

การพัฒนาการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครู อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

จตุพร ดวงเพชรแสง, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองทำให้เกิดความผิดปกติด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิ ขน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น การดูแลร่วมกันของผู้ปกครองและครูสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง (Parent management training: PMT) ร่วมกับการอบรมครู (Teacher training: TL) เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึงกันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น 30 คนที่มีอายุ 6-12 ปี และครูโรงเรียนประถมศึกษา 70 คน โดยผู้ปกครองได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก และกลยุทธ์จัดการปัญหาพฤติกรรม ครูได้รับโปรแกรมการอบรมความรู้โรคสมาธิสั้น และกลยุทธ์การปรับพฤติกรรมเด็ก ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมประเมินจากการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น ความรู้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู และอาการของเด็กโรคสมาธิสั้น

ผลการวิจัย: พบว่าโปรแกรม PMT ส่งเสริมให้ผู้ปกครองปฏิบัติตัวต่อเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรม TL ทำให้ครูมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโปรแกรม PMT ร่วมกับ TL ลดอาการขาดสมาธิ ขน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ของเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปอภิปรายผล: โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูมีประสิทธิผลต่อการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น จึงเสนอแนะให้นำมาใช้เป็นวิธีการหลักของการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น; การอบรมผู้ปกครอง; การอบรมครู; การปรับพฤติกรรมเด็ก

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

^a Corresponding author: จตุพร ดวงเพชรแสง E-mail: jatupornd9@gmail.com

รับบทความ: 3 พ.ย. 66; รับบทความแก้ไข: 5 ธ.ค. 66; ตอปรับตีพิมพ์: 5 ธ.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 8 ม.ค. 67

Development of Integrated Care for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Parents and Teachers in Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province

Jatuporn Duangpetsang, M.D.*^a

Abstract

Background and Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a heterogeneous neurodevelopmental disorder characterized by age-inappropriate and impairing patterns of inattention, hyperactivity and impulsivity. Integrated care among parents and teachers might reduce negative behaviors in children with ADHD. The objective of this study was to determine the effectiveness of a combination of parent management training (PMT) and teacher training (TL) on the symptoms of children with ADHD in Kaeng Khro district, Chaiyaphum province.

Methods: This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design conducted from July 2023 to September 2023. Participants in this study included 30 parents of children with ADHD (aged 6-12 years) and 70 primary school teachers. Parents of children with ADHD received a PMT program in which they were taught strategies for handling behavior problems. Teachers received a TL program that was developed to strengthen their knowledge about ADHD and develop strategies for addressing problem behaviors. Outcome measures included parenting practice, teachers' knowledge of ADHD, and symptoms of ADHD.

Results: The results showed that the PMT program significantly improved parenting practices, while the TL program significantly enhanced teachers' knowledge. The combination of PMT and TL significantly reduced symptoms of ADHD (inattention, hyperactivity, and impulsivity) among children with ADHD.

Conclusion: These finding support the recommended of offering PMT combined with TL as the preferred treatment for children with ADHD.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); Parental management training; Teacher's training; Children's behavioral modification

* Medical Physician, Senior Professional Level, Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province

^a Corresponding author: Jatuporn Duangpetsang, Email: jatupornd9@gmail.com

Received: Nov. 3, 23; Revised: Dec. 5, 23; Accepted: Dec. 5, 23; Published Online: Jan. 8, 24

บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการอันเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง ทั้งอาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) โดยพฤติกรรมเหล่านี้มีมากกว่าพฤติกรรมปกติในเด็กวัยเดียวกัน⁽¹⁾ โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่ง โดยทั่วโลกมีความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 5.2 สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจในระดับประเทศ พบความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 8.1 โดยพบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1⁽²⁾ ซึ่งการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีคือการรักษาแบบบูรณาการด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเลี้ยงดูซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและวิธีปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่⁽³⁾ เด็กโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวในการปรับพฤติกรรม ซึ่งการที่พ่อแม่ยอมรับจุดอ่อนของเด็กจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้⁽⁴⁾ นอกจากนี้การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียนโดยครูจะมีส่วนช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีสมาธิในการเรียนดีขึ้น มีความร่วมมือในการทำกิจกรรมและลดปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียน ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้เด็กโรคสมาธิสั้นสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและปรับตัวในสังคมได้⁽⁵⁾

โรงพยาบาลแก้งคร้อเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีผู้ป่วยจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก ได้แก่ สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก บกพร่องทางการเรียน และสมาธิสั้นจำนวนมาก ซึ่งต้องส่งต่อไปรักษากับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าถึงการรักษากับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นลำบาก เพราะผู้ปกครองต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางไปโรงพยาบาลชัยภูมิ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลแก้งคร้อจึงได้มีการจัดตั้งคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้นขึ้นมา ซึ่งมีกุมารแพทย์ของโรงพยาบาลแก้งคร้อเป็นผู้ตรวจรักษา โดยมีเครือข่ายจากโรงพยาบาลชัยภูมิคอยเป็นที่ปรึกษาในการให้คำปรึกษา และวางแผนแนวทางในการส่งต่อรักษาภายในเครือข่ายของจังหวัดชัยภูมิ แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชัยภูมิได้ย้ายไปปฏิบัติงานที่จังหวัดอื่น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่แล้วต้องย้ายกลับมารักษากับกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลแก้งคร้อ ซึ่งตั้งแต่มีการเปิดคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลแก้งคร้อขึ้นมา ร่วมกับการออกคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในโรงเรียน การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับครูในโรงเรียนต่างๆ เพื่อค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงจากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง SNAP-IV และส่งต่อเด็กที่สงสัยโรคสมาธิสั้นมาให้กุมารแพทย์ทำการวินิจฉัย ทำให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในอำเภอแก้งคร้อได้เร็วขึ้น โดยกุมารแพทย์จะเป็นผู้ให้การตรวจรักษาเป็นหลัก และมีพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาคอยให้ความรู้แก่ผู้ปกครองของเด็กทั้งเรื่องการกินยา การส่งเสริมพลังอำนาจให้ผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กควบคู่กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอ มีระบบเครือข่ายในการปรึกษาและส่งต่อที่โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากการดำเนินงานยังพบว่า อัตราการกินยาอย่างสม่ำเสมอของเด็กโรคสมาธิสั้นมีเพียงร้อยละ 50.0

เท่านั้น และยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดิิดดูการ์ตูน และเล่นเกมส่ทางโทรศัพท์มือถือ สื่อไปถึงว่า พฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นเวลาอยู่ที่บ้านยังไม่เหมาะสม และพบว่าพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ที่โรงเรียนยังซุกซน วอกแวกง่าย ไม่อยู่นิ่ง ไม่ตั้งใจเรียน ส่งผลให้อาการของโรคยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร ซึ่งบ่งชี้ ว่าแนวทางการดูแลรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นแบบเดิมยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นกุมารแพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลแก้งคร้อ จึงได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่างๆ ซึ่งได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการของผู้ปกครองและครูในอำเภอ แก้งคร้อ ซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานนี้ จะมีการบูรณาการให้เด็กโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษา โดยบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลปรับพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนควบคู่กันไป โดยเนื้อหา ของหลักสูตรจะมีการจัดโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่บ้าน และการจัดโปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน เพื่อส่งเสริมศักยภาพ ของผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งที่บ้านและโรงเรียนไปพร้อมๆ กัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก โรคสมาธิสั้นในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ปกครอง และครูที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น มีรายละเอียดดังนี้ 1) ผู้ปกครองของเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี และยังมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ขาดสมาธิ และซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ที่มารับบริการในคลินิก เด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลแก้งคร้อ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคสมาธิสั้น สามารถเขียน อ่าน สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีความบกพร่องทางการมองเห็น การฟัง หรือมีความบกพร่องทางด้านความจำ และสติปัญญา และเกณฑ์การถอนตัว คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่โปรแกรมกำหนด 2) ครู ซึ่งเป็นครู ประจำชั้นหรือครูแกนนำในโรงเรียนซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลและจัดการเรียนการสอนเด็กโรคสมาธิ สั้น ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ 54 แห่ง จำนวน 64 คน และเอกชน 3 แห่ง จำนวน 6 คน ในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการให้เป็นตัวแทนของโรงเรียนในการเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การกำหนดขนาดและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยเลือก Test family: t-test, Statistical test: mean, Difference between two dependent means (Matched pairs) กำหนดการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว ค่าเชื่อมั่นร้อยละ 95 อำนาจทดสอบร้อยละ 80

ซึ่งผลจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁶⁾ นำมาคำนวณค่า Effect size เท่ากับ 0.69 เมื่อแทนค่าในโปรแกรม ทำให้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 25 ราย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ปกครองของเด็กโรคสมาธิสั้นที่ยังมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของงานวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย สำหรับกลุ่มตัวอย่างครูที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างครูทั้งหมด 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1.1 โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโปรแกรมอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent management training) ของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ⁽⁷⁾ โดยผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าว นำมาสร้างรูปแบบกิจกรรมการอบรมผู้ปกครองในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ติดต่อกัน และในแต่ละครั้งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้ตามใบงาน มีการฝึกปฏิบัติ หลักสูตรการอบรมประกอบด้วยกิจกรรม คือ 1) ให้ความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก ฝึกปฏิบัติวิเคราะห์พื้นฐานอารมณ์จิตใจของผู้อบรม 2) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคในการสื่อสาร (Basic communication skill) 3) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการชม (Praise) 4) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการให้รางวัล (Reward) 5) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการลงโทษ (Punishment) 6) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการใช้ระบบคะแนน (Point system) การใช้เหรียญรางวัล (Token economy) และการใช้เบี้ยอรรถกร 7) ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน และ 1.2 โปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น โดยดัดแปลงเนื้อหาจากโปรแกรมการอบรมครูโรงเรียนแกนนำประถมศึกษาในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็ก และส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กโรคสมาธิสั้นของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์⁽⁸⁾ ซึ่งหลักสูตรของโปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็ก 2) การรักษาด้วยยาในเด็กโรคสมาธิสั้นและการติดตามการตอบสนองต่อยา 3) เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน และ 4) การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 1.2 แบบประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็ก (Parenting practice test) ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ⁽⁷⁾ เป็นแบบประเมินที่ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามสอดคล้องกับกิจกรรมในโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก เช่น การสื่อสาร การให้คำชม การทำโทษอย่างเหมาะสม ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) 3 ระดับ คือ (ไม่เคย=1, บางครั้ง=2, บ่อยครั้ง=3) ซึ่งจะนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20-60 คะแนน และเกณฑ์การแปลความหมาย คือคะแนนที่เพิ่มขึ้นจะหมายถึงพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นมีความเหมาะสมมากขึ้น 1.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับครู ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบประเมินนี้ขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร ทางวิชาการ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน แต่ละด้านมีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อจะสอดคล้องกับเนื้อหาในกิจกรรมของโปรแกรมการอบรมครู เพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก คำถามแต่ละด้านประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครู ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 2) ยาและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็กสมาธิสั้น และ 3) การจัดการ ชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดจากตัวเลือก ก., ข., ค., ง. และ จ. เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัย นำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งแต่ละด้านจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน และเกณฑ์การแปลความหมาย คือ คะแนนที่เพิ่มขึ้นจะหมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครูมีมากขึ้น 1.4 แบบประเมิน พฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1992 โดย Swanson, Nolan & Pelham เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและโรคต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านขาดสมาธิ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านดื้อ/ต่อต้าน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ (ไม่เคย=0, เล็กน้อย=1, ค่อนข้างมาก=2, มาก=3) โดยให้รวมคะแนนของแต่ละด้าน เปรียบเทียบกับคะแนนมาตรฐาน หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนมาตรฐานให้สงสัยว่าเด็กมีปัญหา พฤติกรรมในด้านนั้นๆ ซึ่งคะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครอง (ด้านขาดสมาธิ=16, ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน พลันแล่น=13, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=15) และคะแนนมาตรฐานสำหรับครู (ด้านขาดสมาธิ=23, ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น=16, ด้านดื้อ/ต่อต้าน=11)

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยประสานงานเพื่อขออนุญาตกับผู้อำนวยการ โรงเรียนประถมศึกษาต่างๆ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อทำการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมครั้งนี้ ได้โดย 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลัง การทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test (ข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ) 2) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู ระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test 3) เปรียบเทียบสัดส่วนของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (ขาดสมาธิ และซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหัน

พลันเล่น) ของเด็กโรคสมาธิสั้นซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองและครู ระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Binomial exact probability test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 16/2566 เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ผู้เข้าร่วม การวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย การยอมรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วม การศึกษาวิจัย ภายหลังทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว
3. ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถาม ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทุกอย่าง จะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และทำลายทิ้งภายใน ระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและครู

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 43.13 ปี โดยมีอายุ อยู่ระหว่าง 26-61 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.34 อาชีพเกษตรกร/รับจ้าง ร้อยละ 76.67 ความเกี่ยวข้องกับเด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย ร้อยละ 56.67 รองลงมา คือ มารดา ร้อยละ 36.67 ตามลำดับ ข้อมูลจากผู้ปกครองพบว่า เด็กโรคสมาธิสั้นที่ต้องดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 6-12 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 7.90 ปี อยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ อนุบาล 3 ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ มีโรคร่วม คือ โรคติดต่อต้าน ร้อยละ 3.33 ส่วนกลุ่มตัวอย่างครู ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.71 อายุเฉลี่ย 38.97 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 24-53 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 97.14 ปฏิบัติงานอยู่โรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ ร้อยละ 85.71 ชั้นเรียนที่สอนอยู่ในชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 ร้อยละ 28.57 รองลงมา คือ ชั้นอนุบาล 3 ร้อยละ 21.43 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมิน Parenting practice test ฉบับภาษาไทย ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองมีคะแนน การปฏิบัติตัวต่อเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็ก ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (n=30)

	คะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กโรคสมาธิสั้น		z	p
	Median	IQR (Q1, Q3)		
ก่อนได้รับโปรแกรม	49.50	6.00 (46.25, 52.25)	-4.799	<0.001*
หลังได้รับโปรแกรม	55.50	5.25 (52.00, 57.25)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทั้ง 3 ด้าน โดยผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าครูมีคะแนนเฉลี่ยเรื่องโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองเท่ากับ 0.76 (SD=0.87) หลังการทดลองเท่ากับ 3.99 (SD=0.64); $t=31.014$; $p<0.001$ ความรู้เรื่องยาและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองเท่ากับ 0.40 (SD=0.49) หลังการทดลองเท่ากับ 4.23 (SD=0.40); $t=36.919$; $p\text{-value}<0.001$ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็ก โดยก่อนการทดลองเท่ากับ 2.13 (SD=0.79) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.20 (SD=0.62); $t=21.546$; $p<0.001$ ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างครูมีคะแนนความรู้ทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของครู ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น (n=70)

ความรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)		
โรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	0.76 (0.87)	3.99 (0.64)	31.014	<0.001*
ยาและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็กสมาธิสั้น	0.40 (0.49)	4.23 (0.70)	36.919	<0.001*
การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น	2.13 (0.79)	4.20 (0.62)	21.546	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.05$

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ก่อนได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้น มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิลดลง จากร้อยละ 83.33 เป็น ร้อยละ 33.33 และพฤติกรรมด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นลดลง จากร้อยละ 76.67 เป็นร้อยละ 43.33 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ก่อนได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู เด็กสมาธิสั้น มีคะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิลดลง จากร้อยละ 56.67 เป็นร้อยละ 26.67 และพฤติกรรมด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดลง จากร้อยละ 80.00 เป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คือ ขาดสมาธิ และนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ($n = 70$)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ประเมินโดยผู้ปกครอง			
ด้านขาดสมาธิ			
มี (≥16 คะแนน)	25 (83.33)	10 (33.33)	<0.001*
ไม่มี (<16 คะแนน)	5 (16.67)	20 (66.67)	
ด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น			
มี (≥13 คะแนน)	23 (76.67)	13 (43.33)	0.002*
ไม่มี (<13 คะแนน)	7 (23.33)	17 (56.67)	
ประเมินโดยครู			
ด้านขาดสมาธิ			
มี (≥23 คะแนน)	17 (56.67)	8 (26.67)	0.004*
ไม่มี (<23 คะแนน)	13 (43.33)	22 (73.33)	
ด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น			
มี (≥16 คะแนน)	24 (80.00)	15 (50.00)	0.004*
ไม่มี (<16 คะแนน)	6 (20.00)	15 (50.00)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้บูรณาการให้เด็กโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลปรับพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนควบคู่กันไป โดยเนื้อหาของหลักสูตรจะมีการจัดโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่บ้าน และการจัดโปรแกรมการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่บ้านและโรงเรียนไปพร้อมๆ กัน หลังการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้ปกครองมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้น ครูมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น และเด็กโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมขาดสมาธิ และนอนไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ สมัย ศิริทองถาวร และคณะ⁽⁸⁾ และ Pfiffner et al.⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่าโปรแกรมอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนไปพร้อมๆ กัน มีประสิทธิผลทำให้ผู้ปกครองและครูมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวต่อเด็กดีขึ้น ส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง การศึกษานี้บ่งชี้ว่าโปรแกรมการอบรมครั้งนี้มีประสิทธิผลทำให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและครูทั้งหมดในการศึกษานี้ ไม่เคยมีประสบการณ์ของการอบรมเรื่องการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมาก่อน ทำให้ก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน จะเคยศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นจากการอ่านข้อความในอินเทอร์เน็ต หรือเคยได้รับข่าวสารและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อนแล้ว แต่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่เคยมีนั้น อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นให้เหมาะสม ทำให้พบว่า อัตราการกินยาของเด็กโรคสมาธิสั้นยังไม่สม่ำเสมอ และยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดุด่าการดูการ์ตูน เล่นเกมสทางโทรศัพท์มือถือ พฤติกรรมในโรงเรียนที่ยังซุกซนวอกแวกง่าย ไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ปกครองและครูในการศึกษานี้ ได้รับการส่งเสริมศักยภาพของตนเองจากการอบรมในครั้งนี้ ทำให้หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นดีขึ้น โดยโปรแกรมอบรมนี้จะส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ปกครองผ่านการเรียนรู้ 7 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพ การฝึกปฏิบัติเรื่องเทคนิคในการสื่อสารเชิงบวก การฝึกปฏิบัติเรื่องการชม การฝึกปฏิบัติเรื่องการให้รางวัล การฝึกปฏิบัติเรื่องการลงโทษ การฝึกปฏิบัติการใช้ระบบคะแนนร่วมกับการให้เหรียญรางวัล การฝึกปฏิบัติประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน และโปรแกรมอบรมนี้จะส่งเสริมความรู้และทักษะของครูผ่านการเรียนรู้ 4 กิจกรรม คือ การให้ความรู้โรคสมาธิสั้น/บทบาทของครูในการดูแลเด็ก การรักษาด้วยยาและติดตามการตอบสนองต่อยา การเรียนรู้เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียน และการจัดชั้นเรียน/เทคนิคการสอนเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน ซึ่งผลของโปรแกรมอบรมดังกล่าว ได้ส่งเสริมผู้ปกครองและครูให้ดูแลเอาใจใส่เด็กโรคสมาธิสั้นมากขึ้น ส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้น พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่บ้านลดลง

พฤติกรรมในห้องเรียนดีขึ้น สมาชิกในการเรียนมีมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งจากที่ได้กล่าวมาทั้งหมด ทำให้สรุปผลลัพธ์ของการวิจัยได้ว่า โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองร่วมกับการอบรมครูของอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีประสิทธิภาพต่อการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น และควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้อบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหาอื่นๆ ได้ด้วย เช่น บกพร่องทางการเรียน โรคติดต่อต้าน แต่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับเด็กที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา หรือ ออทิสซึม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในระดับการศึกษาอื่นๆ ด้วย เช่น มัธยมศึกษา เป็นต้น

2) ควรพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองและครูเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในรูปแบบของหลักสูตรทั้งแบบ Online และ Onsite เพื่อให้ผู้ปกครองและครูสามารถเข้าถึงกิจกรรมการฝึกอบรมได้สะดวกขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพัฒนาการเด็กราชครินทร์. คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2560.
2. อนุญา สินรัชตานันท์, อีราธรัตน์ แทนคำ, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4 โรคหลัก (สติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียน) สำหรับเครือข่ายบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
3. สุพร อภินันทเวช. การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาและจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. เวชบัณฑิตยสาร. 2559; 9(30):175-81.
4. ธนิตา ทีปะपाल, ปภาสิณี แซ่ติ้ว, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ธัญวดี นาคมิตร, ญัฐนันท์ คำไธ. โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 5(2):28-41.
5. สมัย ศิริทองถาวร, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, นุจรี คำด้วง, ภิญโญ อีสรวงศ์, สุรริักษ์ พิลลา, พัทธนิ พัฒนกิจโกศล และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเด็กราชครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2560.

6. วราภรณ์ ชุมภูสีบ. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลลำปาง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
7. ชาญวิทย์ พรนภดล, วัจนินท์ โรหิตสุข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, นิรมล ยสินทร. คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก [เอกสารอัดสำเนา]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2549.
8. สมัย ศิริทองถาวร, ภิญโญ อีสรพงศ์, เพ็ญภาณูญ์ กาญจนรัตน์, วรรณกมล สอนสิงห์, นุจรี คำด้วง, สุรริักษ์ พิลา, และคณะ. หลักสูตรอบรมสำหรับครูโรงเรียนแกนนำร่วมประถมศึกษาในการดูแลปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ปีที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2560.
9. Pfiffner LJ, Villodas M, Kaiser N, Rooney M, McBurnett K. Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD. Sch Psychol Q. 2013 Mar;28(1):25-36. doi: 10.1037/spq0000016.