

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

สนธยา มณีรัตน์ ปร.ด. (การพยาบาล)*

สัมพันธ์ มณีรัตน์ พย.ม.(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)**

สิริลักษณ์ ศรีเสวต พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)***

* วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

วันรับ:	14 ม.ค. 2561
วันแก้ไข:	29 มี.ค. 2562
วันตอบรับ:	9 เม.ย. 2562

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลต่อความสามารถในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem DE กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่นำเด็กมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 และ 30 ราย สิ่งทดลองเป็นโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย การเสริมสร้างความสามารถแก่ผู้ดูแล 3 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินสถานการณ์การดูแล (2) การปรับเปลี่ยน ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ และ (3) การลงมือปฏิบัติ ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมนอน อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ ปัญหาด้านอารมณ์ และปัญหาการเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลได้แก่ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือมีความเชื่อมั่นด้วยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับคะแนนความสามารถระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (t-test) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทั้งความสามารถโดยรวมและรายด้าน และพบว่าคะแนนความสามารถกลุ่มทดลองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะในการจัดระบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นให้สามารถจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: สมาธิสั้น, ปัญหาพฤติกรรม, ผู้ดูแล, ความสามารถ

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด ประเทศไทยพบความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กประถม

ร้อยละ 8.1⁽¹⁾ ในอัตราส่วนผู้ชายต่อผู้หญิงเท่ากับ 3:1 และพบว่าผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 50.0⁽²⁾ สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่พบว่า จำนวนเด็กที่เข้ารับการรักษา มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.0-35.0 ภายในระยะเวลา 2

ปี^(3,4) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์และการเข้ารับการรักษาของเด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปัจจุบันการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีที่สุด คือการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยา และการปรับพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม การช่วยเหลือโดยการประสานงานกับโรงเรียน และการช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นในการดูแลเด็กสมาธิสั้นนอกจากแพทย์และพยาบาลในทีมสุขภาพแล้ว ผู้ดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้านซึ่งอาจจะเป็นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือเด็ก เพราะเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของเด็กอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เด็กได้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและได้รับการพัฒนาให้เจริญเติบโตตามวัยที่เหมาะสมต่อไป

เด็กสมาธิสั้นมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ทั้งหมด อันเป็นผลจากข้อจำกัดของวัยและภาวะของโรคที่เกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของผู้ดูแล โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด และเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาหรือผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะสั้น และระยะยาวทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมทั้งช่วยให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตเพื่อการเติบโตต่อไปได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็ก จากการศึกษาของสนธยา มณีรัตน์⁽⁵⁾ พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีความต้องการการดูแลที่จำเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) การรับประทานอาหารและน้ำ (2) การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายในชีวิตประจำวัน (3) การช่วยเหลือตนเองและการฝึกทักษะทางสังคม (4) การส่งเสริมการเรียนรู้ (5) การใช้ยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ (6) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ซึ่งลักษณะพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นมักเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา

ตั้งแต่วัยเด็ก และส่งผลกระทบต่อวัยอื่น ๆ ในระยะยาว หากเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และการดำรงชีวิตในสังคมของเด็กต่อไป และจากการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นทั้ง 6 ด้านดังกล่าว พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนความสามารถในการดูแลด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อยู่ในระดับน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถด้านอื่น ๆ และพบว่าปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พบมากที่สุด คือขาดทักษะ (ร้อยละ 53.4) ขาดความรู้ (ร้อยละ 51.5) และมีความเครียดที่อ้ากจากการดูแลเด็ก (ร้อยละ 35.0) ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลโดยทั่วไปประกอบด้วย การให้การบำบัดรักษา การปรับพฤติกรรม และการให้ความรู้ คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่บิดามารดา หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับอาการ สาเหตุของโรค การรักษา และผลข้างเคียงของการใช้ยา และการเปิดโอกาสให้บิดามารดา และครอบครัวระบายนความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในความดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักกิจกรรมบำบัด แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยจำนวนทีมสหสาขาวิชาชีพมีจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้รับบริการในแต่ละวัน ประกอบกับพบว่าปัญหาที่ผู้ดูแลเด็กมีมากที่สุด คือ การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่ที่บ้าน เช่น ขาดความตั้งใจในการทำงาน ทำงานไม่เสร็จ ไม่เรียบร้อย เล่นของเล่นแล้วไม่เก็บ หยิบของตกๆ หล่นๆ ไม่สนใจฟังเวลามีคนพูดด้วยอารมณ์วู่วาม ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่สามารถรอได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่มีระเบียบ อารมณ์หงุดหงิด ไข้ โมโห สอดคล้องกับการศึกษาบิดามารดาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นพบว่ามีความเครียดร้อยละ 89.0 มีความไม่สบายใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรร้อยละ 64.0 และมีปัญหาเรื่องการทะเลาะกับคู่สมรสร้อยละ 50.0⁽⁶⁾ จากการศึกษาผลของการจัดกลุ่มให้บิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้มาแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม

ของบุตร และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุตร พบว่าบิดามารดาที่เข้าร่วมกลุ่มมีความพึงพอใจ ได้แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ทักษะในการจัดการบุตรด้วยวิธีการที่หลากหลาย รู้สึกมีเพื่อนที่คอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และมีความสามารถในการจัดการปัญหาเด็กสมาธิสั้นได้ดีขึ้น^(7,8)

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น และปัญหาของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว จึงได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นขึ้น เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม โดยคาดว่าจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการปรับพฤติกรรมจากผู้ดูแลอย่างถูกต้อง มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และลดภาระการดูแลต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลต่อการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม และประเมินวัดสองครั้ง (pretest-posttest control group design) โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือหลังพบแพทย์ ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้นจากพยาบาลประมาณ 5-10 นาทีและได้รับแผ่นพับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมส่งเสริมความ

สามารถของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ตัวแปรตาม คือความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่นำเด็กมารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ โปรแกรม G* power ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 54 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ละ 27 คน แต่เพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างขึ้นร้อยละ 30.0 รวมเป็น 70 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยนำมาทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในเดือน มกราคม - มีนาคม 2558 และดำเนินการทดลองในเดือน พฤษภาคม - มิถุนายน 2558 มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ

- 1) เป็นผู้ดูแลที่ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มาไม่เกิน 6 เดือน
 - 2) มีคะแนนความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ
 - 3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง
 - 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือวัดผลการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของ Orem DE⁽⁹⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
- 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น
- 3) แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น แบบวัดนี้ มีจำนวน 60 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) การคาดการณ์ จำนวน 10 ข้อ (2) การปรับเปลี่ยน 9 ข้อ (3) การลงมือปฏิบัติ 41 ข้อ คะแนนการประเมินมีค่าตั้งแต่ 1- 6 คะแนน 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นปฏิบัติน้อยมาก หรือไม่ปฏิบัติเลย คะแนน 6 หมายถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ เป็นกิจวัตร แบ่งระดับความสามารถเป็น 3 ระดับ คะแนน 1

- 20 หมายถึงความสามารถอยู่ในระดับน้อย คะแนน 21 -40 หมายถึงความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 41 -60 หมายถึงความสามารถอยู่ในระดับมาก เครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยการทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 เพื่อป้องกันอคติในการประเมินความสามารถของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) สร้างแบบสอบถามที่มีคุณภาพ มีความสม่ำเสมอ ไม่ขัดแย้งกันเองในแต่ละข้อคำถาม

2) ผู้วิจัย จำนวน 2 คน เป็นผู้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลด้วยตนเอง

3) ชี้แจงให้ผู้ตอบเข้าใจวัตถุประสงค์ วิเคราะห์ และการนำเสนอผลว่าจะเป็นภาพรวม เพื่อให้ผู้ตอบมั่นใจว่าจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ จากการตอบคำถาม

4) ในระหว่างการทดลองผู้ดูแลจะมีการบันทึกการปฏิบัติ และผลที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นทุกครั้ง

2. สิ่งทดลอง (intervention) ได้แก่โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยผสมผสานแนวคิดการสร้างเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามแนวทฤษฎีของ Orem DE⁽⁹⁾ และแนวคิดการจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾ ซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้างความสามารถแก่ผู้ดูแล โดยการสนับสนุนความรู้ ให้ข้อมูล คำแนะนำที่จำเป็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น การสร้างเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการคิด วางแผน และตัดสินใจเพื่อเลือกกิจกรรมในการปรับพฤติกรรมเด็ก รวมทั้งฝึกทักษะในการประเมินและจัดการกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหาจากผู้ทรง

คุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมมาตรฐาน ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที (t-test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.3 (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.0 กลุ่มทดลองร้อยละ 80.0) อายุที่พบมากอยู่ในช่วง 35-45 ปี ร้อยละ 48.6 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 47.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 47.5) อายุเฉลี่ย 37.82 ปี (กลุ่มควบคุม 36.30 ปี กลุ่มทดลอง 39.34 ปี) มีสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.3 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 83.2 กลุ่มทดลองร้อยละ 86.6) และมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 71.4 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 71.4 กลุ่มทดลองร้อยละ 76.6) (ตารางที่ 1)

ลักษณะเด็กสมาธิสั้นในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.4 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 67.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 76.6) มีอายุเฉลี่ย 8.80 ปี (กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 8.90 ปี กลุ่มทดลองเฉลี่ย 8.70 ปี) กำลังศึกษาชั้นประถมต้น ร้อยละ 72.9 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 77.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7) ปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาขาดสมาธิ ร้อยละ 87.1 (กลุ่มควบคุมร้อยละ 87.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 86.7) รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีระเบียบวินัย และอารมณ์วู่วาม หุนหันพลันแล่น ร้อยละ 68.6, 65.7 และ 57.1 ตามลำดับ (กลุ่มควบคุมร้อยละ 70.0, 65.0 และ 57.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 66.6, 66.7 และ 56.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=40)		รวม (n= 70) ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	6	20.0	12	30.0	25.7
หญิง	24	80.0	28	70.0	74.3
อายุ (ปี)					
25-35	9	30.0	12	30.0	30.0
35-45	15	50.0	19	47.5	48.6
45-60	5	16.7	8	20.0	18.6
มากกว่า 60	1	3.3	1	2.5	2.8
สภาพสมรส					
โสด	1	3.4	1	2.5	2.9
คู่	26	86.6	33	83.2	84.3
หม้าย/หย่า/แยก	3	10.0	6	10.0	12.8
ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น					
บิดา	3	10.0	3	7.5	8.6
มารดา	23	76.6	27	67.5	71.4
ลุง/ป้า/น้า/อา	2	6.7	8	20.0	14.3
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	2	6.7	2	5.0	5.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นในความดูแล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=40)		รวม (n= 70) ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	23	76.6	27	67.5	71.4
หญิง	7	24.4	13	32.5	28.6
อายุเฉลี่ย (ปี)					
	8.7		8.9		8.8
การศึกษา					
ป. 1-ป. 4	20	66.7	31	77.5	72.9
ป. 5-ป. 6	10	33.3	9	22.5	27.1
ปัญหาพฤติกรรม					
ขาดสมาธิ	26	86.7	35	87.5	87.1
ซนมาก อยู่ไม่นิ่ง	20	66.6	28	70	68.6
ไม่มีระเบียบ วินัย	20	66.7	26	65	65.7
วุ่นวาย หุนหันพลันแล่น	17	56.7	23	57.5	57.1

2. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม

เด็กสมาธิสั้นก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 และระดับมาก ร้อยละ 35.7

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมีระดับคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ (ตารางที่ 3)

4. กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

5. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม

เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังดำเนินการ

ความสามารถ	กลุ่มทดลอง (n=30)		Mean difference (SD)	p value	กลุ่มควบคุม (n=40)		Mean difference (SD)	p value
	ก่อนทดลอง Mean±SD	หลังทดลอง Mean±SD			ก่อนทดลอง Mean±SD	หลังทดลอง Mean±SD		
ด้านการคาดการณ์	39.13±9.02	51.66±5.54	-12.53±4.65	<0.01	37.45±7.86	37.82±8.74	-0.37±5.50	0.429
ด้านการปรับเปลี่ยน	29.50±6.55	35.80±3.97	-6.30±3.17	<0.01	27.37±5.41	28.37±5.70	-1.00±5.39	0.248
ด้านการลงมือปฏิบัติ	154.93±28.49	198.83±14.22	-43.90	<0.01	162.52±22.09	163.20±24.78	-0.675±20.36	0.835
ความสามารถโดยรวม	228.33±40.93	291.83±21.31	-63.50±19.62	<0.01	227.35±30.26	229.40±35.19	-2.05±27.59	0.641

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและมีคะแนนความสามารถหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฝึกทักษะดังกล่าว เป็นการส่งเสริมความสามารถที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างแท้จริง เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าว เป็นโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นตามปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมถึงเป็นโปรแกรมที่ให้ความสำคัญต่อการปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติ-

กรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง และผู้อื่นบ่อยๆ เช่น พฤติกรรม วู่วาม ใจร้อนควบคุมตนเองไม่ได้ ทั้งขณะอยู่ที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน และปัญหาการเรียน โดยพบว่า พฤติกรรมทางสังคมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมการพูดคุ้ยเสียงดัง ลูกจากที่นั่งขณะครูสอน และปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ เช่น รังแกสัตว์ แก่งผู้อื่น เล่นรุนแรง ไม่ทำงาน ไม่ส่งการบ้าน ไม่ส่งงาน⁽¹¹⁾ เป็นต้น นอกจากนี้โปรแกรมดังกล่าวยังได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capability for dependent care operation) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care Agency) ของ Orem DE⁽⁹⁾ ประกอบด้วยความสามารถ 3 ระดับ คือ ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) การปรับเปลี่ยน (transitive operation) และการลงมือปฏิบัติ

(productive operations) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น ตั้งแต่การวางแผนโดยการเตรียมตัวเอง วัตถุประสงค์ของ หรือสิ่งแวดล้อม การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้เพื่อการปรับเปลี่ยนแก้ไขและยึดเป็นแนวปฏิบัติต่อไป ดังนั้นระดับความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงประเมินได้จากความสามารถในการประเมิน ปรับเปลี่ยน การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งครอบคลุมขั้นตอนของการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีทักษะในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม หลักสำคัญในการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การฝึกสอนบิดามารดา (parent management training) ให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้บิดามารดามีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับเข้าใจอาการและข้อจำกัดต่าง ๆ ของเด็ก ได้เรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและวิธีการจัดการกับปัญหาที่พบจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก และมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนความสามารถของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เนื่องมาจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยในเรื่องของการอบรมเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะเมื่อบุตรป่วย มารดาจะเป็นผู้ที่มี

บทบาทสำคัญที่สุดประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะและมีประสบการณ์ในชีวิต ส่งผลให้อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มควบคุมในการศึกษาคั้งนี้ มีคะแนนความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากระยะเวลาของการให้การดูแลตามปกติมีค่อนข้างจำกัด ครั้งละ 20-30 นาที ไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนปัญหาและประสบการณ์การดูแลกับผู้ดูแลรายอื่น ๆ ประกอบกับการกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการติดตาม ประเมินผล และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องทุก 2 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้มีกระบวนการติดตามต่อเนื่อง มีเพียงการประเมินผลในครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากครั้งแรกเป็นระยะเวลา 2 เดือน ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการจัดการที่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก และสามารถพัฒนาความรู้ ทัศนคติและทักษะในการดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การจัดอบรมผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถเพิ่มความรู้ให้กับผู้ดูแลได้อย่างดี รวมถึงสามารถให้ผู้ดูแลได้เข้าใจถึงกลไกการพัฒนาธรรมชาติและพื้นฐานอารมณ์ของเด็ก เรียนรู้เรื่องการปรับทัศนคติในการเลี้ยงดูลูกได้ดีอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนารูปแบบบริการโดยจัดให้มีโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ให้อยู่ในกระบวนการดูแลแบบปกติ เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้เจริญเติบโตตามวัย และมีทักษะในการดำเนินชีวิตต่อไป

2. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากความสามารถในการจัดการของผู้ดูแลโดยตรง รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและการวิจัยความสามารถของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าถึงระบบบริการ เช่น โรงเรียน หรือชุมชน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพจิตร, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;22:66-75.
- สมัย ศิริทองถาวร. โครงการวิจัยการส่งเสริมความรู้ทัศนคติและทักษะครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น. สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์;2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://docs.google.com/gview?url=http://www.adhdthailand.com/files_doc/ความชุกและสาเหตุของโรคสมาธิสั้น.pdf&chrome=true
- กิตต์กวี โพธิ์โน. เด็กไทยป่วยสมาธิสั้นเพิ่ม ชี้ไม่รักษาเสี่ยงเกร ดิดอย่างง่าย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://news.thaipbs.or.th/content/268606>
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. รายงานสถิติผู้ป่วย 5 อันดับโรค คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นนึ่งปีงบประมาณ 2555-2557. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2558.
- สนธยา มณีรัตน์. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550. 68 หน้า.
- Ressello B, Garcia-Castellar R, Tarage-Minguez R, Mulas F. The role played by the parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. Rev Neurol 2003;1:S79-84.
- McCleary L, Ridley T. Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. Patient Educ Couns 1999;38:3-10.
- ชัยพร จันทศิริ. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับ พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553. 77 หน้า.
- Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วีเจ พีรน์ตั้ง; 2540.
- National Institute for Health and Clinical Excellence & Social Care Institute for Excellence. Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders [Internet]. 2006 [cited 2018 Sep 15]. Available from: <https://www.scie.org.uk/publications/misc/parenttraining/parenttraining.pdf?res=true>
- พรทิพย์ วชิรดิลก, มนัสวี เมืองขวา, ธนโชติ เทียมแสง. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552;17:77-9.

Abstract: Effectiveness of Behavioral Management Enhancing Program on Caregivers Capability of ADHD Child

Sonthaya Maneerat, Ph.D.*; Sampan Maneerat, M.N.S.; Siriuk Srisawet, M.N.S.*****

** Prapokklao Nursing College; ** Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi;*

**** Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand*

Journal of Health Science 2019;28(Suppl 2):S81-S89.

The aim of this study was to demonstrate the effectiveness of behavioral management enhancing program on managing problematic behavioral capability among caregivers of ADHD child. Samples of the study consist of 70 caregivers who had child with ADHD diagnosis and attended child and adolescence clinic. The subjects were divided into two groups: control and experimental groups. Forty caregivers participating in the control group received nursing care as usual whilst thirty caregivers in the experiment group participated in behavioral management enhancing program. The research instruments were developed by the researchers based on the self-care theory. The behavioral problematic enhancing program covering ADHD child behavioral problems and the caregivers managing problematic behavioral capability questionnaires were used as instruments in this study. Data were analyzed using descriptive statistics for demographic data and t-test using for ADHD caregiver capability. The result revealed that after implementing the behavioral management enhancing program, the capability scores among ADHD child caregivers increased significantly ($p < 0.001$). The score of the experimentation group was significantly higher than that of the control group. Similarly, the post capability scores of the caregivers were significantly higher after participating the program. Thus, program focusing on behavioral management in the ADHD child caregivers was suggested. In addition, nursing service system enhancing individual abilities to gain more skill was highly recommended.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, caregiver, behavioral problems, capability