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราวดี ดอนนอก, ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา และรัตนา สายพานิชย์. อาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น และความสอดคล้อง กลมกลืนใน ชีวิตของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเทียร์โมเดล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63:227-46.
16. ดิรยา เลิศหัตถปป์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกรอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hospital.tu.ac.th/km/admin/new/010620_114219.pdf
17. ภาวิดา จงสุขศิริ, สุพร อภินันท์เวช และสิรินัดดา ปัญญาภาส. ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น คือต่อต้าน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562;64:163-76.
18. จินิส สีห์รา, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์, ชุตินา แข็งจิตร และชาญวิทย์ พรนภดล. การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562;64:3-20.
19. Wachiraporn A. An evaluation study of parent management training program in northern Thai. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2012;60: 195-6.