

ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี



นางสาวชัตติยา ยืนยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PLAY THERAPY ON SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN AGED 6-9 YEARS

Miss Kattiya Yuenyong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี
โดย	นางสาวชัตติยา ยืนยง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)

ชัตติยา ยืนยง : ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี (THE EFFECT OF PLAY THERAPY ON SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN AGED 6-9 YEARS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 151 หน้า.

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6-9 ปี ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 40 คน จับคู่อายุและเพศ แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดที่มีการจัดลำดับจากง่ายไปยากโดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น 2)แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV)(สำหรับผู้ปกครอง) 3)คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล 4)แบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัด เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัด เท่ากับ .888 และ .928 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ มีดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบำบัดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบำบัดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777303036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PLAY THERAPY / ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

KATTIYA YUENYONG: THE EFFECT OF PLAY THERAPY ON SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN AGED 6-9 YEARS.

ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 151 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHA) in children, aged 6-9 years, before and after received play therapy and 2) to compare symptoms of ADHA children, aged 6-9 years, among children received play therapy and those received usual nursing care. Research sample consisted of forty children with ADHD, age 6-9 years, from outpatient clinic of Yuwaprasartwaithayopathum hospital, selected according to inclusion criteria and matched pair by age and gender, then, equally assigned to an experimental group and a control group. The experimental group received play therapy with caregiver involvement, composed of simple to complex play for 2 weeks. The control group received usual nursing care. Research instruments were: 1) personal data questionnaire of children with ADHD, 2) Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV), caregiver version, 3) nurses' manual on play therapy, 4) play ability scale. All instruments were content validated by a panel of 6 experts. The reliability of SNAP-IV scale and play ability scale were .888 and .928, respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as followed:

1. The mean score of symptoms of ADHA among children after received play therapy was significantly lower than that before, at the .05 level.

2. The mean score of symptoms of ADHA among children who received play therapy was significantly lower than symptoms of ADHA among children who received usual nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ซึ่งเป็นผู้ให้ความรู้ ข้อคิดและแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ เสียสละเวลา ช่วยเหลือประคับประคอง เป็นกำลังใจด้วยความเอื้ออาทรด้วยดีตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น มุมานะในการทำวิจัยอย่างเต็มความสามารถ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้ศึกษามีความประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตาที่ท่านได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้ศึกษาเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาลสาธิตพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้ช่วยผู้วิจัย พี่ๆน้องๆ และเพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเรื่อยมา ตลอดจนเด็กและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ และพี่น้อง เพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด นายประดิษฐ์-นางนิตยา ยืนยง ที่ให้สติปัญญา ความมุมานะ ความอดทนและเข้มแข็งในการฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ พี่สาวที่เป็นที่ปรึกษา คอยห่วงใยและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนถึงญาติมิตรทุกท่านที่ไม่อาจเอ่ยนามได้ทั้งหมดที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจอันมีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-9 ปี.....	16
2. อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี.....	30
3. การพยาบาล.....	34
4. การเล่นบ๊อบบี้.....	39
5. การเล่นบ๊อบบี้สำหรับเด็กสมาธิสั้น.....	43
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	58
ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	58
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การดำเนินการทดลอง.....	73
การเก็บรวบรวมข้อมูล	82
การวิเคราะห์ข้อมูล	82
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	83
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
สรุปผลการวิจัย	100
อภิปรายผลการศึกษา	100
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	103
ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ.....	103
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	104
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก	114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ข แสดงผลการตรวจสอบค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ	117
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	144

ณ

หน้า

ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	151



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม.....	60
ตารางที่ 2 รายละเอียดการดำเนินการทดลอง	75
ตารางที่ 3 รายงานผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้ตั้งแต่การเล่นที่ 1-10 ของกลุ่ม ทดลอง(n=20).....	80
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก การใช้และไม่ใช้ยา ระยะเวลาใช้ยา การรักษา อื่นๆ ปัญหาพฤติกรรม การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม.....	85
ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) และ กลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive) ระยะก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	87
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น(อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และ อาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ (n=20).....	89
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น(อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และ อาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40).....	90
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น(อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และ อาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40).....	91
ตารางที่ 9 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้ การเล่นที่ 1 “การสร้างสัมพันธ์ภาพและ ให้ความรู้เด็กสมาธิสั้น”	129
ตารางที่ 10 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้ การเล่นที่ 2 “จิ๊กซอว์พาเพลิน”	131
ตารางที่ 11 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้ การเล่นที่ 3 “การเล่นโบว์ลิ่ง”	132

ตารางที่ 12 ผลการประเมินความสามารถการเล่นที่ 4 “การเล่นทายสิ ฉันทคืออะไร”	134
ตารางที่ 13 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ้ำบัด การเล่นที่ 5 “ลูกบอลหรรษา”	135
ตารางที่ 14 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ้ำบัด การเล่นที่ 6 “การเล่นจำขึ้นใจ”	137
ตารางที่ 15 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ้ำบัด การเล่นที่ 7 “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ”	138
ตารางที่ 16 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ้ำบัด การเล่นที่ 8 “เขาวงกต”	140
ตารางที่ 17 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ้ำบัด การเล่นที่ 9 “การเล่นไปคำ”	141
ตารางที่ 18 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ้ำบัด การเล่นที่ 10 “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน”	142



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กสมาธิสั้น(Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) เป็นโรคทางจิตเวช เด็กที่พบบ่อยที่สุด(ดุซงกี จิ้งศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2555) ความชุกที่พบในเด็กทั่วโลกร้อยละ 5-12 (Freitag et al., 2012) ในเด็กวัยเรียนร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) ในประเทศไทยเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สืบเนื่องได้จากการศึกษาที่พบเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 3-10 ของเด็กวัยเรียน โดยเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า(วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) และจากการสำรวจระดับชาติพ.ศ.2555 พบความชุกของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ร้อยละ 8.1 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 3:1 พบมากที่สุด คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับร้อยละ 9.7 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) จากสถิติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2556-2559 มีเด็กสมาธิสั้น(F90.0) เข้ารับบริการมากที่สุด คือ 4,836 4,637 4,726 และ 4,847 ราย ตามลำดับ (งานสถิติสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2556-2559) สถิติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันราชานุกูล ปีงบประมาณ 2555-2557 คือ 671 908 และ 1,214 ราย ตามลำดับ (งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล ปีงบประมาณ 2555-2557) และสถิติการเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2556-2559 เมื่อคิดเป็นจำนวนรายครั้ง คือ และ 15,242 15,109 13,073 และ 11,709 ราย ตามลำดับ เมื่อคิดเป็นจำนวนคน คือ 2,556 2,588 2,469 และ 2,390 ราย ตามลำดับ โดยพบว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 6-9 ปี เข้ามารับบริการเป็นจำนวนมากที่สุด คือ 1,100 1,180 1,112 และ 1,082 คน ตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2556-2559) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากอาการของเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่วัยก่อนเรียน จนถึงวัยผู้ใหญ่ พบว่าช่วงวัยรุ่นอาการของเด็กสมาธิสั้นก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมมากที่สุด ได้แก่ การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมเกเร การกระทำที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น ดังนั้นเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ช่วงวัยเด็กจึงควรได้รับการบำบัดรักษาอาการของโรคมากที่สุด เพื่อป้องกันความรุนแรงของอาการก่อนเข้าสู่วัยรุ่น(Haparin, 2005)) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวว่า เด็กสมาธิสั้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียน จะวอกแวกง่าย ไม่สามารถนั่งทำงานหรือการบ้านได้สำเร็จ ทำให้มีปัญหาด้านการเรียนตามมา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-9 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญมากในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ของเด็กเพราะเป็นระยะที่เด็กจะต้องเข้าโรงเรียนซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต เด็กจะมีการปรับตัวมากขึ้น การได้ฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกาย

อารมณ์ สติปัญญา และสังคม จะทำให้เด็กเกิดการปรับตัวง่ายขึ้น เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการพัฒนาในทุกด้าน เพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม วัยนี้จึงเป็นวัยที่ผู้ใหญ่ควรเอาใจใส่เป็นพิเศษ(สุชา จันทร์อม, 2540) หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ช่วงวัยเรียน อาจส่งผลทำให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อยาเสพติด ต่อต้านสังคม เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากขาดการควบคุมทางอารมณ์(Susan, 2000) ในขณะเดียวกันหากได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องพบว่าร้อยละ 30 จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; สนธยา มณีรัตน์ และคณะ, 2550)

อาการของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน จนส่งผลทำให้สูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม(American Psychiatric Association, 2000) อาการของเด็กสมาธิสั้นที่เป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรมนี้จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsivity) (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มอาการนี้จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการเรียนเนื่องจากอาการสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง ซนมาก กระสับกระส่าย วอกแวกง่าย นั่งทำงานหรือทำการบ้านไม่ได้จนสำเร็จ(ดารุณี งามขำ, 2554) ความซุกซน อยู่ไม่นิ่ง ไม่อาจทนรออะไรได้ ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น(อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) และทำให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตเหมือนเด็กปกติเมื่ออยู่ในห้องเรียนได้ เด็กมักจะรบกวนชั้นเรียน เนื่องจากการที่ทำอะไรได้ไม่เท่ากับเพื่อนและต่อมาเด็กจะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด(อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเอง อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่ปฏิบัติตามกฎกติกา(สมภาพ เรืองตระกูล, 2545) ด้านสังคม เนื่องจากอาการของเด็กสมาธิสั้นจะทำให้เด็กถูกตำหนิติเตียนหรือลงโทษจากคนรอบข้างอยู่เสมอ เด็กมักจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นโดยไม่มีการยั้งคิด ทำให้มีพฤติกรรมอันธพาลและต่อต้านสังคม รวมทั้งการกระทำที่ผิดกฎหมายอื่นๆ (Neale, 2001 อ้างถึงในดารุณี งามขำ, 2554) ความรุนแรงของอาการยังสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(มยุรา ชัยเดช, 2557; Klassen et al., 2004; Riley et al., 2006) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย (Preuss et al., 2006) และจากการศึกษาที่พบเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะยังคงแสดงอาการของโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 80 และวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 65 (Biederman et al., 1996) ในขณะเดียวกันพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมนั้นร้อยละ 30 จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ แต่อีกร้อยละ 50-60 ยังคงมีอาการบางอย่างเหลืออยู่ เช่น สมาธิสั้น หุนหันพลันแล่น ซึ่งอาจส่งผลทำให้ขาดความมั่นใจ กังวล หงุดหงิดง่าย มีปัญหาในการทำงานและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และพบร้อยละ 10-15 มีปัญหาทางจิตเวช ได้แก่

โรคซึมเศร้า ตีดยาเสพติดต่อต้านสังคมนรุนแรง เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; สนธยา มณีรัตน์ และคณะ, 2550)

จากหลักฐานการศึกษาต่างๆ สามารถแบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กออกเป็น 3 กลุ่มที่สำคัญ คือ (1)ปัจจัยด้านพันธุกรรม (2)ปัจจัยด้านชีวภาพ (3)ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม(วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) โดยปัจจัยด้านชีวภาพเป็นปัจจัยที่มีผู้สนใจทำการศึกษาจำนวนมาก และพบว่าอาการของเด็กสมาธิสั้นนั้นมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วน Prefrontal Cortex ที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการบกพร่อง (Executive Dysfunction) (Andres & Fred, 2007; Barkley, 1997; Barkley, 2006; Knouse & Safren, 2010; Nigg, 2006) และนับว่าเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดอาการของเด็กสมาธิสั้น (Barkley, 1997; Knouse & Safren, 2010) โดยเชื่อว่าอาการของเด็กสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากการไม่มีทักษะหรือความสามารถ แต่ความผิดปกติของระบบประสาทดังกล่าวทำให้ไม่สามารถนำเอาทักษะหรือความสามารถต่างๆ มาใช้ในสถานการณ์จริงได้ (Point of Performance) (Barkley, 1997; Barkley, 2006; Knouse & Safren, 2010) อ้างถึงใน ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2555) ซึ่งได้แก่ ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ (Sustained Attention) ด้านความจำ(Working Memory) ด้านการรักษาสภาพ(Maintenance) ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ด้านการควบคุมตัวเอง(Self Control) และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) (Ebrahim et al., 2013)

แนวทางการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยนั้น จะเป็นการรักษาแบบ Multi-Modality Approach ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาพร้อมกับ Psychosocial Intervention (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การรักษาจะประกอบไปด้วย การให้ยา การปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้ เป็นต้น (มานิช อภรณ์สุวรรณ, 2550) จากการศึกษาพบว่าการใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดนั้น นับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษามากที่สุด แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมอาการของเด็กสมาธิสั้นได้ทั้งหมด (Andres & Fred, 2007; Barkley, 2006; Young & Amarasinghe, 2010) จากการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากข้อมูลสถิติ ของโรงพยาบาลยูวประสาทไวยุโรปถัมภ์ พ.ศ.2556-2559 ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ยังคงมีการเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในอัตราสูงอย่างต่อเนื่อง ดังรายงายทางสถิติข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการบำบัดอาการของเด็กสมาธิสั้นนั้น ร้อยละ 42 จะไม่ตอบสนองต่อการให้ยาเพียงอย่างเดียว(Brown, 2005) ยาไม่ได้ทำให้อาการหายขาดและใช้ได้ผลเพียงประมาณร้อยละ 70-80 เท่านั้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550) การให้ยายังเสี่ยงต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของร่างกายด้วย(Jensen et al., 2007; Molina et al., 2007) ยายังอาจทำให้มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นได้ (Brown, 2005)

และจากการศึกษาในระยะยาวยังพบว่าทำให้ Psychosocial เพียงอย่างเดียวไม่ได้ผลด้านการรักษาอาการของเด็กสมาธิสั้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) และการพัฒนาพฤติกรรมภายนอก (External Behavior) เพียงอย่างเดียวจะไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาอาการหรืออาการของเด็กสมาธิสั้นอาจเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นการบำบัดจะต้องคำนึงถึงทั้ง External และ Internal Behavior ด้วย ซึ่ง Internal Behavior จะเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด (Thinking Process) (Hanser et al., 2000)

จากสมมติฐานกลไกการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้นดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีการศึกษาวิธีการรักษาที่หลากหลาย ทั้งการใช้ยาและการบำบัดด้วย Psychosocial Intervention วิธีการที่มีผู้สนใจทำการศึกษาและมีประสิทธิภาพวิธีการหนึ่ง ก็คือ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งเป็นการการบำบัดแบบ Psychosocial Intervention ที่มุ่งการบำบัดรักษาไปที่ตัวเด็ก (Children Focus Task) (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) เนื่องจาก CBT มีความสอดคล้องกับสมมติฐานการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ว่า เด็กสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากการไม่มีทักษะ แต่ความผิดปกติของระบบประสาททำให้ไม่สามารถนำเอาทักษะเหล่านั้นมาใช้ในสถานการณ์จริงได้ (Barkley, 1997; Barkley, 2006; Knouse & Safren, 2010 อ้างถึงใน ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2555) ดังนั้นการฝึกทักษะเหล่านี้โดยการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบจะสามารถช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น (Knouse & Safren, 2010; ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2555) แต่การทำ CBT ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 11 ปีโดยตรงนั้น จะมีข้อจำกัดมากเนื่องจากเด็กวัยนี้จะมีทักษะในการสื่อสารน้อย และบางคนอาจไม่สามารถทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ที่ผู้บำบัดต้องการสื่อสารด้วย ซึ่งทำให้ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและพฤติกรรม (May, 2008) แต่ตามพัฒนาการนั้นสิ่งที่เด็กวัยนี้สามารถทำได้ก่อนสิ่งอื่น คือ การแสดงออกทางด้านภาษา (Verbal Expression) แล้วจึงจะสามารถเข้าใจในประเด็นที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น แรงจูงใจ และความรู้สึกต่างๆ (Piaget, 1962; Bratton et al., 2005) ดังนั้นการเล่นจึงเป็นเครื่องมือที่เป็นการสื่อสารระหว่างเด็กและผู้บำบัด เพื่อให้เด็กได้แสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ต่างๆ ที่ไม่สามารถแสดงออกด้วยคำพูดอย่างตรงไปตรงมา (Axline, 1947; Kottman, 2001; Landreth, 2002; O'Connor, 2001; Schaefer, 2001) และจากพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาของเด็กวัยนี้ที่ว่า เด็กวัยนี้ไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้แต่จะต้องเป็นการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete Operational Period) ก่อนจึงจะสามารถคิดแบบนามธรรมได้ (Think Abstractly) (Piaget, 1926) และเป็นระยะที่เด็กสามารถนำความรู้หรือประสบการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหาใหม่ๆได้ มีการถ่ายโยงการเรียนรู้ (Transfer of Learning) โดยปัญหาหรือเหตุการณ์ที่จะถ่ายโยงนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม ขณะเดียวกันปัญหาที่เป็นนามธรรมเด็กจะยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ (สุชา จันท์ธรม, 2540)

การบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นที่นอกจากการใช้ยาพร้อมกับ Psychosocial intervention แล้วนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศยังพบว่าการเล่นบำบัดสามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Barzegary & Zamini, 2011; Blinn, 2000; Ebrahim et al., 2013; Hall et al., 2002; Hanser et al., 2000; Janatian et al., 2008; May, 2008; Pankespp et al., 2003; Pankespp, 2007; Ray et al., 2008) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบการเล่นบำบัดมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นเดียวกัน (ชูศรี ปิ่นโต, 2549; ญาณี เหล่าวิริยะรัตน์, 2552; วิมล เนติธรรม, 2548; เสาวนีย์ บัวลา, 2558; อุฬยวรรณ โกสาเสนา, 2555) ซึ่งการเล่นบำบัดจะเป็นการบำบัดรักษาแบบ Psychosocial Intervention วิธีการหนึ่งที่น่าจะมีประสิทธิภาพเมื่อใช้ในเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากการเล่นบำบัดมีพื้นฐานอยู่บนความจริงของการเล่นที่ว่า เป็นเครื่องมือตามธรรมชาติของเด็ก จึงลดแรงต้านที่เกิดจากการบำบัดแบบทั่วไป การเล่นยังเป็นการแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก เป็นโอกาสให้เด็กได้แสดงออกถึงความรู้สึกและปัญหา เช่นเดียวกับรูปแบบการบำบัดในผู้ใหญ่ที่เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกต่างๆ (Axline, 1947; Axline, 1990) วรรณกรรมที่ผู้วิจัยสนใจนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ การเล่นบำบัดตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า เป้าหมายสูงสุดของการบำบัดรักษาอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ การทำให้เด็กสมาธิสั้นมีความสามารถในการเอาชนะปัญหาที่เผชิญได้ในตลอดช่วงชีวิต ด้วยการสอนวิธีและการพัฒนาทักษะหรือความสามารถให้เด็กสมาธิสั้นมีบุคลิกภาพในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และได้ออกแบบการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาความสามารถหรือทักษะด้านต่างๆ ที่บกพร่องและเป็นกลไกที่ทำให้เกิดอาการของเด็กสมาธิสั้น จนทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถนำเอาทักษะหรือความสามารถเหล่านั้นออกมาใช้ได้อย่างชำนาญและต่อเนื่องเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะส่งผลให้อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ในที่สุด

จากสถิติเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2556-2559 เมื่อคิดเป็นจำนวนรายคน คือ 1,100 1,180 1,112 และ 1,018 คน ตามลำดับ และเมื่อคิดเป็นจำนวนรายครั้งพบว่ายังคงอยู่ในอัตราที่สูงถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม ดังนี้ 4,648 5,233 5,156 และ 4,587 ราย ตามลำดับ(งานสารสนเทศ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2556-2559) จากสถิติแสดงให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี จะเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยคนละประมาณ 4-5 ครั้งต่อปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการกลับเข้ารับการรักษา คือ ผลกระทบที่เกิดจากอาการที่ยังคงหลงเหลืออยู่ ซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ดังที่กล่าวไว้ในข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาการเล่นบำบัดตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 6-9 ปี และเพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาแบบ Psychosocial Intervention

ร่วมกับการใช้ยา ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ภายใต้บทบาทของพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คือ การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม(Promotion of Mental Health) การป้องกัน(Prevention of Mental Health) การรักษาพยาบาล(Therapeutic or Restoration of Mental Health) และการฟื้นฟู(Rehabilitation of Mental Health) นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตซับซ้อนและผู้ป่วยจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นอีกด้วย การศึกษาครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตปี 2558-2559 ที่เน้นให้เฝ้าระวังเด็กที่มีปัญหาด้านการเรียนรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านอารมณ์ โดยให้การสนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาระบบการดูแลเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค อันได้แก่ เด็กออทิสติก เด็กสมาธิสั้น เด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียน และบกพร่องด้านสติปัญญา ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพและทันท่วงที เพื่อป้องกันความรุนแรงในสังคมต่อไปในอนาคตอีกด้วย

คำถามการวิจัย

1. อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบำบัดจะแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัดหรือไม่
2. อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบำบัดจะแตกต่างจากในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการของเด็กสมาธิสั้นนั้นมาจากสมมติฐานที่ว่า เป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วน Prefrontal Cortex ที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการบกพร่อง (Executive Dysfunction) (Andres & Fred, 2007; Barkley, 1997; Barkley, 2006; Knouse & Safren, 2006; Nigg, 2006) ซึ่งความบกพร่องนี้เองที่เป็นกลไกการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ ทำให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถนำเอาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการรักษาสภาพ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น และด้านการควบคุมตัวเอง (Ebrahim et al., 2013) มาใช้ได้

เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์จริง (Barkley, 1997; Barkley, 2006; Ebrahim et al., 2013; Knouse & Safren, 2010) แต่จากการศึกษาของ Ebrahim et al. (2013) พบว่าการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT เพื่อพัฒนาทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นนั้นสามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษานี้มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 (Ebrahim et al., 2013) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า เป้าหมายสูงสุดของการบำบัดอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ การที่เด็กสมาธิสั้นมีความสามารถที่จะเอาชนะปัญหาที่ต้องเผชิญได้ในตลอดช่วงชีวิต โดยเป้าหมายนี้จะไม่สำเร็จได้ด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียวหรือด้วยการควบคุมจำกัดเด็กไว้ในกฎเกณฑ์แต่จะต้องเป็นการสอนวิธีการเพื่อพัฒนาทักษะหรือพัฒนาความสามารถให้เด็กสมาธิสั้นมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (Ebrahim et al., 2013) เมื่อพิจารณาการเล่นบำบัดตามแนวคิดนี้ มีความสอดคล้องกับพัฒนาการทางด้านความคิดและสติปัญญาของเด็กช่วงอายุ 6-9 ปี คือ เด็กจะมีการถ่ายโยงการเรียนรู้(Transfer of Learning) โดยปัญหาหรือเหตุการณ์จะเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม(Piaget, 1926) และยังมีความสอดคล้องกับพัฒนาการที่ว่าเด็กวัยนี้ไม่ได้เกิดมาพร้อมความรู้และความคิด แต่จะเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัวและพัฒนาความคิดไปพร้อมๆ กับพัฒนาทางร่างกายตามลำดับขั้นตอน โดยความคิดจะหมายถึง การที่บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม มีความสามารถในการที่จะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงความคิดและการแสดงออกของตนได้ดี ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการ 2 ชนิด คือ กระบวนการรับ(Assimilation) ซึ่งจะรับกระบวนการที่เด็กได้รับเอาประสบการณ์ต่างๆ เข้ามาเป็นประสบการณ์เฉพาะตน ทำให้เด็กมีพฤติกรรมต่อสิ่งใหม่ๆ ตามประสบการณ์ของตนเอง และกระบวนการเก็บและการปรุงแต่ง(Accommodation) ซึ่งเป็นกระบวนการในการปรับความเข้าใจหรือปรับประสบการณ์เดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ด้วยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม (สุชาจันทร์เอม, 2540) ซึ่งพฤติกรรมที่ผู้วิจัยต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในงานวิจัยครั้งนี้ คือ อาการของเด็กสมาธิสั้น ที่หมายถึง กลุ่มอาการขาดสมาธิ กลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มอาการนี้จะเป็นลักษณะของความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน โดยผู้วิจัยจะเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเก็บและการปรุงแต่งผ่านการเล่นบำบัด ด้วยการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่เป็นวัตถุหรือเป็นรูปธรรม ซึ่งจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นปรับความเข้าใจปรับประสบการณ์เดิม จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมและสามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้

การเล่นบำบัดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) โดยเทคนิคของ CBT จะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางปัญญา(Cognitive Restructuring) กลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา(Coping Skill Therapy) และกลุ่มที่เน้นการบำบัดเพื่อแก้ปัญหา(Problem Solving Therapy) (Mahoney & Arnkoff, 1978) โดยกลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหานั้น จะเน้นที่การพัฒนาทักษะ

ต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาในสภาพต่างๆได้ ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) มากที่สุด ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น โดยเทคนิคที่ผู้วิจัยเลือกในการนำมาพัฒนาทักษะของเด็กสมาธิสั้น คือ เทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling Technique) ซึ่งเทคนิคนี้เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาทางปัญญา(Cognitive Psychology) ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Bandura, 1969) เด็กจะเรียนรู้จากตัวแบบ โดยขบวนการเรียนรู้จากการสังเกตซึ่งจะเป็นวิธีการเรียนรู้แบบพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ ที่ช่วยให้เรียนรู้โน้มน้าที่ซับซ้อนหรือยากๆ ได้ดีและเร็ว(Patterson, 1974) การให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของตัวละครนั้น เชื่อว่าเด็กจะเกิดการเรียนรู้ทางสังคมที่ดีที่สุด เพราะเป็นการสอนเพื่อปลูกฝังลักษณะนิสัยและพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็ก และยังช่วยปรุงแต่งบุคลิกภาพ แก้ไขพฤติกรรมของเด็กให้เป็นไปตามตัวแบบในนิทานที่เด็กชอบ (ดวงเดือน พันธุมนาวิณ, 2523) ส่วนเทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกรรม(Contingency Management) นั้น เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลมาจากผลกรรมของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็ลดลงหรือยุติในอนาคต(Skinner, 1938 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) และผู้วิจัยยังได้ประยุกต์ให้การเล่นบำบัดมีองค์ประกอบพื้นฐานของCBT ด้วย อันได้แก่ มีการให้ความรู้(Psycho Education) ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลักมีความรู้และทักษะที่สามารถใช้ดูแลตนเองได้ มีการฝึกทักษะ(Skill Training) คือ การฝึกทักษะที่เด็กบกพร่องไป และมีการเลือกใช้เทคนิค(Technique Selection) ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวไว้แล้วในข้างต้น นอกจากนี้ยังประยุกต์ให้ผู้ดูแลหลักได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านด้วย เนื่องจากโรคเด็กสมาธิสั้นในเด็กเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ และจำเป็นในการเรียนรู้เพราะช่วยให้การดูแลเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์การดูแลที่ลงมือทำ การเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาวิธีการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กจึงกลายเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลถือเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดและเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย์ อนันตพันธ์, 2540; Loukissa, 1995) การเล่นบำบัดจะเป็นการเล่นแบบกลุ่ม ที่มีทั้งหมด 5 กลุ่มๆ ละ 4 คน เพื่อสร้างเสริมทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเล่นบำบัดกับพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล และการเล่นเพื่อการพัฒนาทักษะ ที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก ซึ่งการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาลจะมีการนัดหมายทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมายสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 4 ชั่วโมง ในแต่ละครั้งของการนัดหมายนั้นผู้ดูแลหลักจะนั่งสังเกตการณ์การเล่นบำบัดที่ดำเนินการโดยพยาบาล ที่โรงพยาบาล จากนั้นผู้ดูแลหลักจะต้องนำการเล่นทั้งหมดไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน มีรายละเอียดของการเล่นบำบัด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จะเป็นการเล่นบำบัดเพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้นแก่เด็กและผู้ดูแลหลัก จากนั้นจะเป็นการเล่นบำบัดจากง่ายไปยากเพื่อสร้างเสริมทักษะด้าน Executive Function ที่บกพร่องในเด็กสมาธิสั้น ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านการรักษาสภาพ(Maintenance) ทักษะด้านการควบคุมตนเอง(Self Control) ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์หุนหันพลันแล่น (Impulsive) ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ทักษะด้านความจำ(Working Memory) และทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) ผ่านการเล่นบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 นี้ ที่มีทั้งหมด 5 การเล่น ดังนี้

การเล่นที่1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น เป็นระยะที่ทำให้ความรู้จักกันระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกภายในกลุ่มผ่านการเล่น“ยินดีที่ได้รู้จัก” เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดแรงต้านที่เกิดจากการบำบัดแบบทั่วไป นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้(Psycho Education) และมีการเลือกใช้เทคนิคซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของ CBT ผ่านสื่อที่เป็นนิทานเรื่อง “เมื่อหนูดีเป็นเด็กสมาธิสั้น” โดยการใช้เทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling) ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้จากคำสั่งเกตพฤติกรรมของตัวแบบ(Model) และเกิดความตั้งใจ(Concentration/Attention) การเก็บจำ(Working Memory) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญา(Cognitive) ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการกระทำ(Action) และกระบวนการจูงใจ(Motivation)ต่อไป การเล่นที่1 นี้จะทำให้เด็กเกิดความคาดหวัง การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการเล่นบำบัด(Bandura, 1969 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2539)

เมื่อสิ้นสุดการเล่นที่ 1 จะเข้าสู่ระยะที่ดำเนินการเล่นบำบัดเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการพัฒนาทางด้านความคิด ผ่านกระบวนการเก็บและการปรุงแต่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ การเล่นบำบัดจะเป็นการเล่นที่มีการถ่ายทอดการเรียนรู้เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม และการใช้องค์ประกอบพื้นฐานของการทำ CBT ที่เหลืออีก 2 ข้อ ได้แก่ การฝึกทักษะและการเลือกเทคนิคที่ใช้บำบัด คือ เทคนิคการเสนอตัวแบบและเทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกรรม เพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาด้วยการสร้างเสริมทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถนำออกมาใช้ได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง โดยพยาบาล ที่โรงพยาบาล การเล่นที่ 2-5 ในสัปดาห์ที่ 1 และการเล่นที่ 6-10 ในสัปดาห์ที่ 2 จะมีการกำหนดขอบเขตของกลุ่มในการเล่นบำบัดที่เสมือนเป็นกฎเกณฑ์ให้เด็กสมาธิสั้นในกลุ่มต้องปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งจะทำให้บรรยากาศในการเล่นบำบัดนั้นเป็นประสบการณ์เดียวกับชีวิตจริงที่ต้องมีกฎเกณฑ์ต่างๆ เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมในระหว่างดำเนินการเล่นบำบัด (Ginott, 1961; Moustakas, 1953) ดังนี้

การเล่นที่2 “จิกซอร์วาเฟลิน” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการรักษาสภาพและทักษะด้านการมีสมาธิ(Attention) ในช่วงเวลาสั้นๆ ด้วยการให้ต่อภาพจิกซอร์ภายในเวลาที่กำหนด

การเล่นที่3 “โบว์ลิ่ง” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการรักษาสภาพ ด้านการมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า ด้านการควบคุมตนเองและด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้วยการให้เด็กสมาธิสั้นโยนลูกบอลที่อยู่ในตะกร้าไปยังขวดน้ำที่เรียงไว้ เหมือนกับการเล่นโบว์ลิ่งที่ละคน โดยมีกติกาว่าต้องโยนลูกบอลให้หมดทุกสีกในวันสี่เที่ยว

การเล่นที่4 “ทายสีฉันทคืออะไร” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ความจำ และการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยให้เด็กสมาธิสั้นจดจำสิ่งของ 1 ชิ้น (ตัวต่อไดโนเสาร์) แล้วแยกชิ้นส่วนออก เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นสัมผัสชิ้นส่วนที่อยู่ในถุงมิดชิดและบรรยายลักษณะของชิ้นส่วนนั้น พร้อมทั้งบอกว่าเป็นชิ้นส่วนใดของตัวต่อ จากนั้นนำชิ้นส่วนแต่ละชิ้นมาช่วยกันต่อให้สมบูรณ์ภายในเวลาที่กำหนด

การเล่นที่5 “ลูกบอลหรรษา” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านความคงทนของสมาธิ ด้านการควบคุมตนเองและด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น มีทั้งหมด 2 ด้าน คือด้านแรกจะให้โยนลูกบอลขนาดเล็กคนละ 6 ลูกลงในตะกร้าที่วางห่างจากตำแหน่งที่ยืน 1 เมตร ด้านที่สองเพิ่มระยะห่างระหว่างตะแกรงกับตำแหน่งที่เด็กยืนเป็นระยะ 2 เมตร

การเล่นที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก ระหว่างที่ผู้วิจัยดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นอยู่นั้น ผู้ดูแลหลักจะสังเกตการณ์การเล่นทุกขั้นตอนประกอบกับการดูเอกสาร “คำแนะนำการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่1(การเล่นที่ 2-5)” โดยมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ให้คำแนะนำและอธิบายรายละเอียดการเล่นแต่ละการเล่นอย่างชัดเจนจนเข้าใจเพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถนำไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้ ซึ่งการเล่นที่บ้านนั้นจะเป็นการเล่นเพื่อพัฒนาทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักจะได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่1(การเล่นที่ 2-5)” อุปกรณ์การเล่นที่ใช้สำหรับการเล่นที่ 2-5 คนละ 1 ชุด และสมุดเก็บดาวของเด็ก 1 เล่ม จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการเล่นอีกครั้งจนเกิดความมั่นใจและเข้าใจทุกขั้นตอนก่อนไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 จะเป็นการเล่นบำบัดจากง่ายไปยากเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 แต่มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าสัปดาห์ที่ 1 เนื่องจากจะเป็นการเล่นบำบัดที่ต้องมีการนำเอาทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นออกมาใช้พร้อมกัน การเล่นในสัปดาห์ที่ 2 นี้ จะเป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมทักษะในด้านที่บกพร่องเช่นเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 1 ผ่านการเล่นที่ 6-10 ดังนี้

การเล่นที่6 “จำขึ้นใจ” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิและด้านความจำ โดยให้จำรูปภาพ 5 รูป แล้วไปค้นหารูปภาพของตนเองในกองรูปภาพภายในเวลาที่กำหนดไว้

การเล่นที่7 “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น มีทั้งหมด 2 ด้าน โดยแบ่ง

ออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 2 คน แล้วให้ช่วยกันต่อจิ๊กซอว์ให้เสร็จ ด้านที่สองให้ช่วยกันแยกขวดน้ำพลาสติก(ขวดเปล่า) ที่มีขนาดและยี่ห้อแตกต่างกันไว้ในกองเดียวกัน ภายในเวลาที่กำหนด

การเล่นที่ 8 “เขาวงกต” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านการมีสมาธิ คัดเลือกสิ่งเร้า ด้านการควบคุมตนเอง ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ และด้านการควบคุมอาการ หุนหันพลันแล่น ด้วยการให้ถือแก้วใส่น้ำแล้วเดินไปตามทางเดินที่เตรียมไว้ให้อย่างเจียบๆ ซ้ำๆ ภายในเวลาที่กำหนด โดยไม่ทำให้น้ำหกเกินกว่าที่กำหนดไว้

การเล่นที่ 9 “ใบ้คำ” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการควบคุมอาการ หุนหันพลันแล่น ด้วยการให้แสดงท่าทางตามคำใบ้ทีละคน แล้วให้สมาชิกคนอื่นๆ ทายคำใบ้นั้น เมื่อเฉลยคำตอบแล้วให้สมาชิกคนอื่นช่วยกันเสนอแนะพร้อมสาดิที่ว่าคำใบ้นั้นควรจะแสดงท่าทางอย่างไรบ้างเพื่อให้ง่ายต่อการทายและให้คนที่ใบ้คำแสดงท่าทางตามคำใบ้จากการเสนอแนะของเพื่อนอีกครั้ง

การเล่นที่ 10 “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยให้เด็กสมาธิสั้นเดินไปตามเส้นทางที่กำหนดและร้องเพลงเสียงดังอย่างสม่ำเสมอ ถ้าหยุดร้องเพลงหรือหยุดเดินจะถูกหักดาวจุดละ 1 ดวง

การเล่นที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก ระหว่างที่พยาบาลผู้บำบัดดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กอยู่นั้น ผู้ดูแลหลักจะสังเกตการณ์การเล่นทุกขั้นตอนประกอบกับการดูเอกสาร “คำแนะนำการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่ 2 (การเล่นที่ 6-10)” โดยมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ให้คำแนะนำและอธิบายรายละเอียดการเล่นแต่ละการเล่นอย่างชัดเจนจนเข้าใจเพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถนำไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้ ซึ่งการเล่นที่บ้านนั้นจะเป็นการเล่นเพื่อพัฒนาทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักจะได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่ 2 (การเล่นที่ 6-10)” อุปกรณ์การเล่นที่ใช้สำหรับการเล่นที่ 6-10 คนละ 1 ชุด และสมุดเก็บดาวของเด็ก 1 เล่ม จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการเล่นอีกครั้งจนเกิดความมั่นใจและเข้าใจทุกขั้นตอนก่อนไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการเล่นบำบัดจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด
2. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเล่นบ๊อบต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี

ประชากร คือ เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V และเข้ารับการรักษาในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น คือ การเล่นบ๊อบ

ตัวแปรตาม คือ อาการของเด็กสมาธิสั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่มากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ซึ่งความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมนี้จะทำให้เด็กสมาธิสั้นสูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม (American Psychiatric Association, 2000) ประกอบด้วย กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsivity) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V (นันทวัช สิทธรักษ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; American Psychiatric Association, 2013) ประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แบบสอบถาม Swanson Nolan and Pelham rating scale (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้บริการทางด้านการพยาบาลจากทีมพยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพที่ได้จัดให้การบริการแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลและสถาบันเด็กในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน ประกอบด้วย กิจกรรมด้านการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาตามสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัว เช่น การสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การให้แรงเสริมบวก(Positive Reinforcement) การให้แรงเสริมลบ(Negative Reinforcement) และการเอาออกไป(Time Out) การให้คำแนะนำเรื่องการจัดการเวลา เช่น การจัดตารางกิจกรรมในแต่ละวัน การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา เช่น กลไกการออกฤทธิ์ ขนาดยา อาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ ข้อห้ามใช้ การให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว(Family Counseling) การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ(Breathing Exercise) แก่เด็กสมาธิสั้นและผู้ครอบครัว ทั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมข้างต้น

เกิดขึ้นตามสภาพเวลาที่เอื้ออำนวยและอัตรากำลังของพยาบาลในแต่ละแห่ง นอกจากนี้เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวบางคนจะได้รับกิจกรรมการบริการจากสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การบำบัดด้วยยอร์ธบำบัด (Speech Therapy) การบำบัดด้วยการกีฬา การว่ายน้ำ การกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Integration) การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) การศึกษาพิเศษ (Special Education) ศิลปะบำบัด-อาชีพบำบัด (Art and Occupation-Therapy) อีกด้วย

การเล่นบำบัด หมายถึง กระบวนการปฏิบัติของพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการจัดกิจกรรมการเล่น เพื่อให้เด็กได้ลงมือในลักษณะที่แสดงออกถึงความรู้สึกและแก้ปัญหา โดยพยาบาลผู้บำบัดจะเป็นผู้กระตุ้นให้เด็กแสดงออก เรียนรู้ในการแก้ปัญหาและพูดเพื่อให้เด็กเข้าใจ ได้ค้นพบศักยภาพอย่างอิสระและเกิดความเพลิดเพลิน ช่วยทำให้เกิดการพัฒนาทักษะ การจัดการกับความคิด อารมณ์ของตนเอง รวมถึงการแสดงออกของพฤติกรรมอันพึงประสงค์ต่อไป ผู้วิจัยได้ประยุกต์การเล่นบำบัดตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ซึ่งเป็นการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ร่วมกับองค์ประกอบพื้นฐานของ CBT ด้านอื่นๆ คือ การให้ความรู้และการฝึกทักษะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมทักษะที่บกพร่อง โดยพยาบาลผู้บำบัด และพัฒนาทักษะที่บกพร่อง โดยผู้ดูแลหลัก ซึ่งทักษะที่บกพร่องในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ทักษะด้านการรักษาสภาพ ทักษะด้านความจำ ทักษะด้านการควบคุมตนเอง ทักษะด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น และทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ

พยาบาลผู้บำบัดจะดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 2 ครั้งๆ ละ 4 ชั่วโมง ใช้เวลารวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ และมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้สังเกตการณ์การเล่นของเด็กสมาธิสั้นและวิธีการสนับสนุนการเล่นของพยาบาลผู้บำบัด มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเล่นที่ 1-5 เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น โดยพยาบาลผู้บำบัดจะดำเนินการเล่นบำบัดจากง่ายไปยากเพื่อสร้างเสริมทักษะต่างๆ ที่เด็กสมาธิสั้นบกพร่อง โดยพยาบาลผู้บำบัดจะเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเก็บและการปรุงแต่งผ่านการเล่นบำบัด เพื่อปรับความเข้าใจ ปรับประสบการณ์เดิมร่วมกับการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่เป็นวัตถุหรือเป็นรูปธรรมเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมจนสามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ผ่านการเล่น 5 การเล่น ได้แก่ “การสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น” “จิกซอร์พาเพลิน” “โบว์ลิง” “ทายสีฉันคืออะไร” “ลูกบอลหรรษา” ผู้ดูแลหลักจะพัฒนาทักษะของเด็กสมาธิสั้นต่อเนืองที่บ้าน ด้วยการเล่นที่เหมือนกัน คือ การเล่นที่ 2-5 จำนวน 1 ครั้ง (ส่วนการเล่นที่ 1 จะทำโดยพยาบาลผู้บำบัดเพียงครั้งเดียว ที่โรงพยาบาล) ภายในระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนการนัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 จะเป็นการเล่นบำบัดจากง่ายไปยากแต่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่า การเล่นครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านที่บกพร่องในเด็กสมาธิสั้น โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่

โรงพยาบาล ผ่าน 5 การเล่น ได้แก่ “จำขึ้นใจ” “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” “เขาวงกต” “ใบ้คำ” “Sing a song มาร้องเพลงกัน” และผู้ดูแลหลักจะพัฒนาทักษะของเด็กสมาธิสั้นต่อเนืองที่บ้าน ด้วยการเล่นที่เหมือนกัน คือ การเล่นที่ 6-10 จำนวน 1 ครั้ง ภายในระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ก่อนการนัดหมายครั้งต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลและคุณภาพระบบการบำบัดรักษาอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ในโรงพยาบาลและสถาบันเด็ก ในสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะในการบำบัดทางจิตของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นชั้นสูง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการเล่นบ๊อบบี้ต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-9 ปี

- 1.1. ความหมายและความชุกของเด็กสมาธิสั้น
- 1.2. สาเหตุของโรคสมาธิสั้นในเด็ก
- 1.3. การวินิจฉัยและการรักษา
- 1.4. เด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลหลัก

2. อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี

- 2.1. ความหมายและองค์ประกอบอาการของเด็กสมาธิสั้น
- 2.2. กลไกการเกิดอาการและปัจจัยสัมพันธ์ที่กับอาการของเด็กสมาธิสั้น
- 2.3. การประเมินอาการสมาธิสั้น

3. การพยาบาล

- 3.1. แนวคิด/การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น
- 3.2. การปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

4. การเล่นบ๊อบบี้

- 4.1. ความหมายของการเล่นบ๊อบบี้
- 4.2. แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเล่นบ๊อบบี้

5. การเล่นบ๊อบบี้สำหรับเด็กสมาธิสั้น

- 5.1. แนวคิด
- 5.2. การนำแนวคิดไปใช้ในการออกแบบการเล่น
- 5.3 ผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-9 ปี

1.1. ความหมายและความชุกของเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficiency Hyperactivity Disorder: ADHD) หมายถึง ภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน หรือการทำงาน และการเข้าสังคมกับผู้อื่น โดยมีอาการที่เป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการขาดสมาธิ(Inattention) ด้านซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง(Hyperactivity) และด้านขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน และทำให้เสียหายที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม(American Psychiatry, 2000) การวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV TR และ DSM-V แบ่งอาการหลักของเด็กสมาธิสั้นออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive)(นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; American Psychiatry, 2000; American Psychiatry, 2013)

ดังนั้น สรุปได้ว่า เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการขาดสมาธิ(Inattention) ด้านซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง(Hyperactivity) และด้านขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน และทำให้เสียหายที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด (ดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2555) โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยจากการศึกษาในประเทศต่างๆ (Worldwide-pooled Prevalence) ความชุกในเด็กทั่วโลกร้อยละ 5-12 (Freitag et al., 2012) เด็กวัยเรียนร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) ในประเทศไทยเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สังเกตได้จากการศึกษาที่พบเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 3-10 ของเด็กวัยเรียน พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) และจากการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2555 ที่พบความชุกของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ร้อยละ 8.1 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 3:1 พบมากที่สุด คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับร้อยละ 9.7 (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่ให้บริการเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหมดจากข้อมูล 4 ปี ย้อนหลัง(พ.ศ.2556-2559) พบเด็กสมาธิสั้น(F90.0) เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนมากเป็นอันดับสองรองจากเด็กออทิสติก คือ 2,556 2,588 2,469 และ 2,390 คน ตามลำดับ โดยพบว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุระหว่าง 6-9 ปี เข้ามารับบริการเป็นจำนวนมากที่สุด คือ 1,100 1,180 1,112 และ 1,082 คน ตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2556-2559)

นอกจากนี้เด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-9 ปี นับว่าเป็นช่วงวัยเด็กตอนกลาง(Middle Childhood) เป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ของเด็กเพราะเป็นระยะที่เด็กจะต้องเข้าโรงเรียนซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต เด็กจะมีการปรับตัวมากขึ้น การได้ฝึกฝนทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและสังคม จะทำให้เด็กเกิดการปรับตัวง่ายขึ้น เด็กวัยนี้ จะได้รับการพัฒนาในทุกๆ ด้าน เพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม จัดได้ว่าเป็นวัยที่ผู้ใหญ่ควรจะเอาใจใส่เป็นพิเศษ เช่นเดียวกับ (สุชา จันทร์อม, 2540) และวัยนี้ยังเป็นวัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพทางสังคมของเด็กด้วย เนื่องจาก ประการแรก คือ เด็กจะไม่ได้รับการปกป้องจากพ่อแม่ เด็กจะต้องพยายามช่วยตัวเองท่ามกลางเพื่อนและผู้ใหญ่ที่แปลกหน้า ประการที่สอง คือ เด็กเริ่มมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เช่น เพื่อน ครู ซึ่งทัศนคติของเพื่อนต่อเด็กจะมีอิทธิพลต่อเด็กมาก นอกจากนี้ครู พระ และผู้ใหญ่คนอื่นเริ่มมีบทบาทในการสั่งสอนและเป็นตัวแบบให้เด็กแต่ยังมีอิทธิพลน้อยกว่าพ่อแม่(เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2550) วัยนี้ยังเป็นวัยที่เด็กจะเกิดความรู้สึกว่าเป็นคนที่มีสมรรถภาพหรือรู้สึกเป็นปมด้อย ถ้าเด็กสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จทั้งที่บ้านและโรงเรียน เด็กจะมีความรู้สึกว่าเองมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ที่เรียกว่า “Industry” แต่ถ้าเป็นไปในทางตรงกันข้าม เด็กจะเกิดความรู้สึกมีปมด้อย (Inferiority)(Erickson,1963) หากพ่อแม่ ครู ส่งเสริมและสนับสนุนอย่างถูกต้องเด็กจะเกิดความกระตือรือร้นในการทำงานจนสำเร็จ แต่ถ้าพ่อแม่หรือครู คอยขัดขวางเด็กก็อาจไม่ประสบความสำเร็จในการทำงานและเกิดความรู้สึกมีปมด้อยได้(สุชา จันทร์อม, 2540)

เนื่องจากอาการของเด็กสมาธิสั้น เป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน จนส่งผลทำให้สูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม(American Psychiatric Association, 2000) ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีพัฒนาการของเด็กอายุ 6-9 ปี ดังนี้

ทฤษฎีพัฒนาการทางเพศของฟรอยด์ (Sigmund Freud's Psychosexual Development Stage Theory) ที่เชื่อว่า พัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็กแต่ละขั้นจะขึ้นอยู่กับสัญชาตญาณทางเพศหรือแรงขับทางเพศ(Libido) และมีการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ถ้าการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นที่ไปตามขั้นตอนหรือมีการตอบสนองไม่เต็มที่ จะมีการหยุดชะงัก(Fixation) หรือการถอยกลับ (Regression)ของพัฒนาการในขั้นต่อไป หรือทำให้เกิดการสะสมของปัญหาและการแสดงออกเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเด็กช่วงอายุ 6-9 ปี จะอยู่ขั้นแฝงหรือขั้นพัก(Latency Stage) เด็กจะพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เป็นเพศเดียวกัน และพัฒนาทักษะต่างๆ มากมาย หากระยะนี้เด็กถูกบังคับให้อยู่ในภาวะเบี่ยงของครอบครัวมากเกินไป จะทำให้มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำไม่ยืดหยุ่น ซึ่งการหยุดชะงักของพัฒนาการในระยะนี้จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทางสังคมและและเกิดปมด้อยได้(Halter & Carson, 2010 อ้างถึงใน ศุกรใจ เจริญสุข, 2557)

ทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมของอีริกสัน (Erickson's Psychosocial Development Stage Theory) เชื่อว่าสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของคน ซึ่งในแต่ละขั้นของพัฒนาการนั้นจะมีวิกฤตทางสังคม การที่ไม่สามารถเอาชนะหรือผ่านวิกฤตทางสังคมในขั้นหนึ่งๆ จะเป็นปัญหาในการเอาชนะขั้นต่อไป มา ทำให้เกิดความบกพร่องทางสังคมและเป็นปัญหาทางจิตตามมา เด็กอายุ 6-9 ปี จะอยู่ในขั้นเอาการเอางานกับความมีปมด้อย (Industry VS Inferiority) เป็นวัยเข้าโรงเรียน เด็กจะเรียนรู้ที่จะสร้างสรรค์ มีความคิดและพยายามทำกิจกรรมด้วยตนเอง หากได้รับการสนับสนุนย่อมทำให้เด็กมีการพัฒนาบุคลิกภาพและมีมานะเพียรพยายามที่จะแสวงหาสิ่งที่ท้าทายความสามารถและสติปัญญามากขึ้น เด็กจะรู้สึกมีคุณค่าและนับถือตนเอง(Self Esteem) ในขณะเดียวกันเด็กที่ไม่สามารถทำได้นั้นจะทำให้เด็กมีปมด้อย เด็กจะมีความรู้สึกไม่มีคุณค่า เด็กอาจกลับไปสู่วัยทารกอีกเพื่อหลีกเลี่ยงภาระที่ต้องรับผิดชอบ (Erickson, 1963)

ทฤษฎีพัฒนาการของซัลลิแวน (Sullivans's Development of Personality Theory) เชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(Interpersonal Process) มีความสัมพันธ์กว่าสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจ บุคคลที่มีสุขภาพดี คือ สิ่งมีชีวิตทางสังคมที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการขาดทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (McGuinness, 2001 อ้างถึงใน ศุภกิจ เจริญสุข, 2557)เด็กอายุ 6-9 ปี ตามทฤษฎีพัฒนาการซัลลิแวน จะอยู่ในระยะวัยเด็ก ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มปลีกตัวออกจากพ่อแม่และสนใจที่จะไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุคคลอื่นโดยเฉพาะกับเพื่อนในวัยเดียวกัน วัยนี้เด็กจะเริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการแข่งขัน การร่วมมือ และการควบคุมพฤติกรรม(สุชา จันท์เอม, 2540)

ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดของเปียเจท์ (Piaget's Cognitive Development Stage Theory) เชื่อว่าเด็กไม่ได้เกิดมาพร้อมความรู้และความคิด เด็กจะเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัวและมีการพัฒนาความคิดไปตามลำดับขั้นตอนจะเปลี่ยนแปลงหรือข้ามขั้นไม่ได้ ซึ่งการพัฒนาความคิดจะพัฒนาไปพร้อมๆ กับการพัฒนาทางกาย ความคิดตามทฤษฎีนี้ หมายถึง การที่บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สามารถดัดแปลงความคิดและการแสดงออกของพฤติกรรมของตนได้ดี ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการ 2 ชนิด คือ

1. กระบวนการรับ (Assimilation) เป็นกระบวนการที่เด็กรับเอาประสบการณ์ต่างๆ เข้ามาเป็นประสบการณ์เฉพาะตน ทำให้เด็กมีพฤติกรรมต่อสิ่งใหม่ๆ ตามประสบการณ์ของตนเอง เช่น เด็ก
2. ขอบจะเล่นตุ๊กตาด้วยการโยนหรือเขย่า เมื่อนำเครื่องบินมาให้เล่นเด็กก็จะเล่นแบบโยนหรือเขย่าเหมือนเดิม

2. กระบวนการเก็บและการปรุงแต่ง (Accommodation) เป็นกระบวนการในการปรับความเข้าใจหรือปรับประสบการณ์เดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ด้วยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม เช่น เด็กเล่นเครื่องบินโดยการโยนหรือเขย่า เมื่อเรียนรู้ว่าเครื่องบิน

สามารถร่อนเล่นได้เด็กก็จะเปลี่ยนวิธีการเล่นใหม่ด้วยการร่อนเครื่องบินแทนการโยนหรือเขย่า (สุชา จันท์เอม, 2540)

ทฤษฎีของ Piaget กล่าวว่า พัฒนาการที่เกิดขึ้นจะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป และจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่เสริมพัฒนาการทางสติปัญญา 4 องค์ประกอบ (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2541) ดังนี้

1. วุฒิภาวะ (Maturation) คือ การเจริญเติบโตทางด้านสรีรวิทยา ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสติปัญญาและความคิด โดยเฉพาะระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ

2. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทุกครั้งที่ทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติและประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการหาเหตุผล ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาในชีวิตได้

3. การถ่ายทอดความรู้ทางสังคม (Social Transmission) คือ การที่บุคคลได้รับการถ่ายทอดความรู้ทางด้านต่างๆ จากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ครู เป็นต้น

4. กระบวนการพัฒนาสมดุล (Equilibration) คือ การควบคุมพฤติกรรมของตนเองซึ่งอยู่ในตัวของแต่ละบุคคลเพื่อปรับสมดุลของพัฒนาการด้านสติปัญญาและความคิดไปสู่ขั้นที่สูงกว่า

เด็กช่วงอายุ 6-9 ปี ตามทฤษฎีพัฒนาการของเปียเจท์ จะอยู่ในระยะที่ 3 คือ เป็นขั้นของการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete Operational Period) เป็นระยะที่เด็กมีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาอย่างรวดเร็ว สามารถคิดอย่างมีเหตุผล แบ่งแยกสิ่งแวดล้อมออกเป็นหมวดหมู่ ลำดับขั้น จัดเรียงขนาดสิ่งของ และเข้าใจการคงสภาพเดิม สามารถนำความรู้หรือประสบการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหาเหตุการณ์ใหม่ๆ ได้ซึ่งระยะนี้เป็นระยะที่เด็กสามารถคิดอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ไม่เคยเข้าใจมาก่อน และเริ่มเข้าใจลักษณะมวลสารที่เท่ากันและเปลี่ยนแปลงรูปร่างว่ายังมีน้ำหนักหรือปริมาตรคงเดิม เป็นระยะที่เด็กสามารถนำความรู้หรือประสบการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหาในเหตุการณ์ใหม่ๆ ได้ มีการถ่ายโยงการเรียนรู้ (Transfer of Learning) แต่ปัญหาหรือเหตุการณ์นั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม ปัญหาที่เป็นนามธรรมนั้นเด็กจะยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545; สุชา จันท์เอม, 2540)

อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ที่เป็นลักษณะของพฤติกรรมที่ผิดปกติ คือ พฤติกรรมไม่มีสมาธิ (Inattention) ขน ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsive) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่เป็นไปตามวัย หากปล่อยพฤติกรรมที่ผิดปกติเหล่านี้ไว้โดยไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ได้แก่ อาการสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง ขนมาก กระสับกระส่าย วอกแวกง่าย นั่งทำงานหรือทำการบ้านไม่ได้จนสำเร็จ ส่งผลต่อตัวเด็กในด้านการเรียน (ดารุณี งามขำ, 2554) ความซุกซน อยู่ไม่นิ่ง ไม่อาจทนรออะไรได้ ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นเนื่องจากไม่สามารถ

ควบคุมอารมณ์ตัวเอง อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่ปฏิบัติตามกฎกติกา(สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ด้านสังคม เด็กมักถูกตำหนิติเตียนหรือลงโทษจากคนรอบข้าง ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นโดยไม่มีการยั้งคิด มีพฤติกรรมอันธพาลและต่อต้านสังคม รวมทั้งการกระทำที่ผิดกฎหมายอื่นๆ ตามมาได้ (Neale, 2001 อ้างถึงใน ดารุณี งามขำ, 2554) ซึ่งผลกระทบต่างๆ อาจทำให้เด็กเกิดการหยุดชะงัก (Fixation) หรือการถอยกลับ(Regression) ของพัฒนาการในขั้นต่อไป หรือทำให้เกิดการสะสมของปัญหาและการแสดงออกเมื่อเด็กเติบโตขึ้น(Sigmund Freud, 1926) และการที่ไม่สามารถเอาชนะหรือผ่านวิกฤตทางสังคมขั้นใดขั้นหนึ่ง จะเป็นปัญหาในการเอาชนะขั้นต่อมาได้ ซึ่งจะทำให้เกิดความบกพร่องทางสังคมและเป็นปัญหาทางจิตตามมา เด็กจะมีปมด้อย จะมีความรู้สึกไม่มีคุณค่า ต้องกลับไปสู่วัยทารกอีกเพื่อหลีกเลี่ยงภาระที่ต้องรับผิดชอบ(Erickson, 1963) เป็นต้น

1.2. สาเหตุของโรคสมาธิสั้นในเด็ก

ปัจจุบันแม้จะยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าโรคสมาธิสั้นในเด็กมีสาเหตุมาจากปัจจัยใดบ้างแต่จากผลการศึกษาวิจัยในระยะเวลาที่ผ่านมาทำให้มีสมมติฐานที่แสดงถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้นมาจากหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กัน สามารถแบ่งปัจจัยการเกิดออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้ดังนี้

1.2.1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม มีการศึกษาที่พบว่า Concordance Rate ของเด็กสมาธิสั้นในแฝดไข่ใบเดียวกันมีสูงถึง 0.6-0.8 และยังพบว่าญาติใกล้ชิดที่มีเด็กเป็นเด็กสมาธิสั้นเป็นโรคนี้นด้วยสูงถึงร้อยละ 20-25 ผลการศึกษาที่มีในปัจจุบันยังพบยีนหลายตัวที่อาจเป็นสาเหตุร่วมกัน ได้แก่ Gene Dopamine Receptor (DRD4) โดยมีการศึกษาต่อเนื่องหลายปีเพราะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ต้องการเรียนรู้ใหม่ๆ (Novelty Seeking Behavior) และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น DAT1 เป็น Gene ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มประชากรทั่วไป (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2551; นิชรา เรื่องดารกานต์, 2551)

1.2.2. ปัจจัยด้านชีวภาพ จากการศึกษาทางสมองพบว่า เด็กสมาธิสั้นจะมีปริมาตรของเนื้อสมองส่วน Frontal และ Temporal Lobe น้อยกว่าเด็กปกติ (Sowell, 2003) มีความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมองส่วนต่างๆ โดยเฉพาะส่วน Prefrontal Cortex, Parietal Cortex, Basal Ganglia, Thalamus และ Cerebellum สมองของคนที่มีภาวะสมาธิสั้นจะมีความทำงานน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า(Prefrontal Cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมสมาธิ (Attention) ควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsive) การจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) (Sowell, 2003) ซึ่งสมองส่วนหน้า ส่วนกลางและแกนสมองจะทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิโดยตรงและยังสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของสารเคมี ได้แก่ โดปามีนและนอร์เอพิเนฟริน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) ยังมีสาเหตุมาจากสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุลกันก็เป็นได้ เช่น สารสื่อประสาทโดปามีน(Dopamine) และสารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่มีการหลั่ง

ออกมา น้อยกว่าปกติ ซึ่งทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและขาดการควบคุมตนเอง ในขณะที่สารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) จะมีการหลั่งมากเกินไปจนทำให้เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่ายกว่าเด็กปกติ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

1.2.3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เป็นเด็กสมาธิสั้นแต่เป็นปัจจัยที่เสริมให้อาการรุนแรงมากขึ้น (American Academy of Pediatrics, 2000) สภาพแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุ ได้แก่ ภาวะต่างๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาของสมอง เช่น สภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อมาระหว่างตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ (Mick et al., 2002) ภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย (Biederman et al., 2002) การได้รับสารตะกั่ว (Nigg et al., 2010) หรือเด็กที่เคยเกิดการสูญเสียหรือมีการพลัดพรากเกิดขึ้นในวัยเด็ก ต่อมาจะมีอาการขาดสมาธิ ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง เด็กที่ขาดการเลี้ยงดูจากมารดา (Maternal Deprivation) อาจจะไปสู่ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมได้ (Conduct Disorder) มีการศึกษาพบว่าความวุ่นวายหรือสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ และความไม่ราบรื่นของความผูกพันกับมารดาที่เกิดขึ้นกับเด็กในวัย 3 ปีแรกของชีวิตจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดอาการสมาธิสั้น อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่นและยับยั้งตนเองไม่ได้ในเด็ก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544)

1.3. การวินิจฉัยและการรักษาเด็กสมาธิสั้น

1.3.1 การวินิจฉัยตาม Criteria ของ ICD-10

การวินิจฉัยตาม Criteria ของ ICD-10 จะถูกจัดไว้ในกลุ่มของ Hyperkinetic Disorder (HKD) ซึ่งต้องมีอาการตั้งแต่ 6 อาการขึ้นไป ในอาการของ Inattention ดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ ขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
3. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่นหรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟังหรือเก็บรายละเอียดของคำสั่ง ทำให้งานไม่เสร็จ
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความคิด
7. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของที่จำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายบ่อยๆ
8. วอกแวกง่าย
9. ขี้ลืมในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

มีอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ในอาการ Hyperactivity ดังนี้

1. ยุกยิกอยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้า

2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียน
3. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ
4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบๆ ได้
5. ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่
6. พูดมาก พูดไม่หยุด

มีอาการตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป ในอาการของ Impulsive

1. ชอบพูดโพล่งคำตอบเวลาที่พ่อแม่หรือครูถาม
2. มีความยากลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย
3. ชอบขัดจังหวะสอดแทรกเวลาที่ผู้อื่นกำลังคุยหรือแย่งเพื่อนเล่น

โดยระยะเวลาการเกิดอาการนานกว่า 6 เดือน อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี และอาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่ง ขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนหรือที่ทำงานและที่บ้าน อาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ Pervasive Development Disorder, Schizophrenia, Psychotic Disorder, Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder หรือ Personality Disorder

1.3.2 และการวินิจฉัยตาม Criteria ของ DSM-V

เป็นการวินิจฉัยทางคลินิก โดยอาศัยประวัติและการประเมินอาการของผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition(DSM-V) กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องมีอาการขาดสมาธิและ/หรือ อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กระดับพัฒนาการเดียวกัน เกิดขึ้นอย่างน้อยใน 2 สถานการณ์ขึ้นไป จนทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงานของผู้ป่วย โดยอาการเริ่มปรากฏตั้งแต่อ่อนอายุ 12 ปี และไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวชอื่น มีรายละเอียดดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; American Psychiatry, 2013)

เกณฑ์การวินิจฉัย (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition : DSM-V) ของเด็กสมาธิสั้น คือ

A: ผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ และ/หรือ อยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ตลอดเวลาและรบกวนการทำหน้าที่หรือพัฒนาการ ดังลักษณะข้อ (1) และ/หรือ (2)

- (1) อาการขาดสมาธิ (Inattention)

ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ 6 ข้อขึ้นไปนานมากกว่า 6 เดือน ถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการและมีผลกระทบต่อด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

หมายเหตุ : สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่(อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

1. ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเลินเล่อในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงานหรือกิจกรรมอื่น
2. มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบการทำงานหรือเล่น
3. มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดกับตนเองอยู่
4. มักทำตามคำสั่ง งานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงานไม่ครบ
5. มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม
6. มักเลื่อง ไม่ชอบ หรือล่งเลที่จจะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม
7. มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย
8. มักวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย (ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อาจรวมถึงการคิดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง)
9. มักหลงลืมงานประจำ

(2) อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive)

ผู้ป่วยจะต้องมีอาการต่อไปนี้ ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือนและถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการและมีผลกระทบต่อด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

หมายเหตุ : สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่(อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

10. มือเท้ายุกยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
11. มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่
12. มักวิ่งหรือปีนป่ายอย่างมาก โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาจมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งๆ ไม่ได้)
13. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบๆ ได้
14. มัก “พร้อมที่จะขยับ” หรือ “ทำเหมือนติดเครื่องยนต์”
15. มักพูดมากเกินไป
16. มักชิงตอบคำถามก่อนที่จะถามจบ
17. มักลำบากที่จะรอตามลำดับ
18. มักขัดหรือแทรกผู้อื่นขึ้น

B: อาการขาดสมาธิหรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น อาการเริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

C: อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายอาการเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ที่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงาน เกิดกับเพื่อนหรือญาติหรือในกิจกรรมอื่นๆ)

D: มีหลักฐานชัดเจนว่ามีความบกพร่องทางด้านสังคม การศึกษาหรือการทำงาน

E: อาการไม่ได้เกิดจากการเป็น Psychotic Disorder และไม่เข้ากับความผิดปกติทางจิตอื่นๆ (เช่น Mood Disorder, Anxiety Disorder, หรือ Personal Disorder)

การวินิจฉัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางคลินิก (Clinical Interview) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจะวินิจฉัยตามเกณฑ์ของโรคสมาธิสั้น โดยอิงเกณฑ์ DSM-V ดังนี้

1. โรคสมาธิสั้นชนิด Inattention Type (ADHD-PI) ต้องมีอาการในหมวด Inattention อย่างน้อย 6 ข้อ ใน 9 ข้อ

2. โรคสมาธิสั้นชนิด Hyperactivity/Impulsive (ADHD-PHI) ต้องมีอาการในหมวด Hyperactivity/Impulsive อย่างน้อย 6 ข้อ ใน 9 ข้อ

3. โรคสมาธิสั้นชนิด Combined Type (ADHD-C) ต้องมีอาการในหมวด Inattention อย่างน้อย 6 ใน 9 ข้อ และต้องมีอาการในหมวด Hyperactivity/Impulsive อย่างน้อย 6 ใน 9 ข้อ

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และ DSM-V จะมีรายละเอียดเหมือนกันเกือบทุกข้อ ยกเว้น DSM-V จะมีส่วนให้ประเมินสำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่(อายุ 17 ปีขึ้นไป) ที่จะต้องมีอาการแต่ละกลุ่มมากกว่า 5 ข้อขึ้นไป และส่วนที่อาการต้องเริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี ซึ่งต่างจาก DSM-IV ที่กำหนดให้อาการเกิดก่อนอายุ 7 ปี

การรักษาเด็กสมาธิสั้น

แนวทางการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย จะเป็นการรักษาแบบ Multi-Modality Approach คือ เป็นการผสมผสานการรักษาด้วยยาพร้อมกับ Psychosocial Intervention (วินิตดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การรักษาประกอบด้วย การใช้ยา การปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้ (มานิช อารมณ์สุวรรณ, 2550) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการแบบ Multi-Modality Approach ที่เป็นการผสมผสานการรักษาด้วยยาพร้อมกับ Psychosocial Intervention แบ่งออกเป็น

1) การใช้ยา(Stimulant Medication) ครอบครัว(รวมทั้งเด็ก)และแพทย์ ควรมีการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนการรักษา รวมทั้งการใช้ยาในกรณีที่จำเป็น การตัดสินใจร่วมกันนั้นจะนำมาซึ่งการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาจะช่วยให้เด็กควบคุมสมาธิของตนเองได้ดีขึ้น ตั้งใจเรียน ตั้งใจทำงานจนสำเร็จ ควบคุมพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น เด็กจะเรียบร้อยสงบนิ่งได้มากอย่างเห็นได้ชัด

แพทย์จะแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างละเอียดและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ในบางคนต้องให้พ่อแม่และผู้ป่วยได้ทราบก่อนการใช้ยา หลังจากนั้นจะติดตามผลของการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ที่สำคัญผู้ปกครองต้องตระหนักว่าการใช้ยาไม่สามารถทำให้อาการเด็กสมาธิสั้นหายขาดได้ ยาจะใช้ได้ผลในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70-80 (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550) เด็กจะมีอาการดีขึ้นหลังจากที่ได้รับยา การตัดสินใจที่จะให้ยานี้อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม เช่น เมื่อเด็กมีวุฒิภาวะมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมที่โรงเรียนในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งทำให้เด็กต้องการขนาดยาที่น้อยลงได้ แต่ยาที่มีใช้การรักษาเพียงทางเดียวเท่านั้น เราต้องให้การบำบัดด้านพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเด็กด้วย แพทย์จึงควรเฝ้าติดตามอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาด้วยอย่างสม่ำเสมอและเพื่อป้องกันการใช้ยาเพื่อจุดมุ่งหมายที่ผิด(Misuse) (นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ, 2551) ยาจะจำแนกออกเป็น

1.1. กลุ่ม Psychostimulation Drug ยา Methylphenidate เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง มีความปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อย ออกฤทธิ์เป็น Sympathomimetic Agent มีฤทธิ์ยับยั้ง Presynaptic Reuptake และเพิ่มการทำงานของสาร Dopamine ในส่วนของ Prefrontal Cortex ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Methylphenidate/MPH ชื่อทางการค้า คือ Ritalin

1.2. กลุ่ม Non-Psychostimulation Drug เช่น ยาอะตอม็อกซีทีน (Atomoxetine) มีชื่อทางการค้าว่า Strattera ซึ่งเป็นยากกลุ่ม Norepinephine Reuptake Inhibitor ไปเพิ่มสารเคมีในสมอง ออกฤทธิ์ช้าใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ จึงจะเห็นผลแต่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง

1.3. Antidepressant เช่น Tricyclic Antidepressant เช่น Imipramine จัดเป็นกลุ่มยาอันดับสองสำหรับการรักษาสมาธิสั้นได้ผลร้อยละ 60-70 ขนาด 1-3 mg/Kg/d แบ่งให้เช้าและก่อนนอน ถ้าให้ขนาดที่สูงเกินกว่านี้ต้องระวังเรื่อง Cardiovascular Toxicity ควรประเมิน EKG และตรวจ serum TCA Level หรือ กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRI) เช่น Fluoxetine มีประโยชน์สำหรับ Secondary Mood Symptoms

1.4. Alpha-2-Agonist เช่น Clonidine (Catapres) ช่วยลดอาการซนและหุนหันพลันแล่นแต่ไม่ช่วยให้สมาธิดีขึ้น สามารถให้ร่วมกับ Stimulant ได้อย่างปลอดภัย ใช้ในกรณีที่มีโรค Tourette's Disorder ร่วมกับสมาธิสั้น เริ่มจาก 0.05 mg/day โดยเพิ่มครั้งละ 4-5 mg/kg/day ขนาดที่ใช้โดยทั่วไปประมาณ 0.05 mg ไม่ควรใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิต เวลาหยุดยาควรค่อยๆ ลดขนาดยาลง เพราะอาจเกิด Rebound Hypotension ได้ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยกว่าความดันโลหิตคือ อาการง่วงนอนจากยา แต่มักเป็นชั่วคราวเท่านั้น อาจมีอาการปากแห้งและซึมเศร้า

1.5. Antipsychotic Drug เช่น Risperidone, Haloperidone, Thioridazole ใช้ในกรณีที่มีความก้าวร้าวรุนแรงหรือมี Conduct Disorder ร่วมกับ(วินด์ดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

2) การใช้ Psychosocial Intervention จะเป็นการ Counseling ซึ่งรวมถึงการให้ Psycho Education แก่ทั้งตัวเด็ก พ่อแม่และญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้องและคุณครู การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตและการเรียนรู้ที่บ้าน ที่โรงเรียน และชุมชน และการปรับพฤติกรรมและการฝึกฝนพัฒนาความสามารถ ซึ่ง Psychosocial Intervention ประกอบด้วย

2.1) การช่วยเหลือครอบครัว (Family Intervention) ได้แก่

2.1.1. การให้ความรู้ (Counseling & Psychoeducation) เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับพ่อแม่ เพื่อเป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาวให้บุคคลในครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินไปของโรค(นิชรา เรืองดารกานนท์ และคณะ, 2551) และปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้น เปิดโอกาสให้พ่อแม่ระบายความรู้สึกคับข้องใจและสอนพ่อแม่เกี่ยวกับทักษะแนวทางการดูแลเด็กโดยการใช้คำพูดหรือคำสั่งอย่างชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีการที่เหมาะสม เช่น การ Time Out รวมทั้งให้ความรู้กับผู้ปกครองในการช่วยเหลือด้านการเรียนของเด็กที่บ้าน

2.1.2. Parental Training การจัดกลุ่มพ่อแม่ โดยฝึกให้มีทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากติกา การเรียนรู้ เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของพ่อแม่ โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดีเพื่อเพิ่ม Self-Esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม ได้มีโอกาสฝึกซ้อมหัดทำ ให้โอกาสซักถามปัญหาที่สงสัยทั้งหมด จะช่วยทำให้พ่อแม่มีเวลากับผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจที่จะใช้ในการพัฒนาเด็กต่อไปในการทำ Parental Training จะได้ผลดีในช่วงอายุต่ำกว่า 11 ปี ร้อยละ 65-75 และได้ผลในช่วงวัยรุ่น ร้อยละ 25-30 ในครอบครัวฐานะปานกลางขึ้นไป ปัญหาพฤติกรรมเด็กไม่รุนแรงและพ่อแม่ไม่มีปัญหาทางจิตเวช (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

2.1.3. Parental Group Support เปิดโอกาสให้พ่อแม่และญาติที่มีเด็กสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเองและให้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ ให้ได้รับกำลังใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มพ่อแม่มีกิจกรรมทำและเป็นประโยชน์ต่อเด็กและคนอื่นๆ ที่เป็นโรคสมาธิสั้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

2.1.4. ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) มีประโยชน์อย่างมากในครอบครัวที่มีสถานะ Dysfunction ซึ่งอาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากตัวผู้ป่วยเองหรือจากพ่อแม่หรือจากชีวิตสมรส (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

2.2) การช่วยเหลือเด็ก (Patient Intervention) โดยจะพิจารณาความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

2.2.1. การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training) จะมีการฝึกหลายด้านและพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายบุคคลจะไม่ได้ผลเพราะเด็กสมาธิสั้นจะขาดทักษะในการสังเกตตนเอง การฝึกเป็นกลุ่มจะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมาและได้รับการแก้ไขผ่านกระบวนการ Modeling, Practice, Feedback และ Contingent Reinforcement (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

2.2.2. การสอนเสริมทักษะ (Academic Skill Training) จะมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเรียน การฝึกทักษะด้านการเรียนโดยการฝึกแบบ Individual หรือ Group ก็ได้ โดยเน้นการทำตามคำสั่ง การจัดระบบระเบียบ และการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจทบทวนผลงาน การจดบันทึกและการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.3. จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) การทำจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ไม่ได้ผลในการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยตรงแต่มีประโยชน์ในการรักษาอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าที่พบร่วมกับสมาธิสั้น และอาจใช้จิตบำบัดเฉพาะบุคคลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการปรับตัวความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น

2.2.4. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Modification) เน้นการปรับพฤติกรรมโดยการใช้ Positive Reward ซึ่งการศึกษาด้าน Neuropsychological Measurement พบเด็กกลุ่มนี้ตอบสนองต่อ Positive Reward ที่รวดเร็วได้ดีแต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่ายเมื่อใช้ Negative Reward ควรเน้นการฝึกเรื่องการรักษาเวลา การใช้เงิน การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด เป็นต้น

2.2.5. การให้ความคำปรึกษาและให้ความรู้ (Counseling & Psychoeducation) สร้างความสัมพันธ์กับเด็กโดยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของเด็กสมาธิสั้นและเข้าใจในข้อจำกัดของตนเองเข้าใจในผลของยาที่รับประทาน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

การเล่นบำบัดเป็นการให้คำปรึกษา(Counseling) และการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) วิธีการหนึ่งที่นิยมใช้ในเด็ก เนื่องจากตามพัฒนาการของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 11 ปีนั้น จะมีข้อจำกัดในการคิดแบบนามธรรม(Think Abstractly) ซึ่งเด็กจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมก่อนที่จะแสดงออกทางด้านคำพูด เด็กจะใช้การเล่นเชิงสัญลักษณ์หรือวัตถุเพื่อแสดงออกถึงความคิดและความรู้สึกต่างๆ การเล่นบำบัดจึงเป็นการสื่อสารระหว่างเด็กและผู้บำบัด ที่แสดงให้เห็นถึงความคิดและความรู้สึกอย่างจริงจังของเด็กแทนการพูดอธิบายที่มีความยากลำบากมากกว่า (Axline, 1947; Kottman, 2001; O'Conor, 2001 & Schaefer, 2001) ถึงแม้ว่าแนวคิดการเล่นบำบัดจะมีหลากหลายแนวคิดก็ตาม แต่ทุกแนวคิดล้วนมีองค์ประกอบที่เหมือนกัน คือ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านจิตสังคม(Psychosocial) และการส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสม(Bratton et al., 2005) การให้การพยาบาลทางจิตสังคมนั้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามีความหมาย มีเป้าประสงค์ เข้าใจเกี่ยวกับระดับต่างๆ ของจิตสำนึกเพื่อสามารถอธิบายกลไกของพฤติกรรมมนุษย์

ซึ่งจะช่วยให้สามารถแยกแยะสาเหตุของปัญหาทางจิต พยาบาลจะต้องมีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขและมีความเห็นอกเห็นใจ(Empathy) และเข้าใจถึงปัญหาสัมพันธภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสมกับผู้อื่นได้ อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความไว้วางใจ นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิตใจ ในลักษณะของการยอมรับจะเป็นโอกาสในการฝึกทักษะและพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้วย (Halter, 2014) พยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการบุคลิกของบุคคลในแต่ละช่วงวัย การให้ความรู้แก่บิดามารดาในการตอบสนองความต้องการทางสังคมให้แก่บุคคลอย่างเหมาะสมด้วยเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการป้องกันระยะที่ 1,2 และ 3 ได้(การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟู) และช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ที่เป็นความคิดด้านลบต่อตนเอง โดยพยาบาลจะชี้ให้เห็นถึงความจริงด้วยการสะท้อนพฤติกรรมทางบวกที่เป็นอยู่ เพื่อกระตุ้นให้รู้สึกว่าคุณค่า ลดการโทษตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบของผู้ป่วยนั้นเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลจิตเวชสามารถทำได้ทั้งรูปแบบการบำบัดแบบรายบุคคลและรายกลุ่มโดยใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด(ศุภกรใจ เจริญศุภกร, 2557) เมื่อผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือค่านิยมที่ไม่เหมาะสมแล้วนั้น พยาบาลจะต้องมีการเสริมแรงให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้รางวัล หรือให้คำชม เป็นต้น รวมทั้งเป็นแบบอย่าง(Modeling) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลียนแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2.3) การช่วยเหลือทางโรงเรียน (School Intervention) ประสานกับทางโรงเรียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

บริบทการให้บริการเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลยวประสาทฯ จะใช้วิธีการรักษาแบบ Multi-Modality Approach โดยแบ่งการดูแลออก 2 ลักษณะ ได้แก่

1) การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก คือ การเข้ามารับบริการแบบมาเช้ากลับเย็น ได้แก่ การมาพบแพทย์ ร่วมกับการให้บริการทางการพยาบาล เช่น การให้คำแนะนำการใช้ยาทางจิตเวช การให้คำปรึกษาครอบครัว การปรับพฤติกรรม การฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการเข้ารับการบำบัดกับสหวิชาชีพต่างๆ เช่น การศึกษาพิเศษ การบำบัดด้วยกีฬา เป็นต้น แต่ละคนจะได้รับการบำบัดที่แตกต่างและไม่เท่าเทียมกันขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาที่พบของเด็กแต่ละคน

2) การให้บริการแบบผู้ป่วยใน คือ การเข้ารับรักษาแบบนอนค้างคืนที่โรงพยาบาลเมื่อเด็กสมาธิสั้นมีภาวะวิกฤตทางจิตเวชที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น มีความคิดหรือพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น เพื่อเฝ้าสังเกตอาการและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างใกล้ชิด โดยเด็กสมาธิสั้นจะได้รับการบำบัดรักษาแบบเข้มข้นและมีลักษณะเป็น Multi-Modality Approach เช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกทั้งการใช้ยา การปรับพฤติกรรม

และการบำบัดอื่นๆ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาที่พบ เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ จนสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

1.4. เด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลหลัก

Orem อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญ (2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า คือ ผู้ที่ดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

Horowitz and Reinhard (1995) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่ในการจัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ดูแลแบบครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม(2539) ให้ความหมายว่า ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งหมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลในชีวิตที่ทำการดูแลผู้ป่วย

สรุปว่า ผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่ดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลหลักจะหมายถึง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เป็นบิดา มารดา หรือญาติ ที่อยู่บ้านหลังเดียวกัน ทำหน้าที่เลี้ยงดูอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป และต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

เด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลหลัก

เด็กเป็นวัยของการเรียนรู้โลกและสังคม เป็นวัยแห่งการปรับตัวเข้ากับธรรมชาติ ในการเรียนรู้และการปรับตัวของเด็กจำเป็นต้องอาศัยผู้ใหญ่ สังคม รวมทั้งสถานการณ์ที่เหมาะสม เป็นตัวแบบและชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งใจ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) เนื่องจากสุขภาพจิตในเด็กนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและเกี่ยวข้องกับ พันธุกรรม พัฒนาการทางจิต สังคม พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ล้วนแต่มีผลมาจากการเลี้ยงดู ดังนั้น ผู้ดูแลหลัก จึงถือว่ามีอิทธิพลที่สุดในช่วงวัยเด็ก มีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม เพราะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนที่ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ เด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเรียนรู้ เพราะช่วยให้การดูแลเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ทักษะต่างๆ ของผู้ดูแลจะส่งสมตามประสบการณ์การ

ดูแลที่ลงมือกระทำ การเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วจึงค่อยพัฒนาวิธีการต่างๆ ตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กจึงกลายเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีส่วนร่วมสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดและเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก(ทัศนีย์ อนันตพันธ์, 2540; Loukissa, 1995) การสอนผู้ดูแลหลักให้เรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะทำให้เกิดผลทางการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง(ชาลวิทย์ พรนภดล, 2546; Hechtman, 2005) พยาบาลจิตเวชเด็กจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของเด็กที่มีพฤติกรรมหรือภาวะจิตสังคมที่เป็ยงเบน โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวที่มีบุตรที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตสังคม ในการให้คำปรึกษา สนับสนุนข้อมูลและให้กำลังใจเพื่อให้สามารถอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เด็กสมาธิสั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการปฏิบัติทางการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจึงมุ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่อาศัยองค์ความรู้เฉพาะทางที่ผสมผสานกับศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้ทักษะพื้นฐานทางด้านสัมพันธภาพ การสื่อสารร่วมกับทักษะการบำบัดทางการพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การช่วยเหลือดูแลบำบัด และการฟื้นฟูสภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิต อารมณ์และพฤติกรรม (เบญจวรรณ รัชเสวะ, 2549)

2. อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี

2.1. ความหมายและองค์ประกอบอาการของเด็กสมาธิสั้น

American Psychiatric Association (2000) กล่าวว่า อาการของเด็กสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ซึ่งความผิดปกตินี้จะทำให้สูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม ได้แก่ พฤติกรรมขาดสมาธิ พฤติกรรมไม่นิ่ง และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น

American Psychiatric Association (2013) กล่าวว่า อาการของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีอาการขาดสมาธิและ/หรือ อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กที่อยู่ในระดับพัฒนาการเดียวกัน เกิดขึ้นอย่างน้อยใน 2 สถานการณ์ขึ้นไป จนทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงาน

จินตนา ยูนิพันธ์ (2544) กล่าวว่า อาการของเด็กสมาธิสั้นเป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียน เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่แสดงถึงความใส่ใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในเวลาสั้นหรือไม่สนใจเลยซึ่งอาการเช่นนี้ เรียกว่า สมาธิสั้น หรือเป็นความผิดปกติของพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่มีการแสดงออก

ซ้ำๆ แตกต่างจากพัฒนาการของเด็กปกติจนเป็นลักษณะเฉพาะของเด็ก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามอายุหรือพัฒนาการ

ชาญวิทย์ พรนภดล (2558) กล่าวว่า กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก (ก่อนอายุ 12 ปี) ที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนและการเข้าสังคมกับผู้อื่นของเด็ก กลุ่มอาการนี้จะประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ(Attention Deficit)อาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง(Hyperactivity) เด็กสมาธิสั้นบางคนอาจจะมีอาการซนและหุนหันพลันแล่น ซึ่งเป็นอาการเด่นมักพบได้บ่อยในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง

ดังนั้นสรุปได้ว่าความหมายและองค์ประกอบอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่มีมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมนี้จะทำให้เด็กสมาธิสั้นสูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม ประกอบด้วย 2 กลุ่มอาการหลักตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/ Impulsivity)

2.2. กลไกการเกิดอาการและปัจจัยสัมพันธ์ที่กับอาการของเด็กสมาธิสั้น

ได้มีผู้ศึกษาและสรุปเกี่ยวกับกลไกการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยสัมพันธ์กับอาการของเด็กสมาธิสั้นไว้หลากหลายการศึกษา ผู้วิจัยได้สรุปไว้ ดังต่อไปนี้

Sowell et al. (2003) กล่าวว่า อาการของเด็กสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมอง โดยเฉพาะบริเวณ Prefrontal Cortex, Parietal Cortex, Basal Ganglia, Thalamus และ Cerebellum ของเด็กสมาธิสั้นทำงานน้อยกว่าปกติ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสมาธิ (Attention) ควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsive) การจัดการอย่างเป็นระบบ (Organization) อาการของเด็กสมาธิสั้นยังเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมองบางตัว ได้แก่ Dopamine และ Norepinephrin และ Serotonin ที่ไม่สมดุลกันอีกด้วย

Barkley (2007) ได้ศึกษาอาการของเด็กสมาธิสั้นและสรุปเป็น Theory of ADHD หรือ Barkley's Model of Behavioral Inhibition โดย Barkley เชื่อว่าอาการของเด็กสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติของสมองส่วน Prefrontal Cortex ที่ทำให้เกิดการยับยั้งการตอบสนอง (Response Inhibition) ซึ่งการยับยั้งการตอบสนองนี้เองที่เป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการความบกพร่องด้านบริหารจัดการ(Executive Dysfunction) โดยความบกพร่องด้านการยับยั้งการตอบสนอง (Poor Response Inhibition) และความบกพร่องด้านการบริหารจัดการ จะทำให้เกิดการยับยั้งพฤติกรรม(Behavioral Inhibition) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมตนเอง และการจัดเรียงลำดับความสัมพันธ์(Motor Control/Fluency/Syntax)

Brown (2009) ได้ศึกษาอาการของเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการของเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM กับกลุ่มที่ไม่มีอาการทางคลินิก แล้วสรุปเป็น The Brown Model of ADHD โดยแบ่งความบกพร่องที่เป็นอาการของเด็กสมาธิสั้นตามโครงสร้างการบริหารจัดการบกพร่อง(Executive Dysfunction) ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำกิจกรรม (Activity) ด้านการมีสมาธิหรือความสนใจอย่างตั้งใจ(Focus) ด้านความพยายาม(Effort) ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านความจำ(Memory) และด้านการกระทำ(Action)

อาการของเด็กสมาธิสั้น ไม่ได้เกิดจากการไม่มีทักษะหรือความสามารถ แต่ความผิดปกติของระบบประสาทบริเวณสมองส่วน Prefrontal Cortex ทำให้มี Executive Dysfunction ที่ทำให้ไม่สามารถนำเอาทักษะหรือความสามารถมาใช้ได้ในสถานการณ์จริง (Point of Performance) ซึ่งนับว่าเป็นกลไกที่ทำให้เกิด 3 กลุ่มอาการ คือ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น(Barkley, 1997; Barkley, 2006; Knouse & Safren, 2010 อ้างถึงใน ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2555)

Ebrahim et al. (2013) ได้ทบทวนการศึกษาของ Abikoff (1991) ที่ประยุกต์ใช้การทำ CBT เพื่อพัฒนาความสามารถ/ทักษะด้านการวางแผน(Planning) ความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ความจำ(Working Function) การรักษาสภาพ(Maintenance) และทบทวนการศึกษาของ Stevenson et al.(2002) ที่ฝึกทักษะของผู้ใหญ่ ADHD ด้วยการพัฒนาสร้างแรงจูงใจ (Motivation) เพื่อให้มีสมาธิจดจ่อ(Concentration) การจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) การควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) การจัดการอารมณ์โกรธ(Anger Management) และการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(Self-Esteem) โดยพบว่าทั้ง 2 การศึกษานี้ช่วยบรรเทาอาการสมาธิสั้นได้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความคิด(Cognitive Therapy)และการบำบัดความคิดพฤติกรรม(Cognitive Behavior Therapy) ในเด็กสมาธิสั้นของ Toplak et al. (2008) ที่เสนอแนะว่าการจะรักษาอาการของเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องคำนึงถึงการบำบัดทั้งด้านความคิด(Cognition) และพฤติกรรม(Behavior) ต่อมา Ebrahim et al. (2013) จึงได้ทำการศึกษาการเล่นบำบัดเพื่อพัฒนาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ด้านความจำ(Working Memory) ด้านขาดการยับยั้ง(Inhibition) ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ด้านการควบคุมตัวเอง(Self Control) และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) และพบว่าการเล่นบำบัดสามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเล่นบำบัดตามแนวคิดนี้ และได้หาความหมายของทักษะที่บกพร่องในเด็กสมาธิสั้นแต่ละด้านไว้ ดังนี้

1. ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ (Sustained Attention)หมายถึง ความสามารถหรือทักษะของการมีสมาธิแบบต่อเนื่อง การคงความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้เป็นระยะเวลาต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ หรือความสามารถในการใช้สมาธิจดจ่อและมีความตื่นตัวในการเรียนรู้ตลอดเวลา ซึ่ง

ความคงทนการมีสมาธิ จะทำงานควบคู่ไปกับการมีสมาธิในการคัดเลือกสิ่งเร้า(Selective Attention) ที่หมายถึง การเลือกตัดความสนใจสิ่งเร้าที่ไม่มีความสำคัญออกหรือความสามารถในการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าทั้งภายนอก เช่น เสียงดัง และสิ่งเร้าภายใน เช่น ความคิด ในขณะที่กระทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อให้ เกิดความสำเร็จ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

2. ทักษะด้านความจำ (Working Memory) หมายถึง ความสามารถในการจดจำและ ความสามารถในการเรียกกลับความทรงจำ ตัวอย่างของความบกพร่อง เช่น ไม่สามารถจดจำได้ว่าวง สิ่งของไว้ที่ใดบ้าง หรือไม่สามารถจำเรื่องราวที่เพิ่งสนทนาไปเมื่อเวลาผ่านไปไม่นานมากนัก ซึ่งจะเป็น ลักษณะของความจำสั้น (Brown, 2002)

3. ทักษะด้านการยับยั้ง (Inhibition) หมายถึง การที่เด็กไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมหรือการ แสดงออกที่กระวนกระวาย หุนหันพลันแล่นได้ หรือไม่สามารถยับยั้ง/หยุดพฤติกรรมการแสดงออก ต่างๆในแต่ละสถานการณ์เพื่อให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม ไม่สามารถหยุดพฤติกรรมหรือมีการ แสดงออกที่ปราศจากการรู้สึกนึกคิด (Acting without thinking) ซึ่งการสามารถควบคุมการยับยั้งนี้ ได้จะเรียกว่า ความสามารถหรือทักษะในการรักษาสภาพ (Maintenance) (Gioia et al., 2001)

4. ทักษะด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsive) หมายถึง ความบกพร่องใน ด้านการคิดและการวางแผน มักจะทำก่อนคิด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) หรือเป็นลักษณะของ อารมณ์ที่วู่วาม ใจร้อน ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทำอะไรโดยไม่คิดล่วงหน้า ขาดความระมัดระวัง (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550) แสดงออกโดยขาดความอดทน ไม่สามารถรอได้ พุดสวนทันทีก่อนที่ผู้ถาม จะพูดจบ รอคอยตามระเบียบไม่เป็น ชัดแจ้งหะหรือก้าวร้าวผู้อื่นจนทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับกิจกรรม ทางสังคม การเรียนและอาชีพการงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

5. ทักษะด้านการควบคุมตัวเอง (Self Control) หมายถึง ความสามารถในการควบคุม ตนเองให้สามารถทำงานหรือกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายได้ (Gioia et al., 2001)

6. ทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ (Organization) หมายถึง ความสามารถในการ จัดระบบในการทำงาน ตัวอย่างความบกพร่อง ได้แก่ ไม่สามารถที่จะจัดการกับงานที่ได้รับมอบหมาย ไม่รู้จักการเตรียมงาน เช่น การเตรียมตัวสอบต้องเตรียมอย่างไร อ่านหนังสืออย่างไร อ่านหนังสือ อะไรบ้าง (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

ดังนั้น สรุปได้ว่าอาการของเด็กสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมอง ที่มีผลการบริหารจัดการ(Executive Dysfunction) ซึ่งทำให้เด็กไม่สามารถนำเอาทักษะหรือ ความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง ไม่ใช่เกิดจากการไม่มีทักษะ ประกอบด้วย ทักษะด้านความคงทนของมีสมาธิ(Sustained Attention) ทักษะด้านความจำ (Working Memory) ทักษะด้านการยับยั้ง(Inhibition) ทักษะด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsive) ทักษะด้านการควบคุมตัวเอง (Self Control) ทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ

(Organization) เป็นกลไกที่ทำให้เกิดอาการของเด็กสมาธิสั้นทั้ง 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ และกลุ่มอาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น

2.3. การประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้น

การประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย SNAP-IV (Short Form) ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิด Narrow-Band ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham จึงเป็นที่มาของชื่อย่อ SNAP ส่วน IV นั้นบอกถึงความสอดคล้องของข้อความในแบบสอบถามตาม DSM-IV ฉบับภาษาไทยจะแปลโดย ภัทรธร พิทยรัตน์เสถียร ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แยกเป็น 3 Domain โดยข้อที่ 1-9 เป็นการประเมินอาการ Inattention (SNAP-Inatt) ข้อ 10-18 เป็นการประเมินอาการ Hyperactivity/Impulsive (SNAP-H/Im) และข้อ 19-26 เป็นการประเมินอาการ Oppositional Defiant Disorder (SNAP-ODD) แต่ละข้อคิดคะแนนแบบ Likert เป็น 4 ระดับ (0=ไม่เลย, 1=เล็กน้อย, 2=ค่อนข้างมาก, 3=มาก) แล้วจึงรวมคะแนนแต่ละ Domain มีจุดตัดอยู่ที่ 16-14-12 ได้มีการศึกษาคุณสมบัติของแบบสอบถาม SNAP-IV ในประเทศไทยและพบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยง (Reliability) ที่มีค่า Cronbach's $\alpha = 0.93$ (สำหรับแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้ปกครอง) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำข้อที่ 19-26 มาพิจารณา เนื่องจากเป็นการประเมินอาการของ ODD ผู้วิจัยจะใช้เพียง 2 Domain คือ ข้อ 1-9 ที่เป็นการประเมินอาการ Inattention และข้อ 10-18 ที่เป็นการประเมินอาการ Hyperactivity/Impulsive (SNAP-H/Im) เนื่องจากทั้ง 2 Domain มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ข้างต้นและสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ที่แบ่งอาการของเด็กสมาธิสั้นออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และกลุ่มอาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive) และผู้วิจัยไม่ได้นำเอาจุดตัดมาพิจารณาแต่จะพิจารณาจากค่าเฉลี่ยแต่ละ Domain ในเด็กสมาธิสั้นแต่ละคนและในภาพรวมทั้งหมด

3. การพยาบาล

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช คือ การให้บริการแก่ผู้ใช้บริการทางสุขภาพจิต โดยการใช้แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลจิตเวชในการประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหาและสาเหตุ วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลทางการพยาบาล เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี โดยยึดหลักการปฏิบัติงาน 4 มิติ (ทัศนคติ บุญทอง และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2554)

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion of Mental Health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary Prevention) โดยมีหลักการว่า การปฏิบัติกรพยาบาล จะเป็นการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตต่างๆ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงวัย

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือการรักษาภาวะสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or Maintenance of Mental Health) พยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ ความเข้าใจ ช่วยเหลือแนะนำในเรื่องของการปรับตัว (Adaptation and Adjustment) การเผชิญปัญหา (Coping) การลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต เพื่อเป็นการให้ภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจ

3. การบำบัดรักษา (Therapeutic or Restoration of Mental Health) โดยการให้ได้รับคำแนะนำช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลาม ซึ่งจะยากต่อการแก้ไข ซึ่งนับว่าเป็นการป้องกันขั้นที่2 (Secondary Prevention) โดยพยาบาลจะจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of Mental Health) ผู้ป่วยทางจิตจะขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งการดูแลตนเอง การปฏิบัติกรพยาบาล เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่3 (Tertiary Prevention) การใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด มาผสมผสานให้การฟื้นฟู เพื่อขจัดความไม่สามารถต่างๆ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

ในการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นครั้งนี้ ผู้วิจัยยังมีความคาดหวังถึงประโยชน์ในด้านที่เป็นการพัฒนาสมรรถนะการบำบัดทางจิตในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นขั้นสูง เป็นความสามารถในการให้การดูแลช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ความคิด พฤติกรรมสติปัญญาและพัฒนาการ โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่นๆ รวมทั้งจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบันมาเป็นข้อมูลสนับสนุนอย่างเป็นหลักการในการคิดวางแผนกระบวนการพยาบาลในมิติต่างๆ แก่ผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามความรุนแรงของอาการได้ (พจนานุกรมสมรรถนะกรมสุขภาพจิต, 2558; ราชกิจจานุเบกษา, 2552)

3.1. แนวคิดการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

การช่วยเหลือเด็กที่มีสมาธิสั้น นอกจากแพทย์จะให้ยาเพื่อรับประทานเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว บิดามารดาและครูจะมีส่วนในการฝึกทักษะหลายๆอย่างที่ยังขาดอยู่ จนเกิดผลดีต่อเด็กสามารถประสบความสำเร็จในการเรียน ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือให้บิดา มารดา และครูเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้การดูแลได้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; สมภพ เรืองตระกูล, 2551) การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการใช้หลักการพยาบาล ได้แก่ การใช้กระบวนการทางการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นเป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสุขภาพ (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการทางการพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินทางการพยาบาล (Evaluation) มีรายละเอียด(จินตนา ยูนิพันธ์, 2544) ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมรวมถึงผลกระทบ พยาบาลจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา การแก้ปัญหาของครอบครัว ความเหมาะสมของพฤติกรรมที่แสดงออกกับพัฒนาการตามวัย ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อเด็ก ครอบครัวและคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึงทัศนคติความรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็กและครอบครัวในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาจากการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน โรงเรียน และจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาที่เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวเพื่อการวางแผนการพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวของเด็กในลักษณะของการวางแผนร่วมกันด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการเริ่มต้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับและการร่วมรับรู้ความรู้สึกกับครอบครัวระหว่างการประเมินทางการพยาบาลในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็กและการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัวในการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

4. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและการใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใส่ใจในการฝึกฝน ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลให้การบำบัดตามขอบเขตกฎหมายและเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดกับตัวเด็กและครอบครัวต้องมีความเหมาะสมและได้รับความยินยอมร่วมมือด้วยดีในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นโดยมีแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน

5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานทั้งความตรง ความเที่ยงในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับความรู้ความสามารถของครอบครัวผู้ดูแลเด็กในการมีส่วนร่วมในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ไปพร้อมๆกัน

ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและความสามารถในการใช้หลักการและกระบวนการในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้เด็กและครอบครัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขโดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องตระหนักในบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดูแลเด็กที่มีปัญหาในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ปัญหาสัมพันธภาพ การเรียน รวมทั้งการทำหน้าที่ทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อทั้งตัวเด็กครอบครัวและสังคมในอนาคต การช่วยเหลือเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาลทั้งความชำนาญ ทักษะและความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่เป็นที่ยอมรับ ในการดูแลบำบัดเด็กสมาธิสั้นนั้นพยาบาลจะให้การปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของเด็กและครอบครัวละการฟื้นฟูสภาพจิต โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับคนรอบข้างและการใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างเป็นสุขทั้งนี้เพื่อเป้าหมายที่สำคัญของการสร้างสรรค์สังคมที่มีคุณภาพ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

3.2. การปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

3.2.1. การประเมินทางการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การสัมภาษณ์ทั้งจากตัวเด็กและครอบครัวในเรื่องความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา การแก้ปัญหาความเหมาะสมของการทำ

หน้าที่และการดำรงชีวิต สุขภาพที่มีผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัวและคนรอบข้างข้อมูลต้องครอบคลุมถึงทัศนคติ ความรู้ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหา

3.2.2. พยาบาลจะจัดสภาพแวดล้อมที่ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อเด็กและเฝ้าระวังพฤติกรรมที่อาจเกิดอันตรายต่อเด็กหรือกับผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544) พร้อมทั้งแนะนำผู้เลี้ยงดูในการปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับเด็กเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น

3.2.3. พยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นกลวิธีสำคัญในการเพิ่มการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เทคนิคไม่ให้ในสิ่งที่เด็กต้องการนั้น (Negative Reinforcement) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ หากพยาบาลจัดให้เด็กมีส่วนร่วมกิจกรรมบำบัดที่อาจเกิดอุบัติเหตุได้นั้น พยาบาลจะต้องจัดให้มีการดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะความปลอดภัยของเด็กถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของการพยาบาล

3.2.4. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคลเพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาสัมพันธ์ภาพ ความไว้วางใจรวมทั้งช่วยให้มีการจำกัดพฤติกรรม(Limited Setting) และช่วยให้เด็กเข้าใจว่าพยาบาลยอมรับในตัวเด็กซึ่งแตกต่างจากการไม่ยอมให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้เพราะการยอมรับเด็กแบบไม่มีเงื่อนไขจะช่วยพัฒนาความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่วนการช่วยให้เด็กมีการจำกัดพฤติกรรม พยาบาลต้องอธิบายเด็กจนเข้าใจว่าพฤติกรรมใดเป็นที่ยอมรับ พฤติกรรมใดที่ยอมรับให้เด็กแสดงออกไม่ได้ รวมทั้งผลที่จะตามมาหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การอธิบายควรทำแบบการให้ความจริง การอธิบายสั้นได้ใจความ ตรงไปตรงมาและที่สำคัญ คือ บุคลากรและผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องเข้าใจตรงกันและมีการปฏิบัติต่อเด็กเช่นเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ และการใช้สัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดในการช่วยให้เด็กพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) สูงขึ้น ซึ่งทำได้โดยให้เด็กได้เรียนรู้การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง วางแผน การดำเนินการสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกับเด็กและผู้ดูแล เมื่อความสำเร็จเกิดขึ้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้นด้วย การสื่อสารอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมาสื่อสารให้เด็กทราบทั้งข้อมูลทันทีย้อนกลับที่เป็นข้อมูลทางบวกและข้อมูลทางลบ ทั้งนี้เมื่อเด็กพัฒนาการมีคุณค่าในตนเองเด็กจะรับรู้จุดเด่นและข้อจำกัดของตนเองได้มากขึ้น

3.2.5. พยาบาลจัดกิจกรรมบำบัดทั้งที่เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างพัฒนาการของเด็กตามวัยและกิจกรรมที่จำเป็นในการเพิ่มพูนความสามารถทางสติปัญญาให้มีการเรียนรู้ตามความจำเป็นในเด็กวัยเรียน การจัดการทางสิ่งแวดล้อมนี้ พยาบาลต้องวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับเด็กรายบุคคลเพราะความต้องการการเรียนรู้ของเด็กกลุ่มนี้จะแตกต่างกันมา ก่อนการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นพยาบาลควรให้เด็กได้ทบทวนกติกาแนวการปฏิบัติในการร่วมกับกลุ่มจนแน่ใจว่าเด็กเข้าใจดีแล้ว รวมทั้งการย้ำเด็กให้เข้าใจถึงเป้าหมายของการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งนี้เพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจและมั่นใจในโอกาสที่เด็กจะร่วมมือในกิจกรรมนั้นจนสำเร็จ ในระหว่างที่เด็กทำกิจกรรมและแสดง

พฤติกรรมที่พึงประสงค์ควรให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีเพื่อเป็นกำลังใจที่ช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยตนเองต่อไป

3.2.6. พยาบาลควรใช้รูปแบบการบำบัด การฝึกการคิดควบคู่กับการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างหนึ่ง คือ การฝึกให้เด็กพูดความคิดของตนเองให้พยาบาลหรือผู้อื่นฟังหรือการคิดต่างๆ เพื่อช่วยลดอาการที่เป็นพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ยับยั้งตนเองไม่ได้ในเด็กกลุ่มนี้

3.2.7. พยาบาลจะใช้รูปแบบการบำบัดครอบครัว(Family Therapy) เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การช่วยเหลือเด็กจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งจากผู้ปกครองและครู ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงธรรมชาติของปัญหาและได้รับการสนับสนุนให้กำหนดการฝึกวินัยให้เด็กทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนให้สอดคล้องกันซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวเผชิญความเครียดของตนและสามารถดูแลเด็กให้ได้รับยาตามแผนการรักษาได้

3.2.8. พยาบาลจะให้ความสำคัญของการเป็นที่ปรึกษาในการแก้ปัญหาด้านการเรียนของเด็กในกรณีที่ได้ เด็กจะเรียนในชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็กสมาธิสั้นซึ่งเป็นชั้นเรียนที่มีสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนสงบเงียบ ครูผู้สอนต้องเข้าใจเด็กสมาธิสั้นและแสดงให้เห็นถึงความคาดหวังของครูเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก หากไม่สามารถจัดชั้นเรียนเป็นพิเศษได้และเด็กจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยที่ไม่สามารถไปโรงเรียนได้จะมีการจัดการให้เด็กได้รับการทวดวิชาในกลุ่มเล็กๆ เพื่อช่วยให้เด็กและผู้ปกครองไม่ต้องกังวลใจด้านการเรียน กรณีที่เด็กมีอาการดีขึ้นสามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติการช่วยเหลือดูแลที่เป็นพิเศษจากครูที่มีความรู้ความเข้าใจเด็กเป็นพิเศษร่วมกับการได้ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพร่วมด้วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544)

4. การเล่นบำบัด

4.1. ความหมายของการเล่นบำบัด

Axline (1990) กล่าวว่า การเล่นบำบัด หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้เด็กแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง การเล่นบำบัดมีพื้นฐานมาจากการเล่นซึ่งเป็นเครื่องมือตามธรรมชาติที่ใช้แสดงลักษณะที่เฉพาะตัว จึงเป็นโอกาสให้เด็กได้เล่นเพื่อแสดงความรู้สึกและปัญหาเหมือนที่ผู้ใหญ่พูดเพื่อระบายปัญหาของตนออกมา

Cattanach (1995) กล่าวว่า การเล่นบำบัด หมายถึง การเดินทางแห่งการค้นพบตัวเองของเด็กและผู้ใหญ่ที่ต้องการความเชื่อมโยงและความเป็นเด็กภายในตนเองอยู่ เป็นหนทางในการทำความเข้าใจอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การเล่นบำบัดจึงเป็นกระบวนการสร้างสรรค์และเป็นรูปแบบของกระบวนการที่น่าตื่นเต้นมากที่สุด

Huges, Noppe & Noppe (1996) กล่าวว่า การเล่นเป็นกิจกรรมที่มีแรงจูงใจอยู่ในตัว เด็กเป็นผู้เลือกการเล่นหรือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างมีอิสระ การเล่นมีความเพลิดเพลิน การเล่นไม่ใช่ความจริง เช่น การเล่นต่อสู้กัน เด็กไม่ได้มีเจตนาทำให้อีกฝ่ายหนึ่งบาดเจ็บ เป็นการสมมุติว่าต่อสู้กัน การเล่นเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วม

Dighton (2001) อ้างถึงใน Cattanach (2003) กล่าวว่า การเล่นบำบัดอยู่บนพื้นฐานความจริงของการเล่นที่ว่าเป็นเครื่องมือตามธรรมชาติของเด็กเพื่อแสดงออกถึงตัวตนและแสดงความรู้สึกของปัญหาเช่นเดียวกับการบำบัดในผู้ใหญ่ที่เปิดโอกาสให้แต่ละคนพูดถึงความลำบากในการดำเนินชีวิต

Opiz and Kong (2004) กล่าวว่า การเล่นบำบัดมีความสำคัญในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเล่นเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ช่วยพัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กได้ผ่อนคลายและได้ตอบสนองความต้องการ

Camara van Breemen (2009) กล่าวว่า การเล่นบำบัด คือ ภาษาของเด็กและแสดงออกถึงความคิด จินตนาการ ความกลัว ความเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ โดยผ่านการเล่น ดังนั้น การเล่นเป็นพัฒนาการในการบำบัดระดับกลางเพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างประสบการณ์สำหรับเด็ก

O'Connor and Stagnitti (2010) กล่าวว่า การเล่นบำบัดสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเล่นบำบัด เป็นธรรมชาติของเด็กเพื่อแสดงออกถึงตัวตนและแสดงความรู้สึก เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เด็กแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง เป็นหนทางในการทำความเข้าใจอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เป็นกระบวนการอันสร้างสรรค์และเป็นรูปแบบของกระบวนการที่น่าตื่นเต้นมากที่สุด เป็นภาษาของเด็กและแสดงออกถึงความคิด จินตนาการ ความกลัว ความเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ผ่านการเล่น มีความสำคัญในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเล่นเป็นทางออกให้เด็กได้แสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมา ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ช่วยพัฒนาการด้านอารมณ์ เด็กได้ผ่อนคลายและได้ตอบสนองความต้องการต่างๆ

4.2. แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเล่นบำบัด

ทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัดมากที่สุด (O'Connor, 1991 อ้างถึงใน แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2552) ได้แก่

4.2.1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญต่อร่างกายได้เข้ามามีบทบาทกับการพัฒนาการกับทางจิตใจมากที่สุดทฤษฎีหนึ่ง คือ บุคคลจะต้องพยายามหาสิ่งมาสนองตอบตามความต้องการขั้นพื้นฐานนับตั้งแต่วัยแรกเกิดเรื่อยมาและหากว่าไม่สามารถทำได้ในขั้นใดขั้นหนึ่งจะเป็นเหตุให้บุคคลนั้นเกิดการชะงัก (Fixation) การพัฒนาในขั้นต่อไป มีผลต่อการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัยที่โตขึ้นและเมื่อใดที่มีการตอบสนองในขั้นใดไม่สมบูรณ์

เด็กมักจะกลับไปใช้วิธีการเก่าๆที่เคยใช้มาก่อน ซึ่งลักษณะนี้เรียกว่า การย้อนกลับ(Regression) กล่าวได้ว่าทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ فروยด์ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมในวัยเด็กที่สามารถที่จะหลอมบุคลิกภาพของบุคคลให้เปลี่ยนแปลงไป فروยด์เชื่อว่าบุคลิกภาพของมนุษย์พัฒนามาจากแรงขับ (Drive) ภายในซึ่งเป็นแรงขับพื้นฐานของมนุษย์มี 3 ประการ คือ แรงขับที่จะดำรงชีวิตอยู่(Survival Drive) แรงขับที่จะทำลาย(Aggressive Drive)และแรงขับทางเพศ(Sex Drive) แรงขับทั้ง 3 นี้ อยู่ในส่วนลึกของตัวเราที่เรียกว่า จิตไร้สำนึก (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2530) แนวคิดนี้เชื่อว่า เด็กที่มีอาการทางจิตเกิดจากความล้มเหลวโครงสร้างบุคลิกภาพหรือความขัดแย้งระหว่างโครงสร้างพื้นฐาน จุดประสงค์ของการบำบัดจึงเพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปรับปรุงโครงสร้างทางจิตตลอดจนบทบาทหน้าที่ที่จะสนับสนุนพัฒนาการให้ได้ผลดีที่สุด

4.2.2.ทฤษฎีมานุษยนิยม (Humanistic Theory) ตามแนวคิดของโรเจอร์ส

(Rogers) ที่เชื่อว่า จุดมุ่งหมายสูงสุดของมนุษย์ คือ ความพยายามที่จะมีความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลาและพัฒนาให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งความพยายามนี้จะสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมนั้นๆ จะเอื้ออำนวยเพียงใดและขึ้นอยู่กับบทบาทของแต่ละคนในกรณีที่เด็กมีปัญหาทางจิต ทฤษฎีมานุษยนิยมของโรเจอร์สเชื่อว่า สาเหตุของปัญหามาจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เด็กมีปฏิกิริยาต่อต้านบางสิ่งบางอย่างภายในตนเอง โดยที่จุดประสงค์หลักของการเล่นตามแนวคิดนี้ก็เพื่อให้เด็กช่วยตัวเองได้ (Self-Actualized) มีความประพัตที่ดีขึ้น ด้วยการเล่นเพื่อการบำบัดที่สร้างสรรค์ การจัดการสภาพแวดล้อมที่ดีเพื่อลดความขัดแย้งในตัวเด็ก เด็กที่อยู่ในข่ายของการจัดการเล่นตามแนวทฤษฎีนี้ค่อนข้างจะใช้ได้กว้างกว่าวิธีจิตวิเคราะห์และสามารถใช้ได้กับเด็กที่มีพัฒนาการทุกระดับเพราะการบำบัดสภาพแวดล้อมนั้นจะสามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของเด็กได้ดี แม้แต่ในเด็กปกติก็สามารถนำไปใช้ได้โดยไม่มีผลเสียแต่อย่างใดรวมทั้งเด็กที่มีพยาธิสภาพทางจิตที่ไม่รุนแรงด้วย

4.2.3.ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยมตาม

แนวคิดของวัตสัน (Watson) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมทุกอย่างของมนุษย์เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและสภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ แต่ถ้าเราสามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมได้เราก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ได้ โดยทฤษฎีพฤติกรรมนิยม จะประกอบไปด้วย (1)การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก(Classical Condition) ของPavlov (2)การวางเงื่อนไขแบบปฏิบัติการ(Operant Condition) ของ Skinner และ(3)ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura จุดประสงค์ในการนำทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมาใช้ในการเล่นบำบัดเพื่อค้นหารูปแบบของการเสริมแรงที่เหมาะสมตลอดจนผลที่ตามมาและการรักษาหรือคงไว้ซึ่งพัฒนาการของเด็กในพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยบทบาทของผู้บำบัดที่สำคัญ คือ การสังเกตเด็กเพื่อค้นหาพฤติกรรมต่างๆ ของเด็กว่าเหมาะสมเพียงใด หากเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือยังขาดพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องใดผู้บำบัดจะต้องทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมก่อนอย่างที่เราจะ

เป็นโดยใช้วิธีการเสริมแรงบวกเมื่อเด็กทำได้และใช้วิธีการเสริมแรงลบหรือทำโทษโดยการสร้างสถานการณ์ให้เด็กเรียนรู้และเกิดการยอมรับเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและนำแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมมาใช้โดยนำรูปแบบที่ดีไม่ว่าเป็นวัตถุสิ่งของหรือบุคคลหรือสถานที่เพื่อเป็นตัวอย่างให้เด็กได้เรียนรู้ ซึ่งเด็กจะได้รับการสังเกตและเลียนแบบ

Knell (2000) แนวคิดการเล่นบำบัดตามหลักการของการทำ CBT (Cognitive Behavior Play Therapy) ของ Knell ได้กล่าวว่า เป้าหมายของการเล่นบำบัดตามแนวคิดนี้จะเป็นการระบุคำจำกัดความของปัญหาพฤติกรรมและเป็นจะมีการแก้ไขความคิดที่ผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งความคิดที่ผิดปกตินี้จะไปแทรกแซงความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการกับประสบการณ์ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาภายในสังคม การเล่นบำบัดตามแนวคิดนี้จะออกแบบให้เหมาะกับเด็กก่อนเรียนและเด็กวัยเรียนตอนต้น ประกอบด้วย เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่เน้นให้เด็กเกิดการควบคุมตนเอง มีความชำนาญ (ความสามารถ) จนกลายเป็นหน้าที่ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และได้มีการพัฒนาขึ้นเพื่อให้เด็กมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ด้วย

Ebrahim et al. (2013) ได้พัฒนาการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิค CBT เพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 ปี โดยเป้าหมายสูงสุดของแนวคิดนี้เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นมีความสามารถในการเอาชนะปัญหาที่เผชิญได้ในตลอดช่วงชีวิต ด้วยการสอนวิธีการส่งเสริมพัฒนาทักษะหรือความสามารถให้เด็กสมาธิสั้นมีบุคลิกภาพในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยได้ออกแบบการเล่นบำบัดที่มีลักษณะเป็นการพัฒนาทักษะหรือความสามารถที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการรักษา/คงสภาพ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น และด้านการควบคุมตัวเอง เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นสามารถนำเอาทักษะเหล่านี้ออกมาใช้ได้เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้อาการหลักของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ในที่สุด

การเล่นของเด็กอายุ 6-9 ปี

การเล่นของเด็กช่วงวัยนี้ จะเป็นการเล่นเชิงสังคมส่วนใหญ่ การเล่นยังคงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญและจำเป็นสำหรับเด็กวัยนี้ จึงควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน ควรจัดสถานที่ให้เด็กได้มีโอกาสได้เล่น เพราะการเล่นสนองความต้องการและช่วยพัฒนาความเจริญเติบโตของเด็กในหลายด้าน (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) เช่น

1. การสนองการรวมกลุ่ม การเล่นเป็นกลุ่ม จะช่วยให้เด็กเข้าใจการทำงานเป็นกลุ่มในอนาคต เช่น การรู้จักเป็นผู้นำ เป็นผู้ตาม การเคารพกติกา รู้จักแพ้ รู้จักชนะ รู้จักถอย
2. ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของร่างกาย ทำให้สุขภาพดี
3. การเล่นเป็นหนทางระบายอารมณ์เคร่งเครียด อารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา

4. การเล่นส่งเสริมการนึกคิด เข้าใจโลก สังคม และชีวิต
5. การเล่นเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงตัวในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพจิตที่ดี
6. การเล่นช่วยให้เด็กเข้าใจตนเอง เด็กจะเริ่มต้องการรู้จักตนเอง จากการเล่นกับเพื่อน เด็กจะเรียนรู้ว่าเพื่อนเข้าใจเด็กอย่างไร เด็กเข้าใจเพื่อนอย่างไร อะไรที่เด็กชอบและไม่ชอบเกี่ยวกับเพื่อน และอะไรที่เพื่อนชอบและไม่ชอบเกี่ยวกับเขา
7. การเล่นช่วยพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นที่มีต่อเด็ก และที่เด็กมีต่อเพื่อน แม้ว่าเด็กยังรับรู้ไม่ได้มาก แต่ก็นับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องให้เกิดขึ้นเพื่อชีวิตและสังคมในอนาคต

การเล่นของเด็กในระยษนี้มึลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. เด็กหญิงและเด็กชายนิยมเล่นแยกกัน เล่นรวมกันบ้างในบางครั้งในชนิดของการเล่นที่รวมกลุ่มได้ เกมที่เล่นบางประเภทเป็นเกมที่นิยมเฉพาะชาย บางประเภทนิยมเฉพาะหญิง เด็กชายนิยมเล่นที่ต้องใช้พละกำลังมากๆ มีความตื่นเต้นและต้องใช้การต่อสู้มากๆ
2. เกมที่เล่นมีกฎระเบียบ กติกาที่ซับซ้อนมากขึ้น จะไม่นิยมเกมง่ายๆ
3. ระยษนี้เด็กเล่นคนเดียวน้อยลง การเล่นสมมติ เพื่อนสมมติ จะค่อยๆหายไป เพราะเด็กเล่นกับเพื่อนจริงๆ มากขึ้น ซึ่งสนุกสนานกว่า เด็กบางคนที่ไม่สามารถเข้ากลุ่มได้นั้น จะยังเล่นสมมติและมีเพื่อนสมมติ ซึ่งไม่เป็นไปตามวัย
4. ลักษณะการเล่นและเกมที่เด็กเลือกเล่นชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศ ความถนัด ความสนใจ และสติปัญญา บุคลิกภาพของเด็ก
5. เด็กบางคนเริ่มเล่นงานอดิเรกแล้วในระยษนี้ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545)

5. การเล่นบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น

การเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้ แนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ซึ่งเป็นการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิค CBT มีรายละเอียด ดังนี้

5.1. แนวคิด

แนวคิดที่ผู้วิจัยสนใจ คือ แนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ที่กล่าวว่า เป้าหมายสูงสุดของการบำบัดรักษาอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ การที่เด็กสมาธิสั้นมีความสามารถที่จะเอาชนะปัญหาที่ต้องเผชิญได้ในตลอดช่วงชีวิต โดยเป้าหมายนี้จะไม่สำเร็จได้ด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียวหรือด้วยการควบคุมจำกัดเด็กไว้ในกฎเกณฑ์แต่จะต้องเป็นการสอนวิธีการเพื่อพัฒนาทักษะหรือความสามารถให้เด็กสมาธิสั้นมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดย Ebrahim et al. (2013) ได้ออกแบบการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT เพื่อพัฒนาความสามารถหรือทักษะที่เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถเอา

ออกมาใช้ได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์จริง ซึ่งได้แก่ ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ทักษะด้านการรักษาสภาพ(Maintenance) ทักษะด้านความจำ(Working Memory) ทักษะด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsivity) ทักษะด้านการควบคุมตนเอง(Self-Control) และทักษะด้านการกระทำอย่างเป็นระบบ(Organization) โดยพบว่าการเล่นบำบัดดังกล่าวสามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2. การนำแนวคิดมาใช้ในการออกแบบการเล่น

จากพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้นช่วงอายุ 6-9 ปี ที่กล่าวว่า เป็นช่วงวัยที่เด็กสามารถนำความรู้หรือประสบการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหาในเหตุการณ์ใหม่ๆ ได้ และมีการถ่ายโยงการเรียนรู้(Transfer of Learning) โดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์นั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม (สุชา จันท์เอม, 2540) โดยเด็กวัยนี้ไม่ได้เกิดมาพร้อมความรู้และความคิด แต่จะต้องเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัวและพัฒนาความคิดไปพร้อมกับร่างกายตามลำดับขั้นตอน ซึ่งความคิด หมายถึง การที่บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ความสามารถที่จะตัดแปลงความคิดและการแสดงออกของตนได้ดี อันเป็นผลมาจากกระบวนการ 2 ชนิด คือ กระบวนการรับ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เด็กรับเอาประสบการณ์ต่างๆ เข้ามาเป็นประสบการณ์เฉพาะตน ทำให้เด็กมีพฤติกรรมต่อสิ่งใหม่ๆ ตามประสบการณ์ของตนเอง และกระบวนการเก็บและการปรุงแต่ง ซึ่งจะเป็กระบวนการในการปรับความเข้าใจหรือปรับประสบการณ์เดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ด้วยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม นอกจากนี้เด็กวัยนี้ยังมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมให้บรรลุผลตามที่ตนต้องการ หรือตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งหากเด็กสามารถทำได้สำเร็จจะเกิดความนับถือตนเอง รู้สึกมีคุณค่า(Self Esteem) โดยจะต้องอาศัยปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. แรงจูงใจ เป็นความปรารถนาที่ต้องการให้ตนเองเป็นที่ยกย่องรักใคร่ของผู้อื่น ให้ตนเป็นที่ยอมรับและมีเจ้าของและต้องการพึ่งตนเอง เพื่อแสดงว่าตนเองมีความสามารถ
2. สิ่งเร้า ความสนใจ การมีความต้องการ การไม่ได้ในสิ่งที่ตนต้องการ ทศนคติของบิดามารดาที่มีต่อเด็ก สิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กขวนขวายหาทางทำกิจกรรมให้สำเร็จ
3. การได้ลงมือทำเอง เป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กเรียนรู้อย่างจริงจัง เพราะเด็กได้ประสบการณ์โดยตรง ได้เห็นอุปสรรคข้อบกพร่องและช่องทางที่จะแก้ไขให้เกิดผลดีในคราวต่อไปได้ (สุชา จันท์เอม, 2540)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์การเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การจัดประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม ผ่านองค์ประกอบพื้นฐานของการทำ CBT ซึ่งประกอบด้วย

1. การให้ความรู้(Psycho Education) การให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นเสมอในการบำบัดด้วย CBT เนื่องจากเป้าหมายหนึ่งของการบำบัด คือ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความรู้และทักษะที่สามารถใช้ดูแลตนเองได้ ผู้บำบัดอาจใช้การสอนโดยตรง(Didactic) หรือให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ผู้รับการบำบัดควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหรือปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่และกระบวนการรักษาในภาพรวมและนำเสนอแนวคิดของการบำบัดด้วย CBT ขั้นตอนนี้ในเด็กนั้นอาจต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ในเด็กที่อายุน้อยอาจใช้สื่อที่เห็นเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน

2. การฝึกทักษะ(Skills Training) คือ การฝึกทักษะที่เด็กบกพร่อง ทักษะที่สำคัญ 2 ประการในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหาและทักษะทางสังคม

3. การเลือกเทคนิคที่นำมาบำบัด(Technique) เทคนิคของ CBT มีหลากหลาย แต่ละเทคนิคมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่ง มาฮอเนย์และอาร์นคอฟฟ์ (Mahoney & Arnkoff, 1978) ได้แบ่งกลุ่มของเทคนิคออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

3.1. กลุ่มที่เน้นการบำบัดโดยการเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญา ที่มีความเชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากความคิดที่ไม่เหมาะสม

3.2. กลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา ในกลุ่มนี้จะเน้นที่การพัฒนาทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับสภาพปัญหาต่างๆ

3.3. กลุ่มที่เน้นการบำบัดแบบแก้ปัญหา เป็นกลุ่มที่รวมแนวคิดทั้งสองแนวคิดไว้ เพื่อพัฒนาวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับปัญหา(ยูวนา ไชว์พันธ์, 2555)

จากแนวคิดของ ของ Ebrahim et al. (2013) ที่กล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคกลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา โดยเน้นที่การพัฒนาทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับสภาพปัญหาต่างๆ ได้ เนื่องจากมีความหมายสอดคล้องกับแนวคิดที่นำมาใช้มากที่สุด โดยเทคนิคที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะมี 2 เทคนิค คือ เทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling) และเทคนิคการจัดการเงื่อนไข (Contingency Management)

1. เทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling)

เทคนิคนี้มีผลต่อพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ช่วยให้เรียนรู้พฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ เพื่อนำไปสร้างพฤติกรรมใหม่ ด้านที่มีผลทำให้เกิดการระงับ(Inhibition) หรือ การยุติระงับ (Disinhibition) ซึ่งผลทั้ง 2 นี้ ขึ้นอยู่กับว่าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบเช่นใด และช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก กล่าวคือ เทคนิคนี้ใช้ได้ทั้งการลด การเพิ่ม การเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ตลอดจนปรับปรุงพฤติกรรมที่ติอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น โดยตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต เช่น เชื้อชาติ เพศ รวมทั้งระดับความสามารถของตัวแบบควรใกล้เคียงกับผู้สังเกตด้วย เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำได้ตามตัวแบบ ตัวแบบควรจะมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่นด้วย และเมื่อตัวแบบได้รับการเสริมแรงยิ่งทำให้เป็นที่สนใจมาก

ขึ้น ในการเลือกลักษณะการเสนอตัวแบบซึ่งมีหลากหลายวิธีนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือก ลักษณะของการเสนอตัวแบบ ทั้งหมด 3 ลักษณะ คือ

1. การเสนอตัวแบบหลายๆ ตัว โดยผู้วิจัย เสนอตัวแบบในรูปของนิทาน “หนูดีเป็น เด็กสมาธิสั้น” ตัวแบบคือ “หนูดี” และตัวแบบในระหว่างที่ดำเนินการเล่นบ๊อบบี้ดั้น คือ พยาบาลผู้ บำบัดและเด็กสมาธิสั้นที่เล่นอยู่ในกลุ่มที่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้การ เสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับ ตนเอง ตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงออกของพฤติกรรมหลายๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความ ยึดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลายๆ สภาพการณ์

2. การเสนอตัวแบบ แบบค่อยๆ แสดงออกทีละขั้น ผู้วิจัยเลือกใช้ในการเล่นบ๊อบบี้ ดั้นครั้งที่ 2 เมื่อเด็กไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินการเล่นครั้งที่ 1 ได้ เนื่องจากวิธีการนี้เหมาะที่ จะใช้กับการแสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำที่ซับซ้อน การเสนอตัวแบบ แบบค่อยๆ แสดงออกทีละ ขั้นจะแบ่งทักษะออกเป็นทักษะย่อยๆ แล้วนำเสนอทีละทักษะ เพื่อให้เด็กสามารถทำได้ก่อน จึงเสนอ ตัวแบบที่แสดงทักษะในลำดับต่อไป

3. การชักจูง ผู้วิจัยจะให้เด็กได้มีโอกาสชักจูงการเล่นในแต่ละการเล่นก่อน เช่น การให้ช้อนโยนลูกบอลลงตะกร้าก่อนดำเนินการเล่นจริงๆ และคิดวางแผนว่าจะต้องทำอะไรเพื่อให้ โยนลูกบอลได้หมดทุกลูก เนื่องจากการที่จะทำให้การเรียนรู้จากการลอกเลียนแบบได้ผลดีขึ้นนั้น ควร ให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสในการชักจูง ซึ่งจะมี 2 ลักษณะ คือ การช้อนในใจ หมายถึง คิดถึงลักษณะของ พฤติกรรมที่จะแสดงออกมา กับการชักจูงโดยการลองแสดงออกดู ซึ่งทั้ง 2 ลักษณะจะช่วยให้ผู้ สังเกตสามารถจดจำได้ดีขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

นอกจากนี้การเสนอตัวแบบจะพิจารณาการจัดสิ่งแวดล้อมด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมในที่นี้ คือ การจัดกระทำการเล่นบ๊อบบี้ดั้นเอง เพื่อที่จะให้บุคคลมีความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่ง ความคาดหวังจะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม (Bandura, 1969) โดยเด็กจะเรียนรู้จากตัวแบบ ขบวนการเรียนรู้จากการสังเกตซึ่งจะเป็นวิธีการเรียนรู้แบบ พื้นฐานที่เป็นประโยชน์ ที่ช่วยให้เรียนรู้มนทัศน์ที่ซับซ้อนหรือยากๆ ได้ดีและเร็ว (Patterson, 1974) การให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของตัวเองละครานั้น เชื่อว่าเด็กจะเกิดการเรียนรู้ทางสังคมดีที่สุด เพราะเป็นการสอนเพื่อปลูกฝังลักษณะนิสัยและพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็ก และยังช่วยปรุงแต่ง บุคลิกภาพ แก้ไขพฤติกรรมของเด็กให้เป็นไปตามตัวแบบในนิทานที่เด็กชอบ (ดวงเดือน พันธุมนาวิณ, 2523)

เนื่องจากเทคนิคการเสนอตัวแบบนี้ ตัวแบบจะทำหน้าที่เพียงแต่ให้พฤติกรรมเกิดขึ้นเท่านั้น แต่ไม่ได้ทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นคงที่และสม่ำเสมอ การที่จะให้พฤติกรรมที่เกิดจากการสังเกตตัว

แบบนี้ต้องมีการให้การเสริมแรงต่อพฤติกรรมที่ลอกเลียนแบบตัวแบบนี้ เพื่อไม่ให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นยุติลงเร็วที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

2. เทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency Management) เป็นเทคนิคที่นิยมใช้มากที่สุด โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้น เป็นผลมาจากผลกระทบของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวกพฤติกรรมนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะลดลงหรือยุติในอนาคต เนื่องจากตัวเสริมแรงมีหลายประเภท ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ตัวเสริมแรงเพียง 3 ประเภท ได้แก่

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material Reinforcement) โดยผู้วิจัยจะให้เด็กเลือกของเล่นที่อยากได้มากที่สุด 1 ชิ้น และมีกติกาว่าต้องนำดาวที่สะสมได้ทั้งหมดในการเล่นมาแลกสิ่งของชิ้นนี้ เนื่องจากตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของนั้นเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพกับเด็กมากที่สุด

2. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcement) ผู้วิจัยกำหนดให้เบี้ยอรรถกร อยู่ในรูปของ “ดาว” เนื่องจากเบี้ยอรรถกรเป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณค่าของการเป็นตัวเสริมแรงได้ ต่อเมื่อสามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงอื่นๆ ได้ จะเรียกว่า ตัวเสริมแรงสนับสนุน (Back-up Reinforcement) ปัจจุบันนับเป็นตัวเสริมแรงที่มีอิทธิพลมากและเข้าใจง่ายในการนำมาใช้กับเด็ก

3. ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcement) มี 2 ลักษณะ คือ เป็นคำพูดและการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้และการแตะตัว โดยขณะดำเนินการเล่นนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้บำบัดได้เลือกใช้ การปรบมือ ยิ้ม ชมเชย การกอด การแตะตัว การมองด้วยสายตาที่ชื่นชม ในการเป็นตัวเสริมแรงทางสังคม

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังคำนึงถึงการให้เสริมมีประสิทธิภาพสูงสุดด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ปัจจัย ดังนี้

1. การยืดเวลาการเสริมแรง (Delay of Reinforcement) โดยผู้วิจัยได้ให้การเสริมแรงในระหว่างดำเนินการเล่น และหลังจากสิ้นสุดแต่ละการเล่นทันที ด้วยการให้ตัวเสริมแรงทางสังคม ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร(ดาว) และยืดเวลาการเสริมแรงด้วยการที่เด็กต้องสะสมดาวให้ได้ครบภายใน 2 สัปดาห์เพื่อนำมาแลกของเล่นที่ตนเองอยากได้ เนื่องจากพฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงอย่างทันทีทันใดนั้น จะทำให้บุคคลเรียนรู้ที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าวได้ดีขึ้น เพราะการยืดเวลาการเสริมแรงในระยะแรกนั้นอาจไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่เมื่อพฤติกรรมเกิดขึ้นคงที่สม่ำเสมอแล้ว การยืดเวลาการเสริมแรงออกไปเป็นสิ่งที่สมควรทำ เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในการดำเนินชีวิต

2. ขนาดหรือจำนวนของการเสริมแรง (Magnitude or Amount of Reinforcement) เนื่องจากการให้เสริมแรงทางบวกนั้นจะต้องระวังเอาไว้ว่าถ้าให้มากเกินไป

อาจทำให้ตัวเสริมเรานั้นหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการให้เด็กเก็บสะสมดาวในแต่ละการเล่นทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านก่อนจนครบจึงจะแลกของเล่นได้ แต่ไม่ให้อายุในการเล่นที่ต้องการเมื่อสิ้นสุดการเล่นในแต่ละครั้งทันที

3. คุณภาพหรือชนิดของการเสริมแรง (Quality or Type of Reinforcement) คุณภาพของตัวเสริมเรานั้นไม่อาจที่จะกำหนดได้ชัดเจน เช่นเดียวกับจำนวนของแรงเสริม ขึ้นอยู่กับความพอใจของแต่ละคน ตัวเสริมแรงที่บุคคลพึงพอใจมากกว่าก็จะมีประสิทธิภาพมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้เด็กเลือกของเล่นที่เด็กชอบมากที่สุดด้วยตนเอง จากสมุดของเล่นที่ผู้วิจัยเตรียมไว้

4. ตารางการเสริมแรง (Schedule of Reinforcement) เมื่อใดก็ตามที่พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นครั้งที่สม่ำเสมอแล้ว ควรใช้การเสริมแรงแบบตาราง ซึ่งเป็นการให้การเสริมแรงตามช่วงเวลาในการแสดงพฤติกรรมหรือตามจำนวนครั้งของการแสดงก็ได้ การเสริมแรงด้วยวิธีการดังกล่าวจะทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ตารางเสริมแรงในการวิจัยเนื่องจากระยะเวลาที่จำกัด แต่ได้ให้คำแนะนำผู้ดูแลหลักในการใช้ตารางเสริมแรงเพื่อนำไปใช้ต่อที่บ้านซึ่งจะทำให้พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลัน เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งที่และสม่ำเสมอหลังสิ้นสุดการเล่นบำบัด

การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปด้วย เนื่องจากจะทำให้เกิดการเรียนรู้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะได้รับการเสริมแรง(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

การชี้แนะ(Guidance/Prompting) ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการนี้ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 ในกรณีที่เด็กสมาธิสั้นคนที่ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินการเล่นได้ เนื่องจากเป็นการให้สิ่งเร้า ได้แก่ คำพูดหรือท่าทางแก่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ต้องการและเมื่อบุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมตามที่ชี้แนะก็จะได้รับแรงเสริมทางบวกทันที ซึ่งการชี้แนะสามารถใช้เสริมสร้างพฤติกรรมต่างๆ ได้มากมาย ตั้งแต่พฤติกรรมช่วยเหลือตนเองจนกระทั่งถึงพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่น แต่การใช้การชี้แนะด้วยการปรับพฤติกรรมด้วยตัวมันเอง มักจะไม่มีใครทำต้องจับคู่กับวิธีการอื่นๆ หลักการใช้การชี้แนะอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. กำหนดให้ชัดเจนเสียก่อนว่าต้องการให้บุคคลมีพฤติกรรมเช่นใด
2. พิจารณาว่าควรใช้การชี้แนะแบบคำพูด แบบท่าทางหรือแบบผสมผสาน
3. ต้องทำเป็นขั้นตอนอย่างรวบรัด
4. เมื่อบุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้แล้วให้การเสริมแรงทันที
5. เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้สม่ำเสมอแล้วต้องค่อยๆถอดการเสริมแรงออก ซึ่งจะทำให้ได้โดยการ ให้การเสริมแรงแบบเป็นครั้งคราวแทน จากนั้นควรหยุดการเสริมแรง เมื่อแน่ใจว่าพฤติกรรมนั้นกลายเป็นนิสัยของบุคคลนั้นแล้ว (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

5.3 ผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้น

จากการประยุกต์การเล่นบำบัดดังที่กล่าวไว้ข้างต้นนั้น จะเกิดผลลัพธ์ต่างๆ ที่ได้จากการเล่นบำบัดแก่เด็กสมาธิสั้น ดังนี้

แนวทางปฏิบัติการเล่นบำบัดเพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้นในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเล่นบำบัดแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) โดย Corey & Corey (1977) ที่กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน เข้าใจตนเองและมีสุขภาพกายและจิตที่ดี อีกทั้งกระบวนการกลุ่มยังทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม Morram(1978) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการและเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้ไปในทางที่ดี โดยที่ทุกคนต่างยอมรับให้เกียรติ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน การเล่นบำบัดในการวิจัยครั้งนี้จะ ผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน ออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 4 คน ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมาย สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45 นาที โดยที่ในระหว่างพยาบาลกระทำการเล่นบำบัดเพื่อสร้างเสริมทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นตลอด 4 ชั่วโมง นั้นผู้ดูแลหลักจะนั่งสังเกตการณ์ในห้องดำเนินการเล่นตลอด โดยมีเอกสาร “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่ 1 และ 2” แจกให้ดูพร้อมทั้งมีผู้ช่วยวิจัย คนที่ 2 อธิบายวิธีการเล่น วัตถุประสงค์ของการเล่นควบคู่ไปด้วย เมื่อสิ้นสุดทั้ง 5 การเล่นโดยพยาบาลผู้บำบัดแล้ว ผู้ดูแลหลักจะได้รับของเล่นตั้งแต่การเล่นที่ 2-5 และสมุดเก็บดาวพร้อมทั้ง “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแลฉบับที่ 1” เพื่อนำไปฝึกต่อที่บ้าน 1 ครั้ง แล้วทำการนัดหมายอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 จึงกระทำการเล่นบำบัดครั้งที่ 2 คือ ระยะที่ 2 (ครั้งที่ 6-10) โดยดำเนินการเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 แล้วให้ผู้ดูแลหลักนำของเล่นไปฝึกต่อที่บ้านอีกเช่นเดิม นัดหมายอีกครั้งเพื่อประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นหลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันที (Post-test)

การเล่นครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น ใช้เวลา 45 นาที ระยะนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์เพิ่มเติมมาจากโปรแกรมเดิมของ Ebrahim et al.(2013) ที่ไม่มีระยะสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญมากระยะหนึ่ง โดย Cattanaach(1995) ได้กล่าวไว้ว่า สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการเล่นบำบัด คือ การเริ่มต้นสัมพันธภาพระหว่างเด็กและผู้บำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีพื้นที่เชื่อมโยงระหว่างเด็กและผู้บำบัด เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กในการสำรวจ Corey & Corey (1977) กล่าวว่า ระยะสร้างสัมพันธภาพ นับว่าเป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน โดยระยะนี้พยาบาลผู้บำบัดจะต้องสร้างบรรยากาศและความรู้สึกที่เป็นมิตร ความมั่นคงปลอดภัย และความไว้วางใจให้กับสมาชิกภายในกลุ่ม

ด้วยการแสดงความสนใจฟัง ยอมรับในการแสดงความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มโดยไม่ใช้ความคิดเห็นของตนตัดสินใจและประสานสายตาระหว่างสนทนาเพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผย ระบายความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นฟัง รวมทั้งมีความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในกลุ่มได้ โดยเด็กสมาธิสั้นที่เป็นสมาชิกของกลุ่มทุกคนจะทำความรู้จักซึ่งกันและกันและกับพยาบาลผู้บำบัดผ่านกิจกรรม “ยินดีที่ได้รู้จัก” จากนั้นจะมีการให้ความรู้(Psycho Education) เกี่ยวกับอาการของ ผลกระทบ แนวทางการรักษาเด็กสมาธิสั้น ซึ่งการให้ความรู้นั้นนับว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการทำ CBT ลำดับแรก จะเป็นการให้ความรู้ผ่านสื่อ คือ ตุ๊กตาคือมือและภาพประกอบนิทาน เรื่อง “เมื่อหนูดีเป็นเด็กสมาธิสั้น” ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคการเล่านิทานที่เป็นลักษณะของการเสนอตัวแบบ (Modeling) การเริ่มต้นการให้ความรู้นั้นจะอธิบายให้เด็กสมาธิสั้นรับรู้ที่เราหวังที่จะเห็นเด็กแสดงตามตัวแบบที่ดู ซึ่งการบอกเช่นนี้จะทำให้เด็กให้ความสนใจต่อตัวแบบมากยิ่งขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

การเล่นครั้งที่ 2-10 เป็นระยะที่มีการจัดกระทำการเล่นบำบัดเพื่อให้เกิดกระบวนการเก็บและการปรุงแต่ง ซึ่งเป็นกระบวนการในการปรับคิด ความเข้าใจหรือการปรับประสบการณ์เดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ด้วยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งกระบวนการนี้จะเกิดจากการถ่ายโยงการเรียนรู้ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรมร่วมกับการฝึกทักษะและการเลือกเทคนิคที่จะนำมาใช้บำบัด คือ เทคนิคการเสนอตัวแบบและเทคนิคการจัดวางเงื่อนไขพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการทำ CBT อีก 2 ข้อที่เหลือ ระยะนี้จะมีการกำหนดขอบเขตของกลุ่มในการเล่นบำบัดที่เปรียบเสมือนเป็นกฎเกณฑ์ให้เด็กสมาธิสั้นในกลุ่มต้องปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งการมีขอบเขตนี้จะช่วยให้บรรยากาศในการกระทำการเล่นบำบัดเป็นประสบการณ์เดียวกับชีวิตจริงที่ต้องมีกฎเกณฑ์ต่างๆ(Ginott, 1961; Moustakas, 1953) จะเรียกว่า “กติกากลุ่ม” ระยะนี้จะมีทั้งหมด 10 ครั้ง จะเป็นการเล่นจากการเล่นอย่างง่ายไปการเล่นอย่างยาก การเล่นบำบัดนี้จะมีแรงจูงใจ คือ ของรางวัลที่เด็กเลือกไว้โดยจะต้องเก็บสะสมดาวในการเล่นแต่ละครั้งให้ได้ทั้งหมด 200 ดวง เพื่อแลกรางวัลที่ตนเองอยากได้ มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเล่นที่ 1-5 ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง

การเล่นที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น” เพื่อสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเบื้องต้น และให้เด็กสมาธิมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นที่ถูกต้องและเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ความไว้วางใจ โดยเด็กสมาธิสั้นที่เป็นสมาชิกของกลุ่มทุกคนจะทำความรู้จักซึ่งกันและกันและกับผู้วิจัยผ่านการเล่น “ยินดีที่ได้รู้จัก” จากนั้นจะมีการให้ความรู้(Psycho Education) เกี่ยวกับอาการ ผลกระทบ แนวทางการรักษาเด็กสมาธิสั้น ผ่านนิทาน เรื่อง “เมื่อหนูดีเป็นเด็กสมาธิสั้น” โดยให้เด็กทุกคนที่อยู่ในกลุ่มมีส่วนร่วมในการเล่านิทาน

การเล่นที่ 2 “จิกซอร์พาเพลิน” เพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะการรักษาสภาพและการมีสมาธิ(Attention) ในช่วงเวลาสั้นๆ ด้วยการให้ต่อภาพจิกซอร์ภายในเวลาที่กำหนดและสามารถอธิบายได้ว่าภาพจิกซอร์ที่ต่อนั้นมีรายละเอียดอะไรบ้าง

การเล่นที่ 3 “โบว์ลิง” เพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านการรักษาสภาพ การมีสมาธิ คัดเลือกสิ่งเร้า การควบคุมตนเอง และการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้วยการให้เด็กสมาธิสั้นโยนลูกบอลที่อยู่ในตะกร้าไปยังขวดน้ำที่เรียงไว้ เหมือนกับการเล่นโบว์ลิงทีละคน มีกติกาว่าต้องโยนลูกบอลให้หมดทุกสีกเว้นสีเขียว

การเล่นที่ 4 “ทายลี ฉันทืออะไร” เพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ความจำ และการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยให้เด็กสมาธิสั้นจดจำสิ่งของ 1 ชิ้นจากการสัมผัสในขณะที่ปิดตา แล้วให้บรรยายลักษณะสิ่งของและทายว่าคืออะไร จากนั้นนำชิ้นส่วนแต่ละชิ้นมาช่วยกันต่อให้สมบูรณ์ภายในเวลาที่กำหนด

การเล่นที่ 5 “ลูกบอลหรรษา” เพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบความคงทนของสมาธิ การควบคุมตนเองและควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น มีทั้งหมด 2 ด้าน ด้านแรกจะให้โยนลูกบอลคนละ 6 ลูกลงในตะกร้าที่วางห่างจากตำแหน่งที่ยืน 1 เมตร ด้านที่สองเพิ่มระยะห่างเป็น 2 เมตร โดยจะให้โยนทีละคน

เมื่อสิ้นสุดการเล่นทั้ง 5 การเล่น ผู้ดูแลหลักที่นั่งสังเกตการณ์ตลอดระยะดำเนินการเล่น บำบัดตั้งแต่ต้นจนจบ จะได้รับของเล่นที่ใช้ในการเล่นครั้งที่ 2-5 สมุดเก็บดาวและเอกสาร “คำแนะนำในการเล่นสำหรับผู้ดูแลฉบับที่ 1” ในการนำไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน 1 ครั้ง หลังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักซักถามข้อสงสัยต่างๆ เช่น ขั้นตอน วิธีการ รวมทั้งอธิบายวิธีการลงข้อมูลเพื่อติดตามการเล่นที่บ้านจนเป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน จึงทำการนัดหมายอีกในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 การเล่นที่ 6-10 จะเป็นการเล่นที่มีระดับความยากและซับซ้อนมากกว่าสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง

การเล่นที่ 6 “จำขึ้นใจ” เป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทนของสมาธิและความจำ ด้วยการให้เด็กสมาธิสั้นจำรูปภาพ 5 รูปภายในเวลาที่กำหนด จากนั้นให้เด็กๆ เดินท่าทางประกอบเพลงแล้วให้เด็กสมาธิสั้นทีละคนไปค้นหารูปภาพทั้ง 5 รูปของตนเองในกองรูปภาพที่กองรวมกันไว้

การเล่นที่ 7 “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” เพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมตนเองและด้านควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น มี 2 ด้าน คือ ด้านแรกจะแบ่งเด็กในกลุ่มที่มี 4 คน ออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 2 คน แล้วให้ช่วยกันต่อจิกซอร์ให้เสร็จ แล้วจึงไปด้าน

ที่สองโดยให้แต่ละกลุ่มช่วยกันแยกขวดน้ำพลาสติก(ขวดเปล่า)ที่มีขนาดและยี่ห้อแตกต่างกันไว้ในกองเดียวกัน

การเล่นที่ 8 “เขาวงกต” เพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะในด้านความคงทนของสมาธิ การมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า การควบคุมตนเอง การจัดการอย่างเป็นระบบ และควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น โดยการให้ถือแก้วใส่น้ำแล้วเดินไปตามทางที่กำหนดอย่างเจียบๆ ซ้ำๆ ภายในเวลาที่กำหนด โดยไม่ทำให้น้ำหก

การเล่นที่ 9 “ใบ้คำ” เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้วยการให้แสดงท่าทางตามคำใบ้ทีละคน แล้วให้สมาชิกคนอื่นๆทายคำใบ้นั้น เมื่อเฉลยคำตอบแล้วให้สมาชิกคนอื่นๆช่วยกันเสนอแนะพร้อมสาธิตว่าคำใบ้นั้นควรจะแสดงท่าทางอย่างไรบ้างเพื่อให้ง่ายต่อการทายและให้คนที่ใบ้คำแสดงท่าทางตามคำใบ้จากการเสนอแนะของเพื่อนอีกครั้ง

การเล่นที่ 10 “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน” เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นด้วยการแจกดาวให้เด็กทุกคนๆ ละ 10 ดวง จากนั้นให้เดินไปตามทางที่สร้างไว้พร้อมกับร้องเพลงเสียงดังอย่างสม่ำเสมอแต่ถ้าร้องเสียงเบาหรือหยุดร้องเพลงหรือหยุดเดินจะถูกหักดาวจุดละ 1 ดวง

เมื่อสิ้นสุดการเล่นที่10 ผู้ดูแลหลักที่นั่งสังเกตการณ์ตลอดระยะเวลาดำเนินการเล่นบำบัดตั้งแต่ต้นจนจบ จะได้รับของเล่นที่ใช้ในการเล่นครั้งที่ 6-10 สมุดเก็บดาวและเอกสาร “คำแนะนำในการเล่นสำหรับผู้ดูแลระดับที่2” เพื่อนำไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน 1 ครั้ง เช่นเดียวกับหลังสิ้นสุดการเล่นครั้งที่ 1 ก่อนการนัดหมายเพื่อประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นหลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันที ในสัปดาห์ที่3

CHULALONGKORN UNIVERSITY

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุปการศึกษา การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้น ได้ดังนี้

การศึกษาในต่างประเทศ

Hansen et al. (2000) ได้ศึกษาการจำลองการเล่นบำบัดแบบกลุ่มในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งกระทำการเล่นบำบัดทั้งหมด 15 การเล่น กระทำการเล่น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่าการเล่นบำบัดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) เพื่อเพิ่มประสบการณ์ทางสังคม (Social Experience) นั้นจะเกิดการพัฒนาทั้งด้านความคิด (Thinking) ที่เป็นพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (Internal Behavior) และพัฒนาพฤติกรรมที่อยู่ภายนอก (External Behavior) ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ การมุ่งประเด็นการเล่นบำบัดไปที่พฤติกรรมภายนอกเพียงอย่างเดียวจะไม่มี

ประสบความสำเร็จและมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งโครงสร้างของการเปลี่ยนแปลงก็จะยังคงไม่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่สำคัญของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ หุนหันพลันแล่น (Impulsive) พฤติกรรมที่วุ่นวาย (Disruptive Behavior) การสื่อสารที่ไร้ประสิทธิภาพ (Ineffective Communication) ดังนั้นทั้งพฤติกรรมที่อยู่ภายใน (Internal behavior) และพฤติกรรมภายนอก (external behavior) ควรมีการติดตามและเฝ้าสังเกตอาการระหว่างขั้นตอนการบำบัดด้วย

Hall et al. (2002) ศึกษาการใช้การเล่นบำบัด 15 เทคนิคตามหลักการ CBT ซึ่งถูกออกแบบมาว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซนไม่นิ่ง (Hyperactivity) และขาดสมาธิ(Inattention) ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 4-12 ปี

Jensen et al. (2008) ได้ศึกษาผลของการเล่นบำบัดตามทฤษฎี CBPT ต่ออาการและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่มาจากหลากหลายเชื้อชาติอายุ 6-10 ปี จำนวน 27 คน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยครูและพ่อแม่ โปรแกรมการเล่นบำบัดมีทั้งหมด 8 ครั้ง และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน TR-C, PRS-C และ BASC-2 พบว่าการเล่นบำบัดช่วยลดอาการขาดสมาธิ(Inattention) ซนไม่นิ่ง (Hyperactivity) และพฤติกรรมก้าวร้าว(Aggression) ในเด็กสมาธิได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Janatian et al. (2008) ได้ศึกษาผลของการเล่นบำบัดบนพื้นฐานหลักการทำ CBT ต่อความรุนแรงของอาการในเด็กสมาธิสั้นเพศชาย อายุ 9-11 ปี จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการเล่นบำบัดทั้งหมด 8 ครั้งๆละ 30-45 นาที ทุกๆ 2 วัน โดยการเล่นบำบัดนี้จะเน้นที่การเพิ่มการมีสมาธิและลดอาการซนไม่นิ่ง เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรตาม คือ แบบสอบถาม CSI-4 และ MFFT ผลที่ได้จากการศึกษา คือ การเล่นบำบัดลดอาการซนไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการขาดสมาธิ(Inattention) และเพิ่มระยะเวลาของการกลับมารักษาตามนัด (Follow Up) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Barzagary & Zamini (2011) เป็นการศึกษาถึงทดลองโดยศึกษาผลของการเล่นบำบัดแบบ Watch Ring ในเด็กสมาธิสั้นเพศชายอายุ 7-8 ปี จำนวน 14 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มๆละ 7 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดทั้งหมด 10 การ เล่น ระยะเวลาการเล่นบำบัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และใช้แบบสอบถาม CSI-4 (Children Symptoms Inventory-4) เพื่อวัดผลอาการก่อนและหลังให้การเล่นบำบัด และหาค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ ANCOVA พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเล่นบำบัดแบบ Watch Ring ลดอาการขาดสมาธิ(Inattention) อาการซนไม่นิ่ง(Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ได้

Ebrahim et al. (2013) เป็นการศึกษาถึงทดลองโดยศึกษาการเล่นบำบัดที่ใช้หลักของการทำ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 ปี การศึกษานี้มีเด็กสมาธิสั้น

ทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โปรแกรมนี้มีทั้งหมด 9 การเล่นเกม ทำการเล่นเกมบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที และใช้แบบประเมิน Rutter Parent-Teacher Test สำหรับพ่อแม่และครูประเมินก่อนและหลังทำการเล่นเกมบำบัด สถิติที่ใช้คือ Paired T-Test ผลการศึกษาพบว่า การเล่นเกมบำบัดนี้ช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้

Anna et al. (2015) ได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะที่เน้นการบริหารจัดการ(Executive Function) ได้แก่ ทักษะด้านการมีสมาธิ(Attention) ทักษะด้านการยับยั้งหรือหยุดพฤติกรรมกระวนกระวาย(Impulsive Behavior) ทักษะด้านความจำ(Working Memory) ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 5 ปี จำนวน 26 คน โดยผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า การฝึกทักษะที่เน้นทักษะด้านการมีสมาธิ ทักษะด้านการยับยั้งหรือหยุดพฤติกรรมกระวนกระวาย ทักษะด้านความจำ สามารถพัฒนาทักษะที่บกพร่องดังกล่าวข้างต้น และลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Elahe & Faramarz (2015) เป็นการศึกษาถึงทดลองโดยศึกษาวิธีการเล่นเกมบำบัดเชิงสำรวจ (Exploratory Play Therapy) เพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้นเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นแบบ Combined Type อายุ 9-11 ปี การศึกษานี้มีเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โปรแกรมนี้มีทั้งหมด 9 การเล่นเกม แต่ละการเล่นเกมใช้เวลา 30-45 นาที และใช้ SNAP-IV ที่เป็นเครื่องมือวัดตัวแปรตาม ใช้สถิติ ANCOVA พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเล่นเกมบำบัดเชิงสำรวจสามารถลดอาการขาดสมาธิ(Inattention) อาการซน ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive)และลดอาการของเด็กสมาธิสั้น Combined Type ได้

การศึกษาภายในประเทศ

ญาณี เหล่าวิริยะรัตน์ (2552) ได้ศึกษาผลของการเล่นเกมบำบัดที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความก้าวร้าวทางกายและความก้าวร้าวทางความสัมพันธ์ ของเด็กอนุบาลอายุ 5 ปี ผลการศึกษานี้พบว่าหลังทำกิจกรรมการเล่นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาลด้านความก้าวร้าวทางกายและความก้าวร้าวทางความสัมพันธ์ลดลง

อุลัยวรรณ โกสาเสนา (2556) ได้ศึกษาผลของการเล่นเกมบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการทางด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก อายุ 3-6 ปี จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการเล่นเกมบำบัดตามโปรแกรม 7 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้นหลังได้รับการเล่นเกมบำบัดในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ (2557) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้นอายุ 8-12 ปี ทั้งหมด 6 ครั้ง ภายในเวลา 3 สัปดาห์ โดยเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดนี้จะเลือกใช้ตามหลักการทำ CBT ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนมุมมอง(reframing) การสร้าง

เสริมความหวังและแรงจูงใจ(motivation) การให้คำแนะนำ(guidance) การมีต้นแบบ(modeling) การทบทวนความคิดตัวเอง(self-introspection) การตระหนักรู้ตนเอง(self awareness training) ผลจากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน SNAP-IV ทั้ง Inattention, Hyperactivity/Impulsive และ ODD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ยุวนา ไชว์พันธุ์ (2555) ศึกษาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่มีภาวะสมาธิสั้นจากการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) จำนวน 4 คน เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดนี้จะเลือกใช้ตามหลักการทำ CBT ซึ่งประกอบด้วย เทคนิคการควบคุมตนเอง(Self-control) ร่วมกับการบำบัดแบบการแก้ปัญหา(Problem solving therapy) ผลของการศึกษาพบว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมที่ใช้เทคนิค CBT นี้ สามารถลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่มีภาวะสมาธิสั้นได้

เสาวนีย์ บัวลา (2558) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก เป็นการศึกษากึ่งทดลองที่มีทั้งเด็กออทิสติกอายุ 3-6 ปี จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการเล่นบำบัดตามโปรแกรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกได้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การเล่นบำบัดเพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้นวัยเด็กตอนกลาง

สัปดาห์ที่ 1 การเล่นครั้งที่ 1-5

สร้างเสริมทักษะ โดยพยาบาล โดยการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดี ลดแรงต้าน มีทัศนคติที่ดี เห็นความสำคัญของการบำบัด มีแรงจูงใจและให้ความร่วมมือจนสิ้นสุด ด้วยการเล่น “การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น” จากนั้นเป็นการเล่นบำบัดจากง่ายไปยากเพื่อสร้างเสริมทักษะ ด้านการรักษาสภาพ ด้านการควบคุมตนเอง ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้วยการเล่น “จิกซอร์เพลิน” “โบว์ลิ่ง” “ทายสีฉันทืออะไร” “ลูกบอลหรรษา” จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

พัฒนาทักษะที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก ด้วยการเล่น “จิกซอร์เพลิน” “โบว์ลิ่ง” “ทายสีฉันทืออะไร” “ลูกบอลหรรษา” จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 การเล่นครั้งที่ 6-10

สร้างเสริมทักษะ โดยพยาบาล ด้วยการเล่นบำบัดจากง่ายไปยากที่มีความซับซ้อนมากกว่าสัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างเสริมทักษะ ด้านการรักษาสภาพ ด้านการควบคุมตนเอง ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้วยการเล่น “จำขึ้นใจ” “ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ” “เขาวงกต” “ใบ้คำ” และ “Sing-a-song” มาร้องเพลงกัน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

พัฒนาทักษะที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก ด้วยการเล่น “จำขึ้นใจ” “ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ” “เขาวงกต” “ใบ้คำ” และ “Sing-a-song” มาร้องเพลงกัน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

อาการของเด็กสมาธิสั้น

1. กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention)
2. กลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง(The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี

ตัวแปรต้น คือ การเล่นบ๊อบบี้

ตัวแปรตาม คือ อาการของเด็กสมาธิสั้น

Burns & Grove (2005)	O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
	O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

X	หมายถึง	การเล่นบ๊อบบี้
O ₁	หมายถึง	อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ก่อนได้รับการเล่นบ๊อบบี้
O ₂	หมายถึง	อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังสิ้นสุดการเล่นบ๊อบบี้
O ₃	หมายถึง	อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₄	หมายถึง	อาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V และเข้ารับการรักษาในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น
2. ไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัวจากการรายงานโดยผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางกาย/ทางสมอง ความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ หูหนวกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ตาบอดข้างใด

ข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขาพิการ โรคลมชัก ความเจ็บป่วยทางสมอง คือโรคที่เป็นร่วมกับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ บกพร่องสติปัญญา ดาวน์ซินโดรม ออทิสติก การเรียนรู้บกพร่อง

4. เด็กได้รับการรักษาทางยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น (ยากกลุ่ม Psychostimulants) ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป หรือไม่ได้รับยาแต่อาการต้องอยู่ในระยะสงบ (Stable) คือ เด็กยังสามารถไปโรงเรียนและใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

5. ผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถมาเข้าร่วมจนสิ้นสุดการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย, 2546 อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมีทั้งหมด 40 คน โดยเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion Criteria) จากนั้นจัดเข้ากลุ่มทดลองก่อนจนครบ 20 คน แล้วจึงจับคู่(Match Pair) เพศและอายุเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมอีก 20 คน

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เริ่มดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 26-27 เมษายน พ.ศ. 2560 โดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อขอข้อมูลการวินิจฉัยโรคจากระบบคอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล(HosXp) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น(F90.0) อายุ 6-9 ปี และเข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2559-เดือนธันวาคม พ.ศ.2559 มีจำนวนทั้งหมด 1,082 ราย จากนั้นจึงโทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลหลักเพื่อสอบถามถึงความยินยอมด้วยความสมัครใจ โดยเรียงตามหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย(Hospital Number : HN) ทีละคน

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยแก่ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลา วิธีการ และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถตอบรับหรือปฏิเสธได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา เป็นต้น เมื่อผู้ดูแลหลักยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองจนครบทั้ง 20 คน ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า(Inclusion Criteria)ก่อน จากนั้นจึงจะคัดเลือกกลุ่มควบคุมอีก 20 คน ที่มีคุณสมบัติเข้าคู่กับกลุ่มทดลอง(Match pair) ในเรื่องของอายุและเพศ แล้วแบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน ออกเป็น 5 กลุ่มๆละ 4 คน โดยให้แต่ละกลุ่มมีการกระจายของช่วงอายุใกล้เคียงกันมากที่สุด

3. นัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คน ในวันที่ 28 เมษายน พ.ศ.2560 โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ช่วงเช้าเวลา 8.00-9.00 น. และพบกลุ่มควบคุมช่วงบ่าย เวลา 13.00-14.00 น. เพื่อชี้แจงข้อมูล รายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายวิธีการตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) จนผู้ดูแลหลักเข้าใจอย่างชัดเจน จากนั้นให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเล่นบำบัดแต่ละครั้ง จนครบทั้ง 10 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้กระทำการเล่นบำบัด จำนวนครั้งในการนัดหมาย และการเล่นที่ผู้ดูแลหลักต้องกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านอย่างครบถ้วน โดยจะเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และ อธิบายจนเข้าใจครบทุกคน จากนั้นนัดหมายวัน เวลา สถานที่ แจ้งเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยและของผู้ดูแลหลักให้ชัดเจนเพื่อติดต่อกรณีฉุกเฉิน



ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและอายุของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศของเด็กสมาธิสั้น		อายุ(ปี)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	8.00	8.09
2	ชาย	ชาย	8.01	8.05
3	ชาย	ชาย	8.00	8.02
4	หญิง	หญิง	8.01	8.10
5	ชาย	ชาย	8.00	8.09
6	ชาย	ชาย	8.00	8.00
7	ชาย	ชาย	8.00	8.10
8	ชาย	ชาย	8.08	8.11
9	ชาย	ชาย	7.10	7.10
10	ชาย	ชาย	7.04	7.04
11	ชาย	ชาย	7.11	7.00
12	ชาย	ชาย	7.08	7.08
13	ชาย	ชาย	7.05	7.06
14	หญิง	หญิง	7.08	7.06
15	ชาย	ชาย	6.06	6.09
16	ชาย	ชาย	6.06	6.00
17	ชาย	ชาย	6.02	6.07
18	ชาย	ชาย	6.01	6.00
19	ชาย	ชาย	6.11	6.10
20	ชาย	ชาย	9.00	9.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560

2. ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงการตอบคำถามหรือข้อสงสัยจนกว่าจะเกิดความเข้าใจ ในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยไม่มีผลกระทบต่อ การมารับบริการการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ดูแลหลักเข้าใจและยืนยันว่ายังยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ ให้ลงนามในเอกสารยินยอมหลังจากอ่านรายละเอียดจนเข้าใจอย่างชัดเจน

3. หลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยมอบเอกสาร คู่มือสื่อ ในการเล่นบ๊อบบี้ รวมถึงการอธิบายลำดับขั้นตอนและวิธีการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแลหลักให้กับกลุ่มควบคุมเหมือนกันกับกลุ่มทดลองทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น
- 1.2 แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง)

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 2.1. คู่มือการเล่นบ๊อบบี้สำหรับพยาบาล
- 2.2. แบบประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้สำหรับพยาบาล

วิธีการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ชื่อยาที่ใช้ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ใช้ยา การรักษาอื่นๆ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กและการจัดการกับพฤติกรรมที่ผ่านมา

1.2. แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham (จึงเป็นที่มาของชื่อย่อ SNAP ส่วน IV นั้น บอกถึงความสอดคล้องของข้อความในแบบสอบถามตาม DSM-IV) เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น และเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงจากการทดสอบค่า Psychometric properties (Gau et al., 2009; Granana et al., 2011; Mattos et al., 2006 อ้างถึงใน ภัทธรพิทยรัตน์เสถียร, 2557) แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) ฉบับภาษาไทยนี้แปลโดย ภัทธรพิทยรัตน์เสถียร ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 Domain คือ ข้อที่ 1-9 ประเมินอาการ Inattention(SNAP-Inatt) ข้อที่ 10-18 ประเมินอาการ Hyperactivity/ Impulsive(SNAP-H/Im) และข้อที่ 19-26 ประเมินอาการ Oppositional Defiant Disorder(SNAP-ODD) แต่ละข้อคิดคะแนนแบบ Likert มี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย(0 คะแนน) เล็กน้อย(1 คะแนน) ค่อนข้างมาก(2 คะแนน) มาก(3 คะแนน) แล้วรวมคะแนนแต่ละ Domain ซึ่งจุดตัด (Cut-Off) ของแบบสอบถาม SNAP-IV คือ 16-14-12 ตามลำดับ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำข้อที่ 19-26 มาพิจารณา เนื่องจากเป็นการประเมินอาการของ ODD ผู้วิจัยจะใช้เพียง 2 Domain คือ ข้อ 1-9 ที่เป็นการประเมินอาการ Inattention และข้อ 10-18 ที่เป็นการประเมินอาการ Hyperactivity/ Impulsive (SNAP-H/Im) เนื่องจากทั้ง 2 Domain มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ และสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ที่แบ่งอาการของเด็กสมาธิสั้นออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/ Impulsive) และผู้วิจัยไม่ได้นำเอาจุดตัดมาพิจารณาแต่จะพิจารณาจากค่าเฉลี่ยแต่ละ Domain ในเด็กสมาธิสั้นแต่ละคนและในภาพรวมทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการทดลอง

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่แบบสอบถามส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น และแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (สำหรับผู้ปกครอง) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ ความครอบคลุม ได้แก้ไขเนื้อหาความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และการใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ ผู้วิจัยจะทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นหลังการแก้ไขครั้งที่ 1 ค่า CVI=1.00 ส่วนแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ค่า CVI=1.00 เช่นกัน จากนั้นได้ส่งเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 16 มีนาคม มีมติให้ผ่านการพิจารณาแบบมีข้อปรับแก้ไข โดยไม่ต้องนำกลับเข้ามาที่ประชุมอีก และพิจารณาว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ไม่ต้องทดสอบคุณภาพเครื่องมือ เนื่องจากส่วนที่ 1 คือ ข้อเท็จจริงตอบอย่างไรก็ตามนั้น และส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) เป็นเครื่องมือที่นำมาเปรียบเทียบกับอาการของโรคสงบจริงหรือไม่และได้มีการศึกษาความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว จากผลการพิจารณาจริยธรรมผู้วิจัยได้เอาการรายงานค่า CVI และ Conbrach's Alpha ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV)(ผู้ปกครอง)ออก เพื่อส่งเข้าคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลยูวประสาทไวยโพลีคลินิกอีกครั้งหลังการแก้ไข แต่ได้รายงานค่า CVI และค่าความเที่ยง (Conbrach's Alpha) ของงานวิจัยไว้ในส่วนของภาคผนวก

2. ความเที่ยง (Reliability)

การหาค่าความเที่ยง(Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้นไปทดลองหาค่าความเที่ยง โดยให้ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficiency (Burn & Grove, 1997) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .888 โดยได้รายงานไว้ในส่วนของภาคผนวก จากนั้นผู้วิจัยนำคู่มือการเล่นบำบัดไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 5 ราย (Try Out) และดำเนินการเล่นบำบัดจนครบทั้ง 10 ครั้ง เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1. คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล มีขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

2.1.1. ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับแนวคิดของการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี จากนั้นนำแนวคิดที่สนใจ คือ แนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดเป็นโครงสร้างของการเล่นบำบัดแบบกลุ่มโดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เนื้อหามีความครอบคลุม เข้าใจง่าย โดยได้ประยุกต์ให้เป็นการเล่นแบบกลุ่มๆ ละ 4 คน มีการเล่นทั้งหมด 10 ครั้ง ซึ่งการเล่นบำบัดของ Ebrahim et al. (2013) เดิมนั้นจะมีเพียง 9 ครั้ง ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น และเพิ่มระยะที่ให้ผู้ดูแลหลักกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้าน รวมทั้งได้ประยุกต์วิธีการเล่นให้สะดวกมากขึ้น เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เช่น การเลือกใช้อุปกรณ์ที่มีราคาถูก หาได้ในท้องถิ่น ราคาไม่แพง การเก็บสะสมดาว การมีรางวัล การกำหนดกติกากลุ่ม โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำและปรับปรุงแก้ไขตลอดระยะเวลา คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีการนัดหมายเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองและผู้ดูแลหลักทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมายกลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 4 ชั่วโมง โดยนัดหมายครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ การนัดหมายครั้งที่ 1 จะเป็นการเล่นที่ 1-5 หลังสิ้นสุดการเล่นที่โรงพยาบาลโดยพยาบาลผู้บำบัด ผู้ดูแลหลักจะต้องนำการเล่นครั้งที่ 2-5 ในสัปดาห์ที่ 1 ไปเล่นกับเด็กที่บ้าน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 หลังสิ้นสุดการเล่นที่ 6-10 ที่โรงพยาบาลโดยพยาบาลผู้บำบัด ผู้ดูแลหลักจะต้องนำการเล่นที่ 6-10 ในสัปดาห์ที่ 2 ไปเล่นกับเด็กที่บ้าน 1 ครั้ง ก่อนการนัดหมายครั้งต่อไปเพื่อประเมินอาการหลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันที ซึ่งเป็น Post-test

2.1.2. เนื้อหาในคู่มือที่สร้างขึ้น

2.1.2.1. คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล มีเนื้อหา ดังนี้

คุณสมบัติของผู้บำบัด : เป็นพยาบาลผู้บำบัดที่มีความรู้ มีความสามารถและมีประสบการณ์ในการดูแลบำบัดเด็กสมาธิสั้น ผ่านการเตรียมตัว การเรียนรู้ต่างๆ และร่วมฝึกฝนการเล่นบำบัดจากพยาบาลผู้ทำการวิจัยการเล่นบำบัดร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจนมีความชำนาญและได้รับอนุญาตจากอาจารย์ที่ปรึกษาให้สามารถดำเนินการเล่นบำบัดกับกลุ่มทดลองได้ ส่วนพยาบาลผู้ช่วยบำบัด 2 ท่านผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิ

สิ้นตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป พยาบาลผู้บำบัดจะต้องชี้แจงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ช่วยบำบัดทั้ง 2 ท่าน อย่างละเอียดจนเป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเล่นทั้ง 10 ครั้ง และการประเมินความสามารถในการเล่น จนพยาบาลผู้ช่วยบำบัดทั้ง 2 ท่าน เข้าใจอย่างชัดเจนและเข้าใจตรงกันกับพยาบาลผู้บำบัด โดยเฉพาะพยาบาลผู้ช่วยบำบัดคนที่ 1 จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล ซึ่งจะต้องมีความแม่นยำและเข้าใจตรงกันกับพยาบาลผู้บำบัด ส่วนพยาบาลผู้ช่วยบำบัดคนที่ 2 จะต้องรู้รายละเอียดเกี่ยวกับการเล่นบำบัดแต่ละครั้งว่ามีขั้นตอนอย่างไร การใช้อุปกรณ์ในแต่ละการเล่น การดำเนินการเล่นบำบัดโดยพยาบาลผู้บำบัดมีวัตถุประสงค์อะไรบ้างในแต่ละการเล่น เทคนิคต่างๆ ที่พยาบาลผู้บำบัดเลือกใช้ โดยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนและเข้าใจตรงกันกับพยาบาลผู้บำบัดด้วย รวมทั้งจะต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีและเข้าใจง่ายเพื่อสามารถอธิบายผู้ดูแลหลักได้ในระหว่างดำเนินการเล่น

คุณสมบัติของเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมกลุ่มการเล่นบำบัด : เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น(F 90.0) เด็กต้องไม่เป็นโรค/ความเจ็บป่วยทางกาย/โรคทางสมอง ความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ หูหนวกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ตาบอดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขาพิการ โรคลมชัก ความเจ็บป่วยทางสมอง คือ โรคที่เป็นร่วมกับโรคสมาธิสั้น อันได้แก่ บกพร่องสติปัญญา ดาวน์ซินโดรม ออทิสติก การเรียนรู้บกพร่อง เด็กต้องได้รับการรักษาทางยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น (ยาในกลุ่ม Psychostimulants) ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปหรือไม่ได้รับยา แต่อาการอยู่ในระยะสงบ (Stable) ความหมาย คือ เด็กสามารถไปโรงเรียนและใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างเป็นปกติ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถมาตามการนัดหมายได้จนสิ้นสุดการเล่นบำบัด

สื่อและอุปกรณ์ : ของเล่นสำหรับเด็กอายุ 6-9 ปี มีความเหมาะสมตามพัฒนาการและมีความปลอดภัย ได้แก่ ตุ๊กตามือ ป้ายชื่อ ภาพจิ๊กซอว์ หุ่นยนต์ตัวต่อ ลูกบอลขนาดเล็กน้ำหนักเบา ตะกร้า สมุดเก็บดาว ดินสอสี ของรางวัลที่เด็กชอบ แก้วน้ำพลาสติก ขวดน้ำเปล่า แผ่นป้ายกติกาการเล่น ไม้กระดานแผ่นเรียบ เป็นต้น

ระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นบำบัด : จะดำเนินการเล่นบำบัดโดยมีการนัดหมายทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมายกลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ก่อนการนัดหมายเพื่อดำเนินการเล่น ผู้ดูแลหลักจะประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นด้วยแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) (Pre-test) หลังจากที่พยาบาลผู้บำบัดได้ให้ข้อมูลและอธิบายจนผู้ดูแลหลักเข้าใจอย่างชัดเจน จากนั้นจึงทำการนัดหมายครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อดำเนินการเล่นบำบัดแบบกลุ่มการเล่นที่ 1-5 โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง จากนั้นให้ผู้ดูแลหลักกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านซึ่งจะเป็นการเล่นที่ 2-5 จำนวน 1 ครั้ง การเล่นที่ 1 ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้นนั้น พยาบาลผู้บำบัดจะเป็นผู้ดำเนินการเล่นที่โรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว

เท่านั้น โดยการเล่นกับผู้ดูแลหลักที่บ้านนั้น ผู้ดูแลหลักจะต้องเล่นกับเด็กให้สิ้นสุดก่อนการนัดหมายครั้งที่ 2 หรือภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ส่วนของการนัดหมายครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 จะเป็นการนัดหมายเพื่อดำเนินการเล่นบำบัดการเล่นที่ 6-10 โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดให้ผู้ดูแลหลักกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้านซึ่งจะเป็นการเล่นที่ 6-10 จำนวน 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัด โดยพยาบาลผู้บำบัดที่โรงพยาบาล และสิ้นสุดการเล่นที่บ้าน โดยผู้ดูแลหลัก พยาบาลผู้บำบัดให้ผู้ปกครองประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นทันที ด้วยแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) (Post-test)

ขั้นตอนการเล่น : พยาบาลผู้บำบัดจะดำเนินการเล่นบำบัดแบบกลุ่มกับเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 10 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมาย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการเล่นบำบัดการเล่นที่ 1-5 ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง และในสัปดาห์ที่ 2 พยาบาลผู้บำบัดจะดำเนินการเล่นบำบัดการเล่นที่ 6-10 ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง โดยที่พยาบาลผู้ช่วยบำบัดคนที่ 2 จะเตรียมอุปกรณ์แต่ละการเล่นไว้ให้ทุกการเล่น และพยาบาลผู้ช่วยบำบัดคนที่ 1 จะเป็นผู้ประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้นในระหว่างที่พยาบาลผู้บำบัดดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้น ในแต่ละการเล่นนั้น ถ้ามีเด็กสมาธิสั้นรายใดไม่สามารถผ่านตามเกณฑ์การประเมินความสามารถการเล่นบำบัดได้ เด็กจะต้องกระทำการเล่นกับพยาบาลผู้บำบัดอีกครั้งเพื่อให้สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน และเพื่อที่จะไปเล่นการเล่นต่อไปได้ ระหว่างที่พยาบาลผู้บำบัดดำเนินการเล่นบำบัดอยู่นั้น ผู้ดูแลหลักจะอยู่ในห้องที่ดำเนินการเล่นบำบัดด้วย โดยจะนั่งอยู่ในส่วนที่เตรียมไว้ให้สังเกตการณ์และได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่ 1 (การเล่นที่ 2-5)” และ “คำแนะนำการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่ 2 (การเล่นที่ 6-10)” เพื่อประกอบการสังเกตการณ์ และมีพยาบาลผู้ช่วยบำบัดคนที่ 2 เป็นผู้ให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเล่นแต่ละการเล่น วัตถุประสงค์ในการเล่น และเทคนิคต่างๆ ที่พยาบาลผู้บำบัดเลือกใช้ในช่วงการเล่นบำบัดอย่างละเอียด รวมทั้งอธิบายข้อสงสัยต่างๆ ที่ผู้ปกครองซักถาม จนเป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนและตรงกัน เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเกิดความมั่นใจสามารถนำการเล่นไปเล่นที่บ้านได้อย่างถูกต้อง มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การนัดหมายครั้งที่ 1

เด็ก : เด็กสมาธิสั้นทั้ง 5 กลุ่ม ซึ่งมีสมาชิกกลุ่มละ 4 คน จะได้รับการเล่นบำบัดซึ่งเป็นการเล่นที่ 1-5 โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง

การเล่นที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลจะนั่งอยู่ร่วมกันในกลุ่ม พยาบาลผู้บำบัดจะแนะนำตัวเอง วัตถุประสงค์การเล่น ขั้นตอนการเล่น การดำเนินการเล่น จากนั้นจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพก่อนเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยการเล่น “ยินดีที่รู้จัก” โดยเด็กสมาธิสั้นทุกคนร้องเพลงร่วมกัน เด็กสมาธิสั้นแต่ละคนแนะนำชื่อเล่นตัวเองและต้องจำชื่อสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มให้ได้มากที่สุด จากนั้นพยาบาลผู้บำบัดแจกสมุดเก็บดาวให้เด็กสมาธิ

สิ้นคนละ 1 เล่ม พร้อมทั้งอธิบายกติกาการเก็บดาว เขียนชื่อตนเอง พร้อมทั้งให้เลือกของรางวัลที่อยากได้ 1 ชิ้น เพื่อเอาดาวมาแลกเมื่อเล่นครบทั้ง 10 ครั้ง โดยมีกติกาว่าต้องได้ดาว 200 ดวง จากดาวทั้งหมด 216 ดวง จึงจะสามารถแลกของรางวัลที่ตนเองเลือกไว้ได้ แล้วให้เด็กสมาธิสั้นเอารูปของเล่นที่อยากได้ติดไว้ที่ปกด้านหน้าสุดของสมุดเก็บดาว จากนั้นพยาบาลผู้บำบัดจะให้เด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นก่อนให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นจำนวน 10 ข้อ (Pre-test) แล้วจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในเด็กผ่านการเล่านิทานเรื่อง “เมื่อหนูดีเป็นเด็กสมาธิสั้น” โดยจะเป็นการเล่านิทานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา ผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมของโรคสมาธิสั้น ในระหว่างที่พยาบาลผู้บำบัดเล่านิทานนั้นเด็กจะเลือกตุ๊กตามือได้คนละ 1 ตัว โดยที่让孩子สมมติชื่อและเป็นเพื่อนกับตัวละครที่เป็นเด็กสมาธิสั้นด้วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในการเล่านิทานร่วมกับพยาบาลผู้บำบัดและประเมินความร่วมมือในการบำบัด เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็ก ผู้ดูแลหลักและเด็กสมาธิสั้นจะทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นหลังได้รับความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นแล้ว จำนวน 10 ข้อ (Post-test) ซึ่งเป็นฉบับเดียวกันกับก่อนได้รับความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น(Pre-test) หลังจากนั้นพยาบาลผู้บำบัดจะเฉลยทีละข้อพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนครบทุกคน แล้วจึงสรุปอีกครั้ง พยาบาลผู้บำบัดจะสรุปดาวที่เด็กได้จากการเล่น “ยินดีที่รู้จัก” และให้เด็กระบายสีลงในสมุดเก็บดาวของตนเอง ในระหว่างนี้ผู้ดูแลหลักจะแยกตัวออกจากเด็กไปนั่งในสถานที่สำหรับสังเกตการณ์ที่เตรียมไว้ให้

การเล่นที่ 2-5 เป็นการเล่นจากง่ายไปยาก มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ทักษะด้านการรักษาสภาพ(Maintenance) ทักษะด้านความจำ(Working Memory) ทักษะด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ทักษะด้านการควบคุมตนเอง(Self Control) และทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) การเล่นที่ 2-5 นี้จะมีการกำหนดกติกากลุ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยระหว่างดำเนินการเล่นบำบัด เด็กสมาธิสั้นจะต้องอ่านกติกากลุ่มไปพร้อมๆ กันและทำความเข้าใจกับเด็กว่า เด็กทุกคนจะต้องปฏิบัติตามกติกาทุกข้อเพื่อความสงบเรียบร้อยของกลุ่มและเพื่อให้สามารถดำเนินการเล่นจนสิ้นสุดทั้ง 4 การเล่นที่เหลือ เมื่อเด็กเข้าใจและทำข้อตกลงว่าจะปฏิบัติตามกติกาทุกข้อแล้ว พยาบาลผู้บำบัดจึงจะเริ่มดำเนินการเล่นบำบัด เมื่อสิ้นสุดแต่ละการเล่นพยาบาลผู้บำบัดจะสรุปดาวที่เด็กได้เพื่อให้เด็กระบายสีลงในสมุดดาว เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ จะต้องกระทำการเล่นกับพยาบาลผู้บำบัดอีกครั้งจนผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนเด็กสมาธิสั้นคนอื่นๆ เมื่อระบายดาวเสร็จต้องนั่งรอคอยเพื่อนอย่างเงียบๆ ไม่ส่งเสียงดังและไม่วุ่นวาย ระยะเวลาที่ผู้ดูแลหลักจะนั่งสังเกตการณ์ในสถานที่ที่เตรียมไว้ให้และได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแลฉบับที่ 1 (การเล่นที่ 2-5)” เพื่อทำความเข้าใจประกอบกับการ

สังเกตการณ์ก่อนจะนำไปเล่นกับเด็กที่บ้านทั้ง 4 การเล่น โดยจะมีพยาบาลผู้ช่วยบำบัดคนที่ 2 อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน เทคนิคต่างๆที่ใช้ในแต่ละการเล่นอย่างละเอียด การลงบันทึกในแต่ละการเล่น และเปิดโอกาสให้ซักถามได้เมื่อเกิดข้อสงสัยต่างๆในแต่ละการเล่น เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันกับพยาบาลผู้บำบัด สามารถนำการเล่นทั้ง 4 การเล่นไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างถูกต้อง มีรายละเอียด ดังนี้

การเล่นที่ 2 การเล่น “จิกซอร์พาเพลิน” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการรักษาสภาพและด้านการมีสมาธิช่วงสั้นๆ(Attention) ด้วยการแจกภาพจิกซอร์ที่มีทั้งหมด 10 ชิ้นให้เด็กสมาธิสั้นทุกคนและให้ต่อให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด แล้วออกมาเล่าที่ละคนว่าภายในภาพจิกซอร์ที่เด็กต่อนั้นมีรายละเอียดอะไรบ้างจนครบทุกคน

การเล่นที่ 3 การเล่น “โบว์ลิ่ง” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการรักษาสภาพ ด้านการมีสมาธิ คัดเลือกสิ่งเร้า ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น โดยการให้เด็กสมาธิสั้นโยนลูกบอลที่มีหลากหลายสีที่อยู่ในตะกร้าไปยังขวดน้ำที่ตั้งเรียงไว้ห่างกันประมาณ 2.5 เมตร เป็นการเล่นที่เหมือนกับการเล่นโบว์ลิ่ง โดยให้เด็กสมาธิสั้นโยนลูกบอลในตะกร้าที่ละคนจนครบทุกคน มีกติกาว่าโยนลูกบอลได้หมดทุกสียกเว้น “สีเขียว” เพื่อให้ขวดน้ำล้มให้ได้มาก

การเล่นที่ 4 การเล่น “ทายสีฉันทืออะไร” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นจากให้เด็กทุกคนดูตัวต่อโดโนเสาร์ที่สมบูรณ์ 1 ตัว ซึ่งตัวต่อโดโนเสาร์จะมีชิ้นส่วนทั้งหมด 7 ชิ้น คือ ส่วนหัว 1 ชิ้น ส่วนลำตัว 1 ชิ้น ส่วนแขน 2 ชิ้น ส่วนขา 2 ชิ้น และส่วนหาง 1 ชิ้น โดยที่ห้ามสัมผัสโดโนเสาร์เด็ดขาด จากนั้นพยาบาลผู้บำบัดจะแยกชิ้นส่วนออกแล้วใส่ไว้ในถุงที่มีฉันทืออะไร โดยตั้งชื่อถุงว่า “ถุงปริศนา” แล้วให้เด็กสมาธิสัมผัสสิ่งของที่อยู่ในถุงปริศนาซึ่งเด็กจะมองไม่เห็นสิ่งของชิ้นนั้น แล้วให้เด็กบรรยายลักษณะสิ่งของที่สัมผัสนั้นและทายว่าสิ่งของนั้นคือชิ้นส่วนไหนของโดโนเสาร์ จากนั้นให้นำชิ้นส่วนแต่ละชิ้นที่ตนเองสัมผัสมาช่วยกันต่อให้สมบูรณ์ภายในเวลาที่กำหนด

การเล่นที่ 5 การเล่น “ลูกบอลหรรษา” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านความคงทนของสมาธิ ด้านการควบคุมตนเองและด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น มีทั้งหมด 2 ด้าน ด้านแรกจะให้เด็กสมาธิสั้นโยนลูกบอลขนาดเล็กคนละ 6 ลูกลงในตะกร้าที่วางห่างจากตำแหน่งที่ยืน 1 เมตร ด้านที่สองทำเช่นเดียวกันกับด้านที่ 1 แต่เพิ่มระยะห่างระหว่างตะแกรงกับตำแหน่งที่เด็กยืนเป็นระยะ 2 เมตร

ผู้ดูแลหลัก : ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นทั้ง 5 กลุ่มๆ ละ 4 คน จะนั่งอยู่ในบริเวณที่ได้มีการจัดเตรียมไว้ให้ ซึ่งอยู่ในห้องเดียวกับที่เด็กสมาธิสั้นกระทำการเล่นบำบัด ไม่ห่างกันมากนัก สามารถได้ยินเสียงพยาบาลผู้บำบัดดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นทุกขั้นตอน โดยระหว่างที่สังเกตการณ์การเล่นบำบัดนั้น ผู้ดูแลหลักจะต้องไม่ส่งเสียงดัง และปิดอุปกรณ์สื่อสารทุกชนิด เพื่อป้องกันการ

รบกวนขณะดำเนินการเล่นบ๊อบบี้ ผู้ดูแลหลักจะได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่ 1 (การเล่นที่ 2-5)” นอกจากนี้จะมีพยาบาลผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการเล่น วิธีการดำเนินการเล่น ขั้นตอนในการเล่น เทคนิคที่พยาบาลผู้บำบัดใช้อย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 การนัดหมายครั้งที่ 2

เด็ก : เด็กสมาธิสั้นทั้ง 5 กลุ่ม ซึ่งมีสมาชิกกลุ่มละ 4 คน จะได้รับการเล่นบ๊อบบี้ซึ่งเป็นการเล่นที่ 6-10 โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง

การเล่นที่ 6-10 เป็นการเล่นจากง่ายไปยาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 แต่จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นจะต้องใช้ทักษะต่างๆ ที่บกพร่องนั้นพร้อมๆกัน เมื่อสิ้นสุดแต่ละการเล่นพยาบาลผู้บำบัดจะสรุปดาวที่เด็กได้ เพื่อให้เด็กระบายสีลงในสมุดดาว เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ จะต้องกระทำการเล่นกับพยาบาลผู้บำบัดอีกครั้งจนผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนเด็กสมาธิสั้นคนอื่นๆ เมื่อระบายดาวเสร็จต้องนั่งรอคอยเพื่อนอย่างใจเย็นๆ ไม่ส่งเสียงดังและไม่วุ่นวายใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง

การเล่นที่ 6 การเล่น “จำขึ้นใจ” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ และความจำ จะมีทั้งหมด 2 ด้าน คือ ด้านแรก ให้เด็กสมาธิสั้นเลือกรูปภาพที่คว่ำไว้คนละ 2 รูปภาพ แล้วเปิดดูพร้อมกันจากนั้นให้เด็กสมาธิสั้นจำภาพที่ตัวเองเลือก 2 รูปภายในเวลา 1 นาที แล้วให้คว่ำรูปภาพไว้ เช่นเดิม พยาบาลผู้บำบัดจะพาเด็กร้องเพลง 1 เพลงพร้อมกับทำท่าทางประกอบ เมื่อเพลงจบให้เด็กสมาธิสั้นทุกคนไปค้นหารูปภาพที่กองรวมกันไว้ โดยให้ชื่อไว้ว่า “ขุมสมบัติ” ภายในเวลาที่กำหนด ด้านที่ 2 จะทำเช่นเดียวกับด้านที่ 1 แต่จะเพิ่มรูปภาพที่ให้เลือกและจดจำเป็น 3 รูปภาพ

การเล่นที่ 7 การเล่น “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมตนเองและด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น มีทั้งหมด 2 ด้าน ด้านแรก แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 2 คน แต่ละกลุ่มจะต้องช่วยกันต่อจิ๊กซอว์ที่มีอยู่ 12 ชิ้นให้เสร็จ แล้วจึงไปเล่นในด่านที่สองได้ โดยด่านที่ 2 จะให้ช่วยกันแยกขวดน้ำพลาสติก(ขวดเปล่า) ที่มีขนาดและยี่ห้อแตกต่างกันเพื่อแยกไว้ในกองเดียวกันจนครบทุกขวด ซึ่งจะต้องทำตามเวลาที่กำหนด


การเล่นที่ 8 การเล่น “เขาวงกต” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนการมีสมาธิ การมีสมาธิ คัดเลือกสิ่งเร้า การควบคุมตนเอง การจัดการอย่างเป็นระบบ และการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้วย โดยการให้เด็กสมาธิสั้นถือแก้วพลาสติกความจุ 500 ซีซี ใส่น้ำไว้ 250 ซีซี แล้วให้เด็กสมาธิสั้นเดินไปตามไม้กระดานที่เตรียมไว้ให้ ซึ่งจะมีความคดเคี้ยวและมีสิ่งกีดขวางกันเป็นระยะๆ ทางเดินนี้จะ

ยาวประมาณ 6 เมตร โดยจะต้องไม่ทำให้น้ำหกและห้ามเดินออกนอกเส้นทางที่เตรียมไว้ที่ละคน จนครบทุกคน

การเล่นที่9 การเล่น “ใบ้คำ” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น โดยให้เด็กเลือกคำใบ้คนละ 1 คำ ที่เกี่ยวกับการแสดงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน แล้วจึงให้เด็กสมาธิสั้นแสดงท่าทางตามคำใบ้ที่ละคน เด็กคนอื่นๆ ที่เหลือทายคำใบ้นั้น หากสามารถทายคำใบ้นั้นได้ถูกต้องผู้แสดงท่าทางประกอบคำใบ้จึงจะได้ดาว เมื่อเฉลยคำตอบแล้วจะให้สมาชิกคนอื่นๆ ช่วยกันเสนอแนะพร้อมสารถิวว่าคำใบ้นั้นควรจะแสดงท่าทางอย่างไรบ้างเพื่อให้ง่ายต่อการทายและให้คนที่ใบ้คำนั้นเลือกแสดงท่าทางตามคำใบ้จากการเสนอแนะของสมาชิกคนอื่นๆ อีกครั้ง

การเล่นที่10 การเล่น “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน” เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยที่ให้เด็กสมาธิสั้นเดินไปตามทางริบิ้นที่เตรียมไว้ ซึ่งเส้นทางจะมีความคดเคี้ยวเป็นระยะทาง 6 เมตร พร้อมกับที่เด็กสมาธิสั้นจะต้องร้องเพลง “ช้าง” เสียงดังๆ อย่างสม่ำเสมอให้จบเพลงและถึงจุดสิ้นสุดพร้อมๆ กัน โดยมีกติกาว่าถ้าหยุดร้องเพลงหรือหยุดเดินจะต้องถูกหักดาวจุดละ 1 ดวง โดยให้เดินทีละคน จนครบทุกคน

ผู้ดูแลหลัก : ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นจะกระทำเช่นเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 1 ในระหว่างที่พยาบาลผู้บำบัดดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้น โดยจะได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่2 (การเล่นที่6-10)” และพยาบาลผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 จะดำเนินการเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่1 เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาทักษะด้านที่บกพร่องต่อเนืองที่บ้าน หลังจากการสร้างเสริมทักษะที่บกพร่องที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลผู้บำบัดแล้ว

การประเมินผลการเล่นบำบัด : 

1. ระหว่างดำเนินการเล่นบำบัด โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล : พยาบาลผู้ช่วยบำบัดคนที่ 1 จะเป็นผู้ประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดของเด็กสมาธิสั้นทุกคน ในทุกการเล่นจนครบทั้ง 10 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความสามารถการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล และจะรายงานผลการเล่นของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน เมื่อสิ้นสุดการเล่นแต่ละครั้ง เพื่อให้พยาบาลผู้บำบัดดำเนินการเล่นกับเด็กซ้ำอีกครั้งจนผ่านเกณฑ์การประเมินในแต่ละการเล่นนั้นๆ พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดได้แก่ ไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากอะไร รายละเอียดวิธีการแก้ไขโดยใช้เทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling) และเทคนิคการชี้แนะ(Guidance) และผลการประเมินซ้ำ/การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังได้รับการแก้ไข

2. ระหว่างดำเนินการเล่นบำบัดโดยผู้ดูแลหลัก ที่บ้าน : ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ประเมินการเล่นของเด็กเมื่อเล่นที่บ้านโดยจะลงรายละเอียดในเอกสาร “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแลหลัก ฉบับที่ 1 และ ฉบับที่ 2” ผู้ดูแลหลักจะต้องเขียนรายงานความสามารถในการเล่นแต่ละครั้งของเด็ก

ประกอบด้วย คำตอบที่เด็กตอบถึงประโยชน์ที่ได้จากการเล่นคืออะไร เด็กสามารถทำได้สำเร็จด้วยตนเองในครั้งแรกหรือผู้ดูแลหลักต้องช่วยชี้แนะ(guidance) หรือทำให้ดูเพื่อเป็นตัวแบบ(Modeling)ให้เลียนแบบมากกว่า 1 ครั้งจึงทำได้สำเร็จหรือไม่ ปัญหาที่พบในการเล่นครั้งนี้คืออะไร

2.2. แบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล ขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

แบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมและหนังสือต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำตลอดการสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้สำหรับประเมินความสามารถในการเล่นแต่ละการเล่นของเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ครั้งที่1-10 โดยแบบประเมินนี้จะมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการแต่ละการเล่นตามแนวคิดการเล่นบำบัดของ Ebrahim et al. (2013) และยังสอดคล้องกับพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและสติปัญญา ของเด็กอายุ 6-9 ปี ผู้ที่ทำการประเมินแบบประเมินนี้ คือ ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ซึ่งจะต้องได้รับการอธิบายวิธีการประเมินอย่างละเอียดจนเข้าใจอย่างชัดเจนและเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยทุกขั้นตอน วัตถุประสงค์การเล่นบำบัดแต่ละครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้วิจัยจนเป็นที่กระจ่างชัดเจนแล้วจึงจะทำการประเมินได้ ซึ่งมาตราส่วนการให้คะแนนจะมี 4 ระดับ (Rating Scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน โดยเกณฑ์การประเมินคะแนนจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละการเล่นซึ่งจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการเล่นว่าต้องการพัฒนาทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นด้านใดบ้าง เกณฑ์ผ่าน คือ จะต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 65 และต้องมีพฤติกรรมแสดงออกอยู่ในช่องตั้งแต่ช่อง 2 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ในกรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินนั้นจะมีส่วนของการปรับปรุงแก้ไขเพื่อแก้ไขในทันทีโดยใช้เทคนิคการเป็นตัวแบบ(Modeling) เพื่อให้เด็กสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมของพยาบาลผู้บำบัดอีกครั้ง พร้อมทั้งชี้แนะ(Guidance) จากพยาบาลผู้บำบัดว่าเด็กควรจะต้องทำอย่างไรบ้างจึงจะผ่านตามเกณฑ์และให้ทำจนกว่าจะผ่านเกณฑ์การประเมินนั้น โดยจะบันทึกอยู่ในส่วนของกรณีที่ไมผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถแต่ละครั้งอย่างละเอียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการทดลอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และการใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และ

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) พบว่าแบบประเมินความสามารถในการเล่นบ๊อคสำหรับพยาบาล ค่า CVI หลังแก้ไขครั้งที่ 1 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 1.0

2. การตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปหาค่าความเที่ยง(Reliability) กับกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกลับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจำนวน 30 ชุด ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น Conbrach's Alpha Coefficient ได้ เท่ากับ .928

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

1. แก้ไขแบบประเมินการเล่นบ๊อคสำหรับพยาบาลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีรายละเอียดว่าจะประเมินอะไรในการเล่น และตั้งเป้าหมายด้วยว่าควรทำอะไรได้บ้างและควรได้คะแนนอย่างไร
2. การเล่น “โบว์ลิง” แก้ไขให้มีแค่การต่อคิวเพื่อโยนลูกบอลเท่านั้น และตัดส่วนของการระบายสีซึ่งเป็นอีกกิจกรรมที่เด็กจะต้องทำระหว่างรอคิวในการโยนลูกบอล
3. การดำเนินการช่วงเสาร์-อาทิตย์ จะมีความยากลำบากในการขอใช้สถานที่ในโรงพยาบาลแก้ไขเป็น วันราชการ คือ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. และ เวลา 12.30-16.30 น.
4. การดำเนินการเล่นบ๊อคเดิมที่ใช้ 6 สัปดาห์ เป็นไปได้สูงมากที่จะมีโอกาส Drop Out ได้ปรับแก้โดยลดลงเหลือ 2 สัปดาห์ นัดหมายทั้งหมด 2 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 4 ชั่วโมง
5. ปรับแก้ไขให้มีการเล่นกับผู้ดูแลที่บ้านตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน

การปรับคู่มือหลังการทดลองใช้(Try-Out) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปรับเวลาการเล่นนิทานให้สั้นลงและให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการเล่นนิทานด้วย
2. ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์การเล่น “โบว์ลิง” จากอุปกรณ์ขนาดใหญ่เป็นขนาดเล็กและเพิ่มจำนวนลูกบอลจาก 20 ลูก เป็น 25 ลูก
3. ปรับเปลี่ยนอุปกรณ์การเล่น “ลูกบอลหรรษา” จากลูกเทนนิสเป็น ลูกบอลพลาสติกน้ำหนักเบาเพื่อลดการกระเด็นออกจากตะกร้า
4. เพิ่ม “กติกากลุ่ม” ก่อนดำเนินการเล่นทุกครั้ง เพื่อความสงบเรียบร้อย
5. ปรับแก้ไข ให้ผู้ดูแลหลักที่จะทำการเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านนั่งสังเกตการณ์ในห้องที่ดำเนินการเล่นด้วย และมีผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 ช่วยอธิบายตลอดระยะเวลาระหว่างผู้วิจัยดำเนินการเล่น

บำบัดกับเด็กสมาธิสั้นพร้อมให้เอกสาร“คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแล ฉบับที่ 1 และ 2” ให้สามารถนำกลับไปเล่นได้อย่างถูกต้อง

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอน ดังนี้

1.1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาจากการค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นรวมถึงขอคำแนะนำ คำปรึกษาต่างๆ จากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2. ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยอีก 2 ท่าน

1.3. ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพิจารณา

1.4. การเตรียมผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวเป็นพยาบาลผู้บำบัด โดยการฝึกการเล่นบำบัดจาก เสาวนีย์ บัวลา พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก และยังคงให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ด้วยการเล่นบำบัดทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังขอคำปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการเตรียมตัวเป็นผู้บำบัดด้วยการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้น เป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2559 - เดือนธันวาคม พ.ศ.2559 จนผู้วิจัยมีความชำนาญและได้รับอนุญาตจากอาจารย์ที่ปรึกษาให้ดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นได้ จึงดำเนินการขั้นตอนต่อไป

1.5. ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่ เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา จากนั้นเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยแจ้งเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา รายละเอียดสถานที่ที่จะใช้เป็นห้องดำเนินการเล่นบำบัดและได้รับอนุญาตให้ใช้ห้อง “ดนตรีบำบัด” และ “ห้องการศึกษาพิเศษ” (กรณีห้องดนตรีไม่ว่าง) จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

1.6. ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มี ประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินการเล่นบำบัดทั้ง 10 การเล่นตามที่ได้จัดเตรียมไว้ โดยผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ การใช้แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจนและเข้าใจ ตรงกันกับผู้วิจัย

1.7. เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 26-27 เมษายน พ.ศ.2560

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. วันที่ 28 เมษายน พ.ศ.2560 พบผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองทั้ง 20 คน เวลา 8.00-9.00 น. เพื่อชี้แจงข้อมูลรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายวิธีการตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น และแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) จนผู้ดูแลหลักเข้าใจอย่างชัดเจนแล้วจึงให้เริ่มประเมินแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ซึ่งเป็น เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ดูแลหลักจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยที่แบบสอบถามอาการของเด็ก สมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) นี้จะประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็น การประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นก่อนทำการทดลอง (Pre-Test) จากนั้นให้รายละเอียดเกี่ยวกับการ เล่นบำบัดแต่ละครั้งจนครบทั้ง 10 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการเล่นบำบัด จำนวนครั้งในการนัด หมาย การเล่นที่ผู้ดูแลหลักต้องกลับไปเล่นกับเด็กที่บ้าน แล้วจึงเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามข้อ สงสัยต่างๆ จนครบทุกคน ต่อจากนั้นนัดหมายวัน เวลา สถานที่ แลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย และของผู้ดูแลหลัก

2. เริ่มดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเล่นบำบัดกับกลุ่มทดลองโดยที่กลุ่มทดลอง 20 คน จะแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มๆ 4 คน การเล่นบำบัดจะมีทั้งหมด 10 การเล่น ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมาย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 4 ชั่วโมง มีรายละเอียดการดำเนินการเล่นบำบัด ดังนี้

ตารางที่ 2 รายละเอียดการดำเนินการทดลอง

กลุ่มที่/วัน/เวลา	การดำเนินการ
<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <p><u>กลุ่มที่ 1</u></p> <p>วันที่ 1 พฤษภาคม</p> <p>เวลา 8.00-12.00 น.</p>	<p>สัปดาห์ที่ 1 การเล่นบำบัดครั้งที่ 1 : ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง</p> <p>เด็กสมาธิสั้น ทั้ง 5 กลุ่ม จะได้รับการเล่นบำบัดที่เหมือนกันทุกกลุ่ม</p> <p>มีวัตถุประสงค์: เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการมีสมาธิระยะสั้น ด้านการรักษาสภาพ ด้านการมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า ด้านการควบคุมตนเอง ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้านความคงทนการมีสมาธิ ด้านความจำ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล ผ่านการเล่นบำบัดจากง่ายไปยากซึ่งมีทั้งหมด 5 การเล่นได้แก่ “การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น” “จิกชอว์พาเพลลิน” “โบว์ลิง” “ทายสิฉันคืออะไร” “ลูกบอลहरषา”</p> <p>ผู้ดูแลหลัก จะอยู่ในบริเวณที่ได้มีการจัดเตรียมไว้ให้ ขณะดำเนินการเล่นบำบัด ผู้ดูแลหลักจะได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแลฉบับที่ 1 (การเล่นที่ 2-5)” นอกจากนี้จะมีพยาบาลผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 จะอธิบายวัตถุประสงค์ของการเล่น วิธีการดำเนินการเล่น ขั้นตอนในการเล่น เทคนิคที่พยาบาลผู้บำบัดใช้อย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างถูกต้อง</p> <p>วัตถุประสงค์การเล่นที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลหลัก:</p> <p>เพื่อพัฒนาทักษะด้านที่บกพร่องในเด็กสมาธิสั้นอย่างความต่อเนื่อง ได้แก่ ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ทักษะด้านการรักษาสภาพ ทักษะด้านความจำ ทักษะด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ทักษะด้านการควบคุมตนเอง และทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบด้วยการเล่นที่ 2-5 ได้แก่ “จิกชอว์พาเพลลิน” “โบว์ลิง” “ทายสิฉันคืออะไร” “ลูกบอลहरषา”</p> <p>สิ่งที่สามารถสังเกตได้ระหว่างดำเนินการเล่นบำบัดครั้งที่ 1</p> <p>ช่วงเริ่มต้นการเล่น 10 นาทีแรกนั้น จะสังเกตว่าเด็กส่วนใหญ่มีท่าทีเขินอาย ไม่กล้าสบตา ถามคำตอบคำ แต่เมื่อเข้าสู่กิจกรรม “ยินดีที่ได้รู้จัก” และการเล่านิทานที่เด็กมีส่วนร่วมมากขึ้น เด็กให้ความสนใจ แสดงสีหน้า</p>
<p><u>กลุ่มที่ 2</u></p> <p>วันที่ 1 พฤษภาคม</p> <p>เวลา 12.30-16.30 น.</p>	
<p><u>กลุ่มที่ 3</u></p> <p>วันที่ 2 พฤษภาคม</p> <p>เวลา 8.00-12.00 น.</p>	
<p><u>กลุ่มที่ 4</u></p> <p>วันที่ 2 พฤษภาคม</p> <p>เวลา 12.30-16.30 น.</p>	
<p><u>กลุ่มที่ 5</u></p> <p>วันที่ 3 พฤษภาคม</p> <p>เวลา 8.00-12.00 น.</p>	

กลุ่มที่/วัน/เวลา	การดำเนินการ
	<p>ยิ้มแย้ม บางครั้งหัวเราะสอดคล้องกับเนื้อเรื่องในนิทาน เมื่อให้แสดงความรู้สึกหรือเปิดโอกาสให้เด็กได้พูดถ่ายทอดผ่านตุ๊กตามือที่เด็กถือไว้ เด็กพูดได้โดยไม่ต้องกระตุ้นมากและมีท่าทีเต็มใจในการตอบ ทำให้ง่ายต่อการประเมินความรู้สึกและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตัวเด็ก</p> <p>หลังจากเล่านิทานจบเมื่อถามถึงการเปลี่ยนแปลงที่เด็กอยากให้เกิดขึ้น คือ เด็กทุกคนอยากหายจากโรคสมาธิสั้น ไม่อยากรับประทานยา อยากเรียนหนังสือเก่งๆ ไม่อยากโดนดุ เป็นต้น และระหว่างการเล่น “จิกซอว์ พาเพลลิน” “โบว์ลิง” “ทายสิฉันคืออะไร” “ลูกบอลหรรษา” เด็กทุกคนมีท่าทีกระตือรือร้น สนใจการเล่น ตั้งใจฟังกติกาการเล่น ระหว่างเล่นมีสมาธิมีความพยายามในการควบคุมตนเองให้หนึ่ง การทำให้ได้ตามกติกาการเล่นที่กำหนด มีรอยยิ้ม เสียงหัวเราะ ทำท่าทางที่แสดงออกถึงความสุขและสนุกสนาน เมื่อสิ้นสุดการเล่นในสัปดาห์ที่ 1 จะมีการตั้งคำถาม เช่น “อาทิตย์หน้ามีเล่นอะไรอีก” “มาเล่นอีกฟຸ່ນนี้ได้มั๊ยไม่ต้องอีกนาน” “ครั้งต่อไปมีลูกบอลมั๊ย” “มีตัวต่อไดโนเสาร์อีกมั๊ย” เป็นต้น</p>
	<p>เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ดูแลหลักจะต้องนำการเล่น ได้แก่ “จิกซอว์พาเพลลิน” “โบว์ลิง” “ทายสิฉันคืออะไร” “ลูกบอลหรรษา” “จำขึ้นใจ” ไปเล่นกับเด็กที่บ้านเพื่อพัฒนาทักษะด้านต่างๆ เช่นเดียวกับการกระทำที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลหลักจะต้องเล่นกับเด็กทั้งหมดทุกการเล่นๆ ละ 1 ครั้ง ให้เสร็จสิ้นก่อนการนัดหมายครั้งต่อไป</p>
	<p>สิ่งที่เกิดขึ้นกับเด็กและผู้ดูแลหลักในการเล่นที่บ้าน ครั้งที่ 1</p> <p>เด็ก: ผู้ดูแลหลักรายงานว่า ช่วงของการเล่นเด็กตั้งใจ “มีสมาธิเพราะอยากเก็บดาวให้ได้มากๆ มาแลกของรางวัล” หลังจากเล่นแม่สังเกตว่าเค้าอยากเปลี่ยนแปลงตัวเองนะเค้าอยากมีสมาธิ มีพยายามที่จะดัดแปลง การเล่นเกมก็มีเพราะให้เล่นแค่ครั้งเดียวเค้าบอกแม่ว่าเล่นแล้วเค้ามีสมาธิให้แม่พาเล่นอีก” “หลังจากเล่นเสร็จเค้าดูภูมิใจนะ เปิดสมุดเก็บดาวดูตลอดพอแม่ชมว่าแม่ชอบอยากให้หนูมีสมาธิ ไม่ชนเหมือนตอนเล่น เค้าก็ยิ้ม เค้าจะขอเล่นอีกแต่แม่ทำตามกติกา คือ เล่นครั้งเดียวคะ”</p>

กลุ่มที่/วัน/เวลา	การดำเนินการ
	<p>ผู้ดูแลหลัก: ผู้ดูแลหลักรายงานว่า “แม่ไม่ได้เล่นกับลูกนานแล้วตั้งแต่เริ่มโต เค้กก็เล่นกับเพื่อนเค้ก พอได้เอาไปเล่นเกมสกีที่พยาบาลให้ไปเล่นกับลูก นอกจากความสนุกแล้ว แม่รู้มากขึ้นว่าการเล่นแบบไหนที่ฝึกทักษะด้านสมาธิ ฝึกให้เค้านิ่ง แม่แทบไม่ต้องบอกว่าต้องทำอะไร เค้กอยากทำอะไรจากปกติที่ต้องคอยบอกตลอดว่าให้ทำอะไร อย่างเช่น การเล่นทำให้เค้กสนุกด้วย ได้เรียนรู้ด้วย และเค้กก็ดูภูมิใจเวลาที่ทำได้” “ผมได้เทคนิคเยอะเลยครับ เมื่อก่อนจะให้รางวัลเค้กยากมาก ไม่ได้ให้เค้กเห็นแก่ได้แต่พอมาเข้าร่วมการเล่นนี้ได้คำแนะนำเยอะเลยครับ มันเป็นการเล่นที่ไม่ได้ได้สิ่งของเลยแต่เป็นการสะสมไปเรื่อยๆ เพื่อแลกของ มันทำให้เค้กมีการปรับตัวต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผมว่าเค้กได้เรียนรู้ไปพร้อมกับความสุขนะครับ”</p>
<p>สัปดาห์ที่ 2 <u>กลุ่มที่ 1</u> วันที่ 8 พฤษภาคม เวลา 8.00-12.00 น. <u>กลุ่มที่ 2</u> วันที่ 8 พฤษภาคม 8.00-12.00 น. <u>กลุ่มที่ 2</u> วันที่ 8 พฤษภาคม เวลา 12.30-16.30 น. <u>กลุ่มที่ 3</u> วันที่ 9 พฤษภาคม เวลา 8.00-12.00 น.</p>	<p>สัปดาห์ที่ 2 การเล่นบำบัดครั้งที่ 2 : ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง เด็กสมาธิสั้น ทั้ง 5 กลุ่ม จะได้รับการเล่นบำบัดที่เหมือน กันทุกกลุ่ม มีวัตถุประสงค์: เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการรักษาสภาพด้าน การมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า ด้านการควบคุมตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร หุ่นหันปลิ้นแล่น ด้านทักษะความคงทนการมีสมาธิ ด้านความจำด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลผู้บำบัดและผ่านการเล่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งมีทั้งหมด 5 การเล่น ได้แก่ “จำขึ้นใจ” “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” “เขาวงกต” “ใบ้คำ” และ “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน” ผู้ดูแลหลัก: จะอยู่ในบริเวณที่ได้มีการจัดเตรียมไว้ให้ ขณะดำเนินการเล่นบำบัด ผู้ดูแลหลักจะได้รับเอกสาร “คำแนะนำการเล่นสำหรับผู้ดูแลฉบับที่ 2 (การเล่นครั้งที่ 6-10)” นอกจากนี้จะมีพยาบาลผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 จะอธิบายวัตถุประสงค์ของการเล่น วิธีการดำเนินการเล่น ขั้นตอนในการเล่น เทคนิคที่พยาบาลผู้บำบัดใช้อย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างถูกต้อง</p>

กลุ่มที่/วัน/เวลา	การดำเนินการ
<p>กลุ่มที่ 4</p> <p>วันที่ 9 พฤษภาคม</p> <p>เวลา 12.30-16.30 น.</p>	<p>วัตถุประสงค์การเล่นที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลหลัก:</p> <p>เพื่อพัฒนาทักษะด้านที่บกพร่องอย่างความต่อเนื่อง ได้แก่ ทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ทักษะด้านการรักษาสภาพ ทักษะด้านความจำ ทักษะด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ทักษะด้านการควบคุมตนเอง และทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้วยการเล่นที่</p>
<p>กลุ่มที่ 5</p> <p>วันที่ 11 พฤษภาคม</p> <p>เวลา 8.00-12.00 น.</p>	<p>6-10 ได้แก่ “จำขึ้นใจ” “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” “เขาวงกต” “ใบคำ” และ “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน”</p>
	<p>สิ่งที่สามารถสังเกตได้ระหว่างกระทำการเล่นบำบัดครั้งที่ 2</p> <p>สัปดาห์ที่ 2 นี้ ช่วงเริ่มต้นเด็กมีท่าทางสนใจ ไม่มีเขินอาย มารายงานตัว และเอาสมุดดาวมาอวด มาช่วยจัดของว่าจะเล่นอะไรบ้าง บางคนถามซ้ำๆว่า “เป็นการเล่นครั้งสุดท้ายจริงหรือเปล่า” “ทำไมเล่นน้อยจัง” “มาทุกวันก่อนเปิดเทอมได้หรือไม่” บางคนมาเล่าเหตุการณ์ที่บ้านว่า ช่วงเล่นเกิดอะไรขึ้นบ้าง เมื่อเริ่มการเล่น ในแต่ละการเล่นสังเกตได้ว่า จะแตกต่างจากสัปดาห์แรก คือ เด็กตั้งใจมากกว่าเดิม มีสมาธิเวลาพยาบาลผู้บำบัดพูด เด็กจะตั้งใจฟัง และกล้าที่จะถามเวลาที่ไม่เข้าใจ มีบางครั้งหันมองหน้าผู้ปกครองและเรียกชื่อช่วงที่ผู้ปกครองไม่ได้ฟัง แต่ละการเล่นเด็กจะถามเรื่องกติกาการได้ดาวมากกว่าเดิม มีสมาธิและมีความพยายามในการควบคุมตนเองมากกว่าสัปดาห์ที่ 1 มากขึ้น</p> <p>สังเกตได้ว่าในสัปดาห์ที่ 2 เด็กจะผ่านการประเมินความสามารถในการเล่นแต่ละการเล่นได้มากกว่าสัปดาห์ที่ 1 ถึงแม้ว่าจะเป็นการเล่นที่ยากและซับซ้อนมากกว่า และเมื่อสังเกตจากแบบประเมินความสามารถในการเล่นสำหรับพยาบาลจะเห็นว่า มีเด็กหลายคนที่สามารถพัฒนาตนเองจากที่ไม่ผ่านในสัปดาห์แรกนั้นสามารถผ่านได้ในสัปดาห์ที่ 2 มากขึ้น เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัดทั้ง 2 สัปดาห์ เด็กอยากให้มีการเล่นอีกครั้งบอกว่า ตนเองยังไม่เหนื่อยเลยอยากเล่นต่ออีก บางคนถามว่าจะมีอีกเมื่อไหร่จะได้กลับมาเล่นอีก เป็นต้น</p>

กลุ่มที่/วัน/เวลา	การดำเนินการ
	<p style="text-align: center;">สิ่งที่เกิดขึ้นกับเด็กและผู้ดูแลหลักในการเล่นที่บ้าน ครั้งที่ 2</p> <p>เด็ก: ผู้ดูแลหลักรายงานว่า ช่วงของการเล่นเด็กตั้งใจ “สังเกตว่าลูกมีสมาธิมากกว่าสัปดาห์แรกเพราะอยากเก็บดาวให้ได้มากมายมาแลกของรางวัล” “บางครั้งเด็กจากติดกาการให้ดาวได้ดีกว่าแม่อีก” “แม่สังเกตว่าเค้าอยากเปลี่ยนแปลงตัวเองนะเค้าอยากมีสมาธิ ไม่อยากชน” “หลังจากเล่นเสร็จเค้าดูสมุดเก็บดาวและให้แม่นับว่าได้กี่ดวง ทำไมตรงนี้เค้าไม่ได้ดาว เค้าต้องแก้ไขอย่างไรให้แม่ทำให้ดูอีกที่ได้หรือไม่ ให้แม่บอกวิธี”</p> <p>ผู้ดูแลหลัก : การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักหลังสิ้นสุดการเล่น บำบัดทั้ง 2 ครั้ง ผู้ดูแลหลักรายงานว่า “เมื่อก่อนจะใช้วิธีการดู ค่า ต่อว่า หรือเปรียบเทียบกับคนอื่น เคยมีบางครั้งเด็กดื้อมากต้องบังคับให้นั่งเฉยๆ แต่เค้ายังมีแรงต้าน แต่เวลาเล่นไม่ต้องบังคับให้ทำเค้าสนใจ ตั้งใจมาก แม่อาศัยช่วงนี้สอนเค้าไปด้วยเลย” “แม่ได้เทคนิคเยอะเลยเมื่อก่อนไม่เคยชมเวลาทำได้ พอเห็นพยาบาลชมบ่อยๆ บางครั้งกอด ตบมือ หรือแสดงท่าทางไฟว์กับลูกแม่ได้ข้อคิด ลองเอาไปทำบ้างก็ได้ผลดีมาก แม่รู้สึกเค้าผ่อนคลายฟังเรามากขึ้น” “เมื่อก่อนคิดว่าเค้าโตแล้วทำไมต้องเล่นเหมือนเด็กๆ ผมแทบไม่เคยเล่นกับลูกผมเลย เค้าจะเล่นคนเดียว วันนี้ผมรู้แล้วว่าการเล่นคืองานของเด็กจริงๆ ผมว่าเค้ามีความสุขมากครับเวลาเล่น เค้าตั้งใจพยายามทำให้ตัวเองมีสมาธิ พยายามจะไม่ชน คุณตัวเองดีขึ้นครับ ถ้ามีการทำแบบนี้อีกผมและลูกยินดีเข้าร่วมอีกนะครับ”</p>

จากตารางที่ 2 ประเมินจากการสังเกตโดยผู้วิจัย ซึ่งทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้บำบัด จะพบว่า ช่วงแรกนั้นเด็กยังไม่เกิดความคุ้นเคยเนื่องจากยังไม่รู้จักกัน แต่เมื่อผ่านเข้าสู่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการเล่น “ยินดีที่รู้จัก” ทำให้เด็กเกิดความคุ้นเคย ไร้กังวล ไร้แรงต้าน ให้ความร่วมมือดี เกิดการตัดสินใจว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีการเลียนแบบตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับตนเองที่อยู่ในนิทาน คือ “หนูดี” มีส่วนร่วมในการเล่านิทาน เด็กได้แสดงความรู้ผ่านการเล่นที่เป็นเหมือนการพูดคุยกัน เมื่อเข้าสู่การเล่นทั้ง 9 การเล่นที่เหลือสังเกตได้ว่า เด็กสมาธิสั้นมีความตั้งใจ ความพยายามที่จะเล่นตามกติกา เพื่อให้ได้แรงเสริมบวก ซึ่งก็คือ การสะสมดาวเพื่อนำมาแลกของที่ตนเองต้องการ จะเห็นได้ว่าเด็กเริ่มมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาให้เป็นรูปธรรมเพื่อให้เด็กเข้าใจง่ายขึ้น ซึ่ง

เป็นไปตามพัฒนาการของเด็กอายุ 6-9 ปี ที่กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเด็กนั้นแสดงให้เห็นว่าเด็กกำลังเกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนาความคิดที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการพัฒนาทางด้านร่างกาย

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเด็ก เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกของผู้ดูแลหลักที่นำการเล่นกลับไปเล่นที่บ้าน ขณะที่ผู้ดูแลเล่าเหตุการณ์สังเกตได้ว่าผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในการเล่น ไม่มีความวิตกกังวล บางคนเกิดการเรียนรู้เทคนิคในการใช้กับเด็กสมาธิสั้น บางคนเข้าใจเด็กสมาธิสั้นมากขึ้นว่าการเล่นสำคัญอย่างไร ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้มีการประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้นระหว่างดำเนินการเล่นบำบัด เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการสร้างเสริมและพัฒนาทักษะที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้นในแต่ละการเล่น โดยพยาบาลผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ที่โรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1-3 พฤษภาคม พ.ศ.2560 และวันที่ 8-9 และ 11 พฤษภาคม พ.ศ.2560 ผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดผลการประเมินความสามารถการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง(n=20) ซึ่งมีทั้งหมด 10 การเล่น ดังนี้

ตารางที่ 3 รายงานผลการประเมินความสามารถการเล่นบำบัดตั้งแต่การเล่นที่ 1-10 ของกลุ่มทดลอง (n=20)

การเล่นที่	จำนวนเด็กผ่านเกณฑ์การประเมินการเล่นครั้งที่ 1 (คน)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนเด็กผ่านเกณฑ์การประเมินการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (คน)	คิดเป็นร้อยละ
การเล่นที่ 1	14	70	6	30
การเล่นที่ 2	14	70	6	30
การเล่นที่ 3	15	75	5	25
การเล่นที่ 4	19	95	1	5
การเล่นที่ 5	10	50	10	50
การเล่นที่ 6	17	85	3	15
การเล่นที่ 7	18	90	2	10
การเล่นที่ 8	17	85	3	15
การเล่นที่ 9	18	90	2	10
การเล่นที่ 10	19	95	1	5
รวม	161	80.5	39	19.5

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าจำนวนเด็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการเล่นบำบัดครั้งที่ 1 ทั้ง 10 การเล่น คิดเป็นร้อยละ 80.5 และสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินการเล่นในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 19.5 โดยได้วิเคราะห์เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองทั้ง 20 คนในแต่ละการเล่นทั้ง 10 การเล่น ดังรายละเอียดที่อยู่ในภาคผนวก

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการพยาบาลกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

วันที่ 28 เมษายน พ.ศ.2560 พบผู้ดูแลหลักกลุ่มควบคุมทั้ง 20 คน ช่วงบ่ายเวลา 13.00-14.00 น. เพื่อชี้แจงข้อมูลรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น และแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV)(ผู้ปกครอง) จนผู้ดูแลหลักเข้าใจอย่างชัดเจน แล้วจึงให้เริ่มประเมินแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ซึ่งเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ดูแลหลักต้องเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยที่แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) นี้จะประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลอง(Pre-test) จากนั้นแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยและของผู้ดูแลหลัก นัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 (Post-test)

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับบริการทางการแพทย์จากทีมพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ(ทีมสหวิชาชีพ) ซึ่งจะเป็นการจัดให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลและสถาบันเด็กในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน ประกอบด้วย กิจกรรมด้านการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาตามสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัว เช่น การสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การให้แรงเสริมบวก(Positive Reinforcement) การให้แรงเสริมลบ(Negative Reinforcement) และการเอาออกไป(Time Out) การให้คำแนะนำเรื่องการจัดการเวลา เช่น การจัดตารางกิจกรรมในแต่ละวัน การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา เช่น กลไกการออกฤทธิ์ ขนาดยา อาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ ข้อห้ามใช้ การให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว(Family Counseling) การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ (Breathing Exercise) แก่เด็กสมาธิสั้นและผู้ครอบครัว ทั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมข้างต้นเกิดขึ้นตามสภาพเวลาที่เอื้ออำนวยและอัตรากำลังของพยาบาลในแต่ละแห่ง นอกจากนี้เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวบางคนจะได้รับกิจกรรมการบริการจากสหวิชาชีพ ได้แก่ การบำบัดด้วยอรรถบำบัด(Speech Therapy) การบำบัดด้วยการกีฬา การว่ายน้ำ การกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Integration) การทำจิตบำบัด(Psychotherapy) ครอบครัวบำบัด(Family Therapy)

การศึกษาพิเศษ(Special Education) ศิลปะบำบัด-อาชีพบำบัด(Art and Occupation-Therapy) อีกด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการเล่นบำบัด โดยผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Pre-test

ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันที คือ ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV)(ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Post-test

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Pre-test

ครั้งที่ 2 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง(Pre-test) และหลังการทดลองทันที (Post-test) มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองและหลังได้รับการเล่นบำบัดในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากปัจจัยภายนอก
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน(Independent t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากปัจจัยภายนอก

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง(The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัดและเพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ที่เข้ามาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ การคัดเลือก (Inclusion Criteria) จนครบ 40 คน แล้วแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยจับคู่ (Match Pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศและช่วงอายุ ประเมินอาการ ของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง(The Pretest-Posttest Control Group Design) แล้วจึงสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นรายกลุ่มอาการและอาการรวมทั้ง 2 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก การใช้และไม่ใช้ยา ระยะเวลาใช้ยา การรักษาอื่นๆ ปัญหาพฤติกรรม การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	
เพศ	ชาย	18	90	18	90	
	หญิง	2	10	2	10	
อายุ	6.00-6.11	5	25	5	25	
	7.00-7.11	6	30	6	30	
	8.00-8.11	8	40	8	40	
	9.00	1	5	1	5	
	อายุที่วินิจฉัยครั้งแรก	น้อยกว่า 7 ปี	10	50	17	85
	ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป	10	50	3	15	
การใช้และไม่ใช้ยา	ใช้	19	95	19	95	
	Stimulant Medication	ไม่ใช้	1	5	1	5
ระยะเวลาใช้ยากลับ	ไม่มี	1	5	2	10	
	Stimulant Medication	น้อยกว่า 1 ปี	12	60	8	40
		ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป	7	35	10	50
การรักษาอื่นๆ	ไม่มี	15	75	15	75	
	การศึกษาพิเศษ	3	15	3	15	
	กีฬา	1	5	0	0	
	ดนตรี	1	5	2	10	
ปัญหาพฤติกรรม	ไม่มีปัญหา	0	0	0	0	
	มีปัญหา	20	100	20	100	
การจัดการกับปัญหา	ไม่จัดการ	0	0	0	0	
	พฤติกรรม	จัดการ	20	100	100	100

จากตารางที่ 4 พบว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี เพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ เพศชายคิดเป็นร้อยละ 90 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 10 เด็กสมาธิสั้นที่มีช่วงอายุระหว่าง 8.00-8.11 ปี พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 7.00-7.11 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และช่วงอายุระหว่าง 6.00-6.11 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 อายุที่พบน้อยที่สุด คือ อายุ 9 ปี พบเพียงร้อยละ 5 อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกอายุน้อยกว่า 7 ปี พบในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 85 ส่วนอายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป พบในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 15 เด็กสมาธิสั้นมีการรักษาด้วยการใช้ยา Stimulant Medication มากที่สุด พบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกันคิดเป็นร้อยละ 95 และไม่ใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 5 ด้านการรักษาอื่นๆ พบว่าไม่มีการรักษาอื่นๆ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา คือ ด้านการศึกษาพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งพบเหมือนกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ด้านกีฬาในกลุ่มทดลองพบร้อยละ 5 แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุม การบำบัดด้านดนตรีในกลุ่มทดลองพบคิดเป็นร้อยละ 5 กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 10 ด้านปัญหาพฤติกรรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 และมีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมทุกรายเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นรายกลุ่มอาการและอาการรวม 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive) ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คน ที่	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนทดลอง			หลังการทดลอง		
	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม
1	11	3	14	5	0	5	14	14	28	8	9	17
2	15	15	30	15	15	30	12	0	12	0	0	0
3	18	16	34	18	15	33	16	14	30	9	7	16
4	11	14	25	9	9	18	19	23	42	9	12	21
5	14	11	25	16	13	29	19	14	33	12	8	20
6	19	19	38	18	18	36	14	14	28	9	10	19
7	14	12	26	15	12	27	16	11	27	8	9	17
8	17	11	28	13	12	25	20	10	30	11	7	18
9	16	20	36	16	22	38	17	17	34	9	8	17
10	17	14	31	18	14	32	17	15	32	11	6	17
11	6	6	12	6	5	11	21	16	37	8	7	15
12	20	19	39	21	20	41	13	11	24	8	7	15
13	10	10	20	14	11	25	23	18	41	12	10	22
14	16	10	26	16	11	27	21	14	35	10	6	16
15	18	13	31	18	16	34	8	9	17	5	6	11
16	8	11	19	2	2	4	8	11	19	2	2	4

คน ที่	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนทดลอง			หลังการทดลอง		
	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม	ขาดสมาธิ	ไม่นิ่ง/หุนหัน	รวม
17	20	9	29	21	11	32	14	14	28	6	6	12
18	16	13	29	15	11	26	21	18	39	11	6	17
19	16	14	30	16	12	28	18	10	28	8	5	13
20	20	16	36	14	13	27	12	10	22	6	6	12
รวม	302	256	558	286	242	528	323	263	586	162	137	299
X	15.10	12.80	27.90	14.30	12.10	26.40	16.15	13.15	29.65	8.10	6.85	14.95
SD	4.038	4.237	7.383	5.100	5.375	9.996	4.258	4.650	7.968	3.110	2.680	5.335

อาการของเด็กสมาธิสั้นในการวิจัยครั้งนี้ จะหมายถึง อาการขาดสมาธิ และอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาจากกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล เด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ได้รับยา(บางราย)ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ คนที่ 1,3,4,6,8,16,18 และ 20 มีคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลง คิดเป็นจำนวนทั้งสิ้น 8 คน โดยคะแนนที่ลดลงอยู่ในระหว่าง 1-15 คะแนน โดยเฉพาะคนที่ 16 ที่มีคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงถึง 15 คะแนน ส่วนเด็กสมาธิสั้นที่เหลืออีก 12 คน ได้แก่ คนที่ 5,7,9,10,11,12,13,14,15 และ 17 นั้นอาการของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับยา(บางราย) มีอาการของเด็กสมาธิสั้นเท่าเดิม และเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน จากตารางผู้วิจัยสรุปได้ว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าที่มีอาการอยู่ในระยะสงบ(Stable)นั้น อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงคิดเป็นร้อยละ 40 และคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ลดลงนั้นค่อนข้างสูง ส่วนเด็กสมาธิสั้นอีกร้อยละ 60 อาการของเด็กสมาธิสั้นเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และเมื่อพิจารณากลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยา(บางราย)และได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเล่นบ๊อบบี้ อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงทุกคน หรือคิดเป็นร้อยละ 100 โดยคะแนนที่ลดลงอยู่ระหว่าง 6-22 คะแนน โดยเฉพาะคนที่ 11 และ 18 ที่มีคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงถึง 22 คะแนน จากตารางผู้วิจัยสรุปได้ว่า เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับยา(บางราย)และได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเล่นบ๊อบบี้ อาการของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองลดลงทุกคน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น(อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ด (n=20)

อาการของเด็กสมาธิสั้น	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
อาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ)	1.744	.468	.879	.313	13.358	<.001
กลุ่มอาการขาดสมาธิ	1.794	.473	.900	.345	13.610	<.001
กลุ่มอาการไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น	1.687	.581	.856	.335	8.729	<.001

จากตารางที่ 6 สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ได้ดังนี้

ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้ดจะแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบ๊อบบี้ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=13.358$)

และสามารถตอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบ๊อบบี้ดจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบ๊อบบี้ด

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น(อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

อาการของเด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
อาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ)	1.744	.468	1.641	.434	-.720	.476
กลุ่มอาการขาดสมาธิ	1.794	.473	1.677	.448	-.800	.429
กลุ่มอาการไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น	1.687	.581	1.600	.529	-.498	.622

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ไม่แตกต่างกันหรือมีค่าใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น(อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

อาการของเด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
อาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ)	.879	.313	1.550	.588	4.499	<.001
กลุ่มอาการขาดสมาธิ	.900	.345	1.588	.566	4.642	<.001
กลุ่มอาการไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น	.856	.335	1.506	.671	3.872	<.001

จากตารางที่ 8 สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ได้ดังนี้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=4.499)

และตอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี โดยตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัด ตัวแปรตาม คือ อาการของเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังได้รับการเล่นบำบัดจะลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด
2. คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดจะลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V และรับการรักษาในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. **กลุ่มตัวอย่าง** เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เดือนมกราคม พ.ศ.2559 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 คัดเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) โดยเลือกกลุ่มทดลองจนครบ 20 คน จากนั้นจึงเลือกกลุ่มควบคุมที่มีอายุและเพศเข้าคู่กันกับกลุ่มทดลอง (Match Pair) อีก 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก(Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. เด็กอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น
2. เด็กไม่มีโรคประจำตัวจากการรายงานของผู้ดูแลหลักทางโทรศัพท์ ได้แก่ ความเจ็บป่วยทางกาย/ทางสมอง ความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ หูหนวกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ตาบอดข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขาพิการ โรคลมชัก ความเจ็บป่วยทางสมอง คือ โรคที่เป็นร่วมกับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ บกพร่องสติปัญญา ดาวน์ซินโดรม ออทิสติก การเรียนรู้บกพร่อง
4. เด็กได้รับการรักษาทางยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น (ยากลุ่ม Psychostimulants) ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปหรือไม่ได้รับยาแต่อาการต้องอยู่ในระยะสงบ (Stable) คือ เด็กยังสามารถไปโรงเรียนและใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
5. ผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถมาเข้าร่วมจนสิ้นสุดการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย, 2546 อ้างถึงใน อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมี 40 คน โดยการเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือก(Inclusion Criteria) แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น
- 1.2 แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (ผู้ปกครอง)

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 2.1. คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล
- 2.2. แบบประเมินความสามารถการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล

รายละเอียดของเครื่องมือ

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

- 1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ วันเดือนปีเกิด อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ชื่อยาที่ใช้ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เข้ายา การรักษาอื่นๆ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กและการจัดการกับพฤติกรรมที่ผ่านมา

1.2. แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) (Short Form) เป็น

แบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ แยกออกเป็น 3 Domain คือ ข้อที่ 1-9 ประเมินอาการ Inattention(SNAP-Inatt) ข้อที่ 10-18 ประเมินอาการ Hyperactivity/ Impulsive(SNAP-H/Im) และข้อที่ 19-26 ประเมินอาการ Oppositional Defiant Disorder(ODD) (SNAP-ODD) แต่ละข้อคิดคะแนนแบบ Likert มี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย(0 คะแนน) เล็กน้อย(1 คะแนน) ค่อนข้างมาก(2 คะแนน) มาก(3 คะแนน) แล้วรวมคะแนนแต่ละDomain ซึ่งจุดตัด (cut-off) ของแบบสอบถาม SNAP-IV คือ 16-14-12 ตามลำดับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำข้อที่ 19-26 มาพิจารณา เนื่องจากเป็นการประเมินอาการของ ODD ผู้วิจัยจะใช้เพียง 2 Domain คือ ข้อ 1-9 ที่เป็นการประเมินอาการ Inattention และข้อ 10-18 ที่เป็นการประเมินอาการ Hyperactivity/ Impulsive (SNAP-H/Im) เนื่องจากทั้ง 2 Domain มีความสอดคล้องกับคำจำกัดความอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้และสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ที่แบ่งอาการของเด็กสมาธิสั้นออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/ Impulsive) และผู้วิจัยไม่ได้นำเอาจุดตัดมาพิจารณาแต่จะพิจารณาจากค่าเฉลี่ยแต่ละ Domain ในเด็กสมาธิสั้นแต่ละคนและในภาพรวมทั้งหมด

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1. คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร

ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับแนวคิดของการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี จากนั้นนำแนวคิดที่สนใจ คือ แนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วจึงนำมากำหนดเป็นโครงสร้างของการเล่นบำบัดโดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เนื้อหา มีความครอบคลุม เข้าใจง่าย ผู้วิจัยนำแนวคิดการเล่นบำบัดของ Ebrahim et al. (2013) มาประยุกต์โดยให้มีการเล่นทั้งหมด 10 ครั้ง โดยเพิ่มเติมครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้ยังมีระยะที่ให้ผู้ปกครองกลับไปเล่นกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านด้วย รวมทั้งได้ประยุกต์วิธีการเล่น และขั้นตอนการเล่นให้มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เช่น การเลือกใช้อุปกรณ์ที่มีราคาถูก หาง่ายในท้องถิ่น ราคาไม่แพง ให้มีการเก็บสะสมดาว การมีรางวัล การกำหนดกติกากลุ่ม การเลือกใช้เทคนิค 2 เทคนิคร่วมในการเล่นบำบัด คือ เทคนิคการ

เสนอตัวแบบ(Modeling) และเทคนิคการจัดการเงื่อนไข(Contingency) โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำและปรับปรุงแก้ไขตลอดระยะเวลาจนเสร็จสมบูรณ์ คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จะมีการนัดหมายเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมายกลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 4 ชั่วโมง โดยการนัดหมายครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 จะห่างกันประมาณ 1 สัปดาห์ ดังนี้

ก่อนการดำเนินการเล่นบำบัด โดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาลนั้น ผู้ดูแลหลักจะต้องประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นก่อน(Pre-test) หลังจากที่ได้รับความชี้แจง คำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นด้วยแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) จนเป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนก่อนจึงจะสามารถทำแบบสอบถามได้

การนัดหมายครั้งที่ 1 นี้จะเป็นการเล่นที่ 1-5 โดยพยาบาลผู้บำบัดจะเป็นผู้ดำเนินการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาล ต่อจากนั้นผู้ดูแลหลักจะนำการเล่นที่ 2-5 ไปเล่นกับเด็กที่บ้าน 1 ครั้ง ให้เสร็จสิ้นก่อนการนัดหมายครั้งที่ 2

การนัดหมายครั้งที่ 2 จะเป็นการเล่นที่ 6-10 โดยพยาบาลผู้บำบัดจะเป็นผู้ดำเนินการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาล ต่อจากนั้นผู้ดูแลหลักจะนำการเล่นที่ 6-10 ไปเล่นกับเด็กที่บ้าน 1 ครั้ง ก่อนการนัดหมายครั้งต่อไป ซึ่งการนัดหมายครั้งต่อไปจะเป็นการนัดหมายเพื่อประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นหลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันที ซึ่งนับว่าเป็น Post-test

2.2. แบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม หนังสือต่างๆที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เป็นแบบประเมินเพื่อใช้สำหรับประเมินความสามารถในการเล่นแต่ละการเล่นของเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ครั้งที่1-10 โดยแบบประเมินนี้จะมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์แต่ละการเล่น และสอดคล้องกับพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและสติปัญญาของเด็กอายุ 6-9 ปี ผู้ที่ทำการประเมินนี้ คือ ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 ซึ่งจะต้องได้รับการอธิบายวิธีการประเมินอย่างละเอียดจนเข้าใจอย่างชัดเจน และเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยทุกขั้นตอน วัตถุประสงค์การเล่นบำบัดแต่ละครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้วิจัยจนเป็นที่กระจ่างชัดเจนแล้วจึงจะทำการประเมินได้ ซึ่งมาตราส่วนการให้คะแนนจะมี 4 ระดับ(Rating Scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน โดยเกณฑ์การประเมินคะแนนจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละการเล่นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการเล่นว่าต้องการประเมินทักษะที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นด้านใดบ้าง เกณฑ์ผ่าน คือ จะต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 65 และต้องมีพฤติกรรมแสดงออกอยู่ในช่องตั้งแต่ช่อง 2 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ในกรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินนั้นจะมีส่วนของการปรับปรุงแก้ไขเพื่อแก้ไขในทันทีโดยใช้เทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling) เพื่อให้เด็กสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมของพยาบาลผู้บำบัดอีกครั้ง พร้อมทั้งการ

ชี้แนะ(Guidance) ว่าเด็กควรจะต้องทำอย่างไรบ้างจึงจะผ่านตามเกณฑ์และให้ช่วยจนสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินได้ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 ซึ่งจะมีการบันทึกอยู่ในส่วนของกรณีที่ไม่ผ่านการประเมินความสามารถในการเล่นแต่ละครั้งอย่างละเอียด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการทดลอง

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และการใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ใต้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV)(ผู้ปกครอง) แบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล มีค่า CVI หลังแก้ไขครั้งที่ 1 ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเท่ากับ 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

2. การตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) หลังจากปรับแก้เครื่องมือต่างๆ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV)(ผู้ปกครอง) แบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล ไปหาค่าความเที่ยง(Reliability) กับกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกลับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดจำนวน 30 ชุด ที่แผนกผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น Conbrach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV)(ผู้ปกครอง) และแบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล ได้เท่ากับ .888 และ .928 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นรวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2. ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น
2. แบบประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV)(ผู้ปกครอง)

1.2.2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1. แนวทางปฏิบัติการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล
2. แบบประเมินความสามารถการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล

1.3. ยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพิจารณา

1.4. เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยการประสานงานกับโรงพยาบาลยุวประสาทฯ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5. ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้วประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่

1.6. ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นและมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินการเล่นบำบัดตามที่จัดเตรียมไว้

1.7. เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน และหัวหน้าหน่วยงานสารสนเทศ เพื่อขออนุญาตขอข้อมูลประวัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เลขประจำตัวผู้ป่วย(Hospital Number: HN) เพศ อายุ การวินิจฉัย ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ แล้วพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion Criteria) ที่กำหนดไว้

1.8. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion Criteria) โดยคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองก่อนจนครบทั้ง 20 คน จากนั้นจึงจะคัดเลือกกลุ่มควบคุมอีก 20 คน ที่มีคุณสมบัติเข้ากับกลุ่มทดลอง (Match Pair) ในเรื่องของอายุและเพศ แล้วจึงแบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน ออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 4 คน โดยให้แต่ละกลุ่มมีการกระจายของช่วงอายุใกล้เคียงกันมากที่สุด

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

การเล่นบำบัดโดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล: จะใช้เวลาในการเล่นบำบัดทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง โดยที่เด็กสมาธิสั้นทั้ง 5 กลุ่ม จะได้รับการเล่นบำบัดที่เหมือนกันทุกกลุ่ม การเล่นบำบัดในสัปดาห์ที่ 1 นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการมีสมาธิช่วงเวลาดั้งๆ(Attention) ด้านการรักษาสภาพ(Maintenance) ด้านการมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า(Selective Attention) ด้านการควบคุมตนเอง(Self Control) ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ด้านความคงทนของสมาธิ(Sustain Attention) ด้านความจำ(Working Memory) และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) โดยที่พยาบาลผู้บำบัดจะเป็นผู้ดำเนินการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาล ผ่านการเล่นที่เริ่มต้นจากการเล่นอย่างง่ายไปการเล่นอย่างยากซึ่งมีทั้งหมด 5 การ เล่น ได้แก่ “การสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น” “จิ๊กซอว์พาเพลิน” “โบว์ลิง” “ทายสีฉันทืออะไร” “ลูกบอลหรรษา”

การเล่นของเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ดูแลหลัก ที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะด้านต่างๆ เช่นเดียวกับการสร้างเสริมทักษะโดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลหลักจะดำเนินการเล่นผ่านการเล่นเช่นเดียวกับการเล่นที่โรงพยาบาล ได้แก่ “จิ๊กซอว์พาเพลิน” “โบว์ลิง” “ทายสีฉันทืออะไร” “ลูกบอลหรรษา” จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2

การเล่นบำบัดโดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล: ใช้เวลาในการเล่นบำบัดทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง โดยเด็กสมาธิสั้นทั้ง 5 กลุ่ม จะได้รับการเล่นบำบัดที่เหมือนกันทุกกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการรักษาสภาพด้านการมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า(Selective Attention) ด้านการควบคุมตนเอง(Self Control) ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ด้านทักษะความคงทนของสมาธิ(Sustain Attention) ด้านความจำ(Working Memory) ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) โดยพยาบาลผู้บำบัดจะเป็นผู้ดำเนินการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาล ผ่านการเล่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าสัปดาห์ที่ 1 และมีการใช้ทักษะหลายๆด้านพร้อมๆกัน มีทั้งหมด 5 การ เล่น ได้แก่ “จำขึ้นใจ” “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” “เขาวงกต” “ใบ้คำ” และ “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน”

การเล่นของเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ดูแลหลัก ที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะด้านต่างๆ เช่นเดียวกับการสร้างเสริมทักษะโดยพยาบาลผู้บำบัด ที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ปกครองจะดำเนินการเล่นผ่านการเล่นเช่นเดียวกับการเล่นที่โรงพยาบาล ได้แก่ “จำขึ้นใจ” “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ” “เขาวงกต” “ใบ้คำ” และ “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน” จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง

2.2 กลุ่มควบคุม

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1-2 จะได้รับบริการทางการแพทย์จากทีมพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพ(ทีมสหวิชาชีพ) ซึ่งจะเป็นการจัดให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลและสถาบันเด็กในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน ประกอบด้วย กิจกรรมด้านการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาตามสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัว เช่น การสอนเทคนิคการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การให้แรงเสริมบวก(Positive Reinforcement) การให้แรงเสริมลบ(Negative Reinforcement) และการเอาออกไป(Time Out) การให้คำแนะนำเรื่องการจัดการเวลา เช่น การจัดตารางกิจกรรมในแต่ละวัน การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา เช่น กลไกการออกฤทธิ์ ขนาดยา อาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ ข้อห้ามใช้ การให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว(Family Counseling) การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ (Breathing Exercise) แก่เด็กสมาธิสั้นและผู้ครอบครัว ทั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมข้างต้นเกิดขึ้นตามสภาพเวลาที่เอื้ออำนวยและอัตรากำลังของพยาบาลในแต่ละแห่ง นอกจากนี้เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวบางคนจะได้รับกิจกรรมการบริการจากสหวิชาชีพ ได้แก่ การบำบัดด้วยออรรถบำบัด(Speech Therapy) การบำบัดด้วยการกีฬา การว่ายน้ำ การกระตุ้นการรับรู้สัมผัส (Sensory Integration) การทำจิตบำบัด(Psychotherapy) ครอบครัวบำบัด(Family Therapy) การศึกษาพิเศษ(Special Education) ศิลปะบำบัด-อาชีพบำบัด(Art and Occupation-Therapy) อีกด้วย

3.ระยะการประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการเล่นบำบัด โดยผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Pre-test

ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันที คือ ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Post-test

3.2. กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Pre-test

ครั้งที่ 2 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (ผู้ปกครอง) ซึ่งเป็น Post-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี โดยมีตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัด ตัวแปรตาม คือ อาการของเด็กสมาธิสั้น ผลจากการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นสั้นไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองก่อนได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ 1.744 และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ 1.641

2. หลังการทดลอง สรุปผลการวิจัย ได้ว่า

2.1. ในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการเล่นบำบัดจะแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=13.358$) โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด

2.2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้น หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=4.499$) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิจัยข้างต้น สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ คือ คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังได้รับการเล่นบำบัดจะลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัด และคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดจะลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยอภิปรายไว้ ดังนี้

1. ในส่วนของการเล่นบำบัดนั้น เมื่อพิจารณาผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้น จะเห็นได้ว่า หลังจากเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ได้รับการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall et al. (2002) ที่ศึกษาการใช้การเล่นบำบัด 15 เทคนิคของ CBT ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 4-12 ปี และพบว่าการเล่นบำบัดนี้มี

ประสิทธิภาพในการลดอาการไม่นิ่ง(Hyperactivity) และอาการขาดสมาธิ(Inattention) ของเด็กสมาธิสั้นอายุ 4-12 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Janatian et al. (2008) ที่ศึกษาผลของการเล่นบำบัดตามหลักการ CBT ต่อความรุนแรงของอาการในเด็กสมาธิสั้นเพศชาย อายุ 9-11 ปี และพบว่าสามารถลดอาการไม่นิ่ง(Hyperactivity) อาการขาดสมาธิ(Inattention) และเพิ่มระยะเวลาของการกลับมารักษามาตามนัด (Follow Up) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ebrahim et al. (2013) ที่ศึกษาการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 โดยพบว่าการเล่นบำบัดนี้ช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ในส่วนของการเล่นบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ พบว่าเมื่อเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนอายุ 6-9 ปี กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT อาการของเด็กสมาธิสั้นจะลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ว่าการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา Stimulant Medication ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาอาการของเด็กสมาธิสั้น โดยมีจำนวนเด็กสมาธิสั้นที่ใช้ยาจำนวนเท่ากันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และยังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ โดยแต่ละคนจะได้รับไม่เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการอยู่ในระยะสงบ(Stable) ดังนั้นเมื่อกกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดเพิ่มเติมจากการบำบัดรักษาเดิมที่เป็นแบบ Multi-Modality Approach จึงทำให้อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้มากขึ้น เนื่องจากการเล่นบำบัดมีพื้นฐานอยู่บนความจริงของการเล่นที่ว่า เป็นเครื่องมือตามธรรมชาติของเด็ก จึงลดแรงต้านที่เกิดจากการบำบัดแบบทั่วไป การเล่นยังเป็นการแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก เป็นโอกาสให้เด็กได้แสดงออกถึงความรู้สึกและปัญหา เช่นเดียวกับรูปแบบการบำบัดในผู้ใหญ่ที่เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกต่างๆ (Axline, 1990) นอกจากนี้การเล่นบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยังได้ออกแบบให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ที่เชื่อว่าพัฒนาการของเด็กวัยนี้จะไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้แต่จะต้องเป็นการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม(Concrete Operational Peroid) โดยจะต้องเป็นการถ่ายโยงการเรียนรู้(Transfer of Learning) แต่ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่จะถ่ายโยงนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม ส่วนปัญหาที่เป็นนามธรรมเด็กจะยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ (สุชา จันทรเฒ, 2540)) และยังสอดคล้องกับพัฒนาการที่ว่าเด็กช่วงวัยนี้ไม่ได้เกิดมาพร้อมความรู้และความคิด แต่จะต้องเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัวและพัฒนาความคิดไปตามลำดับขั้นตอน ซึ่งความคิด หมายถึง การที่บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมความสามารถที่จะตัดแปลงความคิดและการแสดงออกของตนได้ดี ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการ 2 ชนิด คือ กระบวนการรับ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เด็กรับเอาประสบการณ์ต่างๆ เข้ามาเป็นประสบการณ์เฉพาะตน ทำให้เด็กมีพฤติกรรมต่อสิ่งใหม่ๆ ตามประสบการณ์ของตนเอง และกระบวนการเก็บและ

การปรุ่่งแต่ง ซึ่งจะเป็นกระบวนการในการปรับความเข้าใจหรือปรับประสบการณ์เดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ด้วยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม การเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดให้เป็นการเล่นบำบัดที่มีการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรมผ่านองค์ประกอบพื้นฐานของการทำ CBT ได้แก่ การให้ความรู้(Psycho Education) การฝึกทักษะ (Skills Training) และการเลือกเทคนิคที่นำมาบำบัด(Technique) โดยผู้วิจัยเลือก เทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling) และเทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ(Contingency Management) เพื่อให้เกิดกระบวนการการปรุ่่งแต่ง(Accomodation) ขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีการปรับความเข้าใจหรือปรับประสบการณ์เดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ด้วยการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม ซึ่งก็คือ การพัฒนาทักษะต่างๆ ที่บกพร่องซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นสามารถนำเอาทักษะเหล่านี้ออกมาใช้ได้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับการใช้ยาและการพยาบาลตามปกติอื่นๆ ในช่วงที่อาการอยู่ในระยะสงบจึงทำให้อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ดีขึ้น

3. ในส่วนของเนื้อหาการเล่นบำบัด เนื่องจากอาการของเด็กสมาธิสั้นเกิดจากความบกพร่องในการบริหารจัดการของระบบประสาท(Executive Dysfunction) ที่ทำให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถนำเอาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ด้านความจำ(Working Memory) ด้านการรักษาสภาพ(Maintenance) ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) ด้านการควบคุมตัวเอง(Self Control) และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) ออกมาใช้ได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง ไม่ได้เกิดจากการไม่มีทักษะ ซึ่งความบกพร่องนี้เองที่เป็นกลสำคัญที่ทำให้เกิดอาการของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการเล่นโดยเน้นที่การพัฒนาทักษะที่เด็กสมาธิสั้นบกพร่องอย่างต่อเนื่องจนเกิดความชำนาญ และสามารถนำเอาทักษะเหล่านั้นออกมาใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จึงทำให้อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของAnna et al. (2015) ที่พบว่า การฝึกทักษะที่เน้นการบริหารจัดการ(Executive Function) ได้แก่ ทักษะด้านการมีสมาธิ(Attention) ทักษะด้านการยับยั้งพฤติกรรมกระวนกระวาย (Impulsive Behavior) ทักษะด้านความจำ(Working Memory) ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 5 ปี สามารถพัฒนาทักษะที่บกพร่องดังกล่าวข้างต้น และลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ebrahim et al. (2013) ที่ศึกษาการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 โดยพบว่าการเล่นบำบัดที่เน้นการพัฒนาที่บกพร่องในเด็กสมาธิสั้นนั้นช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-9 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

1.1. การเล่นบ๊อบบี้เพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษา ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น พัฒนาการของเด็กในแต่ละช่วงวัย มีทักษะด้านการประสานงานเพื่อดำเนินการเล่นรายกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2. ควรมีการกระตุ้นและติดตามเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวระทำการเล่นบ๊อบบี้กับเด็กอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากการเล่นบ๊อบบี้จะเป็นการไปเพิ่มประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ โดยจะต้องมีการเพิ่มประสบการณ์ด้วยการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องจึงจะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษา

2.1. ควรมีการเผยแพร่การเล่นบ๊อบบี้เพื่อลดอาการเด็กสมาธิสั้นให้แก่พยาบาลในชุมชน หรือครู เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เป็นไปแนวทางเดียวกันและมีความต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาล

2.2. ควรมีการปรับระดับความยากง่ายของการเล่นให้สอดคล้องกับพัฒนาการแต่ละช่วงวัยหรือระดับความสามารถที่เด็กสามารถทำได้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. การให้ผู้ดูแลหลักนำการเล่นบ๊อบบี้ไปเล่นกับเด็กที่บ้านนั้น ควรเพิ่มจำนวนความถี่ของการเล่นและการเพิ่มระดับความยากง่ายตามความสามารถของเด็กแต่ละคนด้วย

2. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลหลักในระหว่างการเล่นที่บ้านมีความสำคัญ เนื่องจากระหว่างที่ดำเนินการเล่นที่บ้านนั้น ผู้ดูแลหลักอาจเจอปัญหาพฤติกรรมที่หาทางแก้ไขไม่ได้ ดังนั้นการเปิดโอกาสให้สามารถปรึกษาได้นั้น จะเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาในการดำเนินการเล่นครั้งต่อไป ทำให้การเล่นโดยผู้ดูแลหลักมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. เมื่อเด็กเรียนรู้ และเกิดความชำนาญในแต่ละการเล่นแล้ว จะทำให้เกิดความเคยชินและไม่สนใจ ดังนั้นการเพิ่มระดับความยากของการเล่น หรือการดัดแปลงเพื่อประยุกต์การเล่นนั้นจะเป็นการทำทนายให้เด็กกลับมาสนใจการเล่นอีกครั้ง

4. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการที่ไม่ใช่ความน่าจะเป็น (Nonprobability Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่คำนึงว่าตัวอย่างแต่ละหน่วยมี

โอกาสถูกเลือกมาน้อยเท่าใด ทำให้ไม่ทราบความน่าจะเป็นที่แต่ละหน่วยในประชากรถูกเลือก การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบนี้ไม่สามารถนำผลที่ได้อ้างอิงไปยังประชากรได้

5. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลหลักประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยที่ผู้วิจัยให้ประเมินอาการของเด็กสมาธิสั้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่าน และหลังการทดลอง(Post-test) ให้ประเมินอาการในช่วงหลังจากเริ่มการทดลองจนสิ้นสุดการทดลอง คือ ประมาณ 2 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาของการประเมินนั้นอาจทำให้เกิดผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากช่วงของระยะเวลาที่ใช้วัดแตกต่างกันมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีระยะติดตามและประเมินผลหลังการเล่นบำบัดที่โรงพยาบาลระยะยาวขึ้น คือ 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
2. ควรให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เข้าใจในความเจ็บป่วยของเด็กสมาธิสั้น สามารถนำการเล่นบำบัดไปใช้ลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเข้าใจและเป็นธรรมชาติ ซึ่งการเล่นในเด็กนั้นเป็นธรรมชาติและเป็นกิจกรรมที่เด็กชอบมากที่สุด
3. ควรใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดโอกาสที่เด็กสมาธิสั้นทุกคนถูกเลือกเท่าๆกัน ซึ่งสามารถนำผลที่ได้ไปอ้างอิงประชากรได้
4. การวัดอาการของเด็กสมาธิสั้นทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest) นั้น ควรกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมและใกล้เคียงกัน เช่น อาการของเด็กสมาธิสั้นก่อนเริ่มการทดลองทันทีและหลังการทดลองทันที เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันมากเกินไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2557. สถาบันราชานุกูล.

งานเวชสถิติสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น. รายงานประจำปี 2556-2559. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น.

งานสารสนเทศ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2556-2559. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.

แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร. (2552). การเล่นในเด็กป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2544). การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช Mental Health Promotion and Psychiatry Nursing หน่วยที่ 8-10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ชาญวิทย์ พรนภดล. (2558). จิตเวช ศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย.

ชาญวิทย์ พรนภดล และ พนม เกตุมาน. (2550). คู่มือการรักษาโรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

ชูศรี ปิ่นโต. (2549). การศึกษาการเล่นบำบัดต่อความสามารถทางสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. CHULALONGKORN UNIVERSITY

ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (2553). Cognitive Behavior Therapy with Children and Adolescents. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 40(2): 44-47.

ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ธีนวรจันท์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และ ทรงภูมิ เบญญากร. (2557). คุณสมบัตินของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale(SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น(SDQ/ADHD) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557. 59(2): 97-110.

ญาณิ เหล่าวิริยะรัตน์. (2552). ผลของการเล่นบำบัดที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2523). ธรรมชาติของทัศนคติกับการวัดทัศนคติ เอกสารการวิจัยขั้นสูงทาง

พฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- ดารุณี งามขำ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาวะตัวออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์, ณ์ทธร พิทยรัตน์เสถียร และ ชัยชนะ นิ่มนวล. ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัด ความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555. 57(1): 19-28.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถก, ันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และ พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. Journal of Mental Health of Thailand 2013. 21: 66-75.
- ทัศนวัต สมบุญธรรม. (2551). โรคสมาธิสั้น. ใน นิชรา เรื่องดารกานนท์และคณะ, ตำรา พัฒนาการและพฤติกรรม. หน้า 272-285. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- ทัศนาว บุญทอง และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2554). มโนคติการพยาบาลจิตเวช. เอกสารการสอน ชุด วิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นันทวิช สิริวัชรังค์ และคณะ. (2558). จิตเวชศิริราช DSM-V. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาสน์ การพิมพ์.
- นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ. (2551). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2530). ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. (2550). พัฒนาการมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรสจำกัด.
- พจนานุกรมสมรรถนะกรมสุขภาพจิต. (2556). พจนานุกรมสมรรถนะกรมสุขภาพจิต คำอธิบาย เครื่องบ่งชี้พฤติกรรม รายการสมรรถนะที่ใช้ในระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน. 18-30.
- มยุรา ชัยเดช. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยทางคลินิกกับคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานอช อารณสุวรรณ. (2550). โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมิลี กรุ๊ป.
- มานอช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชัย. (2538). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4.

- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2(1): 5-20.
- ยุวณา ไขว้พันธ์. (2555). การศึกษาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่มีภาวะสมาธิสั้นจากการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา(CBT). ปริญญาศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2552). ประกาศสภาการพยาบาล ในราชกิจจานุเบกษา. 126(ตอนพิเศษ 160): 28-29.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). จิตเวชเด็กและวัยรุ่นเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- วิมล เนติธรรม. (2548). การศึกษาการเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภกรใจ เจริญศุภกร. (2557). แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Theoretical Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing). ในฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภกรใจ เจริญศุภกร(บรรณาธิการ). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(ฉบับปรับปรุงเล่มที่ 1 หน้า 90-113). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2541). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันท์ธอม. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- เสาวนีย์ บัวลา. (2558). ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนธยา มณีรัตน์, แสงอรุณ อิศระมาลัย และ บุษวดี เพชรรัตน์. (2550). ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. สงขลา: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2546). สร้างสมาธิให้ลูกคุณ(ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์

อูลัยวรรณ โกสาเสนา. (2555). ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อวยพร เรืองตระกูล. (2553). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

ภาษาอังกฤษ

Abikoff, H. (1991). Cognitive Training in ADHD Children: less to it than meets the eye. J Learn Disabil. 24(2). 205-209.

American Academy of Pediatrics. (2000). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Pediatrics.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text rev. (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andres, M., & Fred, V. (2007). Lewis's Child and Adolescent Psychiatric: A Comprehensive Textbook. 4th ed. มหาวิทยาลัย

Anna, M. Re., Agnese, C., & Cesare, C. (2015). Effect of training focused on executive functions (attention, inhibition, and working memory) in preschoolers exhibiting ADHD symptoms. Frontiers in Psychology: Original Research. 6: 1-9.

Axline, V. (1947). Play Therapy. New York: Ballantine Books.

Axline, V. M. (1990). Play therapy : The inner dynamics of childhood. 20th ed. New York: Ballantine Books.

Bandura, A. (1969). Principle of Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Barkley, R. A. (1997). Behavior inhibition, sustained attention, and executive function: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull. 121(1): 65.

- Barkley, R. A. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2007). Unifying Theory of ADHD. Psychological Building. 121(1): 65-94.
- Barzegary, L., & Zamini, S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 30: 2216-2218.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. (2002). Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children referred to psychiatric clinic. Am J Psychiatry. 159: 36-42.
- Beideman, J., et al. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Juvenile mania: an overlooked comorbidity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35(8): 997-1008.
- Blinn, E. L. (2000). Efficacy of play therapy on problem behavior of a child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Retrieved from the World Wide Web.[http:// www. Altavista.com](http://www.Altavista.com)
- Braton, S. C., Ray, D., & Rhine, T. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analysis Review of treatment outcomes. Professional Psychology Research and Practice. 36: 376-390.
- Brown, E. Thomas. (2009). ADD/ADHD and Impaired Executive Function in Clinical Practice. Current Attention Disorder Reports. 1: 37-41.
- Brown, E. Thomas. (2002). DSM-IV: ADHD and Executive Function Impairments. Proceedings. 2(25): 910-914.
- Brown, M. B. (2005). Diagnosis and Practice. 36: 376-439.
- Burn, N., & Grove, S., K. (2005). The Practice of Nursing Research: Conduct, critique, & utilization. 5th ed. New York: W. B. Saunders.
- Camara van Breeman. (2009). Using play therapy in pediatric palliative care: listening to the story and caring for the body. International Journal of Palliative Nursing. 510-514.
- Cattanach, A. (1995). Play therapy with abused children. 3th ed. London: Jessica Kingsley.
- Cattanach, A. (2003). Introduction to play. 1st . New York: Brunner-Routledge.
- Corey, G. and Corey, M. S. (1977). Group process and practice. California: Wadsworth.

- Dougherty, D. D., Bonab, A. A., Spencer, T. J., Rauch, S. L., Madras, B. K., & Ebrahim, A., Naghmeh, M., Atena, B., & Fatemeh., M. (2013). The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 7-9 years. ADHD Atten Def Hyp Disord. 5: 41-46.
- Elahe, R., & Faramarz, M. (2015). The effect of exploratory play therapy method on the reduction of the level of combined type/ADHD in 9-11 years old boys. MAGNT Research(ISSN. 1444-8939). 3(4): 14-22.
- Erickson, E. H. (1963). Childhood and society. 2 nd ed. New York: Norton.
- Freitag, C. M., Hanig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., & Meyer, J. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factor influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. Journal Neural Transm. 119(1): 81-94.
- Freud, S. (1915). Instincts and their vicissitudes. Stand and edition. 15. London: Hogarth.
- Ginott, H. G. (1961). Group psychotherapy with children: The theory and practice of play therapy. New York: McGraw-Hill Book.
- Gioia, G. A., Isquits, P. K. (2001). Executive Function and ADHD: Exploration of children's every day of behaviors. Clinical Neuropsychological Assessment. 2: 61-84.
- Hall, T. M., Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. Prof Psychol Res Pract. 33(6): 515-522.
- Hanser, S., Meissler, K., & Overs, R. (2000). Kid together: A group play therapy model for children with ADHD symptomology. Journal of child adolescence group therapy. 10(4): 191-211.
- Haparin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child. 90(1): i2-i7.
- Hughes, F., P., Noppe, L., D. & Noppe, L., C. (1996). Child Development. New Jersey: Prentice Hall.
- Jafari, A., & Jafar, E. (2010). Play therapy with emphasis on the treatment of Hyperactivity disorder/attention deficit. Abhar Azad University.

- Janatian, S., Nouri, A., Shafti, A., Molavi, H., & Samavatyan, H. (2008). Effectiveness of play therapy on the base of cognition behavioral approach of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder(ADHD) among primary school male students age 9-11. J Res Behav Sci. 6(2): 110-112.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L. & et al. (2007). 3-Year follow-up of the NIMHMTA study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 46(8): 989-1002.
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics: Official Journal of The American Academy of Pediatrics. 114(5): 541-547.
- Knell, S. M. (2000). Cognitive Behavior Play Therapy for childhood fears and phobias. In Kaduson, H. G. & Schaefer, C. E. Short-term play therapy for children. New York: Guilford.
- Knouse, L. E., & Safren, S. A. (2010). Current status of cognitive behavior therapy for adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Psy Clin North Am. 33(3): 497-509.
- Kottman, T. (2001). Adlerian Play Therapy: International of Journal Play Therapy. 10(2): 1-2.
- Landreth, G., L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. Professional Psychology: Research and Practice. 33(6): 529-533.
- May, J. A. (2008). Effectiveness of CBPT with children who have symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD). A dissertation for doctor of psychology in clinical psychology, Alliant International University.
- Marram, G. D. (1978). The Group Approach in Nursing. 2nd ed. Saint Louise: The C.V. Mospany.
- Mick, E. Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 41: 378-385.
- Mohoney, M. J., & Arnkoff, D. (1978). Handbook of psychotherapy and behavior

- change: An empirical analysis 2 nd edition. Garfield, Sol L.; Bergin, Allen, E. New York: Wiley.
- Molina, B. S. G., Flory, K., Hinshaw, S. P., Greiner, A. R., Arnold, L. E., & Swanson, J. M. (2007). Delinquent behavior and emerging substance use in MTA at 36 month: Pravalence, course and treatment effect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 46(8): 1028-1040.
- Moustakas, C. E. (1953). Children in play therapy: a key to understanding normal and disturbed emotion. New York: McGraw-Hill Book.
- Nigg, J. T., Nikolas, M., Mark Knottnerus, G., Cavanagh, K., & Frideric, K. (2010). Confirmation and extention of association of blood lead ADHD.
- O' Conor, K. J. (2001). Ecosystemic play therapy. International Journal of Play Therapy. 10(2): 33-34.
- O' Conor, C., & Stagnitti, K. (2010). Play therapy, language and social skill: The comparison of a play and a non-play intervention within specialist school setting. Research in developmental disabilities, School of Health and Social Development. Deakin University, Australia. 32: 1205-1211.
- Opitz, B. V. Ing, S., and Kong, Y. T. (2004). Comparison of behavioural and natural play Intervention for young children with autism. SAGE Publications and The National Autistic Society. 8(3): 319-333.
- Panksepp, J., Burgdorf, J., Turner, C., & Gordon, N. (2003). Modeling ADHD-type arousal with unilateral frontal cortex damage in rats and beneficial effects of play therapy. J Brain and Cognitive. 52(1): 97-105.
- Panksepp, J. (2007). Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain?. J Can Acad Child Adolescent Psychiatry. 16(2): 57-66.
- Patterson, C. H. (1974). Relationship Counseling and Psychotherapy. New York: Harper & Row.
- Piaget, J. (1926). The language and though of the child. New York.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A systematic Review and Meta regression Analysis. American Journal of Psychiatric. 164(6): 942-948.
- Preuss, U., Ralston, S. J., Baldursson, G., Falissard, B., Lorenzo, M. J., Pereira, R. R.,

- Vlasveld, L., Coghill, D., & the ADORE study group. (2006). Study design, baseline patient characteristic and intervention in a cross culture framework: result from the ADORE study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 15: 4-14.
- Ray, D., Schottelkork, A., & Tsai, M. H. (2008). Play therapy with children exhibiting symptom of ADHD. International Journal of Play Therapy. 16: 95-111.
- Riley, A. W., Spiel, G., & Coghill, D. (2006). Factors related to Health-Related Quality of Life(HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. Eur Child Adolesc Psychiatry. 15(2): 38-45.
- Schaefer, R. (2001). Prescriptive Play Therapy. International Journal of Play Therapy. 10(2): 57-73.
- Skinner, B., F. (1938). The Behavior of Organization: An Experimental Analysis. New York: Springer-Verlag.
- Sowell, E. R., Thompson, P. M., Welcome, S. E., Henkenius, A. L., Toga, A. W., & Peterson, B. S. (2003). Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Lancet. 362: 1699-1707.
- Swanson, J., Lerner, M., March, J., & Gresham, F. M. (1999). Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools, Lesson from the MTA study. Pediat Clin North Am. 46: 993-1009.
- Susan, B. (2000). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and it deceivers. Curr Probl Pediatr. 30(2): 41-50.
- Toplak, M. E., Connor, L., Shuster, J., Knezevic, B., & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based intervention for Attention Deficit/ Hyperactivity disorder(ADHD). Clin Psychol Rev. 28(5): 801-823.
- Yong, S., & Amarasinghe, J. M. (2010). Practitioner review: Non-Pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. J Child Psychol Psychiatry. 51(2): 116-133.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

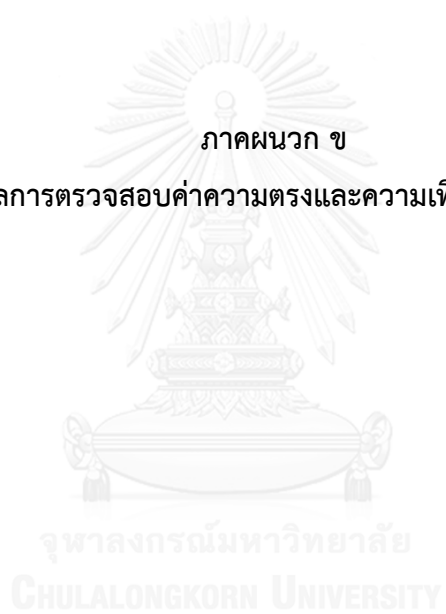


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ณัฐวัฒน์ งามสมุทร	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ นายแพทย์ชำนาญการ
2. แพทย์หญิงรินสุข องอาจสกุลมัน	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ นายแพทย์ชำนาญการ
3. นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(APN)
4.นางเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5.นางสาวเสาวนีย์ บัวลา	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
6.นางอุทัยวรรณ กิตติเลิศกุล	โรงพยาบาลยันฮี พยาบาลวิชาชีพ

ภาคผนวก ข

แสดงผลการตรวจสอบค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ



คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

ความตรงของเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) หมายถึง คำถามในแบบสอบถามมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับมโนทัศน์ของตัวแปร หรือคำถามในแบบสอบถามมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นที่ระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่า CVI ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หลังปรับแก้ไขครั้งที่ 1

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น

$$CVI = 10/10 = 1.00$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (สำหรับผู้ปกครอง)

$$CVI = 10/10 = 1.00$$

3. คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล

$$CVI = 10/10 = 1.00$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบประเมินความสามารถการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล

$$CVI = 10/10 = 1.00$$

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (สำหรับผู้ปกครอง)
จากการใช้โปรแกรม SPSS

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item-total Statistic

	Scale Mean If item Deleted	Scale Variance If item Deleted	Corrected Item – Total Correlatio n	Cronbach's Alpha If Item Deleted
INATT1	28.40	42.662	.701	.876
INATT2	28.53	46.051	.369	.887
INATT3	28.43	43.357	.738	.876
INATT4	28.70	42.838	.373	.893
INATT5	28.57	45.082	.394	.886
INATT6	28.50	42.810	.692	.876
INATT7	28.13	42.395	.537	.882
INATT8	28.20	44.648	.630	.880
INATT9	28.13	40.120	.724	.873
IMHY10	28.50	46.328	.261	.891
IMHY11	28.60	41.283	.727	.874
IMHY12	28.83	45.316	.325	.889
IMHY13	28.60	43.559	.701	.877
IMHY14	28.37	43.137	.664	.877
IMHY15	28.03	45.895	.439	.885
IMHY16	28.37	43.895	.515	.882
IMHY17	28.83	43.868	.525	.882

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Item = 10

Alpha = .888

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้น
สำหรับพยาบาล

จากการใช้โปรแกรม SPSS

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item-total Statistic

	Scale Mean If item Deleted	Scale Variance If item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alpha If Item Deleted
AS1	26.37	3.413	.618	.928
AS2	26.33	3.402	.786	.917
AS3	26.30	3.597	.827	.919
AS4	26.40	3.145	.765	.920
AS5	26.33	3.402	.786	.917
AS6	26.33	3.402	.786	.917
AS7	26.37	3.413	.618	.928
AS8	26.30	3.597	.827	.919
AS9	26.37	3.344	.686	.924
AS10	26.30	3.597	.827	.919

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Item = 10

Alpha = .928



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ มี 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น
- 1.2 แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV)(สำหรับผู้ปกครอง)

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 2.1. คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล
- 2.2. แบบประเมินความสามารถการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล



ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1.1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่าง และ กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

1. เพศ ชาย หญิง
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
3. การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ระบุ).....ปี.....เดือน
5. การใช้ยาในปัจจุบัน(ระบุชื่อยา)
ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน
6. การรักษาอื่นๆ ในเด็ก () การศึกษาพิเศษ () การบำบัดด้วยกีฬา
() ดนตรีบำบัด () อื่นๆ
7. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ได้แก่
และการจัดการกับพฤติกรรมที่ผ่านมา ได้แก่

ส่วนที่ 1.2

แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น(SNAP-IV) (Short Form) จำนวน 26 ข้อ

ชื่อจริง.....ชื่อเล่น.....ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น.....วันที่ประเมิน.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการแต่ละข้อตรงกับลักษณะของเด็กอย่างไร


	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
อาการขาดสมาธิ				
1.มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่างๆ เช่น การบ้าน				
2.ทำอะไรนานๆ ไม่ได้				
3.ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย				
4.มักทำการบ้านไม่เสร็จหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ				
5.จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆ ไม่เป็น				
6.มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ				
7.ทำของหายบ่อยๆ (เช่น ของเล่น สมุดจดงาน เครื่องเขียน)				
8.วอกแวกง่าย				
9.ขี้ลืม				
อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น				
10.มือเท้ายุกยิก นั่งบิตไปมา				
11.นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียน หรือจากที่ๆ ควรจะนั่ง				
12.วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ				
13.เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆ ไม่เป็น				
14.พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอเหมือนติดเครื่องอยู่ตลอดเวลา				
15.พูดมาก				
16.มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนที่จะฟังคำถามจบ				
17.ไม่ชอบรอคิว				
18.ชอบสอดแทรกผู้อื่น เช่น ชอบพูดแทรกขณะที่ผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน				

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
อาการต่อต้าน				
19. อารมณ์เสื่อง่าย				
20. ชอบโต้เถียงผู้ใหญ่				
21. ไม่ยอมทำตามผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้				
22. จงใจก่อวุ่นผู้อื่น				
23. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด				
24. ขี้รำคาญ				
25. โกรธบึ้งตึงเป็นประจำ				
26. เจ้าคิดเจ้าแค้น				

ผู้วิจัยเลือกนำผลการประเมินอาการของผู้ดูแลหลักที่ได้จากแบบสอบถามฉบับนี้มาใช้ในการวิจัย เฉพาะอาการขาดสมาธิและอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ตั้งแต่ข้อที่ 1-18 เท่านั้น เนื่องจากข้อที่ 19-26 เป็นการประเมินอาการของโรคเด็กดื้อ(ODD)

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

ส่วนที่ 2.1 คู่มือการเล่นบ๊อบบี้สำหรับพยาบาล



คู่มือการเล่นบ๊อบบี้ สำหรับ “พยาบาล”

จัดทำโดย

นางสาวชัตติยา ยืนยง รหัสนิสิต 5777303036

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(ภาคนอกเวลา)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายงานผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้ การเล่นที่ 1-10

ตารางที่ 9 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้ การเล่นที่ 1 “การสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เด็กสมาธิสั้น”

การเล่นที่/ ชื่อการ เล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
การเล่นที่ 1	1	5	83	ผ่าน	-	-	-
	2	5	83	ผ่าน	-	-	-
“การสร้าง สัมพันธ์ภาพ และให้ ความรู้เด็ก สมาธิสั้น”	3	4	66	ผ่าน	-	-	-
	4	2	33	ไม่ผ่าน	5	83	ผ่าน
*คะแนน เต็ม	5	4	66	ผ่าน	-	-	-
	6	4	66	ผ่าน	-	-	-
6 คะแนน	7	4	66	ผ่าน	-	-	-
	8	2	33	ไม่ผ่าน	4	66	ผ่าน
6 คะแนน	9	5	83	ผ่าน	-	-	-
	10	4	66	ผ่าน	-	-	-
6 คะแนน	11	3	50	ไม่ผ่าน	5	83	ผ่าน
	12	4	66	ผ่าน	-	-	-
6 คะแนน	13	2	50	ไม่ผ่าน	4	66	ผ่าน
	14	2	50	ไม่ผ่าน	5	83	ผ่าน
6 คะแนน	15	6	100	ผ่าน	-	-	-
	16	6	100	ผ่าน	-	-	-
6 คะแนน	17	4	66	ผ่าน	-	-	-
	18	3	50	ไม่ผ่าน	4	66	ผ่าน
6 คะแนน	19	4	66	ผ่าน	-	-	-
	20	4	66	ผ่าน	-	-	-

จากตารางที่ 9 เด็กสมาธิสั้นคนที่ 4,8,11,13,14 และ 18 ไม่สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ในการเล่นรอบแรกเมื่อพิจารณาที่คะแนนแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV)(สำหรับผู้ปกครอง) ซึ่งเป็นข้อมูลอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ได้จากผู้ปกครอง ก่อนได้รับการเล่นบ๊อบบี้ พบว่า

เด็กสมาธิสั้นทั้ง 6 คนที่ไม่สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ของแบบประเมินความสามารถในการเล่นบ๊อบบิ้น จะมีคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV ทั้ง 2 กลุ่มอาการอยู่ในระดับที่สูงกว่าเด็กสมาธิสั้นคนอื่นๆ ที่สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) เด็กสมาธิสั้นคนที่ 4,8,11,13,14 และ 18 มีคะแนน 19,20,21,23,21 และ 21 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive) มีคะแนน 23,10,16,18,14 และ 18 ตามลำดับ แต่เมื่อมีการให้เล่นซ้ำ โดยที่ผู้วิจัยได้ใช้การชี้แนะ(Guidance) และเทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling) อีกครั้ง ซึ่งการชี้แนะนี้เป็นการลดความยากลำบากในการฝึกทักษะและสร้างเสริมทักษะเหล่านี้ จะทำให้เด็กสมาธิสั้นได้เรียนรู้จากการถูกกระตุ้นหรือจากการชี้แนะหรือชี้แนะให้คิด และการที่ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเสนอตัวแบบอีกครั้งนั้นก็เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้เห็นและนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่ายขึ้น(ดุขภู จิงศิริกุลวิทย์, 2557) โดยเทคนิคการเสนอตัวแบบในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 นี้ จะเป็นไปในลักษณะวิธีการแสดงตัวแบบแบบค่อยๆแสดงทีละขั้นตอน โดยจะแบ่งทักษะออกเป็นทักษะย่อยๆ แล้วเสนอไปที่ละทักษะ โดยให้ผู้สังเกตทำได้ตามตัวแบบเสียก่อนจึงค่อยเสนอตัวแบบที่แสดงลักษณะในลำดับถัดไป และให้มีการซักซ้อม 2 ลักษณะ คือ การซักซ้อมในใจ ซึ่งจะเป็นการคิดถึงลักษณะของพฤติกรรมที่จะแสดงออก หลังจากนั้นให้ซักซ้อมโดยการแสดงออก ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้จากการลอกเลียนแบบ เด็กจะจดจำได้ดีขึ้น และสามารถแสดงออกได้ง่ายขึ้น(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) เพื่อให้เด็กสามารถผ่านได้ตามเกณฑ์การประเมิน ซึ่งการส่งเสริมให้เด็กสามารถทำได้จนผ่านตามเกณฑ์การประเมินนั้นเป็นการดำเนินการสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกัน เมื่อเด็กสมาธิสั้นสามารถทำได้สำเร็จเด็กจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(Self-Esteem) ที่เพิ่มขึ้นด้วย โดยการสื่อสารอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมาสื่อสารให้เด็กทราบทั้งข้อมูลทันทีย้อนกลับที่เป็นข้อมูลทางบวกและข้อมูลทางลบ ทำให้มีการพัฒนาการมีคุณค่าในตนเอง(Self-Esteem)อย่างต่อเนื่อง ทำให้เด็กสมาธิสั้นรับรู้จุดเด่นและข้อจำกัดของตนเองได้มากขึ้น(จินตนา ยูนิพันธ์, 2544)

ในการเล่นนี้ยังสังเกตได้ว่า เด็กสมาธิสั้นคนที่ 15 และ 16 ที่ทำคะแนนผ่านได้สูงนั้น คือ เต็มร้อยละ 100 สอดคล้องกับคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV ที่ผู้ปกครองได้ประเมินไว้ คือ อาการขาดสมาธิ(Inattention) มีคะแนนเท่ากับ 8 คะแนนทั้งสองคน และคะแนนไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive) มีคะแนนเท่ากับ 9 และ 11 คะแนน ตามลำดับ จากตารางนี้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า เด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV สูงจะสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการเล่นครั้งนี้ได้ยากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV ต่ำกว่า และส่วนเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนน SNAP-IV อยู่ในระดับกลางผลประเมินความสามารถในการเล่นจะสามารถผ่านไปได้และอยู่ในช่วงร้อยละ 66-83

ตารางที่ 10 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบด การเล่นที่ 2 “จิกซอร์วาเพลิน”

การเล่นที่/ ชื่อการเล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อย ละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำ ครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อย ละ	แปล ผล
การเล่นที่ 2	1	7	77	ผ่าน	-	-	-
การเล่น	2	9	100	ผ่าน	-	-	-
“จิกซอร์วา เพลิน”	3	6	66	ผ่าน	-	-	-
	4	3	33	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	5	6	66	ผ่าน	-	-	-
*คะแนน	6	6	66	ผ่าน	-	-	-
เต็ม 9	7	6	66	ผ่าน	-	-	-
คะแนน	8	4	44	ไม่ผ่าน	7	77	ผ่าน
	9	7	77	ผ่าน	-	-	-
	10	7	77	ผ่าน	-	-	-
	11	3	33	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	12	9	100	ผ่าน	-	-	-
	13	3	33	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	14	4	44	ไม่ผ่าน	7	77	ผ่าน
	15	9	100	ผ่าน	-	-	-
	16	9	100	ผ่าน	-	-	-
	17	7	77	ผ่าน	-	-	-
	18	3	33	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	19	6	66	ผ่าน	-	-	-
	20	8	88	ผ่าน	-	-	-

จากตารางที่ 10 การเล่นที่ 2 นี้จะเป็นการเล่นที่สร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านการรักษา
สภาพ(Maintenance) และการมีสมาธิระยช้วงสั้นๆ(Attention) จากตารางจะสังเกตได้ว่ายังคงเป็น
เด็กสมาธิสั้นกลุ่มเดิม คือ กลุ่มที่มีคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV อยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าคนอื่นๆ ที่ยัง
ไม่สามารถผ่านในการเล่นรอบแรกได้ แต่เมื่อใช้การชี้แนะ(Guidance) และเทคนิคการเสนอตัวแบบ
(Modeling) อีกครั้งเด็กสมาธิสั้นทั้ง 5 คน สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพิจารณาคนที่

2,15 และ 16 พบว่า ทั้ง 3 ราย ผลการประเมินความสามารถในการเล่นอยู่ในระดับที่สูง คือ ผ่านเกณฑ์การประเมินรอบแรกร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนจากแบบสอบถาม SNAP-IV ที่มีคะแนนต่ำกว่าคนอื่น ดังนั้น คะแนน SNAP-IV กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) คนที่ 2,15 และ 16 คือ 12,8 และ 8 ตามลำดับ และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive) คือ 0,9 และ 11 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ผลการประเมินความสามารถในการเล่นบำบัด การเล่นที่ 3 “การเล่นโบว์ลิ่ง”

การเล่นที่/ ชื่อการเล่น	คนที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
การเล่นที่ 3	1	8	66	ผ่าน	-	-	-
	2	10	83	ผ่าน	-	-	-
“โบว์ลิ่ง”	3	8	66	ผ่าน	-	-	-
	4	7	58	ไม่ผ่าน	8	66	-
*คะแนน เต็ม 12	5	7	58	ไม่ผ่าน	9	75	-
คะแนน	6	8	66	ผ่าน	-	-	-
	7	9	75	ผ่าน	-	-	-
	8	8	66	ผ่าน	-	-	-
	9	9	75	ผ่าน	-	-	-
	10	9	75	ผ่าน	-	-	-
	11	6	50	ไม่ผ่าน	9	75	ผ่าน
	12	10	83	ผ่าน	-	-	-
	13	6	50	ไม่ผ่าน	9	75	ผ่าน
	14	5	41	ไม่ผ่าน	8	66	ผ่าน
	15	11	91	ผ่าน	-	-	-
	16	10	83	ผ่าน	-	-	-
	17	9	75	ผ่าน	-	-	-
	18	10	83	ผ่าน	-	-	-
	19	9	75	ผ่าน	-	-	-
	20	8	66	ผ่าน	-	-	-

จากตารางที่ 11 การเล่นที่ 3 เป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านการรักษาสภาพ(Maintenance) ด้านการมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า(Selective Attention) ด้านการควบคุมตนเอง(Self Control) และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) เด็กคนที่ 11,13 และ 14 ยังคงเป็นคนเดิมที่ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในครั้งแรกเนื่องจากคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV ที่สูง ส่วนคนที่ 8 ที่ไม่เคยผ่านในการเล่นที่ 1 และ 2 สามารถผ่านได้ในรอบแรก แสดงว่าเด็กเริ่มมีการเรียนรู้จากการสังเกต การเลียนแบบตัวแบบ และมีการวางแผนเพื่อที่จะให้สำเร็จได้ตามเป้าหมาย ส่วนคนที่ 5 ที่ไม่สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ในรอบแรกนั้น เมื่อดูคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV ประกอบกันจะพบว่ามีความเครียดที่สูงทั้งสองกลุ่มอาการเป็นไปได้ว่า การเล่นครั้งที่ 1-2 นั้นง่ายกว่าการเล่นครั้งที่ 3 เมื่อเด็กได้เล่นการเล่นที่ยากและมีความซับซ้อนมากขึ้น เป็นไปได้ว่าอาจทำให้การนำเอาทักษะที่บกพร่องออกมาใช้ไม่ได้ จึงไม่สามารถผ่านตามเกณฑ์การประเมินในการเล่นครั้งที่ 1 แต่สามารถผ่านได้ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 ด้วยคะแนนร้อยละ 75 ซึ่งถือว่าสูงพอสมควร เมื่อพิจารณาตามพัฒนาการของเด็กอายุ 6-9 ปี สามารถวิเคราะห์เด็กคนที่ 5 และ 8 ได้ว่า เด็กเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยสิ่งแวดล้อมใหม่ก็คือ สิ่งที่ผู้วิจัยได้จัดกระทำผ่านการเล่นบำบัด การที่เด็กเกิดการปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นแสดงให้เห็นว่าเด็กมีการพัฒนาความคิดจากการเรียนรู้ ซึ่งจะเกิดไปพร้อมๆกับการพัฒนาทางด้านร่างกาย ซึ่งการเล่นที่ได้ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) นี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกายที่เป็นไปตามวัยของเด็กอายุ 6-9 ปี ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมทักษะเพื่อพัฒนาทางด้านความคิด โดยให้เกิดการเรียนรู้ผ่านวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรมด้วยการเล่นบำบัด ซึ่งจะช่วยให้เด็กเกิดกระบวนการปรุงแต่ง ด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่นั้นแสดงให้เห็นว่าเด็กมีการพัฒนาทางความคิดเกิดขึ้นด้วย(Piaget, 1962 อ้างถึงใน สุชา จันทรเฒ, 2540) การเล่นบำบัดนี้ยังมีการเลือกใช้อุปกรณ์การเล่นต่างๆ เช่น ลูกบอล จิ๊กซอว์ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการถ่ายทอดการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมต่อเด็กวัยนี้ด้วย นอกจากนั้นผู้วิจัยให้ใช้เทคนิคการให้แรงเสริมบวกอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การปรบมือ การชมเชย และการให้เกีบดาวดาว เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเข้าใจ เห็นภาพได้ชัดเจนว่าผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นไปในทางที่ดีนั้น สิ่งที่ได้กลับมาคืออะไรโดยที่เด็กสามารถเห็น สัมผัสได้ เป็นต้น

ตารางที่ 12 ผลการประเมินความสามารถการเล่นที่ 4 “การเล่นทายสี ฉันทคืออะไร”

การเล่นที่/ ชื่อการเล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปลผล	
การเล่นที่ 4 การเล่น“ ทายสี ฉันท คืออะไร”	1	9	100	ผ่าน	-	-	-	
	2	9	100	ผ่าน	-	-	-	
	3	7	77	ผ่าน	-	-	-	
	4	6	66	ผ่าน	-	-	-	
	5	7	77	ผ่าน	-	-	-	
	*คะแนน เต็ม	6	6	66	ผ่าน	-	-	-
	7	6	66	ผ่าน	-	-	-	
	9	8	88	ผ่าน	-	-	-	
	คะแนน	9	8	88	ผ่าน	-	-	-
	10	7	77	ผ่าน	-	-	-	
	11	6	66	ผ่าน	-	-	-	
	12	8	88	ผ่าน	-	-	-	
	13	5	55	ไม่ผ่าน	8	88	ผ่าน	
	14	6	66	ผ่าน	-	-	-	
	15	9	100	ผ่าน	-	-	-	
	16	9	100	ผ่าน	-	-	-	
	17	7	77	ผ่าน	-	-	-	
	18	7	77	ผ่าน	-	-	-	
	19	6	66	ผ่าน	-	-	-	
	20	7	77	ผ่าน	-	-	-	

จากตารางที่ 12 การเล่นที่ 4 จะเป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ (Sustained Attention) ด้านความจำ(Working Memory) และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนมากถึงร้อยละ 95 สามารถผ่านการเล่นนี้ ผู้วิจัยสังเกตว่าในช่วงของการเล่นนี้ เด็กสมาธิสั้นมีความสนใจการเล่นนี้มากกว่าการเล่นที่ผ่านมานี้เนื่องจากเป็นการเล่นที่ใช้ตัวต่อรูปไดโนเสาร์ ไดโนเสาร์มีขนาดตัวที่ใหญ่

พอสโมสร เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองเป็นเด็กผู้ชายถึง 18 คน เป็นไปได้ว่าความสนใจในการเล่นตามเพศและพัฒนาการนั้นช่วยส่งเสริมให้เด็กมีสมาธิในการเล่นที่เป็นไปตามเป้าหมายมากขึ้น ส่วนเด็กสมาธิสั้นคนที่ 13 ถึงแม้ว่าจะไม่ผ่านในรอบแรกแต่เมื่อเล่นซ้ำสังเกตได้ว่า เด็กมีคะแนนความสามารถในการเล่นเมื่อเล่นซ้ำอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 88

ตารางที่ 13 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบำบัด การเล่นที่ 5 “ลูกบอลหรรษา”

การเล่นที่/ ชื่อการ เล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
การเล่นที่	1	6	66	ผ่าน	-	-	-
5	2	6	66	ผ่าน	-	-	-
การเล่น	3	6	66	ผ่าน	-	-	-
“ลูกบอล	4	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
หรรษา”	5	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	6	6	66	ผ่าน	-	-	-
*คะแนน	7	6	66	ผ่าน	-	-	-
เต็ม	8	4	44	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
9 คะแนน	9	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	10	4	44	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	11	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	12	6	66	ผ่าน	-	-	-
	13	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	14	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	15	7	77	ผ่าน	-	-	-
	16	8	88	ผ่าน	-	-	-
	17	6	66	ผ่าน	-	-	-
	18	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	19	5	55	ไม่ผ่าน	6	66	ผ่าน
	20	8	66	ผ่าน	-	-	-

จากตารางที่ 13 การเล่นที่ 5 จะเป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านการจัดการ อย่างเป็นระบบ (Organization) ด้านความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ด้านการควบคุม ตนเอง(Self Control) และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) เป็นที่น่าสังเกตได้ว่า การเล่นครั้งนี้มีเด็กสมาธิสั้นที่สามารถผ่านได้เพียงร้อยละ 50 เท่านั้น จากการวิเคราะห์ห่าจ เนื่องจากจากการเป็นการเล่นที่ยุ่ยากและซับซ้อนมากขึ้นและต้องยังมีการใช้ทักษะที่เด็กสมาธิสั้นบกพร่อง ในการนำมาใช้หลายๆด้านพร้อมๆ กัน ทำให้เด็กสมาธิสั้นจำนวนมากไม่สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์ ประเมินที่กำหนดไว้ได้ในครั้งแรก และเมื่อพิจารณาเด็กสมาธิสั้นคนที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินควบคู่ กับคะแนนของแบบสอบถาม SNAP-IV พบว่าเด็กสมาธิสั้นทุกรายที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินนั้นจะมี คะแนนที่สูงกว่าจุดตัดของแบบสอบถามนี้ทั้งสองกลุ่มอาการหรืออย่างน้อยกลุ่มอาการใดกลุ่มอาการ หนึ่ง คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิจะมีจุดตัดที่ 16 และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นจะมีจุดตัดที่ 14 โดยคะแนนแบบสอบถามSNAP-IV กลุ่มอาการขาดสมาธิสั้น(Inattention) ของเด็กสมาธิสั้นคนที่ 4,5,8,9,10, 11,13,14,18 และ 19 คือ 19,19,20,17,17,21,23,21,21และ18 ตามลำดับ ส่วน คะแนนกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsive) คือ 23,14,10,17,15,16, 18,14,18 และ 10 ตามลำดับ และสังเกตได้ว่าเด็กสมาธิสั้นที่สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์การประเมิน นั้นจะมีคะแนนร้อยละที่ผ่านอยู่ในช่วงร้อยละ 66 ถึง 8 ราย จากคนที่ผ่าน 10 ราย โดยอีก 2 รายนั้น คือ คนที่ 15 และ 16 ที่ คือ ได้คะแนนร้อยละ 77 และ 88 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าคะแนนร้อยละที่ผ่าน เกณฑ์การประเมินนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

สอดคล้องกับการทบทวนในวรรณกรรมที่พบว่าโรคสมาธิสั้นในเด็กเกิดจากการที่กระบวนการ บริหารจัดการบกพร่อง(Executive Dysfunction) ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการทั้ง 2 กลุ่ม อาการ เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นจะไม่สามารถนำเอาทักษะต่างๆ ที่บกพร่องออกมาใช้ได้เมื่อต้องเผชิญ กับสถานการณ์จริง จากการเล่นนี้แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า เมื่อเด็กต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องใช้ ทักษะต่างๆ ที่บกพร่องหลายๆด้าน พร้อมๆกันนั้น เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะไม่สามารถผ่านตามเกณฑ์ การประเมินได้ในครั้งแรก แต่เมื่อมีการชี้แนะ(Guidance) และเทคนิคเสนอตัวแบบ(Modeling) เพื่อให้เกิดการสังเกตพฤติกรรมและมีการเลียนแบบอีกครั้งจึงสามารถทำได้และผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ซึ่งการชี้แนะ(Guidance) และเทคนิคเสนอตัวแบบ(Modeling) นี้จะช่วยลดความยากใน การเรียนรู้ ผักฝนทักษะต่างๆ ที่บกพร่องได้ง่ายขึ้น ดังที่กล่าวไว้ในช่วงท้ายของตารางที่ 3

ตารางที่ 14 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบ๊อบบี้ การเล่นเกมที่ 6 “การเล่นจำขึ้นใจ”

การเล่นที่/ ชื่อการ เล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
การเล่นที่ 6 การเล่น “จำขึ้นใจ” *คะแนน เต็ม 6 คะแนน	1	5	83	ผ่าน	-	-	-
	2	6	100	ผ่าน	-	-	-
	3	6	100	ผ่าน	-	-	-
	4	5	83	ผ่าน	-	-	-
	5	5	83	ผ่าน	-	-	-
	6	6	100	ผ่าน	-	-	-
	7	6	100	ผ่าน	-	-	-
	8	4	66	ผ่าน	-	-	-
	9	6	100	ผ่าน	-	-	-
	10	6	100	ผ่าน	-	-	-
	11	3	50	ไม่ผ่าน	6	100	ผ่าน
	12	4	66	ผ่าน	-	-	-
	13	3	50	ไม่ผ่าน	6	100	ผ่าน
	14	4	66	ผ่าน	-	-	-
	15	6	100	ผ่าน	-	-	-
	16	6	100	ผ่าน	-	-	-
	17	4	66	ผ่าน	-	-	-
	18	3	50	ไม่ผ่าน	6	100	ผ่าน
	19	4	66	ผ่าน	-	-	-
	20	4	66	ผ่าน	-	-	-

จากตารางที่ 14 การเล่นเกมที่ 6 เป็นการ เล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทน การมีสมาธิ(Sustained Attention) และด้านความจำ(Working Memory) สังเกตได้ว่าในสัปดาห์ที่ 2 การเล่นเกมที่ 6 นี้ เด็กสมาธิสั้นที่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินมีมากขึ้นถึง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 โดยคะแนนที่ผ่านส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับสูงอีกด้วย คือ คะแนนร้อยละ 100 มีถึง 8 ราย และร้อยละ 83 มี 3 ราย และร้อยละ 66 มี 5 ราย โดยเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินได้

ในการเล่นรอบแรก 3 รายนั้นเป็นคนที่ 11,13 และ 18 ที่มีคะแนนกลุ่มอาการขาดสมาธิอยู่ในระดับสูง คือ 21,23 และ 21 ตามลำดับ เมื่อเล่นซ้ำครั้งที่ 2 สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินได้และมีคะแนนร้อยละอยู่ในระดับที่สูงเท่ากันทั้ง 3 คน คือ ร้อยละ 100 จากการสังเกตเป็นไปได้อย่างดีว่าการเล่นครั้งที่ 6 นี้ ยังอยู่ในระดับที่ง่าย และมีการใช้ทักษะที่บกพร่องเพียง 2 ด้านเท่านั้น จึงทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถผ่านไปได้อย่างง่ายดายตายจำนวนหลายคน

ตารางที่ 15 ผลการประเมินความสามารถในการเล่นบำบัด การเล่นที่ 7 “ช่วยกันคิดช่วยกันทำ”

การเล่นที่/ ชื่อการเล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อย ละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อย ละ	แปล ผล
การเล่นที่ 7	1	8	66	-	-	-	-
	2	10	83	-	-	-	-
“ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ”	3	6	50	ไม่ผ่าน	8	66	ผ่าน
	4	8	66	ผ่าน	-	-	-
	5	8	66	ผ่าน	-	-	-
*คะแนน เต็ม	6	8	66	ผ่าน	-	-	-
	7	9	75	ผ่าน	-	-	-
12 คะแนน	8	8	66	ผ่าน	-	-	-
	9	9	75	ผ่าน	-	-	-
	10	8	66	ผ่าน	-	-	-
	11	9	75	ผ่าน	-	-	-
	12	9	75	ผ่าน	-	-	-
	13	6	50	ไม่ผ่าน	8	66	ผ่าน
	14	8	66	ผ่าน	-	-	-
	15	9	75	ผ่าน	-	-	-
	16	9	75	ผ่าน	-	-	-
	17	8	66	ผ่าน	-	-	-
	18	8	66	ผ่าน	-	-	-
	19	9	75	ผ่าน	-	-	-
	20	9	75	ผ่าน	-	-	-

ตารางที่ 15 การเล่นที่ 7 จะเป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมทักษะด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ (Organization) ด้านการควบคุมตนเอง(Self-Control) และด้านการควบคุมอารมณ์หุนหันพลันแล่น (Impulsive) รวมทั้งส่งเสริมการทำงานร่วมกับผู้อื่น(Cooperation) จากตารางมีเด็กสมาธิสั้นเพียง 2 รายเท่านั้น ที่ไม่สามารถผ่านการเล่นในรอบแรกได้และเป็นรายเดิมที่มีคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV สูงทั้ง 2 กลุ่มอาการ เป็นที่น่าสังเกตได้ว่าการเล่นครั้งนี้ เด็กสมาธิสั้นสามารถผ่านรอบแรกได้ถึง 18 คน แม้ว่าจะเป็นการเล่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นและมีการใช้ทักษะหลายด้านพร้อมกันก็ตาม เป็นไปได้ว่าเด็กสมาธิสั้นเริ่มมีการเรียนรู้ที่จะพัฒนาทักษะและสามารถนำเอาทักษะที่บกพร่องเหล่านี้ ออกมาใช้ได้มากขึ้น เมื่อวิเคราะห์ตามวรรณกรรมที่ได้ทบทวนมานั้นมีความสอดคล้องกับผลการเล่น จากการประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้นครั้งนี้ นั่นก็คือ เมื่อเด็กเกิดการเรียนรู้จะมีการพัฒนาความคิดไปพร้อมกับร่างกาย ซึ่งการพัฒนาความคิดนั้นแสดงออกมาจากการที่เด็กสามารถปรับตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้สามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งสิ่งแวดล้อมใหม่ก็คือ การเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นมาเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้โดยมีการถ่ายโยงการเรียนรู้ผ่านวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม(Piaget, 1962 อ้างถึงใน สุชา จันทร์เอม, 2540)

ดังนั้นในการเล่นที่ 7 เป็นไปได้อย่างยิ่งว่าการที่เด็กสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการเล่นได้ตั้งแต่รอบแรกถึง 19 คนนั้น เป็นเพราะเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เกิดการเรียนรู้ในการที่จะนำเอาทักษะที่จำเป็นต่อสถานการณ์ต่างๆ มาใช้ได้มากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดการเล่นบำบัดของ Ebrahim et al.(2013) ได้เชื่อว่าการลดอาการของเด็กสมาธิสั้นนั้นไม่ใช้การใช้ยาเพียงอย่างเดียว หรือการจำกัดเด็กไว้ในกฎกติกาแต่ต้องเป็นการสอนให้เด็กสมาธิสั้นรู้ว่า จะต้องเผชิญปัญหากับสถานการณ์เหล่านั้นอย่างไร ซึ่ง Ebrahim et al. (2013) เชื่อว่าการฝึกฝนทักษะที่บกพร่องต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของกลไกการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้นด้วยการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิค CBT อย่างต่อเนื่องนั้นจะส่งผลให้อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 16 ผลการประเมินความสามารถในการเล่นบ๊อบบี้ การเล่นที่ 8 “เขาวงกต”

การเล่นที่/ ชื่อการ เล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
การเล่นที่	1	7	77	ผ่าน	-	-	-
8	2	8	88	ผ่าน	-	-	-
การเล่น	3	6	66	ผ่าน	-	-	-
“เขา	4	5	55	ไม่ผ่าน	7	-	ผ่าน
วังกต”	5	6	66	ผ่าน	-	-	-
	6	6	66	ผ่าน	-	-	-
*คะแนน	7	6	66	ผ่าน	-	-	-
เต็ม	8	6	66	ผ่าน	-	-	-
9 คะแนน	9	6	66	ผ่าน	-	-	-
	10	6	66	ผ่าน	-	-	-
	11	6	66	ผ่าน	-	-	-
	12	6	66	ผ่าน	-	-	-
	13	4	44	ไม่ผ่าน	7	-	ผ่าน
	14	6	66	ผ่าน	-	-	-
	15	9	100	ผ่าน	-	-	-
	16	9	100	ผ่าน	-	-	-
	17	7	77	ผ่าน	-	-	-
	18	5	55	ไม่ผ่าน	8	-	ผ่าน
	19	6	66	ผ่าน	-	-	-
	20	6	66	ผ่าน	-	-	-

จากตารางที่ 16 การเล่นที่ 8 นี้จะเป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ(Sustained Attention) ด้านการมีสมาธิคัดเลือกสิ่งเร้า(Selective Attention) ด้านการควบคุมตนเอง(Self-Control) ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) จากตารางที่ 10 จะสังเกตเห็นได้ว่ามีเด็กสมาธิสั้นเพียง 3 รายเท่านั้น ที่ไม่สามารถผ่านการเล่นในรอบแรกได้และเป็นรายเดิมที่มีคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV

สูงทั้ง 2 กลุ่มอาการ และมีเด็กสมาธิสั้นสามารถผ่านรอบแรกได้ถึง 17 คน แม้ว่าจะเป็นการเล่นที่มีความยากและซับซ้อนและมีใช้ทักษะหลายด้านพร้อมกันก็ตาม เป็นไปได้ว่าเด็กสมาธิสั้นเริ่มมีการเรียนรู้และมีการพัฒนาทักษะและสามารถนำเอาทักษะเหล่านี้ออกมาใช้ได้มากยิ่งขึ้น สามารถวิเคราะห์ได้เช่นเดียวกับการเล่นที่ 7

ตารางที่ 17 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบำบัด การเล่นที่ 9 “การเล่นใบ้คำ”

การเล่นที่/ ชื่อการ เล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
การเล่นที่ 9	1	7	77	ผ่าน	-	-	-
	2	8	88	ผ่าน	-	-	-
การเล่น “ใบ้คำ”	3	7	77	ผ่าน	-	-	-
	4	6	66	ผ่าน	-	-	-
*คะแนน เต็ม	5	6	66	ผ่าน	-	-	-
	6	7	77	ผ่าน	-	-	-
9 คะแนน	7	7	77	ผ่าน	-	-	-
	8	7	77	ผ่าน	-	-	-
	9	6	66	ผ่าน	-	-	-
	10	7	77	ผ่าน	-	-	-
	11	7	77	ผ่าน	-	-	-
	12	7	77	ผ่าน	-	-	-
	13	5	55	ไม่ผ่าน	7	77	ผ่าน
	14	6	66	ไม่ผ่าน	-	-	-
	15	9	100	ผ่าน	-	-	-
	16	8	88	ผ่าน	-	-	-
	17	6	66	ผ่าน	-	-	-
	18	5	55	ไม่ผ่าน	8	88	ผ่าน
	19	7	77	ผ่าน	-	-	-
	20	8	88	ผ่าน	-	-	-

ตารางที่ 17 การเล่นที่ 9 เป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทนการมีสมาธิ(Sustained Attention) ด้านความจำ(Working Memory) ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) ด้านการควบคุมตนเอง(Self-Control) และด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น(Impulsive) จากตารางที่ 11 จะสังเกตเห็นได้ว่าเด็กสมาธิสั้นคนที่ 4 ในการเล่นครั้งนี้สามารถผ่านได้ตามเกณฑ์การประเมินตั้งแต่รอบแรกทั้งที่การเล่นก่อนหน้านี้ไม่สามารถผ่านได้ เป็นไปได้ว่าเด็กสมาธิสั้นรายที่ 4 เริ่มจะมีการเรียนรู้และมีการพัฒนาความสามารถในการนำเอาทักษะที่บกพร่องเหล่านั้นออกมาใช้ได้มากขึ้นกว่าการเล่นครั้งที่ผ่านๆ มา

ตารางที่ 18 ผลการประเมินความสามารถการเล่นบำบัด การเล่นที่ 10 “Sing-a-song มาร้องเพลงกัน”

การเล่นที่/ ชื่อการ เล่น	คน ที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนนความสามารถ ในการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
การเล่นที่ 10 การเล่น “Sing-a- song มา ร้องเพลง กัน” *คะแนน เต็ม 9 คะแนน	1	8	88	ผ่าน	-	-	-
	2	9	100	ผ่าน	-	-	-
	3	8	88	ผ่าน	-	-	-
	4	6	66	ไม่ผ่าน	-	-	-
	5	6	66	ผ่าน	-	-	-
	6	6	66	ผ่าน	-	-	-
	7	7	77	ผ่าน	-	-	-
	8	6	66	ผ่าน	-	-	-
	9	6	66	ผ่าน	-	-	-
	10	6	66	ผ่าน	-	-	-
	11	7	77	ผ่าน	-	-	-
	12	8	88	ผ่าน	-	-	-
	13	5	55	ไม่ผ่าน	7	77	ผ่าน
	14	6	66	ผ่าน	-	-	-
	15	9	100	ผ่าน	-	-	-
	16	9	100	ผ่าน	-	-	-
	17	6	66	ผ่าน	-	-	-

คนที่	คะแนน ความสามารถใน การเล่นครั้งที่ 1	ร้อยละ	แปล ผล	คะแนน ความสามารถใน การเล่นซ้ำครั้งที่ 2 (กรณีไม่ผ่านครั้งที่ 1)	ร้อยละ	แปล ผล
18	5	55	ไม่ผ่าน	7	77	ผ่าน
19	6	66	ผ่าน	-	-	-
20	9	100	ผ่าน	-	-	-

จากตารางที่ 18 การเล่นที่ 10 เป็นการเล่นเพื่อสร้างเสริมและพัฒนาทักษะด้านความคงทน การมีสมาธิ(Sustained Attention) ด้านความจำ(Working Memory) และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ(Organization) จากตารางสังเกตได้ว่ามีเด็กสมาธิสั้นเพียง 2 รายเท่านั้น ที่ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในการเล่นครั้งที่ 1 ได้และเป็นรายเดิมที่มีคะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV สูงทั้ง 2 กลุ่มอาการแต่สามารถผ่านได้เมื่อทำการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 โดยการชี้แนะ(Guidance) และเทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling) จากการเล่นบำบัดทั้ง 10 ครั้งและจากผลการรายงานการประเมินความสามารถในการเล่นทั้ง 10 การเล่น ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่าเด็กสมาธิสั้นรายที่มีคะแนนของแบบสอบถาม SNAP-IV อยู่ในระดับสูงนั้น จะมีความยากลำบากในการผ่านเกณฑ์การประเมินความสามารถในการเล่นบำบัดมากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนของแบบสอบถาม SNAP-IV อยู่ในระดับต่ำ แต่เมื่อใช้การชี้แนะ(Guidance) และเทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling) ในเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินเพื่อดำเนินการเล่นอีกครั้งนั้น การชี้แนะ(Guidance) และเทคนิคการเสนอตัวแบบ(Modeling) จะช่วยลดความยากในการนำทักษะที่บกพร่องออกมาใช้ได้ง่ายขึ้น และยังทำให้เด็กสมาธิสั้นเรียนรู้ได้จากการกระตุ้นหรือชี้แนะให้คิดและการเห็นต้นแบบเพื่อเลียนแบบในการนำไปใช้นั้น จนทำให้สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินการเล่นซ้ำครั้งที่ 2 ได้ ส่วนเด็กสมาธิสั้นอีก 18 คน ที่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินได้ในการเล่นครั้งที่ 1 โดยไม่ต้องเล่นซ้ำครั้งที่ 2 นั้น วิเคราะห์ว่าเป็นเพราะเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเริ่มมีการเรียนรู้ การพัฒนาการทางด้านความคิดที่จะแสดงออกมาทางด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ได้ว่า เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาทักษะที่เกิดจากการสร้างเสริมฝึกฝนจนสามารถนำเอาทักษะที่บกพร่องต่างๆ ออกมาใช้ได้มากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ 2.1)
(Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการเล่นบ๊อบบี้ต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชัตติยา ยืนยง นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 61 ซ.สุขุมวิท 19 ต.ปากน้ำ

อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทรศัพท์ (มือถือ) 093-9461945

e-mail address : kattiya2net@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านต้องทำความเข้าใจงานวิจัยนี้ ว่าทำเพราะเหตุใดและเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของผลของการเล่นบ๊อบบี้ต่ออาการของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ก่อนและหลังได้รับการเล่นบ๊อบบี้และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบ๊อบบี้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ในการลดอาการของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ร่วมกับการใช้ยาและการพยาบาลตามปกติที่ได้รับตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน การเล่นบ๊อบบี้ดำเนินการทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ นัดหมาย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 4 ชั่วโมง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการทำการวิจัย คือ เนื่องจากเป็นการเล่นบ๊อบบี้แบบกลุ่ม ดังนั้นเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มอาจจะเกิดความขัดแย้งกันเนื่องจากอาการที่เป็นปัญหาพฤติกรรม เช่น ชน ไม่นิ่ง รอคอยไม่ได้ หุนหันพลันแล่น เป็นต้น ทำให้การดำเนินการนั้นเกิดความยากลำบากหรือไม่สามารถได้สำเร็จตามเวลา ผู้วิจัยได้ป้องกัน ด้วยการกำหนดกติกากลุ่ม 5 ข้อ เพื่อให้สามารถดำเนินการเล่นบ๊อบบี้ในแต่ละครั้งได้สำเร็จ มีความสงบเรียบร้อย และเกิดความปลอดภัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดให้มีผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งทั้ง 2 ท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำการวิจัยและดูแลด้านความปลอดภัยด้านต่าง

หากท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวชัตติยา ยืนยง หมายเลขโทรศัพท์ 093-9461945 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องของท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โทร. 0-2384-3381



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชัตติยา ยืนยง

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 61 ซ. สุขุมวิท19 ต.ปากน้ำ

อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270

โทรศัพท์ (มือถือ) 093-9461945 e-mail address: kattiya2net@gmail.com

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัย เรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียด ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เบอร์โทร. 0-2384-3381 ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวชัตติยา ยืนยง)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก จ
ผลการพิจารณาจริยธรรม





หมายเลขผู้ขอทำวิจัย
๑๑ / ๖๐
(ที่เข้าประชุม)

๖๑ ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

โทร. ๐๒ ๓๘๔ ๓๓๘๑-๓ ต่อ ๓๒๑๐๖
โทรสาร. ๐๒ ๓๘๐ ๐๖๔๖

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
เอกสารรับรองโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ผลของการเล่นน้ำบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นวัยเด็กตอนกลาง

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) The effect of play therapy on symptoms of attention

deficit hyperactivity disorder among middle childhood age 6-9 years

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางสาวชัตติยา ยืนยง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เอกสารที่รับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย
๒. เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet)
๓. หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent)
๔. โครงร่างวิทยานิพนธ์
๕. เครื่องมือวิจัย
๖. คู่มือการเล่นน้ำบำบัด สำหรับผู้ปกครอง

วันหมดอายุ : ๒๖ เมษายน ๒๕๖๑

คณะกรรมการจริยธรรมการในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in good Clinical Practice (ICH - GCP)

ลงนาม.....

(นางรินสุข งามงามสกุลมัน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย

(๒๖ เมษายน ๒๕๖๐)
วันที่

ลงนาม.....

(นางสาวรัชนิ ฉลองเกียรติกุล)


ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

(๒๖ เมษายน ๒๕๖๐)
วันที่

หลักเกณฑ์การพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

ข้อพิจารณา	วิธีการพิจารณา	ผลการ		หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
๑.ผู้วิจัย ชื่อ				
๑.๑ มีความรู้ในเรื่องที่ทำวิจัย	ประวัติ/การทบทวนเอกสาร			
๑.๒ มีความสามารถในการทำวิจัย	ประสบการณ์/ผลงาน			
๑.๓ มีความสามารถแก้ปัญหาที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยในระหว่างการทำวิจัย	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๑.๔ มีการชี้แจงการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๒.วิธีการวิจัย				
๒.๑ เสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๒.๒ เตรียมการป้องกัน แก้อันตรายที่อาจเกิดขึ้น	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๒.๓ มีแพทย์ หรือมีเจ้าหน้าที่(พยาบาล)ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๓.ความจำเป็นและประโยชน์การวิจัย				
๓.๑ จำเป็นต้องทำในมนุษย์	ประโยชน์/วัตถุประสงค์			
๓.๒ ให้ความรู้ใหม่	ประโยชน์/วัตถุประสงค์			
๓.๓ เป็นประโยชน์แก่มวลมนุษย์	ประโยชน์/วัตถุประสงค์			
๓.๔ ผลสัมฤทธิ์เชิงวิชาการ	ประโยชน์/วัตถุประสงค์			
๔.ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อ				
๔.๑ ผู้เข้าร่วมวิจัย	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๔.๒ ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๔.๓ สถาบัน	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๔.๔ ประเทศชาติ	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๔.๕ สิ่งแวดล้อมและชุมชน	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๕.ผู้เข้าร่วมการวิจัย				
๕.๑ เอกสาร คำชี้แจงชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย และผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงจนเข้าใจ	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๕.๒ หนังสือยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย ครอบคลุมสิทธิของผู้ยินยอมตน	ดูรายละเอียดหนังสือยินยอม			
๕.๓ มีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ	ดูรายละเอียดการวิจัย			
๕.๔ ได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ	ดูรายละเอียดการวิจัย			

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ประจำแผนกจิตเวช โรงพยาบาลนภลัย

จังหวัดสมุทรสงคราม

วันที่.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชัตติยา ยืนยง เกิดเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2525 ที่ ต.บ้านบัว อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2548 และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

