



ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี

The Effect of Play Therapy on Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Aged 6 – 9 Years

ขัตติยา ยืนยง* จินตนา ยูนิพันธุ์**

Kattiya Yuenyong,* Jintana Yunibhand**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: kattiya2net@gmail.com

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 - 9 ปี ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน และสุ่มเข้าสู่วิจัยโดยการจับคู่ ให้มีความเท่าเทียมกันของอายุและเพศ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดที่มีการจัดลำดับการเล่นจากง่ายไปยากโดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น 2) แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-IV) 3) คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล 4) แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินความสามารถในการเล่นบำบัด เท่ากับ 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติทดสอบ ใช้ paired T test และใช้ T independence พบว่า

1. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการบำบัดแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.358$)

2. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังจากได้รับการบำบัดด้วยการเล่นแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.499$)

Received: April 22, 2019; Revised: August 8, 2019; Accept: August 29, 2019

คำสำคัญ : อาการของเด็กสมาธิสั้น การเล่นบำบัด

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare symptoms of 6 - 9 year old Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children (ADHA), 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 Yuwprasartwaithayopatum 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 0.89 and 0.93, 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 that before, at the .05 level ($t = 13.358$).

2. The mean score of symptoms of ADHA among children who received play therapy was significantly from symptoms of ADHA among children who received usual nursing care, at the .05 level ($t = 4.499$).

Keywords : symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), play therapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปีงบประมาณ 2556-2559 เมื่อคิดเป็นจำนวนรายครั้ง คือ 15,242 15,109 13,073 และ 11,709 ครั้ง ตามลำดับ เมื่อคิดเป็นจำนวนคน คือ 2,556 2,588 2,469 และ 2,390 คน ตามลำดับ เป็นเด็กสมาธิสั้น

ที่มีอายุระหว่าง 6-9 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเรียน เข้ารับบริการมากที่สุด คือ 1,100 1,180 1,112 และ 1,082 คนตามลำดับ เด็กสมาธิสั้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียน จะวอกแวกง่าย ไม่สามารถนั่งทำงานหรือการบ้านได้สำเร็จ ซึ่งจะทำให้มีปัญหาด้านการเรียนตามมา โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุ 6 - 9 ปี จะเป็นช่วงที่มีความสำคัญของการเริ่มต้นใหม่ของเด็กเพราะเป็นระยะที่เด็กจะต้องเข้าโรงเรียนซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต เด็กจะมี

การปรับตัวมากขึ้น การได้ฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม จะทำให้เด็กปรับตัวได้ง่าย เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการพัฒนาทุกด้าน เพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ วัยนี้จึงเป็นวัยที่ผู้ใหญ่ควรเอาใจใส่เป็นพิเศษ หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ช่วงวัยเรียน อาจส่งผลให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อยาเสพติด ต่อต้านสังคม เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากขาดการควบคุมทางอารมณ์ และในขณะเดียวกันหากได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องร้อยละ 30 จะสามารถเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

อาการของเด็กสมาธิสั้น คือ ความผิดปกติทาง ด้านพฤติกรรมที่มีมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นสูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม¹ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive)² หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ช่วงวัยเรียนอาจส่งผลทำให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อยาเสพติด ต่อต้านสังคม เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากขาดการควบคุมทางอารมณ์³ แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าร้อยละ 30 หากได้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง เด็กสมาธิสั้นจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ^{4,5} แนวทางการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย เป็นแบบ Muti-Modify Approach ซึ่งเป็นการรักษาที่มีการผสมผสานระหว่างการให้ยา และ Psychosocial Intervention⁵ ซึ่งพบว่าการใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดนั้นนับว่าเป็นวิธีที่มี

ประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด แต่ก็ไม่สามารถควบคุมอาการของเด็กสมาธิสั้นได้ทั้งหมด^{6,7} จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า การเล่นบำบัดสามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,8-11} การเล่นบำบัดนับว่าเป็นการรักษาแบบ Psychosocial intervention วิธีการหนึ่งเนื่องจากการเล่นบำบัดอยู่บนความจริงของการเล่นที่ว่า เป็นเครื่องมือตามธรรมชาติของเด็ก เด็กจึงลดแรงต้านที่เกิดจากการบำบัดแบบทั่วไป การเล่นเป็นการแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก เป็นโอกาส ให้เด็กแสดงออกถึงความรู้สึกและปัญหา เช่นเดียวกับรูปแบบการบำบัดผู้ใหญ่ที่เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกต่างๆ¹²

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการบำบัดแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัด
2. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังจากเข้ารับการบำบัดด้วยการเล่นแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

อาการของเด็กสมาธิสั้นมาจากสมมติฐานที่ว่า เป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วน Prefrontal cortex ที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการบกพร่อง (Executive dysfunction)^{6,13-15} ซึ่งความบกพร่องนี้เองที่เป็นกลไกการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ การไม่สามารถนำเอาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการรักษาสภาพ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น และด้านการควบคุมตนเอง มาใช้ได้เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์จริง^{8,13,14} แต่จากแนวคิดที่เชื่อว่า เป้าหมายสูงสุดของการบำบัดอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ การที่เด็กสมาธิสั้นมีความสามารถที่จะเอาชนะปัญหาที่จะต้องเผชิญได้ตลอดช่วงชีวิต โดยการสอนวิธีการเพื่อพัฒนาทักษะหรือพัฒนาความสามารถให้เด็กสมาธิสั้นได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม⁸ เทคนิคของ CBT (Cognitive behavior therapy) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา (Cognitive restructuring) กลุ่มที่เน้นการบำบัดเพื่อแก้ปัญหา (Problem solving therapy) และกลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill therapy) ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาในสภาพต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ebrahim ที่พบว่า การเล่นเกมที่ใช้เทคนิค CBT สามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 7 - 9 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี โดยเลือกใช้องค์ประกอบพื้นฐานและเทคนิคของ CBT ที่เน้นการพัฒนาทักษะต่างๆ เทคนิคที่เลือกใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling technique) ซึ่งเป็นปัจจัยด้าน

จิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive psychology) เป็นขบวนการเรียนรู้จากการสังเกต เป็นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้เรียนรู้โน้ตทัศน์ที่ซับซ้อนหรือยากๆ ได้ดีและเร็ว¹⁶ และเทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency technique) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลมาจากผลกระทบของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมได้รับผลกระทบที่เป็นแรงเสริมบวก พฤติกรรมก็มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็ลดลงหรือยุติในอนาคต¹⁷ การเล่นเกมที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับความคิดและสติปัญญาของเด็กช่วงอายุ 6 - 9 ปี คือ เด็กจะมีการถ่ายโยงการเรียนรู้ ที่เป็นปัญหาหรือเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับพัฒนาการที่ว่าเด็กวัยนี้ไม่ได้เกิดมาพร้อมความรู้และความคิด แต่จะเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัวและพัฒนาความคิดไปพร้อมกับพัฒนาร่างกายตามลำดับขั้นตอน โดยความคิดจะหมายถึง การที่บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม มีความสามารถในการที่จะตัดแปลงความคิดและการแสดงออกของตนได้ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ เด็กอายุ 6 - 9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V และเข้ารับการรักษานในหน่วยงานหอผู้ป่วยนอก สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีทั้งหมด 5 โรงพยาบาล แล้วทำการสุ่มแบบจับฉลากได้ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2559 โดยมีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นรวมทั้งสิ้น 1,082 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้อ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมีทั้งสิ้น 40 คน¹⁸ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้มาจากการสุ่ม คือ เป็นเด็กอายุ 6 - 9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 และมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เด็กอายุ 6 - 9 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น 2) ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวทางกายและสมอง 3) ได้รับยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้นตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปหรือไม่ได้รับยาแต่อยู่ในระยะอาการสงบสามารถไปโรงเรียนและใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วย ในนับตั้งแต่เข้ารับการรักษาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2559- เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 และ 4) ผู้ดูแลหลักยินดีให้บุตรหรือเด็กเข้าร่วมเข้าร่วมจนสิ้นสุดการวิจัย

≡ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการ ≡ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบ สอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ วัน เดือน ปี เกิด อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ชื่อยาที่ใช้ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่เข้ายา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กและการจัดการกับพฤติกรรม แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็ก

และวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.0

1.2 แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (ผู้ปกครอง) (SNAP-IV) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham และได้มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร ซึ่งมีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 Domain คือ ข้อ 1 - 9 ประเมินกลุ่มอาการ Inattention (SNAP-Inatt) ข้อ 10 - 18 ประเมินกลุ่มอาการ Hyperactivity/ Impulsive (SNAP-H/Im) และ ข้อที่ 19 - 26 ประเมินอาการ Oppositional Defiant Disorder (ODD) ข้อ 19 - 26 ผู้วิจัยไม่ได้นำมาพิจารณาในการวิจัยเนื่องจากเป็นอาการของโรค ODD แต่เลือกใช้เฉพาะข้อที่ 1 - 18 ที่เป็นอาการของเด็กสมาธิสั้นเท่านั้น โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ ประเมินจาก SNAP-IV ข้อ 1 - 9 และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ประเมินจาก SNAP-IV ข้อ 10 - 18 โดยระดับการประเมินอาการแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ค่อนข้างมาก (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) แล้วรวมคะแนนแต่ละ Domain แต่ข้อ 19 - 26 ผู้วิจัยไม่ได้นำมาพิจารณาในการวิจัยเนื่องจากเป็นอาการของโรค ODD เลือกใช้เฉพาะข้อที่ 1 - 18 ที่เป็นอาการของเด็กสมาธิสั้นเท่านั้น เนื่องจากมีความสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V ที่แบ่งอาการของเด็กสมาธิสั้นเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive) ในการทดลองผู้วิจัยจะนำผลรวมคะแนนทั้งสองกลุ่มอาการมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ แบบสอบถามได้ผ่านการ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.0 จากนั้นหาค่าความเที่ยงโดยนำแบบ สอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (SNAP-IV) ให้ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Conbranch's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล เป็นวิธีการเล่นในแต่ละการเล่นที่ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ebrahim ซึ่งเป็นการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ที่เน้นการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skill therapy) โดยเน้นพัฒนาทักษะด้านที่บกพร่องของเด็กสมาธิสั้นทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการรักษาสภาพ ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ⁸ เพื่อให้สามารถนำทักษะเหล่านี้ไปใช้เมื่อต้องเผชิญปัญหาในสภาพต่างๆ ได้ การเล่นเกมนี้ทั้งหมด 10 การเล่นเกม ประกอบด้วย การให้ความรู้ (Psycho education) การฝึกทักษะ (Skill training) และการเลือกใช้เทคนิค (Technique Selection) ซึ่งระบะการเลือกใช้เทคนิค ผู้วิจัยได้เลือกเทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling technique) และการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency management) เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัดนี้เด็กสมาธิสั้นจะเรียนรู้จากตัวแบบ ที่เกิดจากขบวนการการเรียนรู้จากการสังเกต ซึ่งจะเป็นการเรียนรู้แบบพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ ที่ช่วยให้เรียนรู้มนทัศน์ที่ซับซ้อนหรือยากๆ ได้ดีและเร็ว¹⁹ และการที่เด็กสมาธิสั้น

ได้รับผลกระทบที่เป็นแรงเสริมบวกจากเทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ พฤติกรรมที่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคตได้ ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลงหรือยุติในอนาคต¹⁷ การเล่นเกมบำบัดนี้เป็นการเล่นแบบกลุ่มๆ ละ 4 คน นัดหมายทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาลได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.0 จากนั้นนำคู่มือนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ หลังการทดลองใช้ได้มีการปรับแก้ไขบางส่วนของคู่มือเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

2.2 แบบประเมินความสามารถการเล่นของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล เป็นเครื่องมือที่สร้างเองตามวัตถุประสงค์ของการเล่นแต่ละการเล่นตามแนวคิดของ Ebrahim ที่สอดคล้องกับพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และสติปัญญาของเด็กอายุ 6 - 9 ปี ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าเท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงกับเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงครามค่าความเที่ยง Conbranch's alpha coefficient เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวท

โยปถัมภ์ และผ่านการพิจารณา เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560 และสิ้นสุดวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2563 รหัสจริยธรรม คือ 10/60 เมื่อมีมติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานเวชระเบียน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 26 - 27 เมษายน พ.ศ. 2560 โดยเลือกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น (F.90) ที่มีอายุ 6 - 9 ปี เข้ารักษาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 1,082 คน จากนั้นโทรศัพท์ติดต่อเพื่อสอบถามความยินยอมด้านความสมัครใจ โดยเรียงตามหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ที่ละคนที่ได้จากการจับฉลากเลือกจนครบทั้ง 40 คน และดำเนินการทดลองโดยมีขั้นตอนเริ่มจาก ขั้นตอนที่ 1) Pretest ในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (ฉบับผู้ปกครอง) (SNAP-V) ก่อนได้รับการเล่นบำบัด และในกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (ฉบับผู้ปกครอง) (SNAP-V) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ขั้นตอนที่ 2) เป็นการจัดการเล่นบำบัด และขั้นตอนที่ 3) Posttest ในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (ฉบับผู้ปกครอง) (SNAP-V) หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันทีในสัปดาห์ที่ 3 และกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (ฉบับผู้ปกครอง) (SNAP-V) หลังสิ้นสุดการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 3 ทันที

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดรักษาแบบ Multi-Modality Approach ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาตามมาตรฐานในเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งการบำบัดรักษาแบบ Multi-Modality Approach

เป็นการผสมผสานระหว่างการใช้ยาตามดุลยพินิจของแพทย์เพื่อช่วยให้อาการในแต่ละกลุ่มอาการลดลงร่วมกับ การบำบัดด้วย Psychosocial intervention ที่ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการใช้ยาโดยเภสัชกร ส่วนการปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้จะได้รับการบำบัดร่วมกันระหว่างพยาบาลและทีม สหวิชาชีพ โดยในกลุ่มทดลองนอกจากจะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานแบบ Multi-Modality Approach ยังได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดด้วย แต่ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานแบบ Multi-Modality Approach เพียงอย่างเดียว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยเริ่มดำเนินการทดลองหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560 และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานเวชระเบียน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 26 - 27 เมษายน พ.ศ. 2560 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนยังได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงตอบคำถามหรือข้อสงสัย จนกว่าจะเกิดความเข้าใจ และในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้ดูแลหลักเข้าใจและยืนยันว่ายัง

ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยได้ จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมหลังอ่านรายละเอียดจนเข้าใจชัดเจนอีกครั้ง นอกจากนี้หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมอบเอกสาร คู่มือสื่อในการเล่นบ๊อบบี้ อธิบายลำดับขั้นตอนและวิธีการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแลหลักให้กับกลุ่มควบคุมจนเข้าใจและสามารถนำไปเล่นได้เองที่บ้านเหมือนกับกลุ่มทดลองทุกประการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยอาการมีการกระจายของคะแนนเป็นปกติ (Normal distribution) จากการทดสอบด้วยวิธี Normal Quantile Plot 2) ความแตกต่างของคะแนนอาการก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดสอบโดยใช้สถิติ Independence t test ไม่แตกต่างกัน 3) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Independence t test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.499$) และ 4) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยอาการระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired T test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.358$)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการเล่นบ๊อบบี้ต่อเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี มีตัวแปรต้นคือ การเล่นบ๊อบบี้ ตัวแปรตาม คือ อาการของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันมีค่า $p\text{-value} = .476$ ($t = -.720$) โดยคะแนนอาการในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.744 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 1.641 2) คะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.499$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .879 ซึ่งต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.550 ดังตารางที่ 1 3) คะแนนเฉลี่ยอาการระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.358$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .879 ซึ่งต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.744 ดังตารางที่



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นรายด้านและรวม 2 กลุ่มอาการ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

อาการของเด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
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

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิ และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

อาการของเด็กสมาธิสั้น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ)	1.744	.468	.879	.313	13.358	< .001
กลุ่มอาการขาดสมาธิ	1.749	.473	.900	.345	13.610	< .001
กลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	1.687	.581	.856	.335	8.279	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัด คือ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้น(อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้านต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่น

บำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้านต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Janatian ที่ศึกษาผลของการเล่นบำบัดตามหลักการ CBT ต่อความรุนแรงของอาการในเด็กสมาธิสั้นเพศชาย อายุ 9 - 11 ปี สามารถลดอาการไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการขาดสมาธิ (Inattention) รวมทั้งยังช่วยลด

ระยะเวลาของการรักษาตามนัด (Follow up) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁹ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Embrahim ที่ได้ศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7 - 9 ปี ซึ่งพบว่า การเล่นบำบัดช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดเพิ่มเติมจากการบำบัดรักษาเดิมที่เป็นแบบ Multi-Modality approach ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการใช้ยา ร่วมกับการใช้ Psychosocial intervention⁵ ที่ประกอบด้วย การใช้ยา การปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้เหล่านี้ จะช่วยทำให้อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ เนื่องจากการเล่นบำบัดมีพื้นฐานอยู่บนความจริงของการเล่นที่ว่า เป็นเครื่องมือตามธรรมชาติของเด็ก จึงลดแรงต้านที่เกิดจากการบำบัดแบบทั่วไป การเล่นยังเป็นการแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก เป็นโอกาสให้เด็กได้แสดงออกถึงความรู้สึกและปัญหา เช่นเดียวกับรูปแบบการบำบัดในผู้ใหญ่ที่เปิดโอกาสให้ได้พูดระบายความรู้สึกต่างๆ¹² นอกจากนี้การเล่นบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยังได้ออกแบบให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ที่เชื่อว่าพัฒนาการของเด็กวัยนี้จะไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้แต่จะต้องเป็นการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete Operational Period) โดยจะต้องเป็นการถ่ายโยงการเรียนรู้ (Transfer of Learning) แต่ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่จะถ่ายโยง นั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม ส่วนปัญหาที่เป็นนามธรรมเด็กจะยังไม่สามารถแก้ไขได้³ การเล่นบำบัดแต่ละการเล่นจะเป็นการถ่ายโยงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม และจะเน้นที่การ

พัฒนาทักษะที่เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถนำออกมาใช้ได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง ผ่านเทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling technique) โดยเด็กสมาธิสั้นจะเรียนรู้จากตัวแบบที่ได้จากแต่ละการเล่น โดยขบวนการสังเกต จะมีการเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีจากนิทานในการเล่นที่ 1 และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้นำแต่ละการเล่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยปรับปรุงบุคลิกภาพแก้ไขพฤติกรรมให้เป็นไปตามตัวแบบได้ นอกจากนี้เทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency management) ที่นำมาประยุกต์ ใช้ในการเล่นบำบัดครั้งนี้ จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้จากการได้แรงเสริมบวกเมื่อมีพฤติกรรมเหมาะสมและการได้แรงเสริมลบเมื่อมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การได้แรงเสริมบวกอย่างต่อเนื่องจะทำพฤติกรรมที่เหมาะสมคงอยู่ในอนาคต ในขณะที่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะค่อยๆ ลดลงไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anna ที่พบว่า การฝึกทักษะที่เน้นการมีสมาธิ (Attention) การยับยั้ง พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsive) ทักษะด้านความจำ (Working memory) จะช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล
พยาบาลที่จะดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นควรมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษา ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น พัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย มีทักษะการบำบัดแบบกลุ่ม และควรมีการกระตุ้นและติดตามสนับสนุนให้ครอบครัวกระทำการเล่นบำบัดกับเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กได้เพิ่มประสบการณ์และพัฒนาทักษะได้อย่าง

ต่อเนื่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและควรมีการปรับระดับความยากง่ายของการเล่นให้สอดคล้องกับพัฒนาการแต่ละช่วงวัย หรือระดับความสามารถที่เด็กสามารถทำได้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มีข้อดี ได้แก่ การเล่นบำบัดที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก มีสีสัน น่าติดตามนั้นช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้บำบัดและเด็กได้มาก เด็กมีความกระตือรือร้น พยายามที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มใจ ไม่ต่อต้าน หรือปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้การเล่นบำบัดแบบกลุ่มนั้นยังช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ทักษะทางสังคมด้วย เช่น การรอคอย การแบ่งปัน เป็นต้น รวมทั้งทำให้ผู้ปกครองเข้าใจในอาการของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น ขณะเล่นบำบัดยังเห็นถึงศักยภาพของเด็ก ที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะมีความยากลำบากมากกว่าเด็กปกติทั่วไป และยังเกิดกลุ่มผู้ปกครองที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสภาพปัญหาที่ใกล้เคียงกัน แต่ในขณะเดียวกันยังพบว่าการเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานี้ยังมีอุปสรรค ได้แก่ การที่เด็กสมาธิสั้นรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อทำการเล่นบำบัดนั้นจะควบคุมให้อยู่ในกติกาค่อนข้างยาก เนื่องจากเด็กจะควบคุมตนเองได้น้อย มีอาการซนไม่นิ่ง เหล่านี้มีความเสี่ยงอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นขณะทำกลุ่มได้ นอกจากนี้พยาบาลที่ดำเนินการเล่นนั้นควรมีอย่างน้อย 2 คน เนื่องจากบางการเล่นจะมีการโยนลูกบอล หรือการช่วยเหลือเด็กขณะเล่นบำบัด ทำให้อาจไม่สามารถดูแลเด็กได้ทั่วถึงตลอดเวลา การเลือกใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่นก็ควรเป็นอุปกรณ์ที่หาง่าย ราคาถูก ผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น

สามารถหาได้ง่ายหรือประดิษฐ์ได้เองที่บ้าน และควรมีการวัดอาการของเด็กสมาธิสั้นทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest) โดยกำหนดช่วงเวลาที่แคบลงและใกล้เคียงกัน เช่น อาการของเด็กสมาธิสั้นก่อนเริ่มการทดลองทันที และหลังการทดลองทันที เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากช่วงระยะเวลาที่แตกต่างมากเกินไป และควรให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เข้าใจในความเจ็บป่วยของเด็กสมาธิสั้น สามารถนำการเล่นบำบัดไปใช้ลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเข้าใจและเป็นธรรมชาติ รวมทั้งและเพิ่มการติดตามผลหลังการเล่นบำบัดที่มีระยะยาวมากขึ้น เป็น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

2. ด้านการศึกษา ควรมีการเผยแพร่การเล่นบำบัดเพื่อลดอาการเด็กสมาธิสั้นให้แก่พยาบาลในชุมชน หรือครู เพื่อให้การดูแลเป็นไปแนวทางเดียวกันและเกิดความต่อเนื่อง และควรมีการเตรียมความพร้อมหรือให้ความรู้แก่พยาบาล หรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่สนใจเพื่อให้สามารถจัดการเล่นแนวทางนี้ได้ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

3. ด้านการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการเล่นบำบัดแบบกลุ่ม ดังนั้นควรมีการศึกษาการเล่นบำบัดแบบเดี่ยว ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเล่นบำบัดอื่นๆ เพื่อจัดการกับปัญหาของเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เนื่องจากการเล่นการเล่นเป็นกิจวัตรประจำวันของเด็ก จึงช่วยลดแรงต้าน หรือลดการปฏิเสธจากเด็ก ดังนั้นเด็กจะให้ความร่วมมือมากกว่าการเล่นบำบัดแบบอื่น

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-V). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric; 2013.
3. Buttross S. Attention deficit-hyperactivity disorder and its deceivers. *Curr Probl Pediatr* 2000;30(2):41-50.
4. Maneerat S. Ability of ADHD caregiver. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2007. (in Thai).
5. Piyasin W, Gateman P. Child and adolescent psychology 2. 1st ed. Bangkok: Tanapress; 2007. (in Thai).
6. Martin A, Volkmar FR. Lewis's child and adolescence psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Wolters Kluwe: Lippincott William & Wilkin; 2007.
7. Barzegary L, Zamini S. The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2011; 30(1):2216-8.
8. Abdollahian E, Mokhber N, Balaghi A, Moharrari F. 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* 2013;5(1):41-6.
9. Janatian S, Nouri A, Shafiti A, Molavi H, Samavatyan H. Effectiveness of play therapy on the base of cognition behavioral approach of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. *J Res Behav Sci* 2008;2(1): 110-2.
10. Panksepp J. Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain?. *J can Acad child Adolesc Psychiatry* 2007;16(2):57-66.
11. Ray D, Schottelkork A, Tsai MH. Play therapy with children exhibiting symptom of ADHD. *International Journal of Play Therapy* 2008;16(1):95-111.
12. Axline VM. Play therapy: the inner dynamics of childhood. 20th ed. New York: Ballantine Books; 1990.
13. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.
14. Knouse LE, Safren SA. Current status of cognitive behavior therapy for adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(3):497-509.
15. Nigg JT. What causes ADHD?: understanding what goes wrong and why. [Internet]. [cited 2010 June 8]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2006-07725-000>.

16. Patterson CH. Relationship Counseling and Psychotherapy. New York: Harper & Row; 1974.
17. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 2nd ed. Chulalongkorn University: Bangkok; 1991.
18. Ruengtragul A. Statistic applied to behavioral sciences 1. Educational Research and Psychology. Faculty of Education Chulalongkorn University: Bangkok; 2009. (in Thai).
19. Patterson CH. Relationship Counseling and Psychotherapy. Harper & Row: New York; 1974.
20. Re AM, Capodiceci A, Cornoldi C. Effect of training focused on executive functions (attention, inhibition, and working memory) in preschoolers exhibiting ADHD symptoms. [Internet]. [cited 2010 June 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526792/>.
21. Jamja P. The effect of stress management program on caregivers' caring ability of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Royal Thai Navy Medical Journal 2019;46(1): 32-48. (in Thai).