

ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น The Effectiveness of a Play-Therapy Program on Social Skills of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)

นิฐยฐา ยอดแก้ว^{1*}, อรวรรณ หนูแก้ว² และ วิณา คันฉ้อง²

Nittha Yodkaew^{1*}, Orawan Nukaew² and Weena Khanchong²

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²

Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital^{1*}, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University²

(Received: April 29, 2020; Revised: June 06, 2021; Accepted: June 15, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 7-11 ปี จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเล่นบำบัด สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Cattanach (2003) and Axline ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น และ 3) แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล โปรแกรมการเล่นบำบัด ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที จำนวน 4 ครั้ง และแบบสังเกตทักษะทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบสังเกตทักษะทางสังคมด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับร้อยละ 90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test และ Mann-Whitney test ผลการวิจัยพบว่า

ค่ามัธยฐานของคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.85, p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยอันดับของทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.84, p<.001$)

โปรแกรมการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นสามารถเพิ่มทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกของของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมการเล่นบำบัด, การเล่นบำบัด, ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pongping_nurse@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-6543085)

Abstract

This two-group pretest-posttest design quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a play-therapy program on social skills of children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). The sample consisted of 60 children diagnosed with attention deficit disorder, aged 7-11 years, selected by experimental group with 30 random sampling groups. The research instruments consisted of: 1) the play-therapy program, based on the conceptual framework of Cattanch and Axline and literature reviews, 2) a demographic questionnaire, 3) a social skills observation sheet for nurses. The play-therapy program included 4 activities of 60 minutes each, played 4 times. Content validity of program and social skills observation were verified by 3 experts. Reliability of social skills observation was tested using inter-rater reliability, yielding a value of 90 percent. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-ranks test, and Mann-Whitney test.

Results showed that, after the experiment, median of social skills' score for children with ADHD was significantly higher than before it ($Z = -4.85, p < .001$). Mean rank of social skills' score for children with ADHD in the experimental group was significantly higher than those children in the control group ($Z = -6.84, p < .001$).

Per findings, this play-therapy program could be applied to improve social skills of children with ADHD who are attending out-patient clinics in hospitals.

Keywords: ADHD, Play-Therapy Program, Social Skills, Children

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง อับติการณ์การเกิดโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย พบร้อยละ 8.1 ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3 เท่า และพบในระดับชั้นประถมต้นร้อยละ 9.4 และระดับชั้นประถมปลายร้อยละ 6.4 (Visanuyothin, Pavasuthipaisit, Wachiradilok, Arunruang, & Buranasuksakul, 2013) สำหรับสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นชายและหญิงในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 1,235 คน, 1,367 คนและ 1,479 คน ตามลำดับ (Medical Record and Statistics Department Angthong Hospital, 2019)

อาการของโรคสมาธิสั้นที่สำคัญ คือ พฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง พฤติกรรมซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง และพฤติกรรมขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น เด็กสมาธิสั้นนั้นยังมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดทักษะทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ ก้าวร้าว แกล้งผู้อื่น หงุดหงิดง่าย ไม่ตั้งใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม และการไม่เคารพกฎกติกากลุ่มจนทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้อื่น (Rich, Loo, Yang, Dang, & Smalley, 2009) ปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาลที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบข้าง และที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น (Chaiyadech, Yunibhand, & Suktrakul, 2014)

แนวทางการบำบัดรักษาและแนวทางการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้เด็กมีสมาธิและอยู่นิ่งได้มากขึ้น ไม่ได้มีผลในการรักษาโรคให้หาย แต่จะช่วยลดอาการหลักของโรค ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ดี มีความตั้งใจในการเรียน การทำงาน รวมทั้งมีโอกาสฝึกการมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ และทักษะทางสังคม ต่างๆ ได้ดีขึ้น (Piyasin, Katman, Boon-Yasidhi, Hongsangunsri, Soodkanit & Somboontum, et al., 2010) อย่างไรก็ตามการรักษานั้นยังต้องใช้แบบ

ผสมผสานหลายวิธีร่วมด้วยจึงจะได้ผลดี เช่น การรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดแบบจิตสังคม (Siwamas, 2013; Juidonkloy, 2010) การรักษาแบบบูรณาการด้วยการใช้ยา และการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการเลี้ยงดู ได้แก่ การปรับพฤติกรรมในเด็ก การทำจิตบำบัด รายบุคคล การปรับความคิดและความประพฤติ การฝึกทักษะด้านการเรียน และการฝึกทักษะทางสังคมให้ เหมาะสมกับวัยของเด็ก (Apinantavej, 2016) วิธีการที่จะช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคม ได้แก่ การ สอนตรง การใช้เรื่องราวทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การเรียนรู้แบบร่วมมือ การใช้เทคนิคการปรับ พฤติกรรม (Juidonkloy, 2010) ดังนั้นจึงควรให้การรักษาโดยใช้วิธีการแบบผสมผสานร่วมกัน และวิธีการหนึ่ง ที่ จะช่วยในการส่งเสริมการมีตัวตนของเด็ก เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงเด็กกับสถานการณ์ บุคคล การสื่อสาร เป็นการเตรียมความพร้อมด้านสังคม สติปัญญา การดำรงชีวิต และการแก้ปัญหา คือ การเล่นบำบัด (Kosasena, & Yuniband, 2013)

การเล่นบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากการเล่น คือธรรมชาติของเด็ก ซึ่ง ปัจจุบันการบำบัดเด็กสมาธิสั้นด้วยการเล่นบำบัดมีอย่างแพร่หลาย การเล่นเป็นกิจกรรมหลักของวัยเด็กและเป็น พื้นฐานการเรียนรู้เติบโต รวมถึงการเรียนรู้ของเด็กผ่านการเล่น หรือกล่าวได้ว่า เด็กสามารถเรียนรู้ผ่านการเล่น (Kenny & Winick, 2000) การเล่นบำบัดเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่ แท้จริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมการเรียนรู้เติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต (Paparella, Goods, Freeman, & Kasari, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การเล่นบำบัด เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น การศึกษาของ Farzadfard, Abdekhodae, & Abadi (2015) ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผสมผสานการเล่นบำบัดและการเล่าเรื่องบำบัดในเด็กก่อนวัย เรียนที่ขาดความสนใจและขาดความตั้งใจ ผลการศึกษา พบว่าเด็กมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มอื่น และจาก การศึกษาของ Robinson (2015) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดแบบเด็กเป็นศูนย์กลางในเด็กสมาธิสั้นสำหรับ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ผลจากการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมที่ลดลงในขณะที่คนอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีพฤติกรรมค่อนข้างคงที่ ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาการเล่นบำบัดใน เด็กออทิสติก และเด็กออทิสติก ดังการศึกษาของ Laoviriyarat (2009) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดที่มีผลต่อ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก พบว่า หลังทำกิจกรรม พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกด้านความ ก้าวร้าวทางกาย และความก้าวร้าวทางความสัมพันธ์ลดลงการศึกษาของ Buala (2013) ศึกษาผลของการเล่น บำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือพฤติกรรม ด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังได้รับการเล่น บำบัดร่วมกับครอบครัวมีพฤติกรรมที่ลดลง

ดังนั้น การเสริมสร้างทักษะทางสังคม จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการพัฒนาเด็กสมาธิสั้นให้มีพฤติกรรม ที่เหมาะสม ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ทักษะทางสังคมของเด็กเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและมีความสำคัญ เพราะ ต้องสามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการสื่อสาร มีความร่วมมือในการทำงาน ร่วมกัน แก้ปัญหาและสามารถปรับตัวได้กับสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่ช่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่าง มีความสุข (Aphai, & Wanwichai 2018; Juidonkloy, 2010; Tipsai, 2012) การศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นสามารถแบ่งทักษะทางสังคมได้ดังนี้ คือ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความ ร่วมมือ ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการรับผิดชอบต่อ ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะความเห็นอก เห็นใจ และทักษะการมีส่วนร่วม (Gresham, & Elliott, 2008)

จากการศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยพบว่า การศึกษาในเด็กออทิสติก และในเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นการเล่นบำบัดแบบรายบุคคล ที่เน้นการส่งเสริมพัฒนาการ การศึกษาดังกล่าวข้างต้นยังไม่ปรากฏว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม และแม้ว่าจะ มีการบำบัดเด็กสมาธิสั้นในคลินิกโดยวิธีการนำการเล่นมารวมด้วยกับวิธีการบำบัดอื่นๆที่มีหลากหลายรูปแบบ

แต่ยังไม่พบว่าได้นำเฉพาะการเล่นบำบัดมาใช้บำบัดเต็มรูปแบบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยใช้วิธีการเล่นบำบัด เนื่องจากเป็นการบำบัดวิธีหนึ่งที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้น โดยการจัดโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เพื่อนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมแก่เด็กสมาธิสั้น ที่จะส่งผลให้เด็กสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคตได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดและเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ

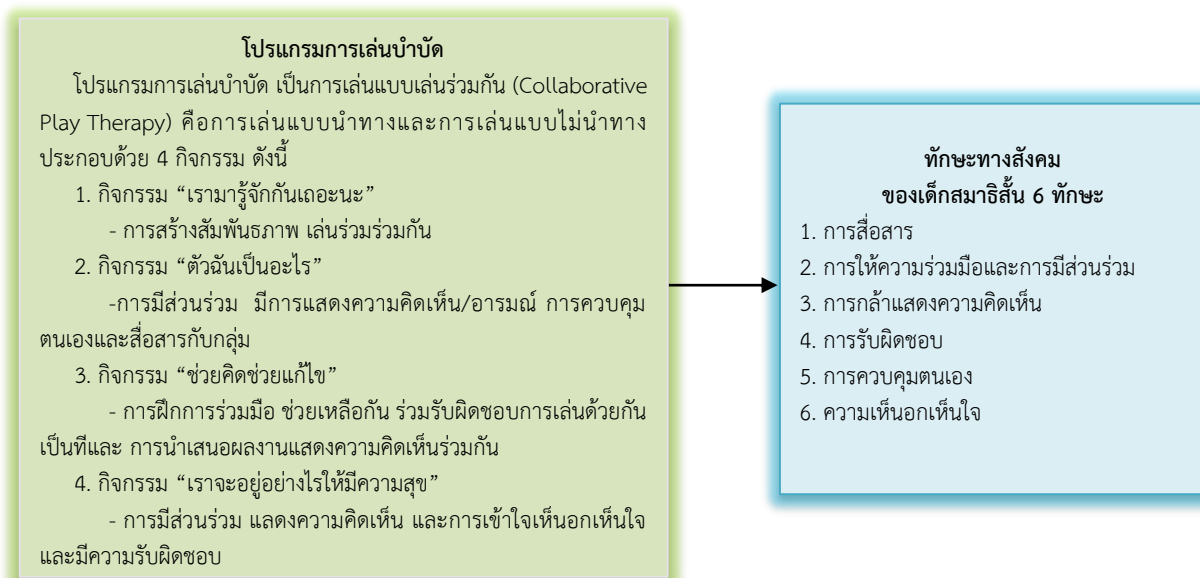
สมมุติฐานวิจัย

1. คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด
2. คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของ Cattanach (2003) และนำหลักการของการเล่นบำบัดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน โดยแนวคิดการเล่นบำบัดของ Cattanach (2003) เป็นรูปแบบการเล่นที่ผู้บำบัดและเด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้อิสระกับเด็กในการเล่น ร่วมกับการที่ผู้บำบัดเสนอแนะกิจกรรมที่ช่วยสร้างสมดุลภายในใจของเด็ก โดยผู้บำบัดและเด็กร่วมมือกันกำหนดความสนใจและการทำกิจกรรม เกิดกิจกรรมการเล่นอย่างสร้างสรรค์ผ่านการเล่นในลักษณะต่าง ๆ คือ การเล่นผ่านการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัส การเล่นกับวัตถุ การเล่นเชิงสัญลักษณ์ และการเล่นบทบาทสมมติ และนำหลักการของการเล่นบำบัดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) ซึ่งได้แก่ 1) หลักการสร้างสัมพันธภาพ 2) หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก 3) หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา 4) หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และ 5) หลักการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง มาบูรณาการใช้กับแนวคิดการเล่นแบบเล่นร่วมกัน

จากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (Kuntajorn, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) สามารถให้ความหมายได้ดังนี้ ทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง การรับผิดชอบ การควบคุมตนเองและอารมณ์ของตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับผู้อื่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม และการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม 3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น 4) ทักษะการรับผิดชอบ 5) ทักษะการควบคุมตนเอง 6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ จากแนวคิดดังกล่าว สรุปภาพรวมกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กสมาธิสั้นมีช่วงอายุระหว่าง 7-11 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกปลูกจิต โรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงเดือนมีนาคม 2560 จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก ที่มีอายุ 7-11 ปี โดยมารับการรักษาที่คลินิกปลูกจิต โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของโพลิสและเบค (Polit & Beck, 2012) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ และคำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษา เรื่องผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวยมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคมสติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก (Kosasena & Yuniband, 2013) คำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ 2.24 ซึ่งในงานวิจัยทางการแพทย์หากมีค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่า .30 มีผลทำให้อำนาจการทดสอบต่ำ (Srisatidnarakun, 2010) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .60 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 โดย แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 30 คน

โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) 2) เด็กมีอายุระหว่าง 7 - 11 ปี 3) เด็กเหล่านั้นไม่มีโรคทางจิตเวชและโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน จากความเจ็บป่วยทางกายอื่นร่วม 4) คัดกรองจากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น โดยมีคะแนนด้านชอนยูนิง/หุนหันพลันแล่นของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) โดยมีคะแนนข้อ 10-18 ได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเล่นบำบัดของ Cattanach (2003) แนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (Collaborative Play Therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาบูรณาการเข้ากับหลักการการเล่นบำบัดที่

ผู้บำบัดควรปฏิบัติตามหลักการของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak, & Sniscak (2010) นำมาสร้างเนื้อหาเป็นโปรแกรมการเล่นบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เรารู้จักกันเถอะ” เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “หุนมือสัตว์น้อย” โดยให้เด็กสมาธิสั้นทำหุนมือสัตว์ชนิดต่าง ๆ เลือกทำตามความต้องการและใช้จินตนาการสร้างสรรค์ผลงาน และให้นำเสนอผลงานของตนเอง โดยให้เล่าประวัติของตนเองผ่านการเล่นเชิงสัญลักษณ์ด้วยหุนมือสัตว์น้อย กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาใช้แบบผสมผสาน

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ตัวฉันเป็นอะไร” เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “บิงโก อารมณ์ของฉัน” ผู้วิจัยให้เด็กสมาธิสั้นเล่นเกมบิงโก โดยตัวบิงโกเป็นรูปอารมณ์ต่าง ๆ โดยให้เด็กสุ่มจับตัวบิงโก พร้อมบอกลักษณะอารมณ์ ว่าตนเองเคยมีอารมณ์ดังกล่าวหรือไม่ ให้เด็กเล่นเกมต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีผู้ชนะ คือ ผู้ที่สามารถวางตัวบิงโกได้ตามแนวที่กำหนด เช่น แนวตั้ง แนวนอน แนวทแยงได้ก่อน โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” ผู้วิจัยให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรมต่อจิ๊กซอร์ โดยช่วยกันทำเป็นคู่ เมื่อต่อเสร็จให้เด็กนำเสนอผลงานของตนเอง โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้เด็กทำกิจกรรม “นิทานแสนสนุก” ผู้วิจัยให้เด็กสมาธิสั้นเลือกนิทานที่อยากฟัง โดยผู้วิจัยเป็นผู้เล่านิทาน หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยและสอบถามความคิดเห็นของเด็ก ถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่ตัวและครแสดงออกมา และฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมติ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ประวัติสุขภาพ ประวัติ พัฒนาการ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น และข้อมูลผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัว

2.2 แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (Kuntajorn, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) ซึ่งประกอบด้วยทักษะทางสังคม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสาร มีจำนวน 2 ข้อ 2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม มีจำนวน 3 ข้อ 3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น มีจำนวน 3 ข้อ 4) ทักษะการรับผิดชอบ มีจำนวน 3 ข้อ 5) ทักษะการควบคุมตนเอง มีจำนวน 2 ข้อ 6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ มีจำนวน 2 ข้อ แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เป็นการบันทึกในรูปแบบระดับคุณภาพของทักษะทางสังคม จำแนกออกเป็น 3 ระดับคะแนน คือ ระดับ 0 คะแนน บันทึกเมื่อเด็กไม่แสดงทักษะสังคมหรือปฏิเสธที่จะทำ, ระดับ 1 คะแนน บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมภายใต้การช่วยเหลือของผู้วิจัย, ระดับ 2 คะแนน บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่าได้เท่ากับ .86

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาลทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตโดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Inter-Rater Reliability) ได้เท่ากับร้อยละ 90

3. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการเล่นบำบัด ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเด็กสมาธิสั้นในคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 10 คน พบว่า เนื้อหาและวิธีการมีความเหมาะสม ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมแต่ละครั้งความอยู่ที่ 60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง และแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล

2. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวช มีความยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง แนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

2. ผู้วิจัยนัดผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง ห่างกัน 4 สัปดาห์

3. เด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม ในขณะที่ผู้ปกครองทำการประเมินแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะมีการจัดกิจกรรมการเล่นอย่างอิสระ (Free Play) เพื่อประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในขณะที่ทำกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล ซึ่งจะประเมินก่อนและหลังเช่นเดียวกับการทำแบบประเมินทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง แนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

2. ทำการทดลอง โดยแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 4-5 คน รวมจำนวน 7 กลุ่ม เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที กำหนดเวลาในการทำกลุ่ม คือ ทุกวันจันทร์และวันพุธ

3. ระหว่างการทดลองผู้ช่วยวิจัย จะประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในขณะที่ทำกิจกรรมทุกครั้ง รวม 4 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล จากนั้นนำคะแนนทั้ง 4 ครั้งมารวมกันและแปลผลระดับคะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เพื่อแสดงถึงความเหมือนกัน (Homogeneity) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล ก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองกับและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศธ 0521.1.05/2090 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลอ่างทอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (I) (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (C) (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
อายุ (ปี) (I: M = 8.60, SD = 1.47, Min= 7, Max= 11 C: M = 8.50, SD = 1.22, Min= 7, Max= 11)			2.24	.655
7 - 9 ปี	17 (56.67)	18 (60.00)		
9 ปี 1 วัน - 11 ปี	13 (43.33)	12 (40.00)		
เพศ			1.00	.317
เพศชาย	23 (76.67)	26 (86.67)		
เพศหญิง	7 (23.33)	4 (13.33)		
ระดับการศึกษา			10.06	.039
ประถมศึกษาตอนต้น	22 (73.33)	19 (63.33)		
ประถมศึกษาตอนปลาย	8 (26.67)	11 (36.67)		
ประวัติสุขภาพ			.218	.640
สุขภาพแข็งแรง	27 (90.00)	28 (93.33)		
มีโรคประจำตัว	3 (10.00)	2 (6.67)		
ประวัติพัฒนาการ			1.17	.278
ปกติ	24 (80.00)	27 (90.00)		
มีปัญหาด้านพัฒนาการ	6 (20.00)	3 (10.00)		
ระยะเวลาการป่วย (Mean = 2.10, SD = .969, Min= 1, Max= 4)			5.81	.121
1 ปี	12 (40.00)	5 (16.67)		
2 ปี	10 (33.33)	18 (60)		
มากกว่า 2 ปี	8 (26.67)	7 (23.33)		

จากตาราง 1 พบว่า เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 7 - 9 ปี ร้อยละ 56.67 อายุ 9 ปี 1 วัน - 11 ปี ร้อยละ 43.33 เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.67 และเพศหญิง ร้อยละ 23.33 ระดับการศึกษาพบว่า ศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 73.33 ศึกษาในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.67 ประวัติด้าน

สุขภาพ พบว่า มีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90.00 ประวัติพัฒนาการ มีพัฒนาการปกติเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 80.00 การได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 1 ปี ร้อยละ 40.00 ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 2 ปี ร้อยละ 33.33 ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งในมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 26.67

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม มีอายุ 7 - 9 ปี ร้อยละ 60.00 อายุ 9 ปี 1 วัน - 11 ปี ร้อยละ 40.00 เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.67 และเพศหญิง ร้อยละ 13.33 ระดับการศึกษา กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.33 ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.67 ประวัติด้านสุขภาพ พบว่า มีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.33 ประวัติพัฒนาการ มีพัฒนาการปกติเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 90.00 ส่วนการได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 1 ปี ร้อยละ 16.67 ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 2 ปี ร้อยละ 60.00 และได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งในมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 23.33

2. เปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

	<i>n</i>	คะแนนทักษะทางสังคม		<i>Z</i>	<i>p</i>
		<i>Md</i>	<i>IQR</i>		
ก่อนการทดลอง	30	14.50	4.00	-4.85	<.001
หลังการทดลอง	30	30.00	1.25		

จากตาราง 2 ค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (*Mdn*=30.00, *IQR*=4.00) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (*Mdn*=14.50, *IQR*=1.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z*=-4.85, *p*<.001)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

	<i>n</i>	คะแนนทักษะทางสังคม		<i>Z</i>	<i>p</i>
		<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>		
ก่อนการทดลอง	30	13.00	5.00	-2.54	.101
หลังการทดลอง	30	12.00	5.25		

จากตาราง 3 ค่ามัธยฐานคะแนนของทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม ประเมินโดยพยาบาล ก่อนการทดลอง (*Mdn*=13.00, *IQR*=5.00) หลังการทดลอง (*Mdn*=12.00, *IQR*=5.25) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z*=-2.54, *p*>.05)

3. เปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test

	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p
		Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนทดลอง	30	32.58	977.50	28.42	852.50	-.967	.334
หลังทดลอง	30	45.50	1365.00	15.50	465.00	-6.84	.000

จากตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นประเมินโดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม (Mean Rank=28.42, Sum of Ranks=852.50) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นประเมินโดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.84, p<.001$)

อภิปรายผล

สมมุติฐานข้อที่ 1 คะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) และสมมุติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับมากกว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) อธิบายได้ว่า

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ได้เห็นผลว่ามีทักษะทางสังคมมากขึ้น จากกิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้าง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นกิจกรรม “หุ้มนิ้วสัตรี้อย” กิจกรรมนี้ช่วยแนวคิดเล่นแบบนำทาง ช่วยทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมในทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น และทักษะการรับผิดชอบ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Kuntajorn, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) กิจกรรมนี้เน้นถึงเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่การยอมรับ การไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา รวมถึงคุณสมบัติของผู้บำบัด ที่ไม่เป็นผู้นำทาง ซึ่งจะส่งผลให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทางอารมณ์และร่างกาย และสอดคล้องกับแนวคิดของ Cattanach (2003) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องคำนึงถึงการบำบัด คือ การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้บำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีพื้นที่เชื่อมโยงระหว่างเด็กและผู้บำบัด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuenyong (2016) จัดกิจกรรมการเล่นโดยใช้กิจกรรมยีนดีที่ได้รู้จัก ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันและกับพยาบาลผู้บำบัด

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมตัวฉันเป็นอะไร เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยทำกิจกรรม “บิงโก อารมณ์ของฉัน” เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทาง ซึ่งช่วยทำให้เด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมในทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Tipsai, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า การเคารพความสามารถ

ในการแก้ไขปัญหาของเด็ก ผู้บำบัดต้องเคารพในความสามารถของเด็กอย่างแท้จริงว่าเด็กสมารถแก้ไขปัญหาเองได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำ โดยเด็กเป็นผู้เลือกที่จะทำและเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง

กิจกรรมที่ 3 “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” ลักษณะกิจกรรม ช่วยคิดช่วยแก้ไข เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยทำกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบไม่นำทาง ซึ่งจะช่วยพัฒนาการเล่นด้านสติปัญญาและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ซึ่งนอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการรับผิดชอบ ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Tipsai, 2012) และยังสอดคล้องกับหลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม ตามแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมนั้น เป็นการทำให้เด็กดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น เป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำหรือ การแนะนำตามขั้นตอน จะทำให้เด็กรู้สึกเป็นอิสระและจะแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuenyong (2016) จัดกิจกรรมการเล่นโดยใช้กิจกรรมจิ๊กซอร์พาเพลิน เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เด็กมีสมาธิในช่วงระยะเวลาที่กำหนดให้

กิจกรรมที่ 4 “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” ลักษณะกิจกรรม เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้เด็กสมารถเล่นทำกิจกรรม “นิทานแสนสนุก” โดยนำแนวคิดเล่นแบบนำทางและไม่นำทาง ซึ่งช่วยทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมในทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกระบวนการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมและการรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก ตามแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า กระบวนการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม เด็กจะดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น และการรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก (Empathic recognition and reflection of feelings) เป็นการสะท้อนความรู้สึกถึงการกระทำหรือพฤติกรรมของเด็กสมารถเล่น ที่ปฏิบัติกิจกรรม เป็นสิ่งที่ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hansen, Meissler, & Oven (2000) กล่าวว่า แนวคิดเรื่องความรู้สึก ควรเริ่มต้นสร้างความรู้สึกที่ทำให้เด็กได้ตระหนักรู้ในสิ่งที่คิดหรือกระทำ ซึ่งจะทำให้เด็กได้กล้าแสดงออกทางความคิดในทิศทางที่เหมาะสมกิจกรรมที่เหมาะสมกับการสะท้อนถึงความรู้สึก เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การใช้ดนตรีในการบำบัด การใช้สีในการบำบัด รวมถึงการพูดแสดงความรู้สึก และการศึกษาของ Laoviriyarat (2009) ที่ดำเนินการจัดกิจกรรมการแสดงละคร ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่让孩子ได้สามารถดำเนินการเล่นและแสดงออกถึงตัวตนของเด็กได้

เด็กสมารถเล่นกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด มีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น โดยการทำกิจกรรมการเล่นบำบัดประกอบไปด้วยกิจกรรมในโปรแกรมทั้ง 4 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 60 นาที รูปแบบการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยทำให้เด็กสมารถเล่นมีคะแนนทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น แตกต่างกับเด็กสมารถเล่นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จึงทำให้คะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มควบคุมยังไม่เปลี่ยนแปลงหรือทักษะทางสังคมไม่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khotaput (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ต่อภาวะสมารถเล่นของเด็กสมารถเล่น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสมารถเล่นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ลดลงกว่าเด็กสมารถเล่นที่ได้รับการดูแลปกติ ได้แก่ ด้านขาดสมาธิ ($Z = -6.77, p < .001$) ด้านนอนอยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ($Z = -6.78, p < .001$) และด้านดื้อต่อต้าน ($Z = -6.74, p < .001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Wilkes, Cordier, Bundy, Docking, & Munro, 2011) ซึ่งได้ศึกษาการใช้กิจกรรมการเล่นในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมารถเล่นสมารถเล่นอายุ 5-11 ปี ผลการวิจัยพบว่า เด็กสมารถเล่นกลุ่มทดลองมีการปรับตัวทางสังคมมากกว่า ($t = 8.1, p < 0.01$) และกลุ่มควบคุม ($t =$

6.9, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Farzadfard, Abdekhodae, & Abadi (2015) ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการเล่นบำบัดและการเล่าเรื่องบำบัดในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง พบว่า เมื่อนำการเล่นบำบัดร่วมกับการเล่าเรื่องบำบัดมาใช้ พบว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมมีส่วนช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มนี้ได้ อย่างไรก็ตามการเล่นของเด็กสมาธิสั้นอาจจะต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบท และกลุ่มอายุของเด็กสมาธิสั้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการเล่นบำบัด ในเรื่องรูปแบบการเล่น วิธีการเล่น และระยะเวลาในการเล่นสำหรับเด็กสมาธิสั้น ไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็กของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช
2. พยาบาลผู้บำบัดควรเป็นพยาบาลที่มีพื้นฐานการดูแลเด็กกลุ่มนี้ หรือผ่านการอบรมจิตเวชเด็ก รวมทั้งผ่านการฝึกอบรมการเล่นบำบัด (Play Therapy) ก่อนการนำโปรแกรมไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมในระยะยาว เช่น หลังการได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ในเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อดูความยั่งยืนของโปรแกรม
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเล่นบำบัด ในเด็กจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน เช่น เด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ เป็นต้น

References

- Aphai, P. & Wanwichai, R. (2018). The Development of Thai Traditional Games to Enhance the Social Skills of ADHD Children 6-9 Years Old. *Veridian E-Journal Silpakorn University*, 11(1), 847-864.
- Apinantavej, S. (2016). Treatment of ADHD with Medication and Psychosocial Therapy in Thailand. *Siriraj Medical Bulletin*, 9(3), 175-181.
- Boon-Yasidhi, V. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. *The Psychiatric Association of Thailand*, 57(4), 373-386.
- Buala, S. (2013). *The Effect of Play Therapy of the Family Involvement on Problematic Behaviors of Autistic Children*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to Play Therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Chaiyadech, M. Yunibhand, J., Suktrakul, S. (2014). Relationships Between Personal Factors, Clinical Factors, and Health Related Quality of Life Among Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(2), 100-113. (in Thai)



- Farzadfard, S. A., Abdekhodae, M. S., & Ghenaeechaman, A. A. (2015). Effectiveness of Combined Purposeful Play Therapy and Narrative Therapy on Pre-school Children's Attention and Concentration. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(5), 222-228.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System (SSIS) Rating Scales Manual*. Minneapolis: Pearson.
- Hansen, S., Meissler, K., Ovens, R. (2000). Kids Together: A Group Play Therapy Model for Children with ADHD Symptomology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10(3), 191-211.
- Juidonkloy, W. (2010). *Developing Social Skills Enhancing Program for Students with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Grades 1-3*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for Doctoral of Education Degree in Special Education, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Kenny, M. C., & Winick, C. B. (2000). An Integrative Approach to Play Therapy with an Autistic Girl. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 11-33.
- Khotaput, K. (2018). *Effect of Nursing Care with Art Therapy Program on Attention Deficit Hyperactivity Symptoms Among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Kosasena, U., & Yuniband, J. (2013). Effects of Play Therapy with Family Involvement on Social, Intellectual, and Language Development of Autistic Children. *The Journal of Psychiatric Nursing And Mental Health*, 27(3), 125-137.
- Kuntajorn, K. (2010). *The Effectiveness of Social Skills Development Program for Adolescents of Juvenile in Rehabilitation Center of Ubonratchathani Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Education Degree in Guidance and Counseling Psychology, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Laoviriyarat, Y. (2009). *Effects of Play Therapy on Problem Behavior of Kindergarteners*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Education Program in Early Childhood Education, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Makboon, P. (2012). *Factors Contributing to Social Skills of Male Children and Young in the Department of Observation and Protection Regional Center of Juvenile Training School II, Ratchaburi Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Arts Program in Community Psychology, Silpakorn University. (in Thai)
- Medical Record and Statistics Department Angthong Hospital. (2019). *Report of Children with Attention Deficit Hyperactivity Statistics*. Angthong Hospital.
- Paparella, T., Goods, S. K., Freeman, S., & Kasari, C. (2011). The Emergence of Nonverbal Attention and Requesting Skills in Young Children with Autism. *Journal of Communication Disorders*, 44, 569-583.



- Piyasin, W., Katman, P., Boon-yasidhi, V., Hongsanguansri, S., Soodkanit, P., Somboontum, T. et al. (2010). *Practice Guidelines Care for Attention Deficit Hyperactivity Disorder at the Provincial Hospital for Pediatrist*. Retrieved March 22, 2016 from <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161208151415.pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Klower/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rich, C. E., Loo, S. K., Yang, M., Dang, J., & Smalley, S. L. (2009). Social Functioning Difficulties in ADHD: Association with PDD Risk. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3), 329-344.
- Robinson, A. M. (2015). *The Effects of Child-centered Play Therapy on the Behavioral Performance of Elementary School Students with ADHD*. Texas: A&M University Commerce.
- Siwamas, K. (2013). Transient Tic Disorder and Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood: Case Report. *Phichit Hospital Journal*, 28(1), 74-80.
- Srisatidnarakun, B. (2010). *The methodology in nursing research*. (5th ed.). Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Tipsai, K. (2012). *Development Social Skill of Early Childhood Children in Ban Tum Primary school (Npc. 15 Krp. Klangubpatam) under the Office of Sri Sa Ket Primary Education Service Area 4 through Group Activities to enrich the experience*. The Master of Education, Mahasarakham University. (in Thai)
- Venfleet, R., Sniscak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-Centered Play Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Visanuyothin, T., Pavasuthipaisit, C., Wachiradilok, P., Arunruang, P., & Buranasuksakul, T. (2013). The Prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 21(2), 66-75.
- Yuenyong, K. (2016). *The Effect of Play Therapy on Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Aged 6-9 Years*. The Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)