

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก สถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่ามากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมาคงจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น ปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 1,824 คน ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 1,803 คน ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 1,592 คน ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1,714 คน และปี พ.ศ. 2554 จำนวน 2,902 คน โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและปัญหาพฤติกรรมของเด็กเป็นอย่างมาก เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นจะมีลักษณะพฤติกรรม คือ ซน อยู่ไม่นิ่ง ชอบลุกเดินหรือขยับตัวไปมา เล่นเสียงดัง เล่นโศกโศกแรง เสียงอันตราย พูดมาก พูดไม่หยุด วู่วาม ใจร้อน รอคอยไม่ได้ ควบคุมตนเองไม่ได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดความระมัดระวัง วอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน เหม่อลอย ทำงานไม่เสร็จ ไม่เรียบร้อย ทำของหายเป็นประจำ ซึ่งการเกิดโรคสมาธิสั้นสามารถเกิดได้ตั้งแต่อายุ 3-7 ปี และจะแสดงอาการเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเด็กเริ่มเข้าเรียนในชั้นอนุบาล (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) สถิติพบว่าร้อยละ 30-50 ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักพบปัญหาการบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disabilities) (นิรชา เรืองคารกานนท์, 2551) ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการให้ความสำคัญกับเด็กที่มีปัญหาการบกพร่องทางการเรียนรู้ และพิจารณาว่าเป็นความพิการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองคนพิการของประเทศไทยที่รัฐต้องให้ความช่วยเหลือทางการศึกษาพิเศษ โดยในปีการศึกษา 2550 พบว่าจากเด็กพิการ 9 ประเภท จำนวน 105,952 คน เป็นเด็กที่มีปัญหาการบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disabilities) มากที่สุด คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 47.47 (มติชนออนไลน์, 2552)

สภาพการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อโรคสมาธิสั้นทั้งผลกระทบกับตัวเด็กเอง ทำให้เด็กไม่ประสบผลสำเร็จด้านการเรียน มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ถูกทำโทษ พักการเรียน เรียนได้ไม่ดี อาจถูกให้เรียนซ้ำชั้น เรียนไม่จบชั้นมัธยม ทำให้เด็กมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (Low Self-Esteem) เนื่องจากคนรอบข้างมักจะตำหนิ จับผิด ลงโทษเด็กอยู่เสมอ มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและบุคคลอื่น ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพการงาน เมื่อโตขึ้น มีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด เนื่องจากเด็กมักจะชอบทดลอง ชอบสิ่งที่ตื่นเต้น เร้าใจ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากเด็กมักจะชอบกิจกรรมที่ทำหาย เสี่ยงต่ออันตรายมักจะคบ

เพื่อนที่เป็นเด็กมีปัญหาเหมือนกัน ทำให้ชักนำกันไปในทางที่เสียหาย เสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2553) และจากการศึกษาระยะยาวที่ติดตามเด็กกลุ่มนี้พบว่า เมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่น เด็กสมาธิสั้นมักจะชอบไปรวมกลุ่มกับเด็กที่มีปัญหาล้มเหลวในด้านการเรียน จากสาเหตุอื่น ๆ มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว โกหก ขโมย หนีเรียน หลายรายเริ่มใช้ยาเสพติด ด้านการเรียนก็ตกต่ำมาก จนเกิดความเบื่อหน่ายต่อการเรียนและออกจากระบบการเรียนก่อนวัยอันควร ทำให้ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) ในต่างประเทศได้ทำการศึกษาวิจัยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา เมื่อเวลาผ่านไป 8 ปี พบว่าร้อยละ 80 ของเด็กยังคงมีอาการของโรคสมาธิสั้น และพบว่าร้อยละ 60 ของเด็กมีอาการมีความผิดปกติเพิ่มขึ้นอีก คือเป็นเด็กดื้อ ต่อต้าน ไม่เชื่อฟัง (Oppositional Defiant Disorder: ODD) และเป็นเด็กเกร อังธพาล (Conduct Disorder: CD) ซึ่งความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มทั้งสองนี้ถือว่ามีความรุนแรงกว่าโรคสมาธิสั้น และมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 19 ของคนที่เป็นสมาธิสั้นจะติดบุหรี่ ร้อยละ 35 ของเด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะเรียนไม่จบในชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 52 ของคนที่เป็นสมาธิสั้นและไม่ได้รับการรักษาในวัยรุ่นและผู้ใหญ่จะติดสุราและยาเสพติด (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น มักพบว่ามีความเครียดในครอบครัวสูง การดำเนินชีวิตครอบครัวขาดความสงบสุข เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวทำให้เกิดปัญหาหย่าร้างในครอบครัว เนื่องจากพ่อแม่มักจะตำหนิซึ่งกันและกัน โทษแต่ละฝ่ายว่าเป็นต้นเหตุที่ทำให้ลูกมีปัญหา หรือมักจะขัดแย้งกันในการเลี้ยงดูเด็ก (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีบุตรสมาธิสั้นมีสภาพุ่นวายสับสน สมาชิกของครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ของตนอย่างเหมาะสม ทำให้ทั้งครอบครัวมีปัญหา (Dysfunction Family) (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามารดาจะได้รับผลกระทบและมีปัญหาทางสุขภาพจิตมาก (Lesesne, Visser, & White, 2003 cited in Mash & Wolfe, 2005) บิดามารดาที่มีความเครียดสูงและมีความสามารถในการทำหน้าที่บิดามารดาต่ำ (Mash & Johnston, 1993 cited in Mash & Wolfe, 2005) มีพฤติกรรมติดต่อกับครอบครัวเดิมหรือญาติน้อยลง มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลมากขึ้น แหล่งการสนับสนุนมีน้อย อัตราของความขัดแย้ง การแยกกันอยู่และการหย่าร้างในคู่สมรสสูงขึ้น (Barkley, 1998; Johnston & Mash, 2001 cited in Mash & Wolfe, 2005) บิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ในบางกรณีเป็นผลมาจากความเครียดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรสมาธิสั้นของพวกเขา (Pelham & Lang, 1999 cited in Mash & Wolfe, 2005) ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น มักจะมีการทำหน้าที่ครอบครัวบกพร่อง ดังการศึกษาของคีโอนและวูดเวิร์ด (Keown & Woodward, 2002) ที่พบว่าครอบครัวที่มีบุตรสมาธิสั้นที่อยู่ในวัยก่อนเข้าโรงเรียนขาดในเรื่องการฝึกระเบียบวินัย

การแก้ไขปัญหของบิดามารดาที่มีประสิทธิภาพน้อย การสื่อสารระหว่างเด็กกับบิดาการศึกษาของอนาสโตโพรอส โซมเมอร์และสแชตซ์ (Anastopoulos, Sommer & Schatz, 2008) พบว่าความสัมพันธ์บิดามารดากับเด็กมีลักษณะขัดแย้งและเป็นไปในทางลบ วิธีการจัดการของบิดามารดาไม่มีประสิทธิภาพ ระดับความเครียดของบิดามารดาสูง มีภาวะซึมเศร้า ความพอใจในความเป็นบิดามารดาต่ำและมีความขัดแย้งในระบบพี่น้อง ซึ่งจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในครอบครัวที่บิดามารดาไม่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากลักษณะพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้น ส่งผลทำให้เกิดปัญหาในด้านการดูแลและเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การขาดการฝึกระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ การลงโทษที่รุนแรงไม่เหมาะสม ไม่มีกฎเกณฑ์ของครอบครัว (นิรชา เรืองคารกานนท์, 2551)

จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยการสัมภาษณ์และประเมินครอบครัว การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมโรงเรียน ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านเยี่ยมโรงเรียนผู้วิจัยเพื่อวางแผนช่วยเหลือพบว่า ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นบิดามารดาจะเครียด วิตกกังวล เป็นทุกข์ มีอารมณ์ซึมเศร้า มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา มีการตำหนิและกล่าวโทษกันเอง มีความรู้สึกลูกเป็นภาระ ครอบครัวขาดความสุข ส่งผลต่อเนื่องให้ปัญหาที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว โรงเรียน และสังคม

โรคสมาธิสั้น จึงเป็นปัญหาที่สำคัญและถ้าสามารถหยุดยั้งวงจรของโรคนี้ได้ก็จะช่วยป้องกันปัญหาสังคมได้ ดังนั้นการให้การรักษาและให้ความช่วยเหลือจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากเพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้ก็จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองและบุคคลรอบข้างเป็นอย่างมาก ซึ่งการรักษาโรคสมาธิสั้นต้องใช้หลายวิธีประกอบกันเรียกว่า Multiple - Modality Approach ได้แก่การรักษาโดยการให้ยา (Stimulant Medication) และบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ซึ่งประกอบด้วยการช่วยเหลือครอบครัว (Family Intervention) การฝึกบิดามารดาในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก (Parent Intervention) และการช่วยเหลือโรงเรียน (School Intervention) (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550) โดยการรักษาแบบ Multi - Modality Approach หรือการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาจิตสังคม (Psychosocial Intervention) จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550ก)

การปรึกษาคือครอบครัวเป็นวิธีการบำบัดทางสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นอย่างมาก เพราะเป็นการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ซึ่งการปรึกษาคือครอบครัวเป็นการปรึกษาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติต่อครอบครัวโดยรวม ปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ที่ไม่มี

ประสิทธิภาพ (Dysfunction Rule) ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง (Biggs, 1994 อ้างถึงใน เมธนิทร์ ภิญโญ, 2539, หน้า 20) โดยผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) ซึ่งทฤษฎีนี้มีความเชื่อพื้นฐานว่า ครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพหรือทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องเพราะติดขัดกับการจัดการกับปัญหา (de Shazer, 1985 อ้างถึงใน เมธนิทร์ ภิญโญ, 2539, หน้า 133) การศึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสจึงมุ่งที่จะจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เป็นประโยชน์และเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยการสร้างสถานการณ์ที่จะช่วยให้ครอบครัวมองสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในทางบวก และให้ความร่วมมือที่จะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมือนเดิม ให้ความสำคัญกับทางออกของปัญหา (Solution) ไม่เน้นที่ตัวปัญหา (Problem)

ครอบครัวที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยบิดามารดาและบุตรสามาริสน ซึ่งพบว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้นโดยเฉพาะบุตรย่อมส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น การทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว การปรับพฤติกรรมของบุตร การดูแลเรื่องการกินยาอย่างสม่ำเสมอ การพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัด ถ้าระบบครอบครัวเสียสมดุลการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาหากปรับเปลี่ยนใหม่ได้ไม่ดี ไม่เหมาะสมหรือปรับไม่ได้ก็ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวเพิ่มเติมขึ้น โดยครอบครัวเดี่ยวย่อมมีความคาดหวังในตัวบุตรทั้งในเรื่องการศึกษา การประกอบอาชีพในอนาคต เมื่อบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นบิดามารดาอาจจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อปัญหาที่แตกต่างกันออกไป เช่น บิดามารดาอาจรับไม่ได้ที่บุตรป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ปฏิเสธการบำบัดรักษา ทำให้ปัญหาของบุตรไม่ได้รับการแก้ไขหรือบิดามารดาก็เสียใจมีอารมณ์ซึมเศร้าไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ อาจเกิดความเห็นห่างทางอารมณ์หรือมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ก็จะยิ่งทำให้ปัญหาครอบครัวรุนแรงขึ้น และอาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวได้

จากความสำคัญและความเป็นมาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น โดยการให้การศึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) เพื่อช่วยให้ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและส่งผลต่อการดูแลบุตรที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันปัญหาสังคมที่จะเกิดกับเด็กกลุ่มนี้ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น โดยการศึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Counseling)

สมมติฐานของการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง
2. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง
3. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผล
4. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
5. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการปรึกษารอบครัวตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น เข้าใจความสำคัญของการทำหน้าที่ครอบครัว และดูแลบุตรที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม
2. ได้รูปแบบการปรึกษารอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น
3. ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น สามารถนำโปรแกรมการปรึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นต่อไปได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น โดยใช้การปรึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) โดยมีขอบเขตในการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553- มิถุนายน พ.ศ. 2554 โดยคัดเลือกครอบครัวตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1.1 บิดาและมารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นโดยบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและไม่มีโรคเกิดร่วมตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM- IV จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ไม่เกิน 1 ปี

1.2 บุตรที่เป็นโรคสมาธิสั้นโดยใช้เกณฑ์จำแนกตามเกณฑ์ DSM-IV ได้รับยาเมทิลฟีนิเดต (Methylfinidate) ไม่เกิน 1 ปี ร่วมกับการปรับพฤติกรรม

1.3 บุตรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมีอายุระหว่าง 5-8 ปี และเป็นบุตรคนเดียวของบิดามารดา

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็น บิดาและมารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามข้อ 1 โดยมีคะแนนจากแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25

ตัวแปรของการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ วิธีการปรึกษาและระยะเวลาของการทดลอง

1.1 วิธีการ แบ่งเป็น

1.1.1 การปรึกษาคอครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชัน โฟกัส (Solution Focus Family Counseling)

1.1.2 การได้รับการแนะนำตามปกติของโรงพยาบาล

1.2 ระยะเวลาของการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1.2.1 ระยะก่อนการทดลอง (Pre-Test)

1.2.2 ระยะหลังการทดลอง (Post-Test)

1.2.3 ระยะติดตามผล (Follow-up)

2. ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การทำหน้าที่ครอบครัว หมายถึง การที่บิดามารดาดูแลให้ความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของบุตร ในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจ ใน 3 องค์ประกอบ คือ

1.1 ความผูกพันในครอบครัว (Cohesion) หมายถึง ความรู้สึกห่วงใย ความรักใคร่ที่บิดามารดามีให้กับบุตร มีความสนใจเอาใจใส่ในชีวิตและความเป็นอยู่ของบุตร มีความรู้สึกเป็นกังวลเมื่อบุตรต้องเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ปกติ

1.2 ความยืดหยุ่นในครอบครัว (Flexibility) หมายถึง ความสามารถของบิดามารดาในการปรับโครงสร้าง อำนาจ บทบาทและกฎระเบียบของครอบครัว มีการปรึกษาหารือกัน มีความ

เป็นประชาธิปไตยในการตัดสินใจ มีบทบาทร่วมกันของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยกฎระเบียบสามารถยืดหยุ่นได้และเหมาะสมกับพัฒนาการแต่ละช่วงวัยของบุตร

1.3 การสื่อสารในครอบครัว (Communication) หมายถึง การที่บิดามารดาใช้ภาษาพูดหรือภาษาท่าทางเพื่อแสดงให้บุตรเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของตนเอง โดยการสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.3.1 การสื่อสารทางบวก หมายถึง การที่บิดามารดาใช้ภาษาพูดหรือภาษาท่าทางที่ทำให้บุตรเกิดความรู้สึกดี เช่น การแสดงสีหน้ายิ้มแย้ม การสบ สายตา ท่าทางแสดงออกว่าสนใจ รับฟัง การสัมผัสที่แสดงออกถึงความรักใคร่สนิทสนม

1.3.2 การสื่อสารทางลบ หมายถึง การที่บิดามารดาใช้ภาษาพูดหรือภาษาท่าทางที่ทำให้บุตรเกิดความรู้สึกไม่ดี เช่น การแสดงสีหน้าบึ้งตึง เพิกเฉย ท่าที่เย็นชา ขาดความใกล้ชิด ไม่มีการปฏิสัมพันธ์โดยการสัมผัส การแสดงออกด้านคำพูด ได้แก่ เก็บกดไว้ไม่พูด เจ้ากี้เจ้าการ การสั่งการประชด การตำหนิ การบ่น การพูดผ่านคนอื่น การแปลความหมายในเชิงลบ การชอบพูดถึงความผิดพลาดในอดีต การไม่ใส่ใจในสิ่งที่บุตรพูด

2. ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น หมายถึง บิดาและมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยบุตรมีอายุระหว่าง 5-8 ปี ซึ่งบิดาและมารดามีคะแนนในการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 25

3. การปรึกษารอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชัน โฟกัส (Solution Focus Family Counseling) หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญกับผู้รับคำปรึกษาในการสร้างทางออกด้วยตัวเอง โดยเชื่อว่าผู้รับคำปรึกษาคือผู้ที่มีความชำนาญในชีวิตของตนเอง มีความสามารถและมีแหล่งทรัพยากร ผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาได้ใช้ความสามารถและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวของผู้รับคำปรึกษาในการสร้างทางออกที่ผู้รับคำปรึกษาพอใจ โดยมีเทคนิคดังนี้ 1. การใช้คำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Question) หมายถึง การใช้คำถามเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการตั้งสมมติฐานในการพิจารณาทางออก โดยใช้คำถามว่า “สมมติว่าคุณหลับไปในคืนนี้ แล้วมีปาฏิหาริย์เกิดขึ้น ปัญหาได้ถูกแก้ไขไปแล้ว โดยที่คุณไม่รู้ คุณจะรู้ได้อย่างไรว่าเกิดปาฏิหาริย์ขึ้น มันมีอะไรบางอย่างที่จะเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิมในตอนเช้าที่คุณตื่นขึ้นมา” 2. คำถามข้อยกเว้น (Exception Questions) หมายถึงการใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาระลึกว่าปัญหาไม่ได้รุนแรงและอยู่กับเขาตลอดไป เป็นช่วงเวลาที่ไม่ได้เกิดปัญหาปัญหารุนแรงน้อยลง โดยการช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาระบุและตรวจสอบข้อยกเว้นนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนำไปสู่การหาทางออกต่อไป โดยใช้คำถามว่า “ในช่วงเวลาดีๆ ที่ไม่ได้

เกิดปัญหา เป็นอย่างไร” 3. คำถามบอกระดับ (Scaling Questions) หมายถึง การใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาบอกระดับในการรับรู้สถานการณ์ เพื่อสร้างมุมมองด้านบวก เพื่อจูงใจให้การเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนืองตามที่คาดหวังหรือตั้งเป้าหมายของตนและสามารถประเมินความก้าวหน้าของการแก้ปัญหาได้โดยใช้คำถามว่า “จากสเกล 0-10 โดย 0 หมายถึง ความรู้สึกตอนที่คุณมารับการปรึกษาครั้งแรกและ 10 หมายถึงความรู้สึกหลังจากที่มารับการปรึกษาครั้งนี้ คุณคิดว่าปัญหาของครอบครัวคุณตอนนี้เป็นเท่าไร” 4. คำถามการตั้งเป้าหมาย (Goals Setting) หมายถึง การใช้คำถามเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีเป้าหมายที่ชัดเจนและสร้างทางออกที่เป็นไปได้ โดยใช้คำถามว่า “ครอบครัวของคุณจะเป็นอย่างไร ถ้าปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว” 5. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) หมายถึง การที่ผู้ให้การปรึกษาสรุปข้อมูลย้อนกลับให้ผู้รับการปรึกษา ให้กำลังใจและแนะนำสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาอาจจะสังเกตหรือทำในแต่ละครั้งของการปรึกษา

4. การแนะนำปกติ หมายถึง การที่บิดามารดาที่มีบุตรเป็น โรคสมาธิสั้น ได้รับคำแนะนำรายบุคคลตามปกติในวันที่มารับบริการเกี่ยวกับการรับประทานยาและการดูแลเด็ก สมาธิสั้นโดยทีมสหวิชาชีพคนใดคนหนึ่งให้บริการในวันนั้น อาจเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์

5. โรคสมาธิสั้น หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาททวิภาคและประสาทเคมี โดยมีลักษณะความผิดปกติของพฤติกรรมที่สำคัญ 3 ประการคือ สมาธิสั้น (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ซึ่งอาการดังกล่าวรบกวนชีวิตประจำวันของเด็กและเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี และไม่มีโรคเกิดร่วม โดยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นในการวิจัยครั้งนี้มีอายุระหว่าง 5-8 ปี โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM- IV ได้รับยาในกลุ่ม เมทิลฟิเนดเทไม่เกิน 1 ปี