

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น



สพ.ญ.เทพสิรินทร์ มากบุญศรี

สถาบันวิทยบริการ
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2549

EFFICACY OF PARENT MAGEMENT TRAINING PROGRAM FOR ADHD

Thepsirin Makbunsri ,DVM

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 2006

Copyright Chulalongkorn University

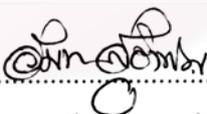
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น
โดย สพ.ญ.เทพสิรินทร์ มากบุญศรี
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพันธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร

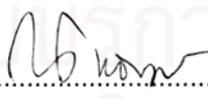
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

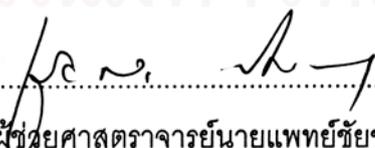

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อัมพล สุอำพันธ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)

สพ.ญ.เทพสิรินทร์ มากบุญศรี : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (Efficacy of Parent Management Training Program for ADHD).

อ.ที่ปรึกษา : รศ.นพ. อัมพล สุอำพัน, อ.ที่ปรึกษาร่วม:

อ.นพ.ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร จำนวน 82หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเข้าอบรม โดยเลือกกลุ่มทดลองและควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการเข้าร่วมการอบรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบสอบถามข้อมูลบุคคล แบบประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านแต่ละเหตุการณ์ แบบประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร และแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถลดอาการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากผลการวิจัยสรุปว่า โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสามารถนำไปใช้เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้มีความเข้าใจในโรคสมาธิสั้นและสามารถลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

สาขาสุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิติ

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4874904430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: PARENT MANAGEMENT / TRAINING/ATTENTION DEFICIT /
HYPERACTIVITY DISORDER

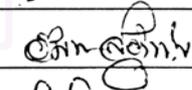
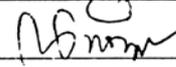
THEPSIRIN MAKBUNSRI,DVM. : THE EFFICACY OF PARENT
MANAGEMENT TRAINING PROGRAM FOR ADHD.THESIS ADVISOR:
ASSOC.PROF.UMPON SUAMPAN,M.D.,THESIS COADVISOR :
NUTTORN PITTARATATIAN,M.D., 82 pp.

The purpose of this experimental research was compare the effective of the parent training program. The objects of this study were the parent of ADHD. The 40 parents were divided into the experimental group and the control group, each with 20 subjects. The experimental group received the parent training program 1 time per week ,2 hours per session for 8 weeks. The collection data instruments consisted of demographic data about the parents, SNAP IV (short form) ,Home situation questionnaire, PSI , the knowledge test and the pressure test. The data were analyzed by SPSS program.

The finding of this study reviewed that, after the experimental : the post-test of PSI score for experimental group was significantly.

In conclusion, the parent training program could be used for promoting train in the parent of ADHD

Department of Psychiatry
Field of study Mental Health
Academic year 2006

Student's signature 
Advisor's signature X 
Co-advisor's signature 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์สำเร็จฉบับนี้เสร็จลงได้ ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง
และขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำที่ดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อัมพล สุอำพัน อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์นายแพทย์ ภัทร พิทยรัตน์เสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม) ที่ได้ให้ความรู้
ทางด้านสถิติ และกรุณาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ปกครองทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการ
ให้ข้อมูลต่างๆ

กราบขอบพระคุณพี่ๆ เจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สำหรับความกรุณาในการ
ติดต่อประสานงาน

กราบขอบพระคุณพี่ๆ อธิการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ที่กรุณา เรื่องคอมพิวเตอร์และการ
ประสานงานกับโรงพยาบาล

กราบขอบพระคุณ พ.ท.อิทธิชัย และคุณสายสนม มากบุญศรี คุณพ่อและคุณแม่ที่น่ารัก
และใจดีที่ให้ความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจเสมอมาจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

กราบขอบพระคุณพี่ๆ และคุณหมอทุกท่าน ที่โรงพยาบาลสัตว์ทองหล่อที่ให้กำลังใจและ
ช่วยเหลือในการทำงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่.....	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	2
คำจำกัดความของการวิจัย.....	2
สมมุติฐาน.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	5
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น.....	6
อาการสำคัญของโรค.....	6
ความเครียดของผู้ปกครองสมาธิสั้น.....	9
การอบรมผู้ปกครอง.....	10
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	14
ประชากร.....	14
ตัวอย่าง.....	14
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	15

บทที่	
หน้า	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	18
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	19
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	20
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	36
สรุปผลการวิจัย.....	37
อภิปรายผล.....	39
ข้อเสนอแนะ.....	43
รายการอ้างอิง.....	44
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.....	47
ภาคผนวก ข.....	46
ภาคผนวก ค.....	63
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	82

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	21
2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก.....	25
3. เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	26
4. คะแนนความแตกต่างเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	27
5. คะแนนปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	28
6. แสดงคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นโดยการประเมินจากการประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	29
7. คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเครียด ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	30
8. แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนน PSI-SF ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กับความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มควบคุมที่วัดซ้ำในระยะเวลาเดียวกัน....	31
9. แสดงคะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของกลุ่มการทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	32
10. แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เกี่ยวกับสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กับความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มควบคุมที่วัดซ้ำในระยะเวลาเดียวกัน.....	33
11. แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ปกครอง.....	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นที่รู้จักกันมานาน โดยมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน ในปัจจุบันการจำแนกโรคทางจิตเวชโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Attention Deficit Hyperactivity Disorder และส่วนการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) ให้ชื่อว่า Hyperkinetic Disorder ซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กได้บ่อย โรคสมาธิสั้น ในเด็กพบประมาณร้อยละ 2-7 สำหรับประเทศไทยพบโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 8-11 ปี ร้อยละ 5 โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า [1]

อาการสำคัญและหลักการวินิจฉัย ประกอบด้วยอาการหลัก 3 อาการ คือ สมาธิสั้น (Inattention) ขน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น ทำอะไรไม่ยั้งคิด (Impulsiveness) การตรวจประเมินอาการทั้ง 3 อย่างต้องคำนึงถึง อายุ และอายุสมองของเด็กด้วย [2]

ในสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กมีอาการสมาธิสั้น ประมาณร้อยละ 3-5 ในเด็กในวัยเรียนโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV โรคสมาธิสั้น จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนที่พบบ่อยที่สุด อัตราส่วนผู้ชายต่อผู้หญิงเท่ากับ 4-6: 1 [3]

การรักษาโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันสามารถรักษาทางยาได้ โดยพบว่า ร้อยละ 85-90 จากเด็กที่ทำการรักษามีอาการดีขึ้น อนึ่งแม้ว่าการรักษาทางยาจะได้ผลดี แต่จากการศึกษาพบว่า การรักษาทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาทางยาจะช่วยให้อาการของโรคสมาธิสั้นดีขึ้นกว่าการรักษาทางยาเพียงอย่างเดียว และมักพบว่าผู้ที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นมักมีความเครียดเกิดขึ้น เนื่องมาจากอาการของเด็กสมาธิสั้น การขาดทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู ซึ่งพบว่าสามารถทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น หรือเป็นเด็กก้าวร้าวได้ การให้การรักษาทางจิตสังคมนั้น จะช่วยให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ปกครองเองด้วย [1,4]

เนื่องจากผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถ เพิ่มระดับของการรักษา อีกทั้งยังไม่มีผู้รายงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ใน

ประเทศไทย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเพื่อหาโปรแกรม เพื่อปรับเปลี่ยนโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับการใช้ในประเทศไทย และเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาเด็กสมาธิสั้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental research) ในกลุ่มผู้ปกครองที่นำเด็กมาทำการรักษาโรคสมาธิสั้น ณ แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และทำการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม และ กลุ่มที่ได้รับการอบรม แต่ทั้งนี้ มิได้มีผลต่อการรักษาตามปกติแต่อย่างใด

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จะสามารถลดอาการสมาธิสั้นของเด็กลงได้หรือไม่
2. โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จะสามารถลดความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองลงได้หรือไม่
3. โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จะสามารถทำให้ผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นมากขึ้นหรือไม่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ปกครอง หมายถึง พ่อ แม่ หรือ ผู้ดูแลเด็ก ที่มารักษาด้วยโรคเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้มีโอกาสได้ดูแลเด็กมากพอในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและสามารถประเมินพฤติกรรมเด็กได้

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ DSM-IV และเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ้าเด็กได้รับการรักษาทางยา ก็อยู่ในระยะที่สามารถปรับขนาดยาจนคงที่ได้แล้ว

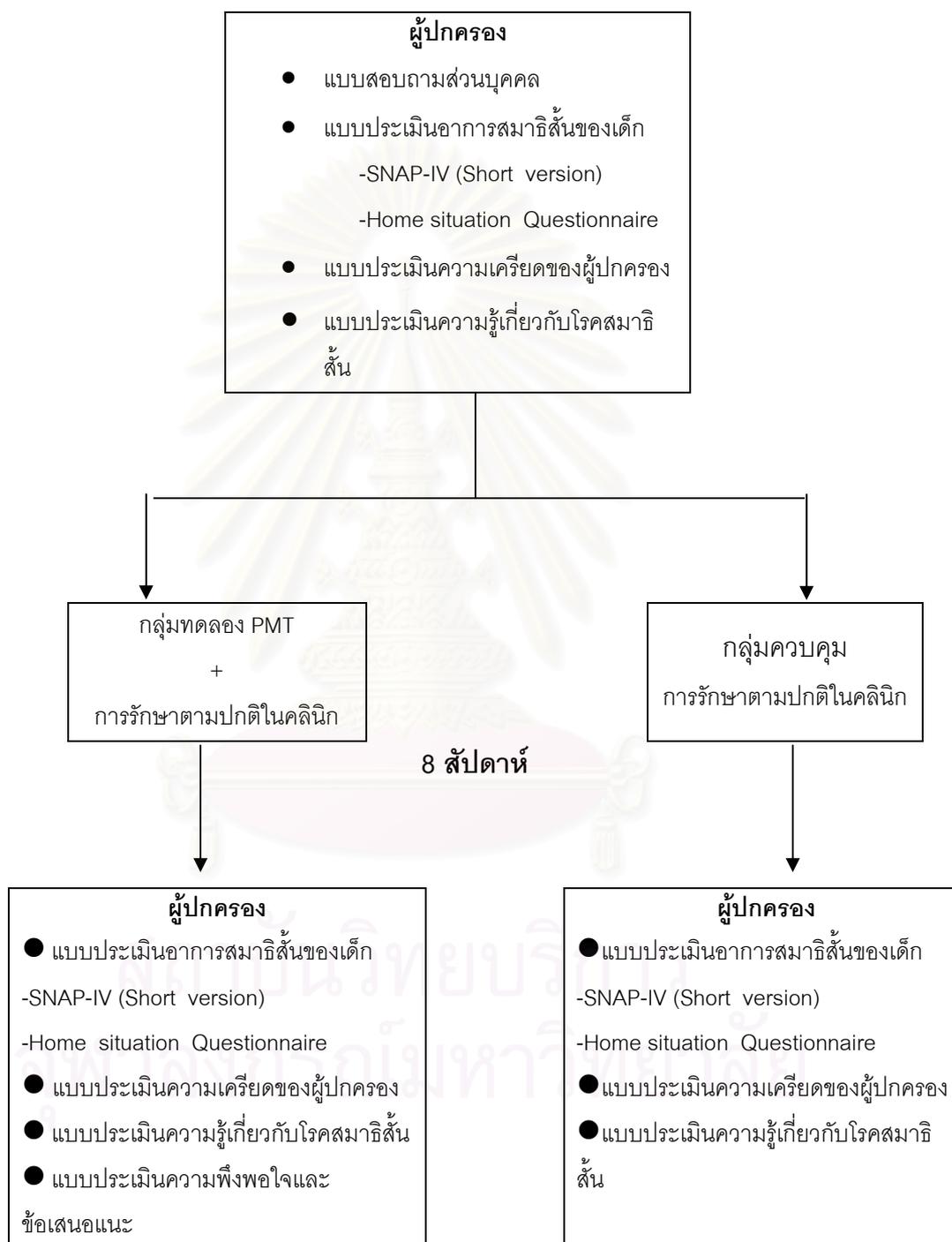
สมมุติฐาน (Hypothesis)

1. อากาโรสมาธิสั้นของเด็กจะลดลงในกลุ่มที่ผู้ปกครองผ่านโปรแกรมการอบรม
2. ผู้ปกครองที่ผ่านโปรแกรมการอบรมจะมีความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นน้อยลง
3. ผู้ปกครองที่ผ่านโปรแกรมการอบรมจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวความคิด (Conceptual Framework)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้พัฒนารูปแบบโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการยืนยันในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการรายงานในประเทศไทย
2. ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้เข้าร่วมการอบรมจะได้เรียนรู้ เพิ่มทักษะเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งสามารถลดความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. เป็นการริเริ่มการพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นประโยชน์แก่ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยจิตเวชเด็ก ขออนุญาตขึ้นคลินิก เพื่อทำการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองที่นำเด็กสมาธิสั้นมาทำการรักษา ณ หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ทำการนำเสนอโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยการให้รายละเอียด เพื่อบอกวัน เวลา ของโปรแกรม โดยจะมีการจัดทำเอกสารรายละเอียดให้กับผู้ปกครอง โดยจะเปิดรับสมัครผู้ปกครองที่จะเข้าร่วมตามจำนวนที่กำหนดไว้
3. ก่อนการเข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองจะต้องกรอกแบบสอบถาม ตามที่ได้กำหนดไว้
4. เข้าร่วมโปรแกรมการอบรม แต่ละครั้ง รวมจำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง หลังจากผู้ปกครองเข้าร่วมการอบรมแล้วจะมีการวัดโดยใช้แบบสอบถามอีกครั้งทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ ตามหลักสถิติต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นนั้น ผู้วิจัยได้ทำรวบรวมรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
2. อาการของโรคสมาธิสั้นและการรักษา
3. ความเครียดของผู้ปกครองสมาธิสั้น
4. การอบรมผู้ปกครอง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

นางพงา ลิ้มสุวรรณ [5] ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นว่า เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่ประกอบไปด้วยรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อยๆ ซ้ำๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ และได้แสดงออกต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ การขาดสมาธิ (Inattention) และหรือมีความซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) กับความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) อาการจะต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงพอที่ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

Wacharasindhu A และคณะ [6] ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถม 4 ในกรุงเทพมหานครจำนวน 1,698 คน จาก 104 โรงเรียน พบว่าความซุกซนของโรคสมาธิสั้นคิดเป็นร้อยละ 5.09 โดยความซุกซนในกลุ่มของเด็กชายคิดเป็นร้อยละ 7.81 กลุ่มเด็กหญิงคิดเป็น ร้อยละ 1.59

2. อาการสำคัญของโรค มี 3 ประเภท [1] คือ

1. สมาธิสั้น (Inattention) เด็กไม่สามารถคงความสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน เพราะจิตใจวอกแวก ถูกรบกวนจากสิ่งทีกระตุ้นภายนอกได้ง่าย
2. อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) เด็กจะอยู่ไม่นิ่งหรือซุกซนกว่าปกติ
3. หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กจะทำอะไรโดยไม่ยั้งคิด ไม่อดทน ไม่คิดก่อนทำ หรือ

พูด

สาเหตุของโรคสมาธิสั้น อาจมีสาเหตุดังนี้

1. พันธุกรรม

จากการศึกษาครอบครัวพบว่าพ่อแม่พี่น้องของเด็กเหล่านี้มีโรคสมาธิสั้นและโรคทางจิตเวชอื่นสูงกว่าประชากรทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการถ่ายทอดทางพันธุกรรมบางอย่างร่วมกับโรคอื่นด้วย

2. พยาธิสภาพของสมอง การศึกษาเรื่องนี้มีงานวิจัยสนับสนุนมากมาย

2.1 การทำงานผิดปกติของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) จากผลงานวิจัยระยะหลัง พบว่าสมองส่วนหน้าทำหน้าที่ควบคุมสมาธิ การวางแผนการทำงานการกระทำกิจกรรมแบบมีจุดมุ่งหมายและควบคุมการยั้งคิด

2.2 สมองได้รับอันตราย เด็กที่สมองได้รับอันตรายจะมีอาการของโรคสมาธิสั้น สมองได้รับอันตรายจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อในครรภ์มารดา สมองขาดออกซิเจน/การได้รับบาดเจ็บระหว่างคลอด การได้รับสารพิษ (เช่น ตะกั่ว) เด็กที่คลอดจากมารดาติดสุรา เป็นต้น

2.3 สารสื่อประสาท ผลการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิมีความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาท ได้แก่ dopamine, norepinephrine, serotonin เป็นต้น

2.4 ความผิดปกติของคลื่นสมอง พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีคลื่นสมองปกติมากกว่าเด็กทั่วไป โดยที่เด็กไม่มีอาการชัก

3. ปัจจัยอื่นๆ ยังมีความเชื่อบางอย่างที่เกี่ยวกับ สาเหตุของโรคสมาธิสั้น ปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยรับรอง เช่น รับประทานน้ำตาลมากเกินไป การแพ้อาหารบางชนิด การแพ้สารเคมี/สีผสมอาหาร เป็นต้น

การรักษา โดยภาพรวมของการรักษาควรใช้หลายวิธีร่วมกัน (Multimodal treatment) เพราะเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วมักจะมีผลกระทบไปยังเรื่องอื่นๆ เช่น ครอบครัว สังคม อีกทั้งยังเป็นการยากที่จะพบผู้ช่วยรายใดรายหนึ่งจะมีต้นเหตุของอาการสมาธิสั้นบกพร่องและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งจากสาเหตุเดียวกัน เมื่อมีหลายสาเหตุจึงต้องการ การแก้ไขหลายวิธีร่วมกัน นอกจากนี้ผู้ปกครองควรตระหนักในการดูแลช่วยเหลือลูก ที่ว่า การรักษาไม่ได้ทำให้โรคหายไป แม้ว่าการรักษาจะทำให้ลูกดีขึ้น แต่อาการของโรค ซึ่งเป็นลักษณะพฤติกรรมและพันธุกรรมที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิดนั้นยังคงอยู่กับตัวเด็กจนโต ซึ่งอาการของโรคจะเป็นมากหรือน้อย ปัจจัยที่มีความสำคัญคือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บ้านและโรงเรียน

เป้าหมายของการรักษา

เป้าหมายการรักษา คือ การช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุข และลดปัญหาทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ดังนั้นการช่วยเหลือเด็กจึงต้องอาศัยหลายวิธีเข้าด้วยกัน โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมของเด็ก และการปรับสภาพแวดล้อม โดยต้องทำทุกอย่างให้สมดุลกัน นอกจากนี้กระบวนการรักษาก็ต้องมุ่งไปที่การช่วยเหลือพ่อแม่ ให้สามารถจัดการกับเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทุกฝ่ายต้องเปลี่ยนแปลง

การรักษาไม่ใช่มุ่งเน้นที่จะเปลี่ยนแปลงเด็กเท่านั้น แต่บุคคลอื่น เช่น พ่อแม่ พี่น้อง และครู จำเป็นจะต้องเปลี่ยนแปลงตนเองด้วย บุคคลที่ใกล้ชิดเด็กจะต้องสำรวจดูพฤติกรรมของตนเองว่ามีอะไรที่จะก่อให้เกิดปัญหา与孩子ได้บ้าง เช่น ในเด็กที่ไม่มีสมาธิในห้องเรียน ทำงานไม่ทัน และไม่ยอมส่งการบ้านบ่อยๆ การรักษาจะต้องช่วยกันทุกฝ่ายมีการเปลี่ยนแปลงนั่นคือ ช่วยให้เด็กมีสมาธิมากขึ้น ช่วยให้ครูมีเทคนิคในการจูงใจและให้กำลังใจเด็ก ช่วยให้ที่บ้านลดบรรยากาศที่มีความโกรธเคือง หรือตำหนิติเตียนเด็ก มาเป็นการมองเด็กอย่างมีเหตุผลขึ้นกว่าเดิม มีความหวังและอดทนมากขึ้น พ่อแม่ต้องมีความคาดหวังที่เหมาะสมกับเด็ก เป็นความคาดหวังในเรื่องที่เด็กสามารถทำได้ และช่วยแก้ปัญหาของเด็กในลักษณะที่เสริมสร้างและให้กำลังใจ ไม่ใช่ให้เด็กหมดกำลังใจ

วิธีที่ใช้รักษา [7]

1. การรักษาด้วยยา

การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น มีจุดประสงค์ 2 ข้อคือ ข้อแรกเพื่อลดอาการแสดงของโรค และข้อสองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรวบรวมสมาธิได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การรักษาวิธีอื่นๆดำเนินไปได้ การเริ่มต้นการรักษานั้น ควรมีการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนเริ่มใช้ยา เพื่อสามารถให้ยาได้ถูกต้อง และควบคุมประสิทธิภาพ ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้

2. พฤติกรรมบำบัด

เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคความผิดปกติทางพฤติกรรม จึงต้องมีการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น เพื่อพัฒนาความสามารถในการเข้าสังคม และสามารถควบคุมตัวเองได้ หลักในการรักษาด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดนั้น อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของพ่อแม่ และครู ในการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความถี่หรือสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่เด็ก

3. การจัดการทางการศึกษา

เด็กสมาธิสั้นมักประสบปัญหาทางการเรียน จึงควรได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษทางด้าน

การเรียน โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับครู ในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม

4.การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

เช่นการฝึกทักษะการเข้าสังคม การทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำจิตบำบัดรายบุคคล เพื่อช่วยสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และการทำจิตบำบัดครอบครัว เพื่อลดความเครียดและทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น

3.ความเครียดของผู้ปกครองสมาธิสั้น

ความหมายของความเครียด

กรมสุขภาพจิต [8] ให้ความหมายว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายใน และภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดซึ่งส่งผลให้เกิดความสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

Anastopoulos และคณะ [9] ได้ศึกษาเรื่องความเครียดในครอบครัวเด็กสมาธิสั้นจำนวน 104 คน ประเมินความเครียดโดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบความเครียดในการเลี้ยงดูพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นไม่พบเพียงแต่เด็กสมาธิสั้นเท่านั้น ยังรวมไปถึงในครอบครัว เช่น พี่น้องพ่อแม่ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้วย จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่เป็นตัวทำนายให้เกิดภาวะความเครียดในครอบครัวนั้นคือ ความรุนแรงของอาการ สุขภาพของเด็ก สุขภาพของมารดา และผลจากการวิจัยพบว่า ลักษณะของเด็กและพ่อแม่ เป็นส่วนสำคัญที่ในการก่อให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดู

S.Van Der Oord และคณะ [10] ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเลี้ยงดู อารมณ์ซึมเศร้า และ ความสอดคล้องในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น จากพ่อแม่จำนวน 65 คู่ พบว่าพ่อแม่มีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร โดยไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 12 และจากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างครูและพ่อแม่ เป็นผลให้พ่อแม่เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรได้

Pisterman และคณะ.[11] พบว่าผลกระทบของโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้นนอกจากมีผลกับตัวเด็กเองแล้วยังมีผลต่อผู้ปกครอง โดยสามารถทำให้เกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูได้อีกด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากอาการของโรค โดยที่เด็กไม่สามารถควบคุมได้ และเกิดจากผู้เลี้ยงดู ขาดความ

เข้าใจ ขาดทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู หรือให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่เด็กได้ รวมถึงขาดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็กไม่ได้ จึงทำให้เกิดการศึกษาทางด้านอื่นๆ เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคนี้มากขึ้น จากเดิมที่มีการรักษาทางยาเพียงอย่างเดียว

4. การอบรมผู้ปกครอง

จอม ชุ่มช่วย [12] ได้กล่าวว่า การอบรมผู้ปกครองเป็นวิธีบำบัดเด็กที่มีการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยเนื้อหาของหลักสูตรส่วนใหญ่จะเน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เกิดปัญหา โดยยึดหลักพฤติกรรมบำบัด และบางกรณีจะมีการเสริมข้อมูลเพื่อเพิ่มความสามารถและความเข้าใจทางวิชาการด้วย

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

Operant learning theory ซึ่งได้อธิบายการคงอยู่ของปัญหาพฤติกรรมว่า พฤติกรรมถูกเสริมแรงโดยความสนใจของพ่อแม่ แม้โดยมากจะเป็นความสนใจเชิงลบ เช่น การพรีอับน หรือการตำหนิก็ตาม Parent training Program จะพยายามสอนให้พ่อแม่รู้จักการเพิกเฉย (Ignore) และตามด้วยการลงโทษ อย่างสงบ โดยอาจใช้วิธีการตัดสิทธิพิเศษบางประการ หรือ time out นอกจากนี้การให้ความสนใจและให้รางวัลในพฤติกรรมที่เหมาะสมถือเป็นส่วนสำคัญในโปรแกรม เพราะพ่อแม่มักเพิกเฉย หรือถือเป็นเรื่องปกติที่เด็กแสดงพฤติกรรมดี ในที่สุด พฤติกรรมที่ดีเด็กจะทำน้อยลง พฤติกรรมเชิงลบเลยเข้ามาแทนที่ เพราะได้รับความสนใจ สำหรับเด็กแล้วการได้รับความสนใจ สำหรับเด็กแล้ว การได้รับความสนใจ แม้ในเชิงลบยังดีกว่าไม่ได้รับความสนใจใดๆเลย

Classical learning theory ในขณะที่ Operant learning theory ให้ความสนใจกับการตอบสนองต่อพฤติกรรม แต่ Classical learning theory ให้น้ำหนักกับสิ่งเร้า หรือตัวกระตุ้น พฤติกรรมมากกว่า ตามทฤษฎีนี้พฤติกรรมที่เราอาจจะไม่ได้เป็นผลจากการตอบสนอง หรือแรงเสริม แต่อาจจะถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า หรือเหตุที่มาก่อน การจัดการกับพฤติกรรมตามแนวคิดนี้จะควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้พ่อแม่จดบันทึก เพื่อนำมาพิจารณา และหาวิธีปรับสิ่งเร้าให้เหมาะสม ด้วยวิธีนี้พ่อแม่จะสามารถปรับสิ่งแวดล้อม หรือกิจวัตรต่างๆเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงสามารถวางแผนล่วงหน้า เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

Social learning theory เนื่องจากเด็กต้องอยู่และปรับตัวในสังคมพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เป็นผลจากสิ่งเร้าหรือการตอบสนองเท่านั้น ยังมีกระบวนการอื่นมีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมเด็ก เช่น การเลียนแบบ ดังนั้นการอบรมผู้ปกครองจึงเน้นเรื่องความเป็นแบบอย่างที่ดีหากพ่อแม่มีปัญหา และแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พ่อแม่ควรสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง

Cognitive theory พ่อแม่ของเด็กที่มีพฤติกรรมเกรี้ยว มักมีความเชื่อเชิงลบกับลูกของตนเอง ขาดความหวังในการเปลี่ยนแปลงของลูกซึ่งมีผลต่อการเลี้ยงดูไม่ทางตรง ก็ทางอ้อม ดังนั้นในบางการอบรมผู้ปกครองจะมีการผสมผสานทฤษฎีนี้ เข้าไปโดยกระตุ้นให้พ่อแม่ติดตามความคิดเชิงลบของตนเองและหาวิธีทดแทนด้วยความคิดเชิงบวก ตลอดจนหาวิธีจัดการที่สร้างสรรค์กับความคิดและอารมณ์เหล่านั้น พ่อแม่เหล่านี้ไม่เพียงแต่มีความคิด ที่แตกต่างจากคนทั่วไป แต่มักมีการรับรู้เหตุการณ์ที่แตกต่างออกไปด้วย พ่อแม่มักไม่สามารถมองพฤติกรรมที่ดีของลูกได้ แต่มักจะรับรู้พฤติกรรมเชิงลบของลูกได้อย่างรวดเร็วและมากกว่า ดังนั้น การอบรมผู้ปกครอง จะเปิดโอกาสให้พ่อแม่ได้ฝึกการรับรู้ พฤติกรรมของลูกอย่างเที่ยงตรง โดยลดอคติลงเท่าที่จะทำได้

อุมาพร ตรังคสมบัติ [13] ได้กล่าวถึงการใช้เทคนิคในการปรับพฤติกรรมของลูก โดยได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการบำบัดรักษาที่มีการวางแผนการรักษาอย่างชัดเจน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเด็กอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างมาก ดังนั้น การปรับพฤติกรรมของเด็กจะต้องมีการวางแผนให้เหมาะสมเป็นรายๆไป โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมของเด็ก และการตอบสนองของพ่อแม่โดยละเอียด ให้คำแนะนำและติดตามเป็นระยะๆว่าแผนการปรับพฤติกรรมที่นำไปใช้ได้ผลหรือไม่ เพียงใด และจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์อย่างไรบ้าง แม้ว่าการปรับพฤติกรรมของเด็กแต่ละคนจะมีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันไปบ้าง แต่โดยทั่วไปจะมีหลักสำคัญดังต่อไปนี้ ลด สิ่งเร้า เพิ่ม สมาธิ เพิ่ม การควบคุมตนเอง

การอบรมผู้ปกครอง

จอม ชุ่มช่วย [12] ได้กล่าวถึง Webster-Stratton ชุม parenting training program โดยใช้ผู้บำบัดได้พบกับพ่อแม่ที่ละครอบครัว ซึ่งมีข้อดีคือผู้บำบัดสามารถสังเกตความสัมพันธ์ของพ่อแม่ได้โดยตรงและสามารถวิเคราะห์และให้การรักษาเชิงลึกได้ ในขณะที่อีกรูปแบบหนึ่งของการที่ได้ยอมรับสูงได้แก่ การบำบัดแบบกลุ่ม หรือ group parent training โดยรูปแบบทั่วไปรูปแบบนี้จะเปิดโอกาสให้พ่อแม่จาก 6-10 ครอบครัว ได้รับการฝึกฝนด้วยกัน โดยไม่จำเป็นต้องนำเด็กมาด้วย ในแต่ละครั้งของการบำบัดจะชัดเจนทั้งกระบวนการวิธีที่ใช้ส่วนใหญ่ คือการสนทนา การแสดงความคิดเห็น การสาธิต การแสดงบทบาทสมมุติ การจำลองสถานการณ์ หรือกรณีตัวอย่างที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม การปฏิบัติจริงที่บ้าน และรายงานผล ข้อดีของการบำบัดแบบกลุ่มคือการที่พ่อแม่สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของพ่อแม่คนอื่น และสามารถประคับประคองอารมณ์และสนับสนุนกันและกันอย่างแน่นอน ข้อเสียคือไม่สามารถบำบัดเชิงลึกได้

Anastopoulos และคณะ.[14] ได้กล่าวว่า การเริ่มต้นของการใช้โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นนั้นมีต้นกำเนิดมาจากการศึกษาของ Barkley ในปีค.ศ.1981 หลังจากนั้นได้มีการพัฒนา มีวิธีการอบรมโดยเน้นการอธิบาย การสอน การให้คำปรึกษา และได้ทำการศึกษาและเพื่อหาลำดับขั้นตอนของการจัดการอบรมเรื่อยมา จนกระทั่งในปี 1997 จึงได้พัฒนา เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนขึ้น

Anastopoulos และคณะ [15] ได้ทำการศึกษาการจัดการอบรมผู้ปกครองโดยพบว่าผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมจะมีความเข้าใจบทบาทของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ลดภาวะความเครียด และเพิ่ม ความมั่นใจให้กับผู้ปกครองในด้านการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้ โดยการประเมินผลจาก Home Situations Questionnaire-Revised (HSQ-R), Parenting Stress Index (PSI), The Global Severity Index (GSI) ซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมมีผลดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ปกครองในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการอบรม

Erhardt และ Baker [16] ได้กล่าวถึงโปรแกรมการอบรมพ่อแม่ ว่ามีความสำคัญอย่างมากในการรักษาเด็กสมาธิสั้น การจัดการโปรแกรมการอบรมพ่อแม่โดยส่วนใหญ่แล้วจะยึดหลัก Specialized contingency management ได้แก่ positive reinforcement, response cost, and/or time out strategies โดยใช้ระยะเวลาในการอบรมทั้งหมด 10 ครั้ง และนัดมาทำการอธิบาย โดยพบว่าสามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานแก่พ่อแม่ และสามารถเลี้ยงลูกได้ดีขึ้นเมื่อผ่านการอบรม

Cousins Ls.และ Weiss G[17] ได้ทำการศึกษาโดยจัดการฝึกอบรม การสอนทักษะการเข้าสังคมให้กับพ่อแม่ที่มีเด็กสมาธิสั้น โดยการสอนจิตสังคม ให้คำแนะนำทางด้านการดูแล พบว่าหลังจากที่มีการอบรมพ่อแม่ เด็กสามารถมีพัฒนาการในการปรับตัวอยู่กับเพื่อนได้ดีขึ้น สามารถเขียนหนังสือได้ดีมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิม และมีพฤติกรรมที่ดีเวลาออกสังคม

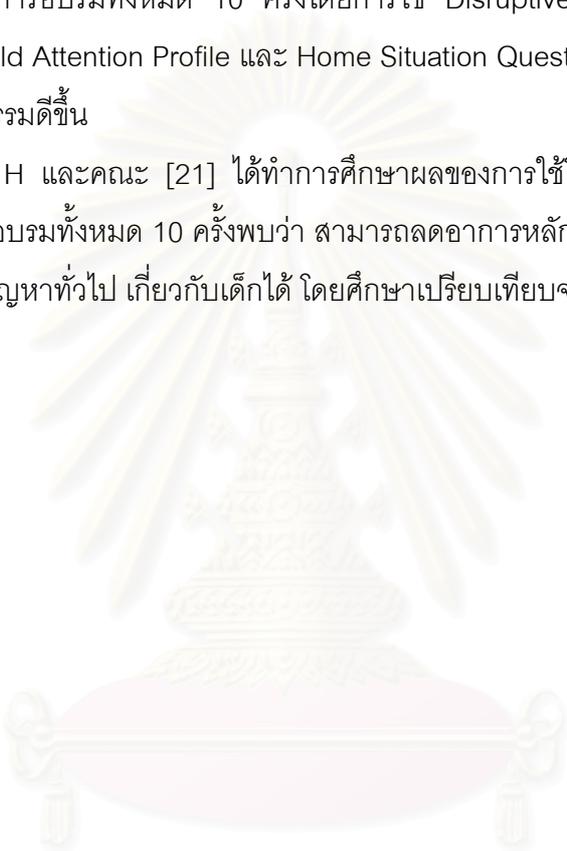
Webster-Stratton [18] ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองโดยการใช้วีดิโอเทปเป็นสื่อในการสอน เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีเด็กที่มีปัญหาด้านความประพฤติ โดยทำการศึกษาแบบเปรียบเทียบ โดยการจัดการอบรม เป็นเวลา 12-13 ครั้ง โดยจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมโดยการใช้วิธีนี้สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ รวมถึงพ่อแม่ที่ผ่านการอบรมมีความพึงพอใจกับการใช้วิธีนี้

Weinberg HA. [19] ได้ทำการศึกษาโดยการจัดการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยการสอนให้ผู้ปกครองเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน การสอนการปรับตัวพฤติกรรมของเด็ก การลดภาวะความเครียดของผู้ปกครอง โดยการที่ผู้ปกครองต้องทำแบบทดสอบทั้งก่อนและหลังการอบรม จาก

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ปกครองสามารถเพิ่มความเข้าใจของผู้ปกครองและลดภาวะความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้

Huang HL และคณะ [20] ได้ทำการศึกษาโดยการจัดการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่ไต้หวัน โดยมีจุดประสงค์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก จัดโปรแกรมการอบรม และเพื่อดูประสิทธิภาพ จัดการอบรมทั้งหมด 10 ครั้งโดยการใช้ Disruptive Behavior Rating Scale-Parent Form, Child Attention Profile และ Home Situation Questionnaire ภายหลังการอบรมพบว่าเด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น

Salbach H และคณะ [21] ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการอบรมพ่อแม่เด็กสมาธิสั้น โดยการอบรมทั้งหมด 10 ครั้งพบว่า สามารถลดอาการหลักของเด็กสมาธิสั้น ปัญหาการทำกรบ้าน และปัญหาทั่วไป เกี่ยวกับเด็กได้ โดยศึกษาเปรียบเทียบจาก Hyperactivity Index



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental research) จึงมีการกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ปกครองที่นำเด็กมารักษาโรคสมาธิสั้น ที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Population Sample) คือ ผู้ปกครองที่นำเด็กมารักษาโรคสมาธิสั้นที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่ผู้ทำวิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูล

เกณฑ์ในการการคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1.เป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่นำเด็กมาทำการรักษาโรคสมาธิสั้นที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น
- 2.เป็นผู้ที่ใกล้ชิดและดูแลเด็กอยู่ ณ ปัจจุบัน
- 3.มีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการอบรมผู้ปกครอง

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1.มีปัญหาทางด้านการสื่อสาร
- 2.มีปัญหาทางด้านจิตเวช หรือโรคประจำตัวร้ายแรง

ตัวอย่าง (Sample) คือผู้ปกครองที่นำเด็กมารักษาโรคสมาธิสั้น ที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด สมควรใจที่จะเข้าร่วมการอบรม เป็นผู้ที่สามารถเข้ารับการอบรมตามโปรแกรมที่กำหนด เป็นผู้สังเกตพฤติกรรมเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็ก โดยเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2550

จากข้อมูลการศึกษาของ Feinfield KA.และ Baker BL[22] ได้ทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันทาง ผู้วิจัยจึงนำผลที่ได้มาคำนวณดังนี้

ผู้วิจัยกำหนด ค่า $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.10$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96,$$

$$Z_{\beta} = 1.28$$

$$\text{จากสูตรคำนวณ } N_{\text{pair}} = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \hat{\sigma}^2 / d^2$$

$$\hat{\sigma}^2 = \text{Variance of difference}$$

$$= \hat{\sigma}_1^2 + \hat{\sigma}_2^2 - 2r \hat{\sigma}_1 \hat{\sigma}_2 \quad : r = 0$$

$$d = \text{Difference}$$

$$\begin{aligned} \text{ดังนั้น แทนค่า } N_{\text{pair}} &= (1.96 + 1.28)^2 (446.44) / 408.04 \\ &= 11.485 \end{aligned}$$

แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความแตกต่างในตัวแปรหลายตัว (Heterogeneous group) เช่นอายุ เพศ หรือสถานะพื้นฐานทางครอบครัวที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงพิจารณาปรับขนาดตัวอย่างให้สูงขึ้น และเพื่อเป็นการป้องกันการ drop out จึงขอกำหนดตัวอย่างในการทำวิจัยสูงขึ้น เท่ากับ 20 คน

กลุ่มควบคุม (control group) คือผู้ปกครองที่นำเด็กมารักษาโรคสมาธิสั้นที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นและ/หรือได้รับการรักษาทางยาจนระดับยาอยู่ในระดับคงที่ โดยได้รับการรักษาในแบบเดิม ในระหว่างการทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา ลักษณะของครอบครัว จำนวนบุตร รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลบุตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับการเกิด ระยะเวลาที่มารับการรักษา และการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 เป็นชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น กรอกโดยผู้ปกครอง ได้แก่ แบบประเมินอาการพฤติกรรม SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham-IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นโดยแยกเป็นด้าน Inattention, Hyperactivity/Impulsivity และ

Oppositional Defiant จากการศึกษาของ Collett [23] พบว่าหากคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้านที่เกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 95 คือว่ามีอาการมากถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดความเปลี่ยนแปลงของอาการสมาธิสั้นที่เป็นผลจากการให้การรักษาด้วยการวัดซ้ำได้ดี จากการศึกษาของ Steven และคณะ [24] พบว่าค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงของแบบทดสอบชนิดนี้ยังไม่มีการระบุที่ชัดเจน โดย Swanson และคณะ [25] รายงานว่าเป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดอาการของโรคสมาธิสั้นกันอย่างแพร่หลาย ส่วนแบบทดสอบ SNAP-IV ฉบับภาษาไทยแปลโดย ภัทร พิทยรัตน์เสถียร ได้มีการนำไปใช้ในอีกการวิจัยหนึ่งซึ่งกระทำคู่ขนานไปกับการวิจัยนี้โดยมีขนาดตัวอย่าง 96 คน พบว่าการค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.927

เกณฑ์การกำหนดคะแนน

ไม่เลย	ให้คะแนน	0
เล็กน้อย	ให้คะแนน	1
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนน	2
มาก	ให้คะแนน	3

การแปลผล

นำคะแนนในแต่ละด้านมารวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้านออกมาเป็นคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็นด้าน Inattention (Inatt), Hyperactivity/Impulsivity (Him) และ Oppositional Defiant (Odd) ส่วนคะแนน Combined (Comb) เกิดจากการนำคะแนนด้าน Inattention และ Hyperactivity/Impulsivity มารวมกันแล้วเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 Home Situation Questionnaire (HSQ) เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้านซึ่งสัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันของครอบครัว แบ่งออกเป็นข้อคำถามโดยการตอบ “มี” และ “ไม่มี”

วิธีการตอบแบบสอบถาม

ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายถูกลงในช่องที่ตรงกับอาการพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด โดยประเมินจาก 4 คำตอบ ไม่เลย, เล็กน้อย, ค่อนข้างมาก, มาก ตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรมนั้นๆ แบ่งเป็นระดับ 1-9 จากระดับความรุนแรงน้อยไปสู่ความรุนแรงมาก ถ้าตอบว่า “ไม่มี” จะให้ 0 คะแนน ถ้าตอบ “มี” และระบุความรุนแรงของปัญหา จะให้ตัวเลขความรุนแรงของปัญหาแล้ว

นำมารวมคะแนน แล้วทำการหาค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรค พบว่าหากคะแนนที่ได้สูงเกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 93 ถือว่าอาการมีความรุนแรงถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก Green และ Altepeter [26] ได้ทำการทดสอบในเด็กอายุ 4-11 ปี จำนวน 995 คน โดยเป็นเด็กชาย 505 คน และเป็นเด็กหญิง 490 คนพบว่าค่าความแปรปรวนของชุดทดสอบอยู่ในระดับใช้งานได้ดี ส่วนแบบทดสอบ HSQ ฉบับภาษาไทยแปลโดยฉวีพร พิทยรัตน์เสถียร ได้มีการนำไปใช้ในอีกการศึกษาหนึ่งซึ่งกระทำคู่ขนานไปกับการวิจัยนี้โดยมีขนาดตัวอย่าง 96 คน ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.910

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index – Short Form หรือ PSI-SF) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ

โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- Parental Distress (PD) เพื่อประเมินความทุกข์ ในการทำหน้าที่เป็นพ่อแม่ จำนวน 12 ข้อ
- Parent- Child Dysfunctional Interaction (P-CDI) เพื่อประเมินความเครียดจากความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก โดยวัดจากความรู้สึกของพ่อแม่เมื่อลูกไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จำนวน 12 ข้อ
- Difficult Child (DC) เพื่อประเมินความเครียดจากลักษณะพฤติกรรมของเด็ก จำนวน 12 ข้อ

หลังจากนั้นนำมารวมคะแนน (Total Stress) และผู้ที่มีคะแนนรวมระดับสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 85 ถือว่ามีความเครียดในการเลี้ยงบุตรสูงในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก โดยการประเมินค่า จาก 5คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly agree), เห็นด้วย (agree), ไม่แน่ใจ (not sure), ไม่เห็นด้วย (disagree), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly disagree) Abidin [27] ได้ทำการทดสอบ Test-retest reliability ค่าความเชื่อถือได้ เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่น (internal reliability) เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยเรื่องความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ ส่วนแบบทดสอบ PSI-SF ฉบับภาษาไทยแปลโดยฉวีพร พิทยรัตน์เสถียร ได้มีการนำไปใช้ในอีกการศึกษาหนึ่งซึ่งกระทำคู่ขนานไปกับการวิจัยนี้โดยมีขนาดตัวอย่าง 96 คนค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้อง

ภายในชุดเดียวกัน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.904

ตอนที่ 4 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดย ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร [28] ซึ่งได้นำไปทดสอบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.82 แบบประเมิน มีจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งในสองอย่าง (Dichotomous scale) กำหนดตอบเป็น “ถูก” หรือ “ผิด” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หากตอบได้ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน

ข้อความที่ต้องเลือกตอบ “ถูก” คือข้อที่ 1,2,6,7,8,9,11,12,14,16,18,19,20,23

ข้อความที่ต้องเลือกตอบ “ผิด” คือข้อที่ 3,4,5,10,13,15,17,21,22

ตอนที่ 5 แบบประเมินวัดความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อประเมินถึงความพึงพอใจของผู้ปกครอง และนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงใช้ต่อไป โดยให้ผู้ปกครองกรอกคะแนน และเลือกข้อที่คิดว่าตรงผลที่เกิดขึ้น จากการเข้าการอบรมมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยจิตเวชเด็ก ขออนุญาตขึ้นคลินิก เพื่อทำการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองที่นำเด็กสมาธิสั้นมาทำการรักษา ณ หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ทำการนำเสนอโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยการให้รายละเอียด เพื่อบอกวัน เวลา ของโปรแกรม โดยจะมีการจัดทำเอกสารรายละเอียดให้กับผู้ปกครอง โดยจะเปิดรับสมัครผู้ปกครองที่จะเข้าร่วมตามจำนวนที่กำหนดไว้
3. ก่อนการเข้าร่วมโครงการ ผู้ปกครองจะต้องกรอกแบบสอบถาม ตามที่ได้กำหนดไว้
4. เข้าร่วมโปรแกรมการอบรม แต่ละครั้ง รวมจำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง โดยการนัดหมาย ทุกวันศุกร์ เวลา 13.00-15.00น. ระหว่าง 2 กุมภาพันธ์ –23 มีนาคม พ.ศ.2550 หลังจากที่ผู้ปกครองเข้าร่วมการอบรมแล้วจะมีการวัดโดยใช้แบบสอบถามอีกครั้งทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ ตามหลักสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS for Window โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

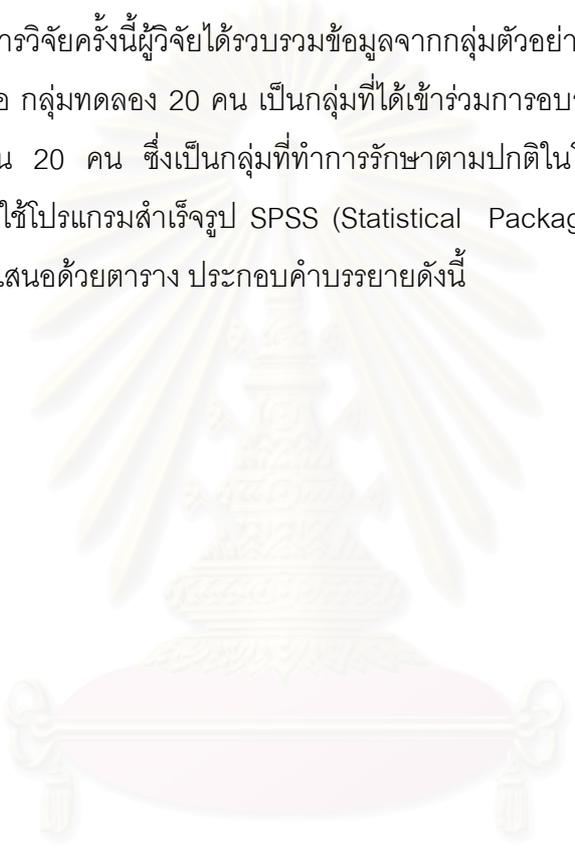
1. นำข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติสำหรับประเมินความแตกต่างที่เกิดขึ้นจากการวัดซ้ำในตัวอย่างเดิมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ได้แก่
 - แบบประเมินอาการพฤติกรรม SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham-IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย
 - แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านแต่ละเหตุการณ์ Home Situation Questionnaire
 - แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index – Short Form)
 - แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
3. เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กับความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มควบคุมที่วัดซ้ำในระยะเวลาเดียวกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มที่ได้เข้าร่วมการอบรมและทำการรักษาตามปกติ กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำการรักษาตามปกติในโรงพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science Program) และนำเสนอด้วยตาราง ประกอบคำบรรยายดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	10	2	10	4	10
หญิง	18	90	18	90	36	90
อายุ						
25-30ปี	3	15	5	25	8	20
31-40ปี	15	75	14	70	19	72.5
41-50ปี	2	10	1	5	3	15
ศาสนา						
พุทธ	19	95	18	90	37	92.5
คริสต์	1	5	2	10	15	7.5
อิสลาม	0	0	0	0	0	0
การศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	0	0	0	0
ประถมศึกษา	0	0	0	0	0	0
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0	0	0	0	0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	5	2	10	3	7.5
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	17	85	16	80	33	82.5
ปริญญาตรี	2	10	2	10	4	10
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	3	15	2	10	5	12.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	40	9	45	17	42.5
รับราชการ	5	25	7	35	12	30
แม่บ้าน/พอบ้าน	4	20	4	20	8	20
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน						
20,000-30,000 บาท	2	10	1	5	3	7.5
30,001-40,000 บาท	5	25	4	20	9	22.5
40,001-50,000 บาท	12	60	12	60	24	60
50,001-60,000 บาท	1	5	2	10	3	7.5
60,001-70,000 บาท	0	0	1	5	1	2.5
หนี้สิน						
ไม่มี	6	30	7	35	13	32.5
มีในระดับที่จัดการได้	12	60	12	60	24	60
มีมากและสร้างปัญหาให้ชีวิต	2	10	1	5	3	7.5
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5	1	5	2	25
สมรส/อยู่ด้วยกัน	16	80	17	85	33	82.5
สมรส/แยกกันอยู่	2	10	1	5	3	7.5
หย่าร้าง	0	0	1	5	1	2.5
คู่สมรสเสียชีวิต	0	0	0	0	0	0
กรณีอยู่กับคู่สมรส ความสัมพันธ์ในชีวิตครอบครัว						
ไม่เครียด	6	30	2	10	8	20
เครียดเล็กน้อย	6	3	8	40	14	35
เครียดปานกลาง	8	40	8	40	16	40
เครียดมาก	0	0	2	10	2	5

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพโดยทั่วไปของท่าน						
แข็งแรง	18	90	19	95	37	92.5
มีโรคประจำตัว	2	10	1	5	3	7.5

จากตารางที่ 1 ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มๆละ 20 คน พบว่า เป็นผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10 และเพศหญิง ร้อยละ 90 ซึ่งอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.5 และระดับการศึกษาของผู้ปกครองอยู่ในระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 82.5 และประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็น ร้อยละ 42.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 40,001-50,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 60 ซึ่งพบว่า รายได้มีความเพียงพอ ต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 90 มีภาระหนี้สิน แต่อยู่ในระดับที่จัดการได้คิดเป็น ร้อยละ 60 เกี่ยวกับสถานภาพสมรสนั้นผู้ปกครองส่วนใหญ่ สมรส และอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 82.5 และความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในภาวะเครียดปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 40

เมื่อนำมาทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่า ข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของเด็ก

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	70	16	80	30	75
หญิง	6	30	4	20	10	25
อายุ						
5-7ปี	12	60	11	55	32	57.5
8-12 ปี	8	40	9	45	17	42.5
กำลังศึกษาอยู่						
ประถมศึกษาตอนต้น	12	60	11	55	57.5	57.5
ประถมศึกษาตอนปลาย	8	40	9	45	42.5	42.5
ความสัมพันธ์กับเด็ก						
บิดา	2	10	2	10	4	10
มารดา	17	85	16	80	33	82.5
อื่นๆ	1	5	2	10	3	7.5
การมีส่วนในการดูแลเด็ก						
ดูแลคนเดียว	17	85	14	70	31	77.5
มีคนช่วยดูแล	3	15	6	30	9	22.5
เวลาที่ใช้ในการดูแลเด็กต่อวัน						
4-5 ชั่วโมง/วัน	12	60	14	70	65	65
6-7 ชั่วโมง/วัน	8	40	6	30	35	70
สุขภาพของเด็กทั่วไป						
แข็งแรง	16	80	18	90	34	85
มีโรคประจำตัว	4	20	2	10	15	15

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงข้อมูลทั่วไปของเด็ก

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เด็กได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่						
พ.ศ.2547	5	25	6	30	11	27.5
พ.ศ.2548	8	40	7	35	15	37.5
พ.ศ.2549	7	35	7	35	14	35
ยาที่เด็กได้รับ						
Ritalin	13	65	11	55	24	60
Concerta	7	35	9	45	16	40
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0
การทานยาของเด็ก						
สม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด	13	65	11	55	24	60
ไม่สม่ำเสมอ	7	35	9	45	16	40
การปรับพฤติกรรม						
สม่ำเสมอ(เด็กสามารถปฏิบัติตามกฎที่กำหนดได้)	11	55	8	40	19	47.5
ไม่สม่ำเสมอ (เด็กมีอาการต่อต้าน)	9	45	12	60	21	52.5

จากตารางที่ 2 พบว่าเด็กของผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง โดย คิดเป็นร้อยละ 75 และ ร้อยละ 25 ตามลำดับ อายุของเด็ก อยู่ระหว่าง 5-7 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 57.5 และส่วนใหญ่ กำลังศึกษา อยู่ระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการมีเวลาในการเลี้ยงดูเด็กเฉลี่ย ประมาณวันละ 5-6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 70 สุขภาพเด็กโดยทั่วไปแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 90 และเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น มากที่สุดในปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 37.5 ยาที่เด็กทานส่วนใหญ่คือ Ritalin คิดเป็นร้อยละ 60 โดยเด็กสามารถทานยาสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 60 โดยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการปรับพฤติกรรมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็น ร้อยละ 52.5 และเมื่อนำข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้าน เพศ

อายุ ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ และการทานยา และการปรับพฤติกรรมนั้น พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบทดสอบต่างๆ

ส่วนที่ 1 การประเมินความรุนแรงของอาการของโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษา โดยการใช้แบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรม Snap-IV (Short form)

ใน กลุ่มทดลองได้ผลดังตาราง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	Mean	Std.deviation	t	df	Sig
SNAP-IV					
Inatt pre	1.7162	.54236	1.231	19	.219
Inatt post	1.5389	.63294			
Him-pre	1.4935	.64819	-.870	19	.959
Him-post	1.6313	.52920			
Comb-pre	1.6028	.51054	.270	19	.790
Comb-post	1.5722	.57456			
Odd-pre	1.6313	.74833	1.688	19	.046*
Odd-post	1.3000	.54168			

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ เครื่องหมาย * แสดงถึงความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ ความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มการทดลองหลังจากที่ผ่านการอบรม พบว่า อาการของโรคสมาธิสั้น ในแง่ของ Inattention, Hyperactivity/Impulsivity และ

Combined ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่พบว่าในแง่ของ Oppositional Defiant พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	Mean	Std.deviation	t	Sig(2-tailed)
	Difference (post-pre)			
Inatt case	.17222	.62592	.966	.340
Inatt control	-.0444	.78435		
Him-case	-.11111	.57113	.091	.928
Him- control	-.1278	.58714		
Comb- case	.03056	.50645	.661	.513
Comb- control	-.0861	.60496		
Odd- case	.27500	.72842	1.530	.134
Odd- control	-.0563	.63799		

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ คะแนนความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของคะแนน SNAP-IV ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่วัดซ้ำในระยะเวลาเดียวกัน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์

โดยใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ (Home Situation Questionnaire) ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนปัญหา พฤติกรรมในบ้าน	Mean	Std.deviation	t	df	Sig(2-tailed)
Home-pre	4.2010	1.53061	1.547	19	.138
Home-post	3.5562	1.75265			

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองเมื่อมาเปรียบเทียบคะแนนปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นโดยประเมินจาก HSQ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	Mean	Std.deviation	t	Sig(2-tailed)
	Defference			
	(post-pre)			
Home-case	.6447	1.86434	1.585	.121
Home-control	-.1764	1.37514		

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ ในกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อนำคะแนนความแตกต่างเฉลี่ย (mean difference) ของความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นโดยประเมินจากปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณมาเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่3 การประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร

การศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามการประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร (PSI-SF) โดยแบบสอบถามจะมีทั้งหมด 36 ข้อ และสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ Parental Distress (PD) Parent-Child Dysfunction Interaction (P-CDI) และ Difficult Child (DC)

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนการประเมินความเครียด ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	Mean	Std.deviation	t	df	Sig(2-tailed)
ความเครียด					
PD-pre	37.40	6.84	2.406	19	.026*
PD post	32.50	5.395			
P-CDI-pre	29.15	5.393	.251	19	.804
P-CDI-post	28.65	7.741			
DC-pre	40.85	8.387	3.341	19	0.003*
DC-post	35.50	6.211			
Total-pre	107.40	14.507	2.767	19	.012*
Total-post	96.65	14.840			

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ เครื่องหมาย * แสดงถึงความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังพบว่ามีระดับความเครียดลดลง ในด้าน Parental Distress (PD) และ Difficult Child (DC) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แม้ว่าจากการวิจัยจะพบว่า Parent-Child Dysfunction Interaction (P-CDI) จะไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติอย่างมีนัยสำคัญเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันก่อนและหลังการทดลอง แต่เมื่อนำมาคำนวณ โดยการเปรียบเทียบผลรวม (Total Stress) พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับความเครียดลดลง ซึ่งกล่าวได้ว่า การประเมินความเครียดจาก

การดูแลบุตร ภายหลังจากการทดลองมีระดับความเครียดลดลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนน PSI-SF ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กับความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มควบคุมที่วัดซ้ำในระยะเวลาเดียวกัน

กลุ่ม	Mean	Std.deviation	t	Sig(2-tailed)
	Difference (post-pre)			
PD -case	4.90	9.107	.792	.433
PD -control	2.75	8.025		
PCDI -case	0.50	8.900	-.430	.669
PCDI control	1.70	8.730		
DC -case	5.35	7.162	1.172	.248
DC -control	1-60	12.386		
Total -case	10.75	17.372	.731	.469
Total control	6.05	22.899		

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ เมื่อนำความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนน PSI-SF ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมาทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 การวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

โดยการใช้แบบสอบถามการวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จำนวนทั้งหมด 23 ข้อ พบว่า

ตารางที่ 9 แสดงคะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของกลุ่มการทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	Mean	Std.deviation	t	df	Sig(2-tailed)
ความรู้ความเข้าใจ					
Know-pre	17.50	3.980	1.031	19	.316
Know-post	18.80	5.012			

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และเข้าใจโรคสมาธิสั้นสูงขึ้น ภายหลังได้เข้าร่วมการอบรม แต่ไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กับความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มควบคุมที่วัดซ้ำในระยะเวลาเดียวกัน

กลุ่ม	Mean	Std.deviation	t	Sig(2-tailed)
	Difference (post-pre)			
Know-case	2.65	4.146	1.94	0.60
Know-control	0.20	3.833		

ความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ จากการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 การทดสอบความพึงพอใจ

โดยใช้แบบทดสอบความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ ในกลุ่มทดลอง และนำมาวิเคราะห์พบว่า

ตารางที่ 11 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ปกครอง

ข้อมูลความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประโยชน์ที่ได้รับจากการอบรม		
มากที่สุด	17	85
มาก	2	10
ปานกลาง	1	5
ไม่ได้อะไรเลย	0	0
การใช้สื่ออุปกรณ์ที่เหมาะสม		
มาก	15	75
ปานกลาง	5	25
น้อย	0	0
ควรปรับปรุง	0	0
สถานที่วันเวลาที่มีความเหมาะสม		
มาก	17	85
ปานกลาง	3	15
น้อย	0	0
ควรปรับปรุง	0	0
ระยะเวลาต่อครั้ง		
มาก	18	90
ปานกลาง	2	10
น้อย	0	0
ควรปรับปรุง	0	0

ตารางที่ 11(ต่อ) แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ปกครอง

ข้อมูลความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเหมาะสมของระยะเวลาการอบรม		
มาก	18	90
ปานกลาง	1	5
น้อย	1	5
ควรปรับปรุง	0	0
หากมีการอบรมขึ้นอีก ท่านคิดว่า		
เข้าร่วมแน่นอน	16	80
เข้าร่วมแต่คิดดูก่อน	4	20
ไม่เข้าร่วม	0	0

ผลการวิเคราะห์ กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจ โดยพบว่า ประโยชน์ที่ผู้ปกครองได้รับหลังจากผ่านการอบรมคิดเป็นร้อยละ 85 การใช้อุปกรณ์ ถือว่าเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 75 สถานที่จัดการอบรมพบว่าอยู่ในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ ความพึงพอใจในระยะเวลาในการจัดการ อบรมต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90 ระยะเวลาจัดการอบรมอยู่ในระดับที่พอใจคิดเป็นร้อยละ 90และหากมีการจัดการอบรมในครั้งต่อไปพบว่าผู้ปกครองให้ความสนใจเข้าร่วมอย่างแน่นอนคิดเป็นร้อยละ 80

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ใช้การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการของโรคสมาธิสั้น คะแนนเฉลี่ยปัญหาทางพฤติกรรมในบ้านแต่ละเหตุการณ์ คะแนนเฉลี่ยของความเครียดจากการดูแลบุตร และคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทำการทดลอง โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองที่นำเด็กมาทำการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬา ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2550 มีจำนวนผู้ปกครองที่ทำการศึกษา 40 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ปกครองของเด็กที่นำเด็กมารักษาโรคสมาธิสั้นที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นและ/หรือได้รับการรักษาทางยาจนระดับยาอยู่ในระดับคงที่ โดยผ่านการอบรมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำนวน 8 ครั้ง

กลุ่มควบคุม เป็น ผู้ปกครองที่นำเด็กมารักษาโรคสมาธิสั้นที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นและ/หรือได้รับการรักษาทางยาจนระดับยาอยู่ในระดับคงที่ และทำการรักษาตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย คือ ผู้ปกครองที่ผ่านโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้น ลดความเครียดให้แก่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นมากขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประกอบด้วย
 แบบประเมินอาการสมาธิสั้นของเด็ก SNAP-IV (Short Version)
 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านแต่ละเหตุการณ์ (Home Situation Questionnaire)
 แบบประเมินความเครียดของผู้ปกครอง (PSI-SF)
 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
 แบบประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ

ผู้ทำการวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูล หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบค่าที(T test) โดยใช้โปรแกรม SPSS กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10 และเพศหญิง ร้อยละ 90 ซึ่งอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.5 และระดับการศึกษาของผู้ปกครองอยู่ในระดับอาชีวศึกษา/อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 82.5 และประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็น ร้อยละ 42.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 40,001-50,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ60 ซึ่งพบว่า รายได้มีความเพียงพอ ต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 90 มีภาระหนี้สิน แต่อยู่ในระดับที่จัดการได้คิดเป็น ร้อยละ60 เกี่ยวกับสถานภาพสมรสนั้นผู้ปกครองส่วนใหญ่ สมรส และอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 82.5 และความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในภาวะเครียดปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 40

สรุปได้ว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ หนี้สิน และสถานะสมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) พบว่าความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มการทดลอง ทางด้าน Inattention, Hyperactivity/Impulsivity และ Oppositional Defiant หลังจากที่ผ่านมาการอบรม พบว่า อาการของโรคสมาธิสั้น ในแง่ของ Inattention, Hyperactivity/Impulsivity ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่พบว่าในแง่ของ Oppositional Defiant มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าที (Independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบ Paired t-test พบว่า ปัญหาพฤติกรรมในบ้านไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการ

เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนการประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้าน ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้ค่าที (Independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน

4.จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเครียด ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบแบบ Paired t-test พบว่าเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังพบว่ามีระดับความเครียดลดลง ในด้าน Parental Distress (PD) โดยก่อนการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 37.4 หลังการทดลองลดลงอยู่ที่ 32.5 และ Difficult Child (DC) โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 40.85 หลังการทดลองอยู่ที่ระดับ 35.5 สรุปได้ว่า ด้าน Parental Distress และ Difficult Child (DC) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แม้ว่าจากการวิจัยจะพบว่า Parent-Child Dysfunction Interaction (P-CDI) จะไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติอย่างมีนัยสำคัญเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันก่อนและหลังการทดลอง แต่เมื่อนำมาคำนวณ โดยการเปรียบเทียบผลรวม (Total Stress) พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับความเครียดลดลง ซึ่งกล่าวได้ว่า การประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร ภายหลังจากการทดลองมีระดับความเครียดลดลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อนำความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความเครียดมาทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าที (Independent t-test) พบว่าในสองกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

5.จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของ กลุ่มการทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบแบบ Paired t-test กลุ่มทดลอง มีความรู้และเข้าใจโรคสมาธิสั้นมากขึ้น โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.5 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18.80 แต่เมื่อนำมาคำนวณไม่พบว่ามี ความแตกต่างทางด้านสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จากการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

6.กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจ โดยพบว่า ประโยชน์ที่ผู้ปกครองได้รับหลังจากผ่านการอบรมคิดเป็นร้อยละ 85 การใช้อุปกรณ์ ถือว่าเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 75 สถานที่จัดการอบรมพบว่าอยู่ในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ ความพึงพอใจในระยะเวลาในการจัดการ อบรมต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90 ระยะเวลาจัดการอบรมอยู่ในระดับที่พอใจคิดเป็นร้อยละ 90 และหากมีการจัดการอบรมในครั้งต่อไปพบว่าผู้ปกครองให้ความสนใจเข้าร่วมอย่างแน่นอนคิดเป็นร้อยละ 80

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าอาการของโรคสมาธิสั้น ในแง่ของ Inattention, Hyperactivity/Impulsivity ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่พบว่าในแง่ของ Oppositional Defiant พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าที (Independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Salbach H และคณะ [20] ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการอบรมพ่อแม่เด็กสมาธิสั้น โดยการอบรมพบว่า สามารถลดอาการหลักของเด็กสมาธิสั้น ปัญหาการทำการบ้าน และปัญหาทั่วไป เกี่ยวกับเด็กได้ เช่นเดียวกับ Cousins Ls. และ Weiss G. [16] ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยจัดการฝึกอบรม การสอนทักษะการเข้าสังคมให้กับพ่อแม่ที่มีเด็กสมาธิสั้น โดยการสอนจิตสังคม ให้คำแนะนำทางด้านการดูแล พบว่า หลังจากที่มีการอบรมพ่อแม่ เด็กสามารถมีพัฒนาการในการปรับตัวอยู่กับเพื่อนได้ดีขึ้น สามารถเรียนหนังสือได้ดีมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิม และมีพฤติกรรมที่ดีเวลาออกสังคม

นอกจากนี้ยังพบว่าพ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นมีผลต่อการอบรมต่อความสำเร็จของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาของ Bark EJ และ คณะ [31] ที่พบว่า การลดอาการสมาธิสั้นในแม่ของเด็กที่เป็นสมาธิสั้นเป็นผลให้เกิดความสำเร็จในการจัดการอบรมผู้ปกครอง ซึ่งจากรายงานการวิจัย ได้ทำการศึกษาย้อนหลังจากเด็กที่เป็นสมาธิสั้น และได้ทำการเชิญแม่ของเด็ก เข้าร่วมการอบรม โดยการจัดแม่ออกเป็นกลุ่มโดยใช้แบบทดสอบอาการ ADHD ในผู้ใหญ่ พบว่าหลังจากการอบรม เด็ก และแม่มีอาการของโรคดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นทั้งแม่และเด็กด้วย

ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การศึกษาค้นคว้านี้ไม่ตรงกับการศึกษาในผู้วิจัยอื่นๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าเนื่องจากโปรแกรมมุ่งเน้นที่การปรับพฤติกรรมและการดูแลบุตรของผู้ปกครองมากกว่ามุ่งที่อาการสมาธิสั้นของเด็กโดยตรง ผลของการลดอาการสมาธิสั้นจึงอาจไม่ปรากฏชัดเจน แต่ในขณะเดียวกันผลต่ออาการต่อต้านด้านอาจชัดเจนกว่าเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ปกครองมากกว่า

2.จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบ Paired t-test พบว่า ปัญหาพฤติกรรมในบ้านไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้าน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าที (Independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างในแง่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษาคือสิ่งแวดล้อม ตรงกับ อูมาพร ตรังคสมบัติ [13] ได้กล่าวว่า อาการของโรคสมาธิสั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งทุกคนที่มีส่วนในการเลี้ยงดูเด็ก ควรมีการปรับพฤติกรรมเด็กไปในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยหลักของการอบรมผู้ปกครองนั้น คือการปฏิบัติและการเคร่งครัดต่อกฎของบ้าน แต่จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการอบรมนั้น เข้าร่วมเฉพาะบางคน จึงอาจจะส่งผลต่อ แนวทางในการปฏิบัติตน ของผู้ปกครองแต่ละท่านแตกต่างกัน ทำให้เด็กเกิดความสับสน และไม่สามารถลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวในสังคมไทยนั้นมีความแตกต่างกับสังคมของต่างชาติเนื่องจาก สังคมไทยมักเป็นครอบครัวที่อาศัยรวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย ดังนั้นจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลของการศึกษาออกมาเป็นเช่นนี้

3.จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเครียด ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบแบบ Paired t-test พบว่าเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังพบว่ามีความเครียดลดลง ในด้าน Parental Distress (PD) โดยก่อนการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 37.4 หลังการทดลองลดลงอยู่ที่ 32.5 และ Difficult Child (DC) โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 40.85 หลังการทดลองอยู่ที่ระดับ 35.5 สรุปได้ว่า ด้าน Parental distress และ Difficult Child (DC) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แม้ว่า จากการวิจัยจะพบว่า Parent-Child Dysfunction Interaction (P-CDI) จะไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติอย่างมีนัยสำคัญเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันก่อนและหลังการทดลอง แต่เมื่อนำมาคำนวณ โดยการเปรียบเทียบผลรวม (Total Stress) พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับความเครียดลดลง ซึ่งกล่าวได้ว่า การประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร ภายหลังจากการทดลองมีระดับความเครียดลดลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิจัยในครั้งนี้ตรงกับการศึกษาในต่างประเทศของ Tynan W D. [29] ซึ่งกล่าวไว้ว่าการอบรมผู้ปกครองสามารถ ลดภาวะความเครียดได้ และยังสามารถเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังตรงกับ Anastopoulos และคณะ [14] ได้ทำการศึกษาการจัดการอบรมผู้ปกครองโดยพบว่า ผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมจะมีความเข้าใจถึงบทบาทของการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้อง ลดภาวะความเครียด และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปกครองในด้านการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้ โดยประเมินจาก Home Situations Questionnaire-Revised (HSQ-R), Parenting Stress Index (PSI), The Global Severity Index (GSI) ซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้ปกครองที่ผ่านการอบรมมีผลดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64 นอกจากนี้พบว่าการจัดการอบรมผู้ปกครองนั้น เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ทำการพูดคุยและแลกเปลี่ยนทัศนคติกัน อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มได้เปิดเผยความรู้สึก เนื่องจากการจัดการอบรมผู้ปกครองจะจัดเป็นระบบกลุ่ม ซึ่งแนวทางการปฏิบัติจะมีความใกล้เคียงกับการทำกลุ่มบำบัด ทำให้ผู้ปกครองได้รับรู้ว่า ทุก ๆ คนก็เผชิญปัญหาเหมือนกับตัวเอง รวมทั้งได้มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะความเครียดของผู้ปกครองลงได้ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ปกครองในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการอบรม

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยความเครียดของผู้ปกครองที่เกิดขึ้นนั้น นอกจากเกิดจากเด็กแล้วยังสามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่น ดังเช่นการศึกษาของ Rosell B. และคณะ [30] ซึ่งได้ศึกษาบทบาทของพ่อแม่ในด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้นโดยศึกษาถึงผลกระทบในครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้น ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็ก และเด็กกับพี่น้อง การใช้ชีวิตในสังคม และความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อเด็กสมาธิสั้น ศึกษาจากพ่อแม่ 36 คู่ พบว่า พ่อแม่มีความเครียดร้อยละ 89 มีความไม่สบายใจในการปัญหาพฤติกรรมของบุตรร้อยละ 64 และมีปัญหาทะเลาะกับคู่สมรส ร้อยละ 50

4.จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของกลุ่มการทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบแบบ Paired t-test กลุ่มทดลอง มีความรู้และเข้าใจโรคสมาธิสั้นมากขึ้น ไม่มีความแตกต่างทางด้านสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Barkley [32] พบว่าการจัดการอบรมผู้ปกครองจะเป็นการเพิ่มความรู้ให้กับผู้ปกครองได้อย่างดี รวมถึงสามารถให้ผู้ปกครองได้เข้าใจถึงกลไกการพัฒนาและให้ผู้ปกครองได้เข้าใจ ถึงธรรมชาติของเด็ก รวมถึงเข้าใจพื้นฐานอารมณ์ของเด็ก และลักษณะของผู้ปกครองและเด็ก อีกทั้งเรียนรู้เรื่องการปรับทัศนคติในการเลี้ยงลูกอีกด้วย รวมถึง แตกต่างจาก Weinberg HA. [19] ได้ทำการศึกษาโดยการจัดการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยการสอนให้

ผู้ปกครองเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน การสอนการปรับตัวพฤติกรรมของเด็ก โดยการที่ผู้ปกครองต้องทำแบบทดสอบทั้งก่อนและหลังการอบรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สามารถเพิ่มความเข้าใจของผู้ปกครองได้

สาเหตุที่แตกต่างจากการวิจัยอื่นๆ ผู้วิจัยคิดว่า ระดับความรู้ของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมการอบรมนั้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 17.50 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนอยู่ในระดับสูง จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการการอบรมผู้ปกครองครั้งนี้มีระดับความรู้ความเข้าใจสูง และเมื่อนำมาทำการเปรียบเทียบหลังการอบรมจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

แม้ว่าผลที่ได้จะไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ แต่ภายหลังจากทำวิจัยพบว่า ได้ทำการสัมภาษณ์และพูดคุยพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวต่อเด็กมากขึ้น ภายหลังจากที่ได้ทำการปฏิบัติในระหว่างการอบรม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ปกครองหลายท่านได้สังเกตเห็นถึงการอบรมซึ่งส่วนใหญ่ อยากรู้ให้คู่สมรสได้มีโอกาสในการเข้าร่วมการอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กมากขึ้นอีกทางหนึ่ง

กล่าวโดยสรุปจากการทำการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างจากการวิจัยอื่นๆ ซึ่งอาจจะเป็นผลเนื่องจาก ความชำนาญของผู้ทำการวิจัย ความสามารถในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเด็กของผู้ปกครองที่ดูแล วัฒนธรรมการเลี้ยงดูดูแลเด็กของแต่ละครอบครัว จำนวนของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตัว กฎเกณฑ์ต่างๆที่ใช้กับเด็ก อาการของเด็กสมาธิสั้นของเด็กแต่ละคน อาจจะมี ความแตกต่างกัน ซึ่งต้องใช้เวลาให้เห็นผลต่อความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเด็ก รวมถึงการที่โปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นเรื่อง Inattention และHyperactivity มากนัก

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องด้วยเวลาและงบประมาณในการวิจัยมีจำกัด จึงสามารถทำการวิจัยได้เฉพาะผู้ปกครองบางส่วนเท่านั้น แต่อย่างไรก็ดีทางผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนตัวอย่าง เพื่อจะนำมาเป็นตัวแทนของข้อมูลทั้งหมดได้ แต่ทั้งนี้หากมีผู้สนใจอาจจะขยายผลต่อเพื่อเป็นการพัฒนาโปรแกรมต่อไป และเนื่องจากโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นนั้น เป็นโปรแกรมการอบรมอย่างต่อเนื่อง อาจจะทำให้เกิดปัญหาการถอนตัวจากการอบรมทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ โดยทางผู้วิจัยได้ทำการแก้ปัญหาโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองอย่างละเอียด และมีการประเมินความพร้อมของผู้ปกครองไว้ล่วงหน้า โดยเลือกทำการอบรมในวันศุกร์บ่าย ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีโอกาสมากกว่าวันอื่น เพื่อเพิ่มความสะดวกของการเข้าร่วมโครงการของผู้ปกครอง และลดโอกาสของการ

ถอนตัวจากโปรแกรมการอบรม และในแต่ละครั้งของการอบรมจะมีการเสนอแนะเวลาการเข้าอบรม เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปกครองอีกด้วย อาทิ การกำหนดช่วงเวลาในการอบรมร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มอุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรม เช่นการทำหนังสือคู่มือการอบรม ให้ความรู้ รวมทั้งสื่อต่างๆ เช่น วิดีโอ หรือ สไลด์ เพื่อเพิ่มความน่าสนใจให้กับการอบรม
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งเพิ่มจำนวนกลุ่มในการศึกษา เพื่อ จะได้เห็นผลของการศึกษาอย่างชัดเจนขึ้น
3. ควรมีการติดตามผลระยะยาว ถึงผลของการอบรมต่อพฤติกรรมของเด็ก และภาวะความเครียดของผู้ปกครอง รวมถึงความทำการสุ่มเก็บตัวอย่าง เพื่อดูความสัมพันธ์ของความเครียดของผู้ปกครองในระยะต่างๆ เช่น ปิดภาคเรียนกับเปิดภาคเรียน
4. ควรทำการศึกษาในเด็กกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ปกครองของเด็กพิเศษโรคอื่น เพื่อได้มีความรู้และความเข้าใจ รวมถึงสามารถแก้ปัญหาต่างๆได้
5. ควรจัดให้มีโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น อยู่ในกระบวนการรักษาเด็กสมาธิสั้นทั่วไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้มากขึ้น นอกเหนือจากการใช้ยาซึ่งเป็นการรักษาหลักอยู่ในปัจจุบัน

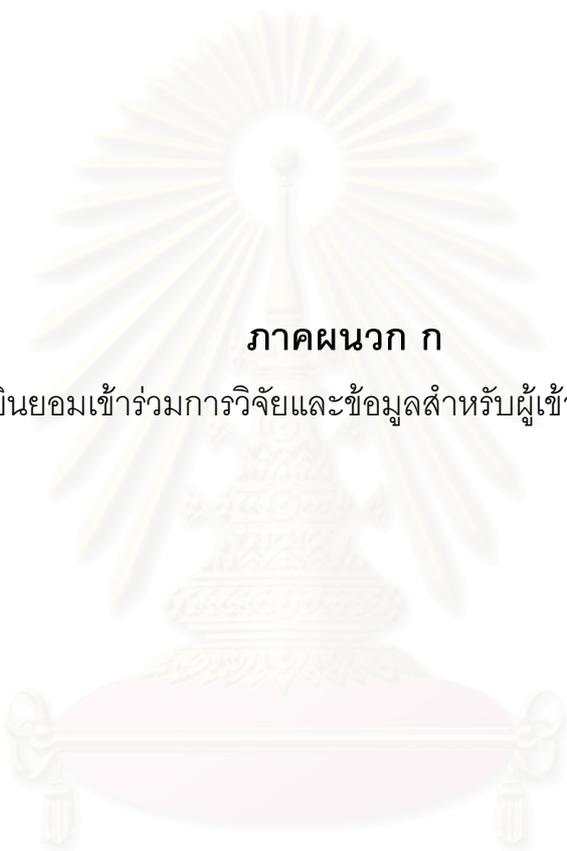
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- [1] เบญจพร ปัญญาียง. **คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น**. ศูนย์สุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.2543:1-36.
- [2] อลิสา วัชรสินธุ. **โรคสมาธิสั้น**.จิตเวชเด็ก.สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546:61-69.
- [3] ชาญวิทย์ พรนภดล. **โรคชชน-สมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-ADHD)**. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น.2545:209-219.
- [4] Wells,K.C., Epstein,J.N., Hinshaw,S.P., Conner,C.K., Klaric,J., Abikoff,H.B., Abramowitz,A., Arnold,L.E., Elliott,G., Greenhill,L.L., Hechtman,L., Hoza,B., Jensen,P.S., March,J.S., Pelham,W., JR., Pfiffner,L., Severe,J., Swanson,J.M., Vitiello,B. and Wigal,T. **Parent and Family Stress Treatment Outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) : An Empirical Analysis in MTA Study.** Journal of Abnormal Child Psychology. 2000. 28(6):543-553.
- [5] นงพงา ลิ้มสุวรรณ. **โรคสมาธิสั้น**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- [6] Wacharasindhu,A, and Panyayong,P.Psychiatric disorders in Thai school-aged Children: I Prevalence.Journal of the Medical Association of Thailand.2002:85.
- [7] อุมพร ตังคสมบัติ. **โรคสมาธิสั้น**. ใน สาขาจิตติบำบัด (บรรณาธิการ), **ตำรากุมารจิตเวชศาสตร์**,หน้า 306-7 .กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพวารสาร, 2539.
- [8] กรมสุขภาพจิต. **การพัฒนาแบบประเมินและการวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์**.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- [9] Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. **Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder.** J Abnorm Child Psychol. 1992 ; 5:503-20.
- [10] S.van der Oord , [Prins PJ](#), [Oosterlaan J](#), [Emmelkamp PM](#). **The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD.** [Behav Res Ther.](#) 2006: 5.
- [11] Pisterman,S., McGrath,P., Firestone,P., Goodman,J.T., Webster,L., and Mallory,R. **Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with Attention Deficit**

- Disorder with Hyperactivity. Journal of consulting and Clinical Psychology.1989.57:628-635.
- [12] จอม ชุ่มช่วย. Parent Training Programs. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น.2545:425-430.
- [13] Anastopoulos,A.D., Smith,J.M. and Wien,E.E. Counseling and Training Parents. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for Diagnosis and treatment. 2nd edition.London: 1998. 373-393.
- [14] Anastopoulos,A.D., Shelton,T.L., DuPoul,B.J. and Guevremant. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. Journal of Abnormal child Psychology. 1993.21:581-596.
- [15] Erhardt,D. and Baker,B.L. The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1990.21(2): 121-32.
- [16] Cousin,L.S. and Weiss,G. Parent training and social skill training for children with attention deficit hyperactivity disorder: how can they be combined for greater effectiveness? Can J Psychiatry. 1993. 38(6): 449-57.
- [17] Webster-Stratton. Advancing Videotape Parent Training: A comparison Study. Journal of consulting and Clinical Psychology. 1994. 62(3): 583-593.
- [18] Weinberg,H.A. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: parental and child outcome. J Clin Psychol. 1999. 55(7):907-13.
- [19] Huang, H.L., Chao, C.C.,Tu,C.C. and Yang, P.C.. Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention deficit/ hyperactivity disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2003. 57(3):907-13.
- [20] Salbach,H., Lenz,K., Huss,M., Vogel,R., Felsing,D. and Lehmkuhl,U. Treatment effects of parent management training for ADHD. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2005.33(1): 59-68.
- [21] ปิยะลัมพร หะวานนท์ **หลักการทําวิจัยให้สำเร็จ**. ศูนย์วิทยการวิจัยแพทยศาสตร คณะ แพทยศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2548:125-130.
- [22] Feinfield KA. and Baker BL. Empirical support for a treatment program for families of young children with externalizing problems.Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.2004.33(1):182-195.

- [23] Collett,B.R.,OHAN,J.L.and Myers, K.M. Ten-year review of rating scales.V:Scale Assessing Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder.J.AM.ACAD.CHILD ADOLESC.PSYCHIATRY.2003:42(9):
- [24] Stevens ,J.,Quittner .AL.,Abikoff H. Factors influenceing elementary school teacher rating of ADHD and ODD behaviors. J Am Acad Child Psychol.1998:27;406-414.
- [25] Swanson,J.M.,Kraemer,H.C.,Hinshaw ,S.P. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2001.40:168-179
- [26] Green,M.J.and Altepeter,TS. Factor structures of the Home Situation Questionnaire and the School Situations Questionnaire. J Pediatr Psychol.1991;16 (1):59-97.
- [27] Abidin,R. R. Parenting Stress Index-short form: Test manual. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press. 1990.
- [28] ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร. วิทยานิพนธ์เรื่องความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อโรคสมาธิสั้นของครูชั้นประถมศึกษาปีที่1และ2 โรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานครในเขตปทุมวัน.ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
- [29] Tynan,W.D.What is ADHD?.The Nemours Foundation.2005.
- [30] Barke ,E.J.Daley,D. and Thompson,M. Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD?. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2002;41(6):696-702.
- [31] Barkley,R.A. Psychosocial treatments for attention-deficit/ hyperactivity disorder children. Journal of Clinical Psychiatry.2002;63:36-43.



ภาคผนวก ก

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง
ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

เรียนท่าน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการ อบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยดังต่อไปนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็ก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยจะทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมด้านการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก รวมถึงความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น โดยจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 15 คน จัดการอบรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งจะมีกิจกรรมและจัดการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามให้ท่านตอบ ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินและตอบเองทั้งหมด ในกรณีที่ท่านไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ และกรอบบแบบสอบถามจากคำตอบของท่าน แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง

ตอนที่ 4 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จำนวน 23 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การตอบคำถามทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

ตอนที่ 5 เป็นแบบทดสอบความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองต่อไป

การเข้าร่วมศึกษานี้ ไม่มีผลต่อการรักษาของเด็กสมาธิสั้นที่ท่านการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตามปกติ เพียงแต่เป็นการอบรมที่เพิ่มขึ้น จากรักษาเดิม และผลที่ได้ยังนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเพื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม อีกทั้งเป็นการศึกษาที่ยังไม่มีรายงานในประเทศไทย ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นและนำไปสู่ประสิทธิผลในการรักษาโรคสมาธิสั้นในระดับต่อไป



7 S.R. 2549

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น
หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียนท่าน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ขอให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยดังต่อไปนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็ก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยจะทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมด้านการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก รวมถึงความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น โดยจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษาระมาณ 15 คน จัดการอบรมทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งจะมีกิจกรรม และจัดการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามให้ท่านตอบ ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินและตอบเองทั้งหมด ในกรณีที่ท่านไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ และกรอแบบสอบถามจากคำตอบของท่าน แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น

ตอนที่ 2 เป็นชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นชุดของแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง

ตอนที่ 5 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จำนวน 23 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าคำตอบคำถามทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

ตอนที่ 6 เป็นแบบทดสอบความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองต่อไป

การเข้าร่วมศึกษานี้ ไม่มีผลต่อการรักษาของเด็กสมาธิสั้นที่ทำการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตามปกติ เพียงแต่เป็นการอบรมที่เพิ่มขึ้น จากการรักษาเดิม และผลที่ได้ยังนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเพื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม อีกทั้งเป็นการศึกษาที่ยังไม่มีรายงานในประเทศไทย ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นและนำไปสู่ประสิทธิผลในการรักษาโรคสมาธิสั้นในระดับต่อไป

การเข้าร่วมศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่เด็กสมาธิสั้นจะได้รับจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ สัตวแพทย์หญิง เทพสิรินทร์ มากบุญศรี นิสิตปริญญาโทภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ หรือ โทร. 0-5 835-4470 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

ขอพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

สัตวแพทย์หญิง เทพสิรินทร์ มากบุญศรี

ใบยินยอมเลขที่.....

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง:ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

วัน.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น

วิธีการวิจัยจำทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งครอบคลุมเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องและระดับความเครียด ผลของการประเมินโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละคนไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยในรูปของสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิ์ในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(สพ.ญ. เทพสิรินทร์ มากบุญศรี)

ในกรณีผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะ โดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ โดยชอบด้วย

กฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(สพ.ญ. เทพสิรินทร์ มากบุญศรี)



ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไปของตัวท่านและเด็กที่ท่านดูแลอยู่ กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 - ข้อมูลของผู้ปกครอง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ศาสนา
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (ระบุ)
4. การศึกษา
 ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย
 อาชีวศึกษา / อนุปริญญา ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อื่น ๆ (ระบุ)
5. อาชีพของท่าน
 รับจ้าง / พนักงานบริษัท ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ วิชาชีพอิสระ (เช่น สถาปนิก ศิลปิน)
 เกษตรกรรม แม่บ้าน / พ่อบ้าน
 อื่นๆ (ระบุ)
6. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ บาท
7. รายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต เพียงพอ ไม่เพียงพอ
- 8.หนี้สิน ไม่มี มีในระดับจัดการได้ มีมากและสร้างปัญหาให้ชีวิต
9. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส / อยู่ด้วยกัน (ตอบข้อ 10 ต่อ)
 สมรส / แยกกันอยู่ หย่าร้าง
 คู่สมรสเสียชีวิต อื่นๆ (ระบุ)
10. กรณีที่อยู่กับคู่สมรส ท่านประเมินความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสปัจจุบันของท่านว่า....

- ไม่เครียด เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก
11. ปัจจุบันครอบครัวมีสมาชิกทั้งสิ้น คน ประกอบด้วย
12. สุขภาพโดยทั่วไปของท่าน แข็งแรง มีโรคประจำตัว (ระบุ)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 - ข้อมูลของเด็ก

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี วันเดือนปีเกิด
3. กำลังศึกษาชั้น
4. ท่านสัมพันธ์กับเด็กเป็น มารดา บิดา อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ท่านมีส่วนในการดูแลเด็ก
 - ดูแลคนเดียว แต่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น
 - มีคนช่วยดูแลเด็ก ได้แก่
6. โดยเฉลี่ยแล้ว ท่านใช้เวลาในการดูแลเด็ก ในวันที่เด็กเรียนหนังสือ ชั่วโมง / วัน
ในวันหยุด ชั่วโมง / วัน
7. เด็กมีพี่น้อง (รวมตัวเด็ก) คน เด็กเป็นบุตรคนที่
8. สุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก แข็งแรง มีโรคประจำตัว (ระบุ)
9. เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ.
10. ยาที่ได้รับ.....
 - ทานยาสม่ำเสมอ ทานยาไม่สม่ำเสมอ
11. การปรับพฤติกรรม.....
 - ปรับพฤติกรรมสม่ำเสมอ ปรับพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ
12. โดยภาพรวมแล้ว หลังจากเด็กเข้ารับการรักษา
 - อาการดีขึ้นอย่างมาก
 - อาการดีขึ้น
 - อาการคงเดิม
 - อาการแย่ลง
 - อาการแย่ลงอย่างมาก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

ข้อมูลเด็ก เพศ อายุ ปี ชั้นเรียน.....

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น วันที่ประเมิน

.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

ลักษณะของเด็ก	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	สำหรับ ผู้วิจัย
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่าง ๆ เช่น การบ้าน					
2. ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้					
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ					
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น					
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
7. ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)					
8. วอกแวกง่าย					
9. ขี้ลืม					
Total In = , Average = (Parent 1.78, Teacher 2.56)					
11. มือทำยุกยิก นั่งบิดไปบิดมา					
12. นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งเรียบร้อย					
13. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ					
14. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น					
15. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน "ติดเครื่อง" อยู่ตลอดเวลา					
16. พูดมาก					
17. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
18. ไม่ชอบรอคิว					
19. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)					

Total H/Im =	, Average =	(Parent 1.44, Teacher 1.78)			
Total C =	, Average =	(Parent 1.67, Teacher 2.00)			
21. อารมณ์เสื่อง่าย					
22. ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่					
23. ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้					
24. จงใจก่อกรวนผู้อื่น					
25. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด					
26. ขี้รำคาญ					
27. โกรธซึ่งบ่งตั้งเป็นประจำ					
28. เจ้าคิดเจ้าแค้น					
Total ODD =	, Average =	(Parent 1.88, Teacher 1.38)			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านในแต่ละสถานการณ์ (Home Situations Questionnaire)

คำอธิบาย ท่านคิดว่าเด็กที่ท่านกำลังประเมินมีปัญหาไม่เชื่อฟังท่านในสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่? ถ้ามีปัญหาขอให้ท่านวงกลมล้อมรอบคำว่า “มี” และวงกลมตัวเลขทางด้านขวามือเพื่อระบุความรุนแรงของปัญหา ถ้าไม่มีให้วงกลมคำว่า “ไม่มี” แล้วข้ามไปอ่านข้อต่อไป

สถานการณ์	ปัญหา		ถ้ามี โปรดระบุความรุนแรงของปัญหา								
	ไม่มี	มี	น้อย						มาก		
1.ขณะที่เด็กเล่นคนเดียว	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.ขณะที่เด็กเล่นกับเด็กอื่น	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.เมื่อถึงเวลาอาหาร	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.ขณะแต่งตัว	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.เมื่อถึงเวลาอาบน้ำ	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.ขณะที่คุณกำลังโทรศัพท์	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.ขณะดูโทรทัศน์	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.ขณะที่มีแขกมาเยี่ยมบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.ขณะที่ออกไปเยี่ยมบ้านผู้อื่น	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ เช่น ร้านอาหาร, ห้างสรรพสินค้า	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.เวลาที่บิดาอยู่บ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.เมื่อบอกให้เด็กทำงานบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.เมื่อบอกให้เด็กทำการบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.เมื่อถึงเวลานอน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.ขณะที่อยู่ในรถ	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.ขณะที่อยู่กับพี่เลี้ยง	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
สำหรับผู้วิจัย											
รวมจำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา =											
คะแนนความรุนแรงเฉลี่ย (Mean severity score) =											

ตอนที่3 แบบประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร (PSI-SF)

คำแนะนำ – แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 36 ข้อ จงอ่านและตอบคำถามในแต่ละข้อตามความรู้สึกที่ท่านมีต่อตนเองและเด็กที่ท่านกรอกชื่อด้านบน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.ฉันมักรู้สึกว่าการจัดการเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้ไม่ดีนัก					
2.ฉันยอมสละชีวิตส่วนตัวของฉันเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกมากกว่าที่ตัวฉันเองเคยคาดไว้					
3.ฉันรู้สึกติดบ่วงความรับผิดชอบของการเป็นพ่อแม่					
4. ตั้งแต่มีลูกคนนี้ ฉันไม่สามารถทำอะไรใหม่หรือแตกต่างไปจากเดิมได้เลย					
5.ตั้งแต่มีลูก ฉันรู้สึกว่าฉันแทบไม่ได้ทำในสิ่งที่ฉันชอบทำเลย					
6.ฉันรู้สึกไม่พอใจเสื้อผ้าที่ฉันซื้อให้ตนเองครั้งหลังสุด					
7.มีหลายสิ่งหลายอย่างในชีวิตที่รบกวนจิตใจของฉันอยู่					
8.การมีลูกก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคู่สมรสของฉันมากกว่าที่ตัวฉันเคยคาดไว้					
9.ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มีเพื่อน					
10.เวลาฉันไปงานเลี้ยง ฉันมักคาดไว้ล่วงหน้าว่าฉันคงไม่สนุก					
11.ฉันไม่สนใจผู้คนเหมือนที่เคยสนใจ					
12.ฉันไม่รู้สึกสนุกกับสิ่งต่าง ๆ เหมือนที่เคย					
13.ลูกของฉันแทบไม่เคยทำในสิ่งที่ทำให้ฉันรู้สึกดี					
14.บางครั้งฉันรู้สึกว่าลูกไม่ชอบฉันและไม่ต้องการอยู่ใกล้ชิดฉัน					
15. ลูกของฉันยืมให้ฉันน้อยกว่าที่ฉันคาดหวังไว้					
16. เวลาฉันทำสิ่งต่างๆให้ลูก ฉันมีความรู้สึกว่าลูกมองไม่เห็นค่าในความพยายามของฉัน					
17.ลูกของฉันมักไม่หัวเราะหรือคิกคักเวลาเล่น					
18. ลูกของฉันดูเหมือนจะเรียนรู้ไม่เร็วเท่าเด็กคนอื่นๆ					

19. ลูกของฉันดูเหมือนจะยิ้มไม่มากเท่าเด็กคนอื่น ๆ				
20. ลูกของฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆได้มากเท่าที่ฉันคาดหวังไว้				
21. เป็นเรื่องยากและใช้เวลานานมากสำหรับลูกของฉันที่จะคุ้นเคยกับอะไรใหม่ ๆ				
22. -- -- --				
23. ฉันอยากรู้สึกใกล้ชิดกับลูกมากกว่าที่เป็นอยู่				
24. บางครั้งลูกก่อวณฉันเหมือนตั้งใจจะยั่วให้ฉันโกรธ				
25. ลูกของฉันดูจะงอแงหรือร้องไห้บ่อยกว่าเด็กทั่วไป				
26. ลูกของฉันมักตื่นขึ้นมาด้วยอารมณ์ที่ไม่แจ่มใส				
27. ฉันรู้สึกว่าลูกของฉันอารมณ์ฉุนเฉียวและหงุดหงิดง่าย				
28. ลูกของฉันมักทำบางสิ่งบางอย่างที่รบกวนฉันอย่างมาก				
29. ลูกของฉันมีปฏิกิริยาตอบโต้รุนแรงมากในเรื่องที่เขา รู้สึกไม่พอใจ				
30. ลูกของฉันหงุดหงิดง่ายแม้ในเรื่องเล็กน้อย				
31. เป็นเรื่องยากมากที่จะทำให้ลูกของฉันกินนอนเป็นเวลาตามตารางที่วางไว้				
32. -- -- --				
33. -- -- --				
34. มีบางเรื่องที่ลูกของฉันทำแล้วรบกวนฉันเป็นอย่างมาก				
35. ลูกของฉันสร้างปัญหามากกว่าที่ฉันเคยคาดไว้				
36. ลูกของฉันเรียกร้องสิ่งต่าง ๆ จากพ่อแม่มากกว่าเด็กทั่วไป				

โปรดเลือกข้อความที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดจากตัวเลือก 1-5 ด้านล่างนี้

22. ฉันรู้สึกว่าฉัน

1. เป็นพ่อแม่ที่ไม่ดีเอาเลย
2. เป็นพ่อแม่ที่ไม่ดีเท่าไรนัก
3. เป็นพ่อแม่ที่ดีพอ ๆ กับพ่อแม่โดยทั่วไป
4. เป็นพ่อแม่ที่ดีกว่าพ่อแม่โดยทั่วไป
5. เป็นพ่อแม่ที่ดีมาก

32. ฉันพบว่าการให้ลูกทำหรือหยุดทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น

1. ยากกว่าที่ฉันคิดไว้มาก
2. ค่อนข้างยากกว่าที่ฉันคิดไว้
3. ยากพอ ๆ กับที่ฉันคิดไว้
4. ค่อนข้างง่ายกว่าที่ฉันคิดไว้
5. ง่ายกว่าที่ฉันคิดไว้มาก

33. ลองนึกดูอย่างรอบคอบและ **นับจำนวน** เรื่องที่ลูกของคุณสร้างปัญหาให้คุณว่ามีประมาณกี่เรื่อง?

(เช่น 1. เกียจคร้าน 2. ไม่เชื่อฟัง 3. อยู่ไม่นิ่ง 4. งอแง 5. ก่อกวน 6. ทะเลาะเบาะแว้ง 7. โวยวาย ฯลฯ เป็นต้น)

1. มากกว่า 10 เรื่อง
2. 8-9 เรื่อง
3. 6-7 เรื่อง
4. 4-5 เรื่อง
5. 1-3 เรื่อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่4 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

คำอธิบาย จงเลือกคำตอบว่าข้อความต่อไปนี้ “ถูก” หรือ “ผิด” โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. โรคสมาธิสั้นพบได้ประมาณ 3-5% ในเด็กชั้นประถม		
2. โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน		
3. โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่		
เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย		
5. โรคสมาธิสั้น พบได้พอกันทั้งในเด็กชายและเด็กหญิง		
6. โรคสมาธิสั้น ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้		
7. เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่		
8. เด็กสมาธิสั้นมักเดินเล่น ทำงานไม่เป็นระเบียบ		
9. เด็กสมาธิสั้นมักชอบพูดแทรก แย่งคนอื่นพูด		
10. เด็กสมาธิสั้นมักหวาดกลัวต่อสิ่งรอบตัวอยู่ตลอดเวลา		
11. เด็กสมาธิสั้นมักเขียนหนังสือไม่เป็นระเบียบ		
12. อาการวอกแวกง่ายเป็นอาการหนึ่งของโรคสมาธิสั้น		
13. เด็กที่สามารถมีสมาธิเล่นวิดีโอเกมส์ติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน		
14. เด็กสมาธิสั้นมักขาดความยับยั้งชั่งใจ		
15. โรคสมาธิสั้นอาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีบางอย่าง		
เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเรเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น		
17. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง		
18. เด็กสมาธิสั้นจำนวนมาก มีความบกพร่องด้านการอ่านร่วมด้วย		
19. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น		
20. มียาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นได้ผลดี		
21. ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น หาซื้อได้จากร้านขายยาทั่วไป		
22. การฝึกนั่งสมาธิเป็นการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดี		
23. การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานในที่เงียบ จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก		

ตอนที่ 5 แบบทดสอบความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ

การทำวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

คำอธิบาย กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หรือเขียนข้อความที่ท่านเห็นว่าตรงกับความคิดเห็นของท่าน เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการอบรมในครั้งต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมในการอบรมแต่ละครั้ง

มากที่สุด มาก ปานกลาง ไม่ได้อะไรเลย

กิจกรรมที่ท่านคิดว่ามีประโยชน์ต่อท่านมากที่สุด.....

กิจกรรมที่ท่านคิดว่าควรปรับปรุง.....

การใช้สื่ออุปกรณ์ในการอบรมมีความเหมาะสม

มาก ปานกลาง น้อย ควรปรับปรุง

สถานที่วันเวลา มีความเหมาะสม

มาก ปานกลาง น้อย ควรปรับปรุง

อื่นๆ โปรดระบุ.....

ระยะเวลา ต่อ ครั้ง

มาก ปานกลาง น้อย ควรปรับปรุง

ระยะเวลาการจัดอบรม

มาก ปานกลาง น้อย ควรปรับปรุง

โดยรวมจากการเข้าอบรม คะแนนเต็ม 10 คะแนน ท่านจะให้คะแนนจากการอบรมครั้งนี้

เท่ากับ.....คะแนน

หากมีการจัดการอบรมขึ้นอีกท่านคิดว่า

เข้าร่วมแน่นอน เข้าร่วมแต่ขอคิดดูก่อน ไม่เข้าร่วม

ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....

.....

.....



ภาคผนวก ค

กิจกรรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมครั้งที่ 1.สร้างความคุ้นเคย การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และเทคนิคการปรับ

พฤติกรรม 4 factor model

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองรู้จักและสร้างความคุ้นเคย
2. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจในโรคเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจหลักการปรับพฤติกรรมของเด็ก โดยอาศัยหลัก 4 factor model

กิจกรรมครั้งที่ 2 การชมและการใช้ I message

เนื่องจากพ่อแม่ส่วนใหญ่มักจะละเลย เพราะคิดว่าการชมนั้นเป็นพฤติกรรมที่เด็กน้อยและ

ไม่มีความสำคัญเป็นสิ่งที่เด็กทำอยู่แล้ว ไม่ได้สำคัญ หรือบางกรณีพบว่าผู้ปกครองบางคนอายุที่

จะชมลูก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจหลักของการชมและการใช้ I message
2. เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเอาหลักไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 3 การใช้เวลาพิเศษ (Special time)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจหลักของการใช้เวลาพิเศษ
2. เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเอาหลักไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 4 การสะสมแต้ม (Token)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจหลักของการสะสมแต้ม
2. เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเอาหลักไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 5 Response cost และ Time out

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจหลักของ Response cost และ Time out
2. เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเอาหลักไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 6 การลงโทษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจหลักของการลงโทษ
2. เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเอาหลักไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 7 การดูแลเด็ก ในสถานการณ์ต่างๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจหลักของการดูแลเด็ก
2. เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำเอาหลักไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน
3. เพื่อให้ผู้ปกครองได้เข้าใจหลักของการประยุกต์

กิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปและอภิปราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองได้ทำความเข้าใจกับการอบรมมากขึ้น
2. เพื่อตอบคำถามและทบทวนเทคนิคต่างๆที่ได้อบรมไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมครั้งที่1 การให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น

เวลา	กิจกรรม	ขั้นตอน
13.00-13.15น.	แนะนำโครงการ	-ทักทายผู้ปกครอง -แนะนำตนเอง และผู้ร่วมโครงการ -แนะนำการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น มีต่อเนื่องทั้งหมด 8 ครั้ง มีลักษณะกลุ่มการเรียนรู้ เน้นการฝึกฝน จะมีการบ้านให้กลับไปทำ เน้นการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง จะเพิ่มทักษะ
13.15-13.20น.	สัมพันธากลุ่ม	-ให้ผู้ปกครองแนะนำตัวเอง สิ่งที่ยากจะทำได้จากการเข้ากลุ่ม -แจกป้ายชื่อ
13.20-13.30น.	Pre-test	-แจกแบบสอบถามประเมินความรู้เด็กสมาธิสั้น
13.30-13.50น.	ให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น	-บรรยายเรื่องโรคสมาธิสั้น -ตอบข้อซักถาม
13.50-14.00น.		-พักทานของว่าง
14.00-14.50น.	-สอน Four factors -อธิบายความคิดพื้นฐานปัญหาพฤติกรรม 1.Child's characteristic 2.Parent's Characteristics 3.Relationship (Goodness of fit)	-ตั้งคำถามว่าใครที่มีลูกหลายคนบ้าง ลูกเหมือนกันไหม -สอนเรื่องพื้นฐานอารมณ์ เด็กเลี้ยงง่าย เด็กเลี้ยงยาก กลุ่มเด็กที่ปรับตัวช้า และกลุ่มเด็กที่ปรับตัวได้ปานกลาง -ให้ผู้ปกครองยกตัวอย่างลูกมา 1 ข้อ (เขียนลงบอร์ด) -สรุปให้เห็นว่าเด็กมีลักษณะต่างกันในแต่ละคน เมื่อเด็กโตขึ้นก็มีผลต่อบุคลิกภาพหลายแบบ เช่น ชอบสังคม ไม่ชอบสังคม ใจเย็น ใจร้อน หวงของ ชอบให้ -ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านบรรยายลักษณะตนเอง -ให้ดูจากแผนภาพว่าเด็กและผู้ปกครองหากจับคู่ที่ไม่ดี อาจจะมี ผลต่อความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น เด็กดื้อ กับพ่อใจร้อน

กิจกรรมครั้งที่ 2 การชมและการใช้ I message

เวลา	กิจกรรม	ขั้นตอน
13.00-13.15น.	การบ้าน	-ให้ผู้ปกครองพูดถึงการบ้านที่ได้ทำมา -พูดถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และสรุป
13.00-13.45น.	กิจกรรมกลุ่มการชมและ I message	-ให้ผู้ปกครองนั่งเป็นวงกลม -ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านมองหาข้อดีของแต่ละท่าน โดยการส่งตัวแทนออกมาออกกลุ่ม แล้วพูดที่ละท่าน -ถามความคิดเห็นของผู้ปกครองว่ารู้สึกอย่างไรบ้างกับสิ่งที่เกิดขึ้นขณะทำกิจกรรม -ทำการสรุปโดยชี้ให้ผู้ปกครองเห็นว่าการชมมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกอย่างไร -สอนเรื่องการใช้นon-verble พร้อมกับการชม -สอนเรื่องการชม โดยใช้ I message เป็นการสื่อสารที่บอกความต้องการที่ชัดเจน ตรงไปตรงมา โดยให้ผู้ฟังได้ทราบความต้องการที่ชัดเจน เช่น แม่รู้สึกว่าคุณ..... แม่ดีใจที่คุณ..... แม่ภูมิใจที่คุณ.....
13.45-14.00น.		พักรับประทานของว่าง
14.00-14.20น.	Role play	-แจกใบงานให้ผู้ปกครอง และจำลองบทบาทสมมุติ -อ่านใบงานและ แสดงความคิดเห็นในแต่ละเหตุการณ์
14.40-15.00น.		-สรุปจากการใช้ I message -ให้การบ้านเรื่อง การชม และนัดหมายครั้งหน้า

กิจกรรมครั้งที่ 3 การใช้เวลาพิเศษ (Special time)

เวลา	กิจกรรม	ขั้นตอน
13.00-13.20น.	การบ้าน	-ให้ผู้ปกครองพูดถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น -การนำไปใช้ และอุปสรรคที่พบ
13.20-13.50น.	สอนเรื่อง Special time Role play	-กล่าวนำถึงพ่อแม่ในฝัน ให้ทุกคนหลับตา และนึกถึงตอนสมัยเด็ก มีอะไรบ้าง ที่เราอยากให้เราอยู่กับแม่ทำกับเรา และอภิปราย -เรื่องที่เราระทึกใจกับสิ่งที่พ่อกับแม่ทำให้เรา -feedback กลับว่า เราเคยทำอย่างนั้นให้ลูกของเราบ้างไหม -สอนเรื่องการใช้เวลาพิเศษ จัดเวลาในแต่ละวัน 10-20 นาที ทุกวัน หรือมากที่สุดที่จะทำได้ -ให้เด็กเป็นคนกำหนดว่าจะทำอะไร ในครอบครัวของเรา -พ่อแม่ต้องไม่ถามหรือว่าแนะนำ ให้เด็กได้ออกความคิดเห็น พ่อแม่มีหน้าที่พากร์ การเล่นของลูกในเชิงบวก -ละเลยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่อาจจะเกิดขึ้น -กรณี ลูกเล่นตุ๊กตาทามี่ กับปลาวาฬ -ให้ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นกับสิ่งที่เกิดขึ้น
13.50-14.00 น.		พักรับประทานของว่าง
14.00-14.30น.	ภาคปฏิบัติ	-ให้ผู้ปกครองแสดงบทบาทสมมุติที่คิดว่าจะเกิดขึ้นที่บ้าน -โดยการให้ผู้ปกครองแบ่งกลุ่ม จากนั้นแสดงความคิดเห็น -สรุปการใช้ Special time
14.30-14.50น.	ตอบข้อซักถาม	-ให้ผู้ปกครองซักถามเรื่องการใช้เทคนิคนี้
14.50-15.00น.	การบ้าน	-อธิบายการบ้านและนัดหมายคราวหน้า

กิจกรรมครั้งที่4 การสะสมแต้ม (Token)

เวลา	กิจกรรม	วิธีการดำเนินการ/ขั้นตอน
13.00-13.25 น.	การบ้าน	ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านพูดถึงการบ้านที่ให้ไป (Special time) ทบทวนกฎ และอภิปราย
13.25-13.40น.	สอนเรื่อง Token	นำเข้าสู่การเรียนรู้โดยการติดสติ๊กเกอร์ให้ผู้ปกครองในระหว่างการอภิปรายการบ้านให้ผู้ปกครองแต่ละท่านพูดถึงความรู้สึกเมื่อได้สติ๊กเกอร์ สอนเรื่อง Token 1.ทำการตกลงกับเด็กว่า ผู้ปกครองต้องตั้งข้อตกลงว่าต้องการให้เด็กทำอะไรบ้างโดยการเขียนเป็นข้อๆ 2.จัดคะแนนออกมาหากเด็กสามารถทำได้ว่าเด็กอยากได้ และทำการตั้งออกมาเป็นข้อตกลงที่ชัดเจน 3.การแลกเปลี่ยนรางวัลจะต้องตกลงว่า คะแนนเท่าไรถึงจะแลกได้ และอาจจะต้องตกลงว่าทำกี่ครั้งถึงจะได้คะแนน 4.ของรางวัลที่ให้ควรเป็นของรางวัลที่เป็นไปได้ เช่น การให้เวลาในการ เล่น ดูทีวี อ่านหนังสือการ์ตูน การได้ออกไปเที่ยวนอกบ้าน หรือ สิ่งของ ทั้งนี้ควรคำนึงระดับของคะแนนและสิ่งที่จะให้เด็ก 5.พฤติกรรมที่ผู้ปกครองกำหนดจะต้องเป็นพฤติกรรมที่วัดได้ และ สามารถกำหนดได้ เช่นการทำการบ้านเสร็จภายในเวลาที่มอง 6.การให้รางวัลควรมีหลายระดับเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้รางวัล จากการทำตามข้อตกลงได้ 7.ผู้ปกครองควรนำเอาเทคนิคของการชมมาใช้ด้วยเมื่อเด็กมี พฤติกรรม ที่ดี เป็นการเสริมสิ่งที่ควรกระทำให้มากขึ้น 8.ผู้ปกครองต้องเคร่งครัดกับข้อตกลงที่เกิดขึ้น ไม่ควรบ่ย่ำ เบี่ยง และควรเคร่งครัดกับข้อตกลง

13.50-14.00น.		9.ในบางครั้งอาจจะมี Bonus ให้กับเด็กโดยที่เด็กไม่ได้คาดคิดมาก่อน จะทำให้เด็กมีกำลังใจมากขึ้น 10.แนะนำตัวอย่างตารางที่จะนำไปใช้ พักรับประทานอาหารว่าง
14.00-14.30น.	กิจกรรมฝึกปฏิบัติ	แบ่งกลุ่มผู้ปกครองออกเป็น 3 กลุ่ม แจกใบตารางให้ผู้ปกครองได้ลองฝึกหาข้อตกลงและให้คะแนนกับข้อตกลงนั้นๆ ให้ผู้ปกครองเสนอและอภิปราย
14.30-15.00น.	อภิปรายกิจกรรม	ให้การบ้านผู้ปกครองโดยการบันทึกการใช้ Token



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมครั้งที่ 5 การหักคะแนน และการขอเวลานอก(Time out)

เวลา	กิจกรรม	ขั้นตอนวิธีการดำเนินการ
13.00-13.25น	ทบทวนการบ้าน	ให้ผู้ปกครองเล่าถึงการบ้าน อภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้น
13.25-13.40น.	สอนเรื่อง Response cost การปรับ/ริบของ/การหักคะแนน	สอนทวนตารางเมื่อครั้งที่แล้ว และสอนเรื่องข้อตกลงในการหักคะแนน ได้แก่ ตกลงว่าเมื่อเด็กทำพฤติกรรมใดบ้าง ที่มีผลกับคะแนน และจะมีการหักเท่าใดให้แน่นอน ละเอียดกับพฤติกรรมที่พ่อแม่รู้สึกที่ไม่ควรทำ ทบทวนกฎที่ตั้งไว้ในบ้าน ในกรณีที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงอาจจะต้องบอกเด็ก และทำโทษบางกรณี
13.40-14.20น.	แบบฝึกหัด	ให้ผู้ปกครองได้คิดว่าพฤติกรรมใดบ้างที่จะนำไปใช้ อภิปรายและร่วมกันแสดงความคิดเห็น
14.20-1430น.		พักรับประทานอาหารว่าง
14.30-15.00น.	สอนเรื่อง Time out	สอนเรื่องหลักการของการปฏิบัติ และเทคนิค การปรับนำไปใช้กับเด็กให้มีประสิทธิภาพ

ตารางการสะสมและการหักคะแนน

พฤติกรรมที่กำหนด	คะแนน	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
โบนัส								
รวมคะแนนทั้งหมด								
คะแนนสุทธิ								
พฤติกรรมที่หักคะแนน								
รวมคะแนน								

ตารางพฤติกรรมที่ได้แต้ม และหักแต้ม

พฤติกรรมที่ได้แต้ม	คะแนน
พฤติกรรมที่หักแต้ม	คะแนน

กิจกรรมครั้งที่ 6 การลงโทษ

เวลา	กิจกรรม	ขั้นตอน
13.00-13.20น.	อภิปรายปัญหา	- พูดถึงเรื่องตารางการให้แต้มและหักคะแนน - อภิปรายถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไข
13.20-14.00น.	สอนเรื่องการลงโทษ ในรูปแบบอื่นๆ	- ให้ทุกคนย้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตกับตัวเอง เวลาที่เรากำลังผิด ผู้ปกครองของเราทำอะไรกับเรา โดยให้ทุกคนหลับตาและย้อนนึกถึงเรื่องที่เราเคยทำ ผิดหรือทำไม่ได้ จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เล่า ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านฟัง - กล่าวถึงเหตุผล หรือโอกาส และความรู้สึกที่เกิดขึ้น - สอนเรื่องการลงโทษ โดยใช้การตี และการตำหนิ - อภิปรายถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไข - กล่าวถึงแนวทางการนำไปใช้ และประสบการณ์ ของผู้ปกครองแต่ละท่าน - พูดถึงข้อดีข้อเสียเวลาที่เราจะลงโทษ - หาแนวทางการแก้ไข และการดำเนินการทำโทษเด็ก
14.00-14.10น.	พักรับประทาน ของว่าง	
14.10-14.30น.	กิจกรรมปฏิบัติ	- ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านอ่านใบงานที่ได้ไป - อภิปรายในแต่ละข้อ ว่ามีข้อดีหรือข้อเสียอย่างไร - ให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนคำพูดที่จะใช้
14.30-15.00น.		- อภิปรายในแต่ละเหตุการณ์ที่เกิดจากการใช้คำพูด

การบ้าน ให้ผู้ปกครองทุกท่านไปทบทวนเรื่องต่างๆที่ได้สอนไป คราวหน้าจะเป็นภาคปฏิบัติเมื่อผู้ปกครองทุกท่านต้องนำเด็กออกนอกสถานที่

กิจกรรมครั้งที่ 7 การปฏิบัติต่อเด็ก ในสถานการณ์ต่างๆ

เวลา	กิจกรรม	ขั้นตอน
13.00-13.15น	ทบทวนบทเรียน	-ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านพูดทบทวนจากครั้งแรก ว่าได้สอบเรื่องอะไรไปบ้าง รวมทั้งหลักการ
13.00-14.00น	ฝึกปฏิบัติ	-ให้ผู้ปกครองแบ่งกลุ่ม ออกเป็น 4 กลุ่ม -แจกใบงานให้ และให้แต่ละกลุ่มอ่านใบงาน -หาข้อสรุป และแสดงออกมาในลักษณะบทบาทสมมุติ โดยใช้เวลากลุ่มละ 5-10 นาที -หลังจากที่แสดง ให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นว่า ควรแก้สถานการณ์อย่างไร เมื่อเป็นตัวเอง
14.00-14.15น		พักรับประทานของว่าง
14.15-14.45น.	ฝึกปฏิบัติ (ต่อ)	-ให้ผู้ปกครองแสดงจนครบทุกข้อ
14.45-15.00น.		-ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านจดปัญหาที่คิดว่าตนเองไม่สามารถ แก้ปัญหาได้มา เพื่อนำมาอภิปรายในสัปดาห์ถัดไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมครั้งที่ 7 ภาคปฏิบัติ

เมื่อท่านอยู่ในเหตุการณ์ต่างๆ ท่านคิดว่าท่านจะทำอย่างไร จงแสดงบทบาทสมมุติพร้อมทั้งคิดคำพูดที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ดังกล่าว

กรณีที่ 1 .เมื่อท่านจะต้องนำลูกไปห้างสรรพสินค้า และระหว่างนั้นพบว่าลูกของคุณเมื่อเข้าไปในห้างสรรพสินค้า แล้วพบว่าลูกของคุณอยากซื้อเกมส์ คุณจะพูดกับลูกอย่างไร หรือมีวิธีใดบ้างที่คุณจะพูดเพื่อที่จะซื้อเกมส์ในคราวถัดไป เนื่องจากที่บ้านมีเกมส์เยอะแล้ว หลังจากนั้นลูกของคุณกระตือรือร้น ลงไปนั่งกับพื้นและร้องไห้เสียงดัง คุณจะแก้ไขสถานการณ์อย่างไร

กรณีที่ 2 . เมื่อคุณเห็นลูกยังทำการบ้านไม่เสร็จ และเวลานั้นเป็นเวลาที่คุณจะต้องเข้านอน คุณมีวิธีอย่างไรบ้างที่จะพูดกับลูกเพื่อ

- สอนให้ลูกรู้ว่าลูกควรทำการบ้านให้เร็วกว่านี้เพื่อให้ลูกเข้านอนตรงเวลา
- คุณจะมีวิธีพูดอย่างไร หากพบว่าลูกคุณบ่นว่าไม่อยากทำการบ้านเลย และหันไปสนใจการ์ตูนที่วางอยู่ตรงหน้า
- คุณจะมีวิธีพูดอย่างไรเพื่อให้ลูกคุณมีกำลังใจในการทำการบ้าน และมีสมาธิมากขึ้น และทำการบ้านให้เสร็จทันเวลา

กรณีที่ 3 .ในระหว่างรับประทานอาหารที่ร้านอาหารลูกของคุณทานอาหารอย่างเอร็ดอร่อย แต่พบว่า ในระหว่างที่ทานนั้น ลูกคุณเหลือบไปเห็นตุ๊กตาซึ่งมีปลาสวยงามอยู่เต็มตู้ ทันใดนั้นลูกของคุณก็ลุกลงจากเก้าอี้ แล้ววิ่งไปตุ๊กตาที่ตู้ เมื่อคุณเห็นดังนั้นคุณจะทำอย่างไร

กรณีที่ 4 เมื่อคุณไปรับลูกที่โรงเรียน และได้พบกับคุณครูประจำชั้น และเมื่อคุณครูประจำชั้นแจ้งว่า วันนี้ลูกของคุณไม่ตั้งใจเรียน ทำแบบฝึกหัดไม่เสร็จตามกำหนด และลุกขึ้นจากเก้าอี้ไปแกล้งเพื่อนจนเพื่อนร้องไห้ คุณจะมีวิธีไหนที่จะสอนลูก หรือบอกกับลูกว่า ไม่ควรทำพฤติกรรมดังกล่าว

กรณีที่ 5 เมื่อลูกของคุณจะไปเข้าค่ายที่ต่างจังหวัด และคุณพบว่า ลูกของคุณลืมเอาของหรืออุปกรณ์ที่อาจารย์ให้มาไป เนื่องจากเมื่อเช้าลูกของคุณตื่นสาย และต้องรีบมาโรงเรียน คุณจะสอนลูกอย่างไร เมื่อเจอเหตุการณ์เช่นนี้

กรณีที่ 6 เมื่อมีแขกมาที่บ้าน และเมื่อคุณบอกให้ลูกสวัสดีแขก ลูกคุณไม่ได้ยกมือไหว้ เนื่องจากติดรายการการ์ตูน สุดโปรดอยู่ คุณคิดว่าคุณจะบอกกับลูกอย่างไร หรือมีวิธีใดที่จะให้ลูกทักทายแขก

หลังจากนั้นพบว่าเมื่อรายการการ์ตูนจบ แขกได้มีการสนทนากับลูกของคุณ เช่นถามว่าชื่ออะไร แต่ลูกคุณกลับไม่ตอบและวิ่งไปเล่น ตัวต่อ หรือตุ๊กตา โดยที่ไม่สนใจคำถามเมื่อแขกทัก คุณจะพูดกับลูกว่าอย่างไร

เมื่อแขกกลับคุณจะสอนลูกว่าอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์อย่างนั้นอีก

กรณีที่ 7 เมื่อคุณเห็นลูก สองคนกำลังโต้เถียงกันถึงเรื่องที่ใครจะขี่จักรยานก่อน และเมื่อคุณยืนมองอยู่นั้นพบว่าลูกทั้งสองมีแนวโน้มที่จะทะเลาะกันถึงขั้นลงมือลงไม้กัน คุณจะพูดกับลูกว่าอย่างไร และคุณจะพูดอย่างไรกับลูกอีกคนหนึ่งที่ไม่ได้เป็นสมาธิสั้น เพื่อให้ลูกเข้าใจและใจเย็นกับน้องที่เป็นสมาธิสั้น

กรณีที่ 8 เมื่อคุณมีลูกหลายคนแต่พบว่า ลูกที่ไม่ได้เป็นสมาธิสั้น เกิดน้อยใจว่า คุณรักลูกคนที่เป็นสมาธิสั้นมากกว่า และคิดว่าคุณลำเอียง และให้ความสนใจลูกที่เป็นสมาธิสั้นมากกว่า คุณจะวิธีอธิบายลูกว่าอย่างไร กับเหตุการณ์นี้ที่เกิดขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมครั้งที่ 8 กิจกรรมเปิดใจ

เวลา	กิจกรรม	ขั้นตอน
13.00-13.45น.	สรุปเนื้อหาของการอบรม	-ให้ผู้ปกครองลงนีกย้อนกลับไปจากการอบรมที่ผ่านมา -ให้ผู้ปกครองสรุปออกมาเป็นหัวข้อ -สรุปเทคนิคที่สามารถนำไปใช้ได้
13.45-14.30น.		-วิทยากรสรุปประมวลสิ่งต่างๆเข้าด้วยกัน -ให้ผู้ปกครองทุกท่านนั่งเป็นวงกลม -ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านได้พูดถึงความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรม -ให้ผู้ปกครองแต่ละท่านได้พูดให้กำลังใจและกล่าวถึง การเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น
14.30-15.00น.		-วิทยากรกล่าวความรู้สึกของการทำการอบรม -ให้ผู้ปกครองทำแบบทดสอบ post -test -ให้ผู้ปกครองทำแบบทดสอบความพึงพอใจ -กล่าวขอบคุณผู้ปกครองที่เข้าร่วมการอบรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

สพญ.เทพสิรินทร์ มากบุญศรี เกิดวันที่ 1 ธันวาคม 2520 จ.สงขลา
จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนเบญจมราชูทิศ จ.นครศรีธรรมราช
จบการศึกษาระดับอุดมศึกษาจากคณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา
2546 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2548



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย