

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์
เรื่อง
การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น



นางสาวนุจริย์ ภูระยา
ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นินทจันทร์,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



นางสาวสุธิดา มาสุธน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธักดิ์,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์
เรื่อง
การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2553

.....

นางสาวนุจริย์ ภูระย้า

ผู้ศึกษา

.....

นางสาวสุธิดา มาสุชน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรณู พุกบุญมี,

พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรินทร์ นันทจันทร์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์ ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร.สุธิดา มาสุชน กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอด จนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามร้อยยอด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนที่กรุณาสันับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และทีมเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่ช่วยเหลือด้านงานเอกสาร ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามร้อยยอด รวมทั้งนักเรียนรุ่นพี่ และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และอุปสรรคต่างๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา ขอขอบคุณบุคคลในครอบครัวและญาติมิตร ที่ให้ความรักความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาเป็นอย่างดี จนกระทั่งสารนิพนธ์นี้สำเร็จลงด้วยดี

นุจรีย์ ภูระยา

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL THERAPY FOR CHILDREN WITH
ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDERS

นุจริย์ ภูระยา 4937008 RAMH/ M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พัทรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. (Nursing), สุจิตา มาสุขน, Ph.D.
(Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นโดยรวบรวมหลักฐานงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลสารสนเทศ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ มีงานวิจัยที่นำมาศึกษา 12 เรื่อง ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ 1) **วิธีการบำบัด:** พบว่าวิธีการบำบัดมีทั้งวิธีการบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นโดยตรง วิธีการบำบัดที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็กสมาธิสั้น ครอบครัว และโรงเรียน 2) **ผู้บำบัด:** อาจเป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ครูการศึกษาพิเศษ นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักดนตรีบำบัด 3) **กลุ่มตัวอย่าง:** เป็นเด็กสมาธิสั้น อายุระหว่าง 4-16 ปี และมีสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น และครู 4) **กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัด:** ประกอบด้วย การใช้ศิลปะ การเสริมแรงด้วยเบี้ยยรรถกร การเล่นเกม การฝึกโยคะ การฝึกสมาธิ การฝึกทักษะทางสังคม การให้ความรู้ และการฝึกทักษะให้กับครอบครัวและครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 5) **ระยะเวลา ความถี่และจำนวนครั้งในการบำบัด:** พบว่า แต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ความถี่ทุก 1-2 สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 5-29 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย 6) **ผลลัพธ์ของการบำบัด:** เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น อาการสมาธิสั้น และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองและครูมีความรู้ ทักษะและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น มีระดับความเครียดน้อยลง ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การบำบัดทางจิตสังคม / เด็กสมาธิสั้น

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL THERAPY FOR CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDERS

NUCHAREE PURAYA 4937008 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN,
Ph.D. (NURSING), SUTHIDA MASUTHON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at synthesizing research on psychosocial therapy for children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders (ADHD). Existing research studies were searched and retrieved from electronic databases and information sources. A total of 12 studies were selected. The findings of the studies could be divided into six categories as follows: 1) *Therapy methods*: It was found that there were therapies conducted directly with the children with ADHD, therapies which promoted family participation in care of children with ADHD, and therapies which involved children with ADHD, family, and school. 2) *Therapists*: The persons who performed the therapy could be psychiatrists, psychiatric nurses, psychologists, special education teachers, activity therapists, social workers, or music therapists. 3) *Clients*: The clients were ADHD children with normal intellectual ability and ranging in age from 4 to 16 years old, along with their parents/ caregivers and teachers. 4) *Activities*: The activities used in the therapy included art, reinforcement, music, yoga, meditation, social skill practices, dissemination of knowledge and caregiving skill practices for teachers and family of children with ADHD. 5) *Duration, frequency, and number of therapy*: Each therapy session lasted from one to two hours and was conducted every week or every other week. The therapy sessions were conducted for five to 29 times in total, depending on the problems of children with ADHD. 6) *Outcomes*: Children with ADHD had better learning outcomes, the ADHD symptoms and problematic behaviors were reduced, and they had better ability to carry out daily living activities and improved social skills. Furthermore, their parents and teachers had better knowledge and skills and more positive attitudes toward caregiving of children with ADHD, so they had less stress. It can be concluded from the study findings that the knowledge derived in this study could be subsequently applied to more effectively provide care to children with attention deficit/hyperactivity disorders.

KEY WORDS: PSYCHOSOCIAL THERAPY / CHILDREN / ADHD / ATTENTION DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDERS

228 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
โรคสมาธิสั้น	8
ความหมายของโรคสมาธิสั้น	8
อาการและการดำเนินโรคสมาธิสั้น	9
การวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders)	11
การจำแนกชนิดของ ADHD	12
การวินิจฉัยแยกโรค	13
ความผิดปกติที่พบร่วมกับ ADHD	15
สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น	16
ปัญหาและผลกระทบ	17
การบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น	19
วิธีการบำบัดด้วยยา (Medication Therapy)	20
วิธีการบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-medication Therapy) /	22
การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy)	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การบำบัดกับเด็กโดยตรง (Individual focused intervention)	22
การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก (Family focused intervention)	23
การส่งเสริมให้ครู และ โรงเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก (School focused intervention)	26
การประเมินเด็กสมาธิสั้น	29
บทบาทยุทธศาสตร์สุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	34
การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	34
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ	38
บทที่ 4 ผลการศึกษา	42
บทที่ 5 การอภิปรายผลการศึกษา	94
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	106
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	112
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	128
รายการอ้างอิง	146
ภาคผนวก	152
ประวัติผู้ศึกษา	228

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
2	งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นจากการสืบค้น	39
3	แสดงชื่อเรื่อง/ ชื่อผู้แต่ง/ ปี การบำบัด การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบและ Outcome จากการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น	46
	- วิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง	46
	- วิธีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก	66
	- วิธีการส่งเสริมให้ครู และ โรงเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก	78
4	สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น	153

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit / hyperactivity disorders หรือ ADHD) จัดว่าเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบได้บ่อยในวัยเด็ก เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่มีการแสดงออกไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ ลักษณะอาการของโรคได้แก่ อาการขาดสมาธิ (Inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการแสดงก่อนอายุ 7 ปี และอาการต้องปรากฏต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องมีความรุนแรงมากพอและกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กโดยที่เด็กไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 3 อาการ และอาการดังกล่าวสามารถพบเห็นได้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่โรงเรียน และที่บ้าน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2551; American Psychiatric Association, 1994; ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2551) ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะเริ่มเห็นปัญหาและอาการที่ผิดปกติเมื่อเริ่มเข้าโรงเรียนอนุบาล ในระหว่างอายุ 3-6 ปี (Preschool age) ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial development) ของ แอริค เอช. แอริคสัน (Erik H. Erikson) เรียกระยะนี้ว่าระยะมีความคิดริเริ่มกับความรู้สึกละอาย (Initiative Versus Guilt) เด็กมีลักษณะ อยากรู้อยากเห็นสิ่งที่อยู่รอบตัว มีจุดมุ่งหมายและตัดสินใจเด็ดเดี่ยว มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นช่วงเวลาที่เด็กซุกซนมาก ชอบเล่นโลดโผน ก้าวร้าว กล้าแสดงออก จินตนาการ อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การวินิจฉัยแยกโรคเด็ก ADHD ในช่วงอายุ 3-6 ปีทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากไม่สามารถพิจารณา หรือสังเกตความผิดปกติได้ชัดเจน จนกระทั่งเด็กเข้าเรียนชั้นประถม ในช่วงอายุ 6-12 ปี (School age) ซึ่งจะเห็นอาการชัดเจนหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็ก ADHD เนื่องจากเด็กวัยนี้มีความสามารถควบคุมกิจกรรมของตนเอง มีความคิดฝืนน้อยลง มีสมาธิมากขึ้น และเรียนรู้ที่จะควบคุมตนเองให้อยู่ในร่องรอยกฎระเบียบของโรงเรียน และสังคม (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) แต่เด็ก ADHD สังเกตพบว่า เด็กมีลักษณะซนมากกว่าปกติ ขาดการยั้งคิด และอยู่กับกิจกรรมใด ๆ ไม่ได้นาน มีอารมณ์หงุดหงิด จี๋โมโห และเสียสมาธิง่าย ไม่มีสมาธิในการเรียน ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติอย่างชัดเจน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) เด็ก ADHD ไม่จำเป็นต้องมีอาการทุกอย่างขึ้นอยู่กับว่าเด็กมีอาการใดที่รุนแรงและเด่นมากกว่า

อาการอื่น ที่พบได้บ่อยคือ เด็กมีอาการชนิดผสม (combined type) โดยผู้ป่วยแสดงอาการทั้ง 3 อาการ คือ อาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) / อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และอาการสมาธิสั้น (inattentiveness) (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545)

ปัจจุบันพบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3-5 ในเด็กวัยเรียน (American Academy of Pediatrics, 2000, อ้างใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) และจากรายงานของ การ์แลนด์ และคณะ (Garland et al., 2001) พบว่าร้อยละ 50 ของคนไข้ที่มารักษาในหน่วยจิตเวชเด็กในประเทศเยอรมันนี้เป็นโรคสมาธิสั้น สำหรับประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 5 ในเด็กวัยเรียน (มานิช อารณสุวรรณ, 2550) และจากสถิติของผู้ใช้บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปี 2546-2548 พบจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 34.72, 35.91 และ 41.37 ตามลำดับ (คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2549) ส่วนใหญ่พบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิงโดยมีอัตราส่วนเท่ากับ 4-6: 1 (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; เบญจพร ปัญญาขง และ อลิสา วัชรสินธุ, 2541) จากสถิติหรือจากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของเด็กที่พบว่าเป็นโรคนี้มีจำนวนมากขึ้น

โรคสมาธิสั้นเปรียบเสมือนเป็นโรคเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะมีผลกระทบไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแต่เดิมมีความเชื่อว่าอาการของโรคจะหายไปเมื่ออายุมากขึ้น แต่ในระยะหลังมีการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 80 ยังแสดงอาการ ต่อเนื่องไปถึงวัยรุ่นและในวัยผู้ใหญ่ (Barkley, 2006) นอกจากนี้ ADHD ยังมักพบ ร่วมกับโรคจิตเวชอื่นด้วยโดยเฉพาะโรคในกลุ่ม ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) จากการศึกษาของ อีเลีย, แอมโบซินี และเบอเรทตินี (Elia, Ambrosini & Berrettini, 2008) พบว่าผู้ป่วย ADHD มักจะมี พฤติกรรมคือ ต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder, ODD.) ร่วมด้วย 40.6%, โรคซึมเศร้า (depression) 21.6%, โรควิตกกังวล (anxiety disorder) 15.2% และจากงานวิจัยของ พลิสซกา (Pliszka, 2000) พบ ADHD ร่วมกับมีความบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning Disability, LD.) 30%, และ พฤติกรรมก้าวร้าว เกร (Conduct Disorder, CD.) 14% และจากการศึกษาของ สุวรรณิ พุทธิศรี และ ศศิธร ยิ่งสำหรี (2546) ซึ่งศึกษาเด็กในสถานพินิจ พบว่าเด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกร ร่วมด้วยถึง 82% และมีปัญหาติดสารเสพติด 78% จากความผิดปกติที่พบร่วมด้วยนี้ เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การดำเนินโรคแย่ลงและยากต่อการดูแลรักษา

จะเห็นได้ว่าจากอาการของโรค และโรคทางจิตเวชอื่นที่เกิดร่วมกับ ADHD ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหารุนแรงมากขึ้น ถ้าเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลรักษา ที่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลกระทบในด้านลบ ตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมที่เด็ก

ขาดการยั้งคิด ทำให้มีการเล่นที่โหดโชนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การขาดระเบียบวินัย จึงถูกมองว่าเป็นเด็กขาดความรับผิดชอบ อาการสมาธิสั้นทำให้ผลการเรียนไม่ดี มีปัญหาด้านการเรียน ความหุนหันพลันแล่นทำให้มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ จากการศึกษาของ กวี สุวรรณกิจ และคณะ (2542) พบว่าเด็ก ADHD นั้นมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความอดกลั้นน้อย สูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งถ้าเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องจะยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะนำไปสู่การเกิดปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ มากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะเป็นคนใจร้อน มีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เกเรก้าวร้าว อาจก่อให้เกิดการใช้สารเสพติด หรือเสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมายได้ เมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ จึงมีปัญหาในเรื่องของการทำงาน ขาดการจัดระบบระเบียบการทำงาน เป็นโรคซึมเศร้า ชีวิตครอบครัวแตกแยก ซึ่งจะส่งผลกระทบในด้านลบต่อการดำเนินชีวิต (อลิสซา วัชรสินธุ, 2546; Silver, 2004)

ผลกระทบที่เกิดจาก ADHD มิใช่จะเกิดเฉพาะกับตัวเด็กเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กกลุ่มนี้ด้วย เพราะต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยของเด็ก และต้องรับภาระในการดูแล รวมถึง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กที่ฉลาดแต่มีปัญหาเรื่องการเรียนและการปรับตัวในสังคมซึ่งอาจสร้างความผิดหวัง จากการคาดหวังในตัวเด็กให้กับครอบครัว จนมีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามมา (สุวรรณณี พุทธิศรี และ คณะ, 2549) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระดับสังคมและประเทศชาติ จากอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าโรงพยาบาลขาดทุนถึง 1,040.43 บาทต่อราย (จักริน ปิงคลาชัย, 2550) และจากการศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention, 2006) พบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเป็น 2 เท่าหรือมากกว่าเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น ในส่วนของพฤติกรรมที่ผิดปกติยังสร้างความเดือดร้อนให้กับบุคคลอื่น เช่น เกิดการทำร้ายร่างกายหรือกระทำการรุนแรง ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาอาชญากรรมเพิ่มขึ้น มีการตั้งข้อสังเกตว่าการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งและการก่ออาชกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การขับรถชนกันแล้วควักปืนมายิงหรือทะเลาะกันแล้วระงับอารมณ์ไม่อยู่ ร้อยละ 60% ผู้ก่อเหตุเป็นโรคสมาธิสั้น (นิชรา เรืองดารากานนท์, 2551) ซึ่งเด็กทุกคนเปรียบเสมือนทรัพยากรสำคัญของชาติ ถ้าประเทศชาติมีทรัพยากรที่ไม่มีคุณภาพก็ไม่สามารถที่จะพัฒนาประเทศให้เจริญรุ่งเรืองได้

การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นแบ่งเป็นการรักษาโดยวิธีการใช้ยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา หรือ การบำบัดทางจิตสังคม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) ที่เน้นทั้ง ตัวเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งการรักษาด้วยยามีักพบเป็นวิธีแรกที่ถูกเลือกใช้ ยาที่นิยมใช้ในการรักษาคือ methylphenidate (Ritalin) ยาจะช่วยลดอาการที่เกิดในเด็กสมาธิสั้นให้น้อยลงแต่ผลเสียคือ อาการข้างเคียงจากยา โดย

อาการที่พบบ่อยคือ เบื่ออาหาร รongลงมา คือ ซึมและเหงื่อซ้ (จักริน ปิงคลาชัย, 2547) ในปัจจุบัน การบำบัดทางจิตสังคมได้รับความสนใจและนำมาใช้มากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคม ในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การปรับพฤติกรรม (Behavior Therapy) (ประภาวดี สุมลมาลย์, 2549) การฝึกสมาธิและจินตนาการ การฝึกโยคะ (Jensen & Kenny, 2004) การให้ความรู้กับครอบครัว และคุณครูที่ต้องดูแลเด็ก รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการรักษาทางเลือกอื่นๆ หรือการใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการรักษาด้วยยา ที่เรียกว่า Multiple-modality approach (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มนี้

จะเห็นได้ว่าการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ปกครอง ครู และบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรต้องมีความรู้ความเข้าใจในตัวเด็กสมาธิสั้น อาการของโรค และการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องเป็นผู้ที่ให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินพฤติกรรมผิดปกติเบื้องต้นได้ สามารถให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือคำปรึกษากับผู้ปกครองหรือครูถึงแนวทางการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กกลุ่มนี้ เช่น พฤติกรรมบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะด้านต่างๆ เป็นต้น อันจะช่วยลดพฤติกรรมหรือความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อไปในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า จากการศึกษา พบว่าการบำบัดเด็กสมาธิสั้น มีหลายรูปแบบ (ประภาวดี สุมลมาลย์, 2549; พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552; Pfiffner, Mikami, Huang-Pollock, Easterlin, Zalecki & McBurnett, 2007; Gol & Jarus, 2005; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีกรรวบรวมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่ศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลงานด้านสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนทุกโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบซึ่งมีเด็กกลุ่มนี้ร่วมศึกษาเล่าเรียนอยู่ด้วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษารวบรวมวิเคราะห์ และสังเคราะห์ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่ศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลเด็กกลุ่มนี้ อันจะส่งผลให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์ งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นในประเด็นรูปแบบของการบำบัด และประสิทธิผลของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น อันจะส่งผล ต่อไปนี้

1. เด็กสมาธิสั้นได้รับความรัก ความเข้าใจ และการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง ช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และมีทักษะในการดูแลเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น ช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลของครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวมีความรักและความสุขมากขึ้น
3. ครูมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เห็นความสำคัญ สามารถดูแล และปรับการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น ลดความเครียดและปัญหาในโรงเรียน
4. พยาบาล ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการบำบัด รวมถึงให้ข้อมูลและคำปรึกษากับครอบครัวและครู สำหรับเด็กกลุ่มนี้ได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น
5. การที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ลดภาระค่าใช้จ่ายและงบประมาณของประเทศชาติในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ และเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อ บุคคลอื่น และสังคมต่อไป เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด เป็นต้น

นิยามศัพท์

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ ซึ่งอาการเหล่านั้นประกอบด้วย สมาธิสั้น (Inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการแสดงก่อนอายุ 7 ปี และอาการต้องปรากฏต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงมากพอ และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กโดยที่เด็กไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 3 อาการ

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น หมายถึง วิธีการดูแลที่มุ่งเน้นไปที่ ตัวเด็ก หรือการส่งเสริมให้ครอบครัว/ ครูให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดย พฤติกรรมบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางเลือก การให้ความรู้ การฝึกทักษะต่างๆ การปรับสิ่งแวดล้อม หรือจะเป็นวิธีการรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการใช้ยา



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า วรรณกรรมและทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

โรคสมาธิสั้น

- ความหมาย
- อาการแสดงของโรคสมาธิสั้น
- การวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- การจำแนกชนิดของโรคสมาธิสั้น
- การวินิจฉัยแยกโรค
- ความผิดปกติที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้น
- สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น
- ปัญหาและผลกระทบ

การบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น

- การบำบัดด้วยยา (Medication Therapy)
- การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-medication Therapy) / การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy)
 - การบำบัดกับเด็กโดยตรง (Individual focused intervention)
 - การบำบัดที่ส่งเสริมให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก (Family focused intervention)
 - การส่งเสริมให้ครู และ โรงเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก (School focused intervention)

การประเมินเด็กสมาธิสั้น

บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit / Hyperactivity Disorders - ADHD)

ความหมาย

โรคสมาธิสั้น หมายถึง ความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่ประกอบไปด้วยรูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ และได้แสดงออกต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ การขาดสมาธิ (inattention) และ/หรือ มีความซุกซนอยู่ไม่นิ่งกับความหุนหันพลันแล่น (hyperactivity impulsivity) ซึ่งอาการจะต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และอาการต้องปรากฏต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องมีความรุนแรงมากพอ และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็ก (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2551) โดยที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งใช้หลักการวินิจฉัยตามคู่มือทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิต ฉบับแก้ไขครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV.) เรียกโรคนี้ว่า Attention Deficit / Hyperactivity Disorders ส่วนองค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, ICD-10.) เรียกโรคนี้ว่า Hyperactive Disorders (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550) โดยที่เด็กไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 3 อาการ และอาการผิดปกติสามารถพบเห็นได้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่บ้าน และที่โรงเรียน หรือในห้องตรวจขณะที่พบแพทย์ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ

วิทยาการระบาด

ADHD เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม และการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด ในประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 5 ในเด็กวัยเรียน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545) ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราความชุกในต่างประเทศ โดยสหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3- ในเด็กวัยเรียน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV (American Academy of Pediatrics, 2000, อ้างใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) จากข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการที่ได้สำรวจจำนวนคนพิการในวัยเรียนปี 2548 มีจำนวน 1.54 ล้านคนพบบุคคลที่มีความพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์และสมาธิสั้น มีจำนวน 86,580 คน (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2551) และจากสถิติของผู้ใช้บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปี 2546 – 2548 พบจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 34.72, 35.91 และ 41.37 ตามลำดับ (คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2549) อัตราส่วนของเด็กผู้ชายต่อเด็กผู้หญิงของการเกิดโรคนี้เท่ากับ 4-6 : 1 (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545) จากการศึกษาของเบญจพร

ปัญญา และ อลิสา วัชรสินธุ (2541) ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 1,698 คน จาก 104 โรงเรียน พบว่าเด็กผู้ชายเป็นโรคนี้ ร้อยละ 7.81 ส่วนในเด็กผู้หญิงพบ ร้อยละ 1.54

อาการแสดงของโรคสมาธิสั้น

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้บันทึกลงใน DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ได้แยกกลุ่มอาการของโรค เป็น 3 กลุ่มอาการ ดังนี้ (นภัทร พุกกะณะสุต, 2550; นงพงา, 2542; วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546; American Psychiatric Association, 1994;)

1. อาการขาดสมาธิ (Inattention) สมาธิของเด็กจะมีช่วงสั้น หรือไม่สามารถรักษาสมาธิให้ยาวนานเท่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน และมักจะวอกแวก (distractibility) ง่าย
2. อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) เด็กจะมีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง ซุกซนหรือเคลื่อนไหวมากกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับวัย หรือสำหรับระดับพัฒนาการของเด็ก อีกทั้งยังมีลักษณะที่รบกวนผู้อื่นอีกด้วย เด็กจะเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลาโดยไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย
3. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมของตนให้อยู่ในกฎระเบียบของการเข้าสังคมหรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และมีความยากลำบากในการทำงานที่ต้องใช้ความสุ่มรอบคอบ

อาการขาดสมาธิหรือสมาธิบกพร่อง (Inattention)

ในปัจจุบันนี้มีแนวความคิดว่า อาการสมาธิบกพร่องหรืออาการสมาธิสั้นเป็นอาการที่สำคัญที่สุดของโรค ADHD เด็กจะมีช่วงสมาธิสั้นกว่าที่ควรจะเป็นตามอายุของเด็ก เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่าย (distractibility) ไม่สามารถทำงานให้เสร็จ หรือต้องใช้เวลานานกว่าคนอื่น เด็กจะไม่ฟัง ไม่ทำตาม มองไปทางอื่นหรือพูดด้วยจะไม่สบตา มักเล่นเล่ ไม่ระมัดระวัง เช่นในการทำแบบฝึกหัดหรือข้อสอบ

การที่สมาธิบกพร่องทำให้เด็กขี้ลืม (forgetfulness) เด็กมักจะลืมทำสิ่งที่ต้องทำ เช่น ทำการบ้านแล้วลืมนำไปส่งครู ลืมของที่ต้องนำไปโรงเรียน ลืมของใช้ประจำวัน ทำของหายบ่อย อาการเหล่านี้ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียน ครูมักเกิดอาการคับข้องใจว่าเด็กก็เก่งแต่ทำไมทำงานได้แย่งว่าที่ครูคิดมาก มักถูกตำหนิหรือลงโทษบ่อย สำหรับอาการสมาธิสั้นนี้มีข้อสังเกตที่พบเสมอทางคลินิก คือ เด็กบางคนไม่มีสมาธิพอที่จะเรียนให้ประสบความสำเร็จ แต่กลับสามารถทำกิจกรรมที่ตนชอบได้นานมาก เช่น เด็กบางคนสามารถเล่นวิดีโอเกมนานเท่าเด็กปกติ เด็กบางคนสามารถวาดรูปที่ตนชอบได้จนเสร็จ ปรากฏการณ์นี้ทำให้ดูเหมือนเด็กสามารถเลือกสนใจหรือไม่

สนใจก็ได้ ซึ่งน่าจะเกิดจากเรื่องแรงจูงใจและความรู้สึกสนุก (motivation & pleasure) เพราะพบว่า เด็ก ADHD มีปัญหามากเมื่อให้ทำงานที่น่าเบื่อ ซ้ำซาก งานที่ยาก และงานที่ไม่ได้ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ

อาการนอนไม่นิ่ง (Hyperactivity)

อาการนอนไม่นิ่ง นอนไม่สุข หรือซุกซนผิดปกติมีระดับมากกว่าในเด็กปกติทั่วไป การนอนไม่สุขนี้ไม่ใช่ความซุกซนธรรมดาของเด็กแต่จะมีลักษณะเบี่ยงเบนออกจากที่ ที่เด็กควรจะอยู่ หรือเบี่ยงเบนออกจากสิ่งที่เด็กควรจะทำอยู่ เช่น เวลาอยู่ที่โรงเรียนก็จะลุกจากที่นั่งบ่อยๆ นั่งไม่ติด ละทิ้งงานที่กำลังทำอยู่ที่โต๊ะเรียนไป นอกจากนั้นจะมักเป็นการรบกวน (disruptive) คนอื่น ทำให้เด็กอื่นเสียสมาธิ จากกรณีศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ของ ศิริรัตน์ เณลิมไทย (2546) พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กกลุ่มนี้ คือ คุยเสียงดัง ลุกจากที่เวลาครูสอน ขอบพูดแทรกรบกวนครูและเพื่อนๆ เข้ากับเพื่อนไม่ได้ อาการนอนไม่นิ่งอาจสังเกตได้ตั้งแต่ยังเด็ก เด็กจะเป็นคนมี “พลัง” มาก เดินแกว่งแกว่ง นอกจากนี้ยังพบในระหว่างที่เด็กนอนหลับจะนอนดิ้นมากตลอดทั้งคืน อาการนอนไม่นิ่ง นี้สร้างปัญหาค่อนข้างมาก ไม่น้อยไปกว่าอาการสมาธิสั้นและยังเป็นอาการที่สังเกตได้โดยตรงอีกด้วย เช่นเด็กจะซนมาก รื้อสิ่งของกระจุยกระจาย ทำของเสียหายเสมอ บางครั้งก็ทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายจากความซนบิดามารดาจึงมักอารมณ์เสีย เครียดมากจากพฤติกรรมของเด็ก ทำให้เด็กได้รับการลงโทษ คาดว่ากล่าวบ่อยครั้ง ซึ่งทำให้ระดับความภาคภูมิใจต่อตนเองลดลง (low self-esteem)

อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity)

อาการหุนหันพลันแล่น หรือขาดความยับยั้งชั่งใจในการทำสิ่งต่างๆ เป็นการกระทำโดยขาดความยั้งคิด มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมของตนให้อยู่ในกฎระเบียบของการเข้าสังคมหรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่คำนึงถึงผลกระทบที่ตามมา อาจทำให้เด็กได้รับอันตราย หรือได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จนกระตุกหัก หรือเกิดบาดแผล เช่น เกิดแผลพุพองจากการยกของร้อน บางครั้งจึงไม่สามารถแยกได้ว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นผลจากอาการนอนไม่นิ่ง หรือจากอาการหุนหันพลันแล่น ร่วมด้วย เพราะการซุกซนมากจะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน มีการศึกษาพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะได้รับอุบัติเหตุจนต้องเข้ารับการรักษานานหรือผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลหรือมีความพิการเกิดขึ้นสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น (Center for Disease Control and Prevention, 2006) ลักษณะที่แสดงออกของอาการหุนหันพลันแล่น ที่เห็นเป็นประจำในห้องเรียนคือ เด็กจะรีบตอบคำถามครูต่างๆ ที่ครูยังถามไม่จบ ลงมือทำงานต่างๆ ที่ฟังคำสั่งยังไม่จบ พูดแทรกกลางคันระหว่างครูสอน บางครั้งเพื่อนตอบครูแต่ตอบผิดเด็กอาจตอบแทรกขึ้นมาอาการ

หุนหันพลันแล่น ของ ADHD เป็นอาการที่พบว่ามีโอกาสที่จะอยู่ต่อเนื่องไปจนวัยผู้ใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหรือเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตในสังคมได้

การวินิจฉัยตามระบบ DSM –IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ที่แพทย์ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ เกณฑ์ที่กำหนดขึ้นและประกาศใช้โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2545, 47-49)

ก. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไปใน ข้อ 1 และ/หรือ ข้อ 2 เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

1. อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptoms)

ก. ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเดินเล่อในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน กิจกรรมอื่นๆ หรือทำผิดเนื่องจากขาดความรอบคอบ

ข. ไม่มีสมาธิในการทำงาน หรือการเล่น

ค. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่น หรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย

ง. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่งทำให้ทำงานไม่เสร็จ

หรือผิดพลาด

จ. ทำงานไม่เป็นระเบียบ

ฉ. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด ความพยายาม

ช. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายอยู่บ่อย ๆ

ซ. วอกแวกง่ายจากสิ่งเร้าภายนอก

ฌ. จี้ลืมบ่อย ๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

2. อาการซน/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/ impulsivity symptoms)

ก. มักหยุกยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา

ข. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือในสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉย ๆ

ค. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจเป็นเพียงความรู้สึก

กระวน กระวายใจ)

ง. ไม่สามารถเล่น หรืออยู่เงียบ

จ. ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่

ฉ. พูดมาก พูดไม่หยุด

ช. ชอบโพ่งคำตอบเวลาครู หรือพ่อ แม่ ถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ

ซ. มีความลำบากในการเข้าคิว หรือรอคอยตามลำดับ

ณ. ชอบขัดจังหวะ หรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกัน หรือแย่งเพื่อนเล่น

บ. อาการ ขาดสมาธิ ชนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ต้องพบก่อนอายุ 7 ปี

ค. อาการต้องปรากฏในสถานการณ์ หรือ สถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน

ง. มีอาการมากจนรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรือ อาชีพการงานอย่างชัดเจน

จ. อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วย โรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรค

Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia, Psychotic Disorder, Mood Disorder, Anxiety Disorder

การจำแนกชนิดของโรคสมาธิสั้น

เด็กที่ป่วยเป็น ADHD ไม่จำเป็นต้องมีอาการดังกล่าวทั้งหมด ADHD สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ขึ้นอยู่กับว่าเด็กมีอาการใดที่รุนแรง และเด่นมากกว่าอาการอื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545)

1. ชนิดผสม (combined type) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ชนิดผสมคือ ผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทั้ง hyperactivity/impulsivity และ inattentiveness (คือมีอาการแสดงมากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการจาก 9 อาการ ทั้งในกลุ่มอาการชน/หุนหันพลันแล่น และในกลุ่มอาการขาดสมาธิ โดยพิจารณาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV criteria ดังที่กล่าวข้างต้น)

2. ชนิดชน/หุนหันพลันแล่น (hyperactive impulsive type) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ชนิดชน/หุนหันพลันแล่น คือผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทางด้าน อาการชน/หุนหันพลัน (ต้องมีอาการแสดงเฉพาะในกลุ่มอาการชน/หุนหันพลันแล่น มากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการจาก 9 อาการ แต่มีอาการในกลุ่มอาการขาดสมาธิ น้อยกว่า 6 อาการ โดยพิจารณาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV criteria ดังที่กล่าวข้างต้น)

3. ชนิดขาดสมาธิ (inattentive type) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ชนิดขาดสมาธิคือ ผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทางด้าน อาการขาดสมาธิ (ต้องมีอาการแสดงเฉพาะในกลุ่มอาการขาดสมาธิ มากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการจาก 9 อาการ แต่มีอาการในกลุ่มอาการชน/หุนหันพลันแล่น น้อยกว่า 6 อาการ โดยพิจารณาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV criteria ดังที่กล่าวข้างต้น)

ในเด็กผู้ชายมักพบว่าเป็นชนิดผสมและชนิดชน/หุนหันพลันแล่นมากกว่าชนิดขาดสมาธิ
 อย่างเดียวแต่ในเด็กผู้หญิงมักพบว่าเป็นชนิดขาดสมาธิมากกว่าชนิดผสมหรือชนิดชน / หุนหันพลันแล่น

การวินิจฉัยแยกโรค

เด็กที่อยู่นิ่งไม่สุข อยู่นิ่ง ไม่ใช่ว่าจะเป็นโรคสมาธิสั้นทุกคน เพราะต้องแยกอีกว่า
 เกิดภาวะอื่น หรือโรคทางระบบอื่นของร่างกายหรือไม่ เพราะมีสภาวะที่ปกติและผิดปกติหลายอย่าง
 ที่อาจมีอาการคล้ายโรคสมาธิสั้น หรือเป็นเพียงอาการส่วนหนึ่งของโรคอื่นๆ ได้ดังนี้ (นงพงา
 ลิ้มสุวรรณ, 2542; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546; Brain, 1996)

1. โรคทางกาย

- โรคทางระบบประสาทโรคต่างๆ ของสมอง เมื่อสมองได้รับอันตรายจากเหตุ
 ต่างๆ เช่น อุบัติเหตุจากการคลอด จากการตกจากที่สูง จากการถูกทำร้าย และอื่นๆ อีกมาก หรือ
 สมองได้รับความเสียหายจากโรคต่างๆ เอง เช่น การติดเชื้อ โรคลมชัก ความพิการของสมองโดย
 กำเนิด การได้รับสารพิษ การขาดออกซิเจนของสมองจากเหตุต่างๆ โรคและภาวะต่างๆ เหล่านี้
 สามารถใช้อธิบายได้ถึงอาการอยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ และความหุนหันพลันแล่นได้เป็นอย่างดี

- ความผิดปกติของการเห็นและการได้ยินเสียง
- โรคที่ทำให้เกิดอาการคัน
- โรคพยาธิเส้นด้าย (pin worm infection)
- Hyperthyroidism
- จากยาบางชนิด เช่น ยากันชัก ยาขยายหลอดลม
- Lead poisoning
- Fragile x syndrome จะมีpsychopathology มากกว่าคนทั่วไป

2. โรคทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; อุมพร ตรังค
 สมบัติ, 2546; Silver, 2004)

- Age-appropriate behavior in active children บางครั้งผู้ใหญ่ไม่ทราบว่า
 พฤติกรรมลักษณะใดที่ควรคาดหวังจากเด็กอายุกี่ปี เช่น ชุกชนได้มากแค่ไหน ต้องมีสมาธิยาว
 เพียงใด ต้องเชื่อฟังอย่างไรบ้าง จึงนับว่าอยู่ในระดับปกติ เช่น เด็กอาจจะวิ่งเล่นส่งเสียงดังตามวัยของเด็ก
- สภาพแวดล้อมที่สับสนยุ่งเหยิง หรือวุ่นวาย (inadequate, disorganized or
 chaotic environment) เป็นสภาพครอบครัวที่ไร้ระเบียบ เด็กได้รับการกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา และเด็ก
 ไม่สามารถหาแบบอย่างที่ดี ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal-directed behavior) จะทำให้

เด็กเป็นคนที่ขาดระเบียบวินัยในชีวิต (disorganized child) ซึ่งอาการ ADHD จะดีขึ้นถ้าจัดสิ่งแวดล้อมให้มีระเบียบกฎเกณฑ์

- Mental retardation เด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติมากๆ
- Language disorder เด็กที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับภาษาพูดทำให้มีปัญหาการสื่อสาร
- Oppositional behavior/Oppositional defiant disorder เด็กมีพฤติกรรมต่อต้านเมื่อต้องการทำงานที่รับผิดชอบเอง โดยไม่ต้องการจะทำตามความต้องการของผู้อื่น
- Conduct disorder without ADHD เด็กกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และพฤติกรรมที่จะมีลักษณะมีจุดมุ่งหมาย มีระเบียบ หรือมีแบบแผน และเด็กจะมีช่วงสมาธิยาวเท่าเด็กปกติ ส่วนเด็ก ADHD ถึงบางครั้งจะมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมแต่เกิดจากการขาดทักษะในการเข้าสังคมทำไปโดยไม่ตั้งใจ
- Specific learning disabilities without ADHD เด็กที่มีพฤติกรรมการเรียนจาก learning disability จะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อถอย หหมดกำลังใจในการเรียน
- Adjustment disorder เด็กต้องเผชิญกับเรื่องเครียดทางจิตใจ ทำให้มีปฏิกิริยาต่อความเครียดเหมือนอาการ ADHD โดยเฉพาะถ้าเป็นเด็กผู้ชายในภาวะนี้ ผู้ตรวจจะได้ประวัติของปัจจัยที่ทำให้เด็กเครียด เด็กมักจะสามารถพุดคุยถึงปัญหาให้ฟังได้ว่าอะไรทำให้เครียดกังวล ไม่นานถึง 6 เดือน และอาจเกิดเมื่ออายุเกิน 7 ปีแล้ว
- Mood disorder โรคอารมณ์เศร้าในเด็กทำให้เกิดอาการเสียสมาธิ เรียนรู้ได้ช้าลง อาจทำให้ดูเหมือนเด็กมีสมาธิบกพร่อง และ depression ยังอาจทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย
- Anxiety disorder อาการวิตกกังวลธรรมดาทำให้เสียสมาธิ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง นั่งบิดไปมาจึงมองดูคล้ายอาการ inattention, hyperactivity ของ ADHD อย่างมาก
- Psychotic disorder เช่น Schizophrenia แล้วบางครั้งจะมีการเหมือนอาการของ ADHD ได้ แต่ schizophrenia มักไม่เกิดก่อนวัยเรียน และมีอาการเฉพาะของ schizophrenia ให้เห็นเมื่อตรวจเด็ก
- โรคออทิสซึม (Autism) เป็นที่ทราบกันว่าเด็กที่อยู่ในกลุ่มการทำงานของสมองบกพร่อง มักจะมีการคาบเกี่ยวกัน ขึ้นอยู่กับว่ามีอาการใดเป็นอาการนำ

ความผิดปกติที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้น

ปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 3 ของ เด็กสมาธิสั้นจะมีโรคจิตเวชอื่นที่พบร่วมอย่างน้อย 1 โรค และในหลายรายที่มีมากกว่า 1 โรค (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) จึงต้องตรวจหาภาวะหรือโรคอื่นร่วมด้วยเสมอและให้การรักษาไปพร้อม เนื่องจากเด็กสมาธิสั้น ที่พบความผิดปกติอื่นร่วมด้วยจะมีการพยากรณ์โรคแยกจากผู้ป่วยที่มีอาการของโรค ADHD เพียงอย่างเดียว ในกรณีที่พบความผิดปกติร่วมที่รุนแรงควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษา เมื่อมีโรคอื่นเกิดร่วมแล้วอาจทำให้มีความแตกต่างในการตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีต่างๆ หรือทำให้มีความแตกต่างในการทำนายโรค การรักษาจึงควรรักษาให้ครอบคลุมทั้ง ADHD และโรคที่เกิดร่วมด้วยจึงจะได้ผลดีกับเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น ซึ่งความผิดปกติที่พบร่วมกับ ADHD พบได้ดังนี้ คือ

ADHD กับ Conduct Disorder

ADHD ที่เกิดร่วมกับ conduct disorder พบได้ 30- 50 % บิดามารดาควรตระหนักถึงกรณีที่เด็กผู้ชาย ADHD แล้วเกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคมเล็กๆ น้อยๆ ในวัยเด็กเป็นสัญญาณเตือนว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดพฤติกรรม antisocial ที่รุนแรงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาของ สุวรรณิ พุทศรี และ ศศิธร ยิ่งสำหรี (2546) ซึ่งศึกษาเด็กในสถานพินิจ พบว่าเด็กโรคสมาธิสั้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกร่ ร่วมด้วยถึง ร้อยละ 82

ADHD กับ Mood Disorder

ในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ครั้งที่ 148 (Annual APA, 1995 อ้างในนางพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) พบว่า ADHD อาจมี dysthymia และ major depression เกิดร่วมด้วยสูงถึง 75% ส่วน bipolar disorder เกิดร่วมกับ ADHD ถึง 19% จากการศึกษาของ Elia, Ambrosini & Berrettini (2008) พบว่ามี depression ร่วมด้วย 21.6% ดังนั้นเวลาตรวจผู้ป่วย ADHD ควรตรวจให้ละเอียด เพื่อจะได้วินิจฉัยทั้ง 2 โรค

ADHD กับ Anxiety Disorder

พบ anxiety disorder ในผู้ป่วย ADHD สูงได้ถึง 25% เช่น panic disorder, obsessive compulsive disorder และ generalized anxiety disorder โรคดังกล่าวที่เกิดร่วมกับ ADHD จะไม่ตอบสนองต่อยา psycho stimulant (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) ซึ่งจะส่งผลที่ไม่มีประสิทธิภาพต่อการรักษา

ADHD กับ Learning Disorder

จากการศึกษาพบว่า มีเด็กที่เป็น ADHD ถึง 62% ที่อ่านหนังสือได้ล่าช้ากว่าระดับที่ควรเป็นถึง 2 ปี (McGee & Share, 1988 อ้างใน นางพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) จากงานวิจัยของ

Pliszka (2000) พบ LD ถึง 30% และจากการศึกษาของ สุภา หมดทุกซ์ (2549) พบ LD ถึง 47.7% ซึ่งปัญหาการเรียนรู้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็กเป็นอย่างมาก

ADHD กับ Oppositional Defiant Disorders

จากงานวิจัยของ Pliszka (2000) พบ ODD 40% และจากการศึกษาของ Elia, Ambrosini & Berrettini (2008) พบมี ODD ร่วมด้วยถึง 40.6 %

ADHD กับ Substance Use Disorders

จากการศึกษาของ สุวรรณิ พุทธิศรี และ ศศิธร ยิ่งสำหรี (2546) ซึ่งศึกษาเด็กในสถานพินิจ พบว่าเด็กสมาธิสั้น มีปัญหาติดสารเสพติดร่วมด้วยถึง 78% ในการตรวจผู้ป่วยจึงควรถามประวัติการใช้สารเสพติดใน ADHD ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อการรักษาที่ครอบคลุมทั้ง 2 อย่าง ถ้าเด็กติดสารเสพติดควรหยุดสารเสพติดให้ได้ก่อน 1 เดือนแล้วจึงประเมิน ADHD ซ้ำใหม่อีกครั้ง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น

สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น และกลไกการเกิดโรคยังไม่เป็นที่ปรากฏแน่ชัดจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิด ADHD มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้ ดังนี้ (มานิช อาภรณ์สุวรรณ, 2550; วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546; Melvin, 2004)

ปัจจัยทางพันธุกรรม.

ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรคถ่ายทอดภายในครอบครัว แต่รูปแบบหรือกลไกการถ่ายทอดยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งพบในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twin) ร้อยละ 51 และในฝาแฝดไข่คนละใบ (dizygotic twin) ร้อยละ 33 พี่ชายหรือน้องชายของผู้ป่วย ADHD มีโอกาสเป็น ADHD สูงกว่าคนทั่วไป 5 เท่า ในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุความผิดปกติบนตำแหน่งยีนที่ทำให้เกิด ADHD ได้ แต่มีข้อสันนิษฐานว่า ความผิดปกติจะอยู่บนตำแหน่งยีนชื่อ Dopamine receptor D4 (DRD4) และ Dopamine transporter gene (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545; Silver, 2004)

ปัจจัยทางชีวภาพ

ปัจจัยทางชีวภาพ เป็นความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพของสมองส่วน frontal lobe ซึ่ง เป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมสมาธิ ควบคุมความหุนหัน การจัดระเบียบ และการทำกิจกรรมแบบมีจุดมุ่งหมาย จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วย ADHD พบว่า focal cerebral hypoperfusion ของ striatum และ hyperfusion ของ sensorimotor area บริเวณ corpus callosum

มีขนาดเล็กกว่าปกติ และมี cerebral glucose metabolism ในบริเวณ promoter cortex และ superior prefrontal cortex น้อยกว่าปกติ ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิ และการเคลื่อนไหว (มาโนช อารณสุวรรณ, 2550) นอกจากความผิดปกติส่วน frontal lobe ดังกล่าวแล้วยังพบว่าปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค ADHD ที่พบบ่อย คือ เกิดการบาดเจ็บทางศีรษะ การติดเชื้อ สมอลขาดออกซิเจน การได้รับสารพิษต่างๆ โดยเฉพาะการบาดเจ็บทางศีรษะ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

การทำงานของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ที่ผิดปกติ ได้แก่ dopamine, norepinephrine และ serotonin ก็ส่งผลให้เกิดโรค ADHD ด้วยเช่นกันโดยเฉพาะ dopamine มีการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีอัตราการผลิต dopamine ในสมองส่วนหน้าลดลงกว่าปกติประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้ระดับของการเคลื่อนไหว อยู่ไม่นิ่งเพิ่มขึ้น 2 เท่า (มาโนช อารณสุวรรณ, 2550) เด็กเหล่านี้ไม่สามารถควบคุม ยับยั้งการสั่งงาน การแสดงออก และอาการอยู่ไม่นิ่งจนเป็นที่สังเกตได้ และจากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับสารชีวเคมีในสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นได้พบว่า ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นแสดงให้เห็นว่ายามีการออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการหลั่ง dopamine และยับยั้งการการดูดซึมกลับของ noradrenergic และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (McCracken, 1991 cited in Melvin, 1996)

ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม จากการติดตามเด็กที่เผชิญกับการสูญเสีย พบว่ามีโอกาสเกิดอาการ ADHD ได้ การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ปัญหาทางด้านจิตใจของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก อาจไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการโดยตรงแต่จะทำให้เด็กที่ป่วยเป็น ADHD หรือมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการออกมาเด่นชัดและรุนแรงขึ้น นอกจากนี้สังคมที่ตลึงซับซ้อนในปัจจุบันอาจมีการกระตุ้นที่มากเกินไปกลายเป็นสิ่งเร้าที่มากเกินไป เช่น ถูกกระตุ้นจาก video games โทรทัศน์ กิจกรรมต่างๆ ทั้งที่โรงเรียน และหลังเลิกเรียน พ่อแม่มีความเร่งรีบในการดำรงชีวิตและการทำงานก็มีส่วนส่งเสริมให้เกิดอาการ ADHD ได้เช่นกัน (มาโนช อารณสุวรรณ, 2550) มีรายงาน พบว่าความสัมพันธ์ของความเครียดในครอบครัวและภาวะของเศรษฐกิจทางสังคมที่อยู่ในระดับต่ำส่งผลกับอัตราการเกิด อาการชุนอยู่ไม่นิ่งที่สูงขึ้นในเด็กก่อนวัยเรียน และความสัมพันธ์ในด้านลบระหว่างมารดากับบุตรก็มีผลทำให้เกิดปัญหาในวัยเด็กได้ (Melvin, 1996)

ปัญหาและผลกระทบ

เด็กเปรียบเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีค่ากับสมาชิกในครอบครัวและเป็นทรัพยากรของประเทศชาติเพราะฉะนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กมิใช่เป็นเรื่องเล็กๆ ที่เกิดกับเด็กเท่านั้น

แต่กลับเป็นเรื่องใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อถึงบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ตัวเด็กเองจนถึงสังคมและประเทศชาติ ซึ่งพอจะกล่าวถึงดังนี้คือ

1. **ผลกระทบต่อตัวเด็ก** อาการของโรคส่งผลให้เป็นคนขาดระเบียบวินัย เป็นเด็กไม่รับผิดชอบ ความหุนหันพลันแล่นทำให้ถูกมองเป็นเด็กดื้อ พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวนง่าย มีความอดกลั้นน้อย มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสนุกสนานในการเล่นที่โลดโผนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อาการสมาธิสั้นทำให้เรียนไม่ดี มีผลการเรียนตกต่ำ จากการศึกษาปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาจำนวน 1,057 คน จากโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง โรงเรียนที่เลือกศึกษารอบคลุมทุกระดับเศรษฐกิจฐานะของประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า มีความสุขของปัญหาการเรียนร้อยละ 21.76 เพศชายมีโอกาสเกิดปัญหามากกว่าเพศหญิง (กวี สุวรรณกิจ และคณะ, 2542) มีการศึกษาพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะได้รับอุบัติเหตุจนต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลหรือมีความพิการเกิดขึ้นสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น (Center for Disease Control and Prevention, 2006) นอกจากนี้เด็กจะมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มีปัญหาการปรับตัวในสังคม ซึ่งถ้าเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องจะยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะนำไปสู่การเกิดปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ มากขึ้นเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม เกร อาจเกิดการใช้สารเสพติด หรือทำผิดกฎหมายได้ เป็นโรคซึมเศร้าและยังมีผลกระทบต่อความสำเร็จในวิชาชีพและการดำเนินชีวิตอีกด้วย (มาโนช อารณสุวรรณ, 2550; นภัทร พุกกะณะสุต, 2550; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; อติสา วัชรสินธุ, 2546; Silver, 2004) จากการศึกษาความสุขของโรคทางจิตเวชของเด็กในสถานพินิจ พบว่าร้อยละ 28 เป็นโรคสมาธิสั้น และเด็กกลุ่มนี้มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย คือ โรคเกร ร้อยละ 82 และปัญหาคิดสารเสพติด ร้อยละ 78 (สุวรรณณี พุทธิศรี และ ศศิธร ยิ่งสาหรี่, 2546)

2. **ผลกระทบต่อครอบครัว** เมื่อมีเด็กกลุ่มนี้อยู่ในครอบครัว ก็จะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่น เกิดความเครียด วิตกกังวล กับความผิดปกติของเด็กหรือความไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เด็กเป็น จนบางครั้งไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ถึงกับทำร้ายเด็ก การแสดงบทบาทหน้าที่บกพร่อง เกิดความขัดแย้งหรือมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาของ สุวรรณณี พุทธิศรี และคณะ (2549) ซึ่งศึกษา ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มมารดา พบ ว่าปัจจัยที่มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดา คือ การที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มารดาของเด็กกลุ่มนี้ ต้องรับภาระอย่างหนักในการดูแลลูก จึงควรได้รับความเห็นใจ กำลังใจ และการดูแลจากคนในครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลเด็กกลุ่มนี้ (นภัทร พุกกะณะสุต, 2550; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

3. **ผลกระทบต่อสังคม** เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมก้าวร้าวในลักษณะของการกระทำรุนแรงต่อผู้อื่นได้โดยไม่ทันยั้งคิด รวมถึงมีพฤติกรรมกระทำผิดกฎหมาย เช่น ลักขโมย ทำร้ายผู้อื่น ใช้สารเสพติด ก่ออาชญากรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นด้วยและยังส่งผลต่อการพัฒนาของสังคมอีกด้วย หากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะส่งผลต่อการปรับตัวในการเข้าสังคม ซึ่งบางคนอาจจะก่อปัญหาความเดือดร้อนให้กับสังคมได้ มีการตั้งข้อสังเกตว่าการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งและการก่ออาชกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การขับรถชนกันแล้วควักปืนมายิงหรือทะเลาะกันแล้วระงับอารมณ์ไม่อยู่ร้อยละ 60 เป็นโรคสมาธิสั้น เพราะคนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปจะมีการควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดีขึ้นและยังมีอายุมากขึ้นก็ยังสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่าแต่เหตุการณ์ต่างๆ ที่ปรากฏเป็นข่าวนั้นทำให้มีเหตุผลเชื่อว่าคนกลุ่มนั้นเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้น (นิชรา เรื่องดารากานนท์, 2551) จากแนวโน้มที่จะมีเด็กกลุ่มนี้มากขึ้นจากอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้น ทำให้ประเทศชาติจะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นตามมา จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าโรงพยาบาลขาดทุนถึง 1,040.43 บาทต่อราย (จักริน ปิงคลาชัย, 2550) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเป็น 2 เท่าหรือมากกว่าเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น (Center for Disease Control and Prevention, 2006)

จะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาเฉพาะตัวเด็กเพียงอย่างเดียวแต่ยังมีผลกระทบไปถึงครอบครัว และประเทศชาติอีกด้วย แต่ถ้าเด็กได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะช่วยให้ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อยลง

การบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น

เนื่องจากโรคสมาธิสั้นนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่เกิดจากปัจจัยหลายๆ อย่าง ทั้งความผิดปกติทางด้านชีวภาพของสมอง ที่เกิดจากพันธุกรรม และความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่น ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง การได้รับสารพิษ การบาดเจ็บ รวมถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมเช่น การถูกทอดทิ้ง การเลี้ยงดู ซึ่งในปัจจุบันนี้ การรักษาที่ได้ผลดีที่สุด คือ การรักษาแบบผสมผสาน ที่เรียกว่า Multiple-modality approach ซึ่งมีทั้งวิธีการใช้ยา การใช้จิตสังคมบำบัดร่วมการให้การบำบัดแนวทางอื่นควบคู่กันไป ดังนี้

การบำบัดด้วยยา (Medication)

การรักษาด้วยยามักจะเป็นวิธีแรกที่ใช้ และยาที่พบว่าได้ผลในการรักษา ADHD มีอยู่ 4 กลุ่ม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546; MTA, 1999) ได้แก่

1. ยากระตุ้นประสาท (Psychostimulants)

เป็น Drug of choice ที่ใช้รักษา ADHD เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย ใช้ง่าย และผลข้างเคียงน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับยาในกลุ่มอื่น ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ methylphenidate (Ritaline , Rubifen) dextroamphetamine (Dexedrine), pemoline (Cylert), adderall ปัจจุบันในประเทศไทยมียาเพียงตัวเดียวคือ Methylphenidate ประมาณร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษาด้วย methylphenidate การออกฤทธิ์เป็น sympathomimetic agent โดยไปเพิ่มการหลั่งและระงับการดูดกลับของ central catecholamine ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายในประมาณ 30-60 นาที หลังจากรับประทาน ระยะครึ่งชีวิตประมาณ 2-3 ชั่วโมง ดังนั้นจำเป็นต้องให้ยาตัวนี้ 2-3 ครั้งต่อวัน ขนาดยาที่ใช้คือ 0.5-1 มก./กก./วัน

ผลข้างเคียงของ ที่พบบ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหรือน้ำหนักไม่ขึ้นในบางราย นอนไม่หลับ, อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย, ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ความดันโลหิตสูง (มักพบในผู้ใหญ่) ถ้าให้ขนาดสูงมากๆ จะทำให้เกิดอาการชัก เกิดภาวะ amotivational หรือ zombielike effect (เด็กจะซึมลง) ด้วยการให้ methylphenidate อาจทำให้อาการ tic แย่ลง แต่ก็ไม่ได้จัดว่า tic disorder เป็น contraindication ของการใช้ methylphenidate เพียงแต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังมากขึ้น

ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อยา ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยจนกระทั่งเด็กเข้าสู่วัยรุ่นจึงพิจารณาหยุดยา แต่ถ้าผู้ป่วยยังคงมีอาการ ADHD อยู่ก็ควรรับประทานต่อไป จากการวิจัยศึกษาผลของยาในระยะยาวยังไม่พบว่า methylphenidate ก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวเด็กในด้านใด ๆ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) จากการศึกษาขนาดยาและอาการไม่พึงประสงค์ของ methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น พบว่าขนาดของยาที่ได้ผลในการรักษาโดยไม่ปรับเปลี่ยนขนาดยาในการมาพบแพทย์ตามนัด 2 ครั้งขึ้นไป คือ 0.36 มก./กก./ครั้ง และอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ เบื่ออาหาร รองลงมา คือ ซึมและเซื่องช้าแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาขนาดต่ำได้ผลในการรักษาและมีผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรงจึงเป็นทางเลือกที่ปลอดภัย (จักริน ปิงคลาชัย, 2547)

2. ยาด้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants)

ใช้ได้ผลดีในการลด Hyperactivity ขนาดที่ใช้คือ 1-5 มก./กก./วัน วันละ 1-2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ใช้ไม่เกิน 3 มก./กก./วัน ถ้าใช้ในขนาดสูง ต้องระวังปัญหา cardiovascular

toxicity จึงควรตรวจ EKG ไว้เป็นพื้นฐาน ผลข้างเคียงที่พบบ่อย คืออาการง่วง ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว และท้องผูก (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

3. ยาลดความดันโลหิต (*Antihypertensives*)

ในประเทศไทยมีใช้เพียงตัวเดียวคือ clonidine (Catapres) เนื่องจากมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยเป็น alpha adrenergic agonist จึงสามารถช่วยให้เด็กมีสมาธิได้ ใช้ในกรณีที่ เป็น ADHD ร่วมกับการเกิดโรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic หรือ Tourette's disorder) ผลข้างเคียงที่พบ ได้แก่ ง่วง เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า ถ้าหยุดยากระทันหันอาจเกิดภาวะ rebound hypertension ได้ จึงควรลดขนาดยาลงก่อนที่จะหยุดยา ก่อนให้ยาควรตรวจ EKG และบันทึกความดันโลหิต (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545)

4. ยาด้านโรคจิต (*Anti psychotics*)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ thioridazine (Mellaril), haloperidol (Haldol), risperidone (Risperdal) ในผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวรุนแรง หรือมีอาการ tic ร่วมกับอาการ ADHD อาจตอบสนองดีต่อการรักษาด้วย ยากลุ่มนี้ แต่เนื่องจากยา antipsychotics อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงในระยะยาว การใช้ยากลุ่มนี้ควรอยู่ในความดูแลของผู้เชี่ยวชาญ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545)

การรักษาด้วยยาจะเห็นผลได้ชัดเจนและรวดเร็ว ทำให้เด็กสงบลง เด็กมีสมาธิดีขึ้น ตั้งใจทำงานมากขึ้น ส่งผลให้การเรียนดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาก็มีผลต่อความรู้สึกของเด็กที่ไม่อยากรับประทานยารู้สึกว่าตนเองผิดปกติไปจากเพื่อนๆ เพราะบางครั้งเด็กต้องนำไป รับประทานที่โรงเรียนอาจจะเป็นอุปสรรคในการรับประทานยา อีกทั้งผู้ปกครองอาจมีทัศนคติที่ไม่ดีกับการที่จะให้เด็กรับประทานยา เพราะคิดว่าเด็กไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยใดๆ ที่จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาทำให้ผู้ปกครองเกิดความวิตกกังวล อาจ ทำให้ขาดความร่วมมือในการดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การรับประทานยานานๆ อาจทำให้เกิดการดื้อยาได้อีกด้วย พ่อแม่ควรใส่ใจและประเมินอาการหลังการใช้ยาของเด็ก และควรปรึกษาแพทย์เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้ยา และไม่ควรหยุดยาเองเป็นอันขาด การหยุดยาควรปรึกษาและอยู่ในวินิจฉัยของแพทย์จะดีที่สุด พ่อแม่จะต้องใช้ความอดทนและความละเอียดในการสังเกตทุกกระชาก และให้เวลาการหาจุดพอดีของยากับตัวเด็กด้วย

จากข้อจำกัดต่างๆของการรักษาด้วยยาแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลอย่างเต็มที่และยังไม่เพียงพอที่จะแก้ไขพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาทางจิตสังคมควบคู่กันไปด้วยเพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-medication Therapy) / การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy)

วิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา / การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการดูแล ที่ประกอบด้วย 1) การบำบัดกับเด็กโดยตรง (Individual focused interventions) 2) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก (Family focused interventions) และ 3) การส่งเสริมให้ครู และโรงเรียนมีส่วนร่วมในการดูแล (School focused intervention) ดังนี้ (สุกกิจ ดำรงค์พิวัฒน์, 2549)

- การบำบัดกับเด็กโดยตรง (Individual focused interventions)

การบำบัดกับเด็กโดยตรง คือ การรักษาที่มุ่งเน้นในการช่วยเหลือไปที่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น พฤติกรรมบำบัด, การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การฝึกทักษะต่างๆของการอยู่ในสังคม, การบำบัดทางเลือก เป็นต้น ซึ่งจะพิจารณาตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมบำบัด (Behavioural therapy) เป็นการบำบัดทางจิต ชนิดหนึ่งที่มุ่งเน้นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยอาศัยพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ที่ว่า การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2545; Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป้าหมายของการรักษาเน้นที่การพัฒนาความสามารถและแก้ไขความบกพร่องของผู้ป่วยโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้เข้ามาช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การเข้าเผชิญกับสิ่งที่กลัว (exposure) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation) การฝึกทักษะ (skills training) การให้สิ่งจูงใจ (positive reinforcement) การให้สิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ (aversive therapy) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) เป็นการฝึกให้เด็กสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของ บุคคลอื่น รู้จักการรอคอย การรับฟังผู้อื่น แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้เมื่ออยู่ในสังคม ซึ่งมีการฝึกหลายวิธี แต่พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมแบบรายบุคคลจะได้ผลไม่ดี เพราะเด็ก ADHD ขาดทักษะในการสังเกตตนเอง การฝึกเป็นกลุ่มสามารถช่วยให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาออกมา และได้รับการแก้ไขที่ดีกว่า (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) การฝึกทักษะทางการศึกษา เน้นเรื่องการทำตามคำสั่ง การจัดระบบระเบียบ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ศิลปะ การตรวจบททวนผลงาน การจดบันทึก และการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2545; วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539; Plagens, 2004; Workman, 2002) การฝึกทักษะ ควรทำตั้งแต่ในวัยเด็ก ควบคู่ไป

กับการปรับพฤติกรรม เช่น การฝึกสวดมนต์ ฝึกการช่วยคนอื่น เพราะเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทั้งตัวเด็กเองและผู้ที่เกี่ยวข้อง (นภัทร พุกกะณะสุต, 2550)

2. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการสนองตอบหรืออีกนัยหนึ่งคือ การเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกนั่นเอง โดยที่นักปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเชื่อว่า 1) กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรมภายนอก 2) กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) พฤติกรรม ภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากเปลี่ยนแปลง ทางปัญญา (Kazdin, 1978 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) จากการศึกษาการใช้คู่มือการฝึกสมาธิและจินตนาการในเด็กสมาธิสั้นอายุ 5-11 ปี ในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ พบว่า หลังจากที่ได้รับการฝึกสมาธิและจินตนาการ เด็กมีพฤติกรรมดีขึ้น (อัมพร หัสศิริ และคณะ, 2545) และ จากกรณีศึกษาการใช้สมาธิกับเด็ก ADHD ตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม เด็กมีพัฒนาการด้านสมาธิและจินตนาการดีขึ้น (วันวิสาข์ กาญญาเสริกุล, 2547) ซึ่งการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (ศิริพร สุวรรณทศ, 2544) จากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมของนักเรียนสมาธิสั้น ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการศึกษา พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีพฤติกรรมดีขึ้นในทุกๆด้านคือ ด้านสมาธิในการฟัง การตอบคำถาม การส่งงาน การทำงานกลุ่ม (ประภาวดี สุมาลย์, 2549) และควรมีการผสมผสานการบำบัดรักษาด้วยการร่วมกับการปรับพฤติกรรม โดยมีการใช้อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนานพอสมควร เพื่อให้เด็กเรียนสมาธิสั้นมีการพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่คงทนถาวรมากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

- การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Family focused interventions)

การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นการรักษาหรือช่วยเหลือเด็กโดยมุ่งเน้นไปที่การปรับโครงสร้างและแก้ไขสภาพภายในครอบครัวให้เหมาะสมสามารถจัดลำดับความสำคัญหรือบทบาทของสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นการปรับการสื่อสารให้เหมาะสมมากขึ้น เช่น การให้ความรู้กับครอบครัวเด็ก, การฝึกทักษะให้แก่บิดามารดา ในการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (behavioral therapy) การใช้จิตบำบัดครอบครัว (family therapy) ดัง

รายละเอียดต่อไปนี (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุพนิชย์, 2548; มาโนช หล่อตระกูล, 2544; วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545)

1. *Psycho education* คือการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ADHD กับบุคคลในครอบครัว รวมถึงแนวทางในการดูแลเด็ก เพื่อให้มีความเข้าใจในตัวเด็กมากขึ้น จากผลการศึกษา ของการให้บริการแบบกลุ่มการเรียนรู้ของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นพบว่าหลังเข้ากลุ่มบิดามารดามีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นและการรักษาเพิ่มขึ้น การนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น และทัศนคติของบิดามารดาต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น (ศิริพร สุวรรณทศ และ จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2547) และจากการศึกษาของ เจนเซน และคณะ (Jensen et al., 2004) พบว่า การรักษาเด็กสมาธิสั้นมีบ่อยครั้งที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยา เพียงแต่มีการให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ปกครอง ก็ส่งผลที่ดีต่อการรักษาได้ รวมถึงการศึกษาของ มาสมณี วีระณรงค์ (2546) พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นมากขึ้น

2. *Parent management training* คือ การให้ความรู้ในการฝึกทักษะ และฝึกสอนบิดามารดาให้เรียนรู้เทคนิควิธีการปรับพฤติกรรม (behavioral therapy) ที่ถูกต้องและได้ผล โดยขั้นแรกต้อง เข้าใจอาการต่างๆของเด็กสมาธิสั้น เพื่อช่วยให้ยอมรับพฤติกรรมหลายประการที่อาจแตกต่างจากเด็กปกติ ขั้นต่อมา ต้องยอมรับว่า การฝึกต้องใช้ความพยายาม ความอดทนอย่างสูง และมีระยะเวลานานพอสมควรกว่าจะเห็นผลชัดเจน ขั้นสุดท้าย ต้องตั้งใจฝึกอย่างสม่ำเสมอ ความสำเร็จอยู่ที่การเอาใจจริงเอาใจของผู้ฝึกด้วย (พนม เกตุมาน, 2548) ที่สำคัญบิดามารดาควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมที่ไม่ไปลดความภาคภูมิใจในตัวเด็ก เช่น การจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรม, การให้แรงเสริมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการและลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยการให้ ดาว หรือคะแนน สะสมเพื่อแลกรางวัลที่สัญญาไว้ เช่น ขนม ของเล่น หรือสิทธิพิเศษต่างๆ ทักษะในการกำหนดขอบเขตและการใช้คำสั่ง, การใช้กฎระเบียบที่เหมาะสม, การปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นต้น การสอนให้รู้จักบริหารจัดการ หรือปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กอย่างถูกต้อง ถือว่าเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดของการรักษาเด็ก ADHD (พรทิพย์ วชิรดิกล และ คณะ, 2552; วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) นอกจากนี้ยังต้องเพิ่มทักษะในการปรับพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว เพื่อควบคุมอารมณ์ ไม่โกรธ หรือลงโทษเด็กด้วยความรุนแรง โดยบุคคลในครอบครัวควรเข้าใจว่า การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คือการฝึกให้เด็กรู้จักกรอบเวลา ความรับผิดชอบในกิจวัตรประจำวันและการเรียน รู้จักการรอคอย มีระเบียบวินัย สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ มีทักษะทางสังคมและความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (นภัทร พุกกะณะสุต, 2550; วิมลรัตน์ วันเพ็ญ, 2546)

ปัจจัยที่ช่วยให้การฝึกทักษะต่างๆให้แก่ครอบครัวได้ผลดีนั้น มีดังนี้

- สุขภาพจิตที่ดีของบิดามารดา การควบคุมอารมณ์ ความสม่ำเสมอ การวางแผนและแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นขั้นตอน
- ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบิดามารดากับเด็ก มีความรักอบอุ่น ใกล้ชิดกัน
- บิดามารดา มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน มีความเห็นที่สอดคล้องกันหรือประนีประนอมกัน สามารถตกลงทำงานร่วมกันได้ดีแม้ว่าจะมีความเห็นแตกต่างกัน มีการประสานงานและช่วยเหลือแบ่งหน้าที่กัน มีเวลาและแรงจูงใจที่จะช่วยกันฝึก
- ความสามารถในการสื่อสารระหว่างกันในครอบครัว สามารถบอกความคิดความรู้สึก ความต้องการของกัน ขอมรับฟัง และตอบสนอง ประนีประนอมยอมรับกัน ด้วยเหตุผลและหลักการที่ดี
- เข้าใจปัญหาเด็กสมาธิสั้น รู้ว่าอาการของเด็กสมาธิสั้นนั้นเกิดจากสาเหตุใดไม่หงุดหงิดต่ออาการต่างๆ ของเด็ก ขอมรับความแตกต่างของเด็กสมาธิสั้นกับเด็กปกติ มีความหวังต่อการช่วยฝึกทักษะ มองหาข้อดีของเด็กสมาธิสั้นเสมอ
- ความอดทน อดกลั้น ของบิดามารดาที่มีต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น เช่น การเคลื่อนไหวมาก ยุกยิกอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีความขี้เกียจ ใจร้อน สามารถวางเฉยได้ในขณะที่กำลังฝึกให้เด็กดีขึ้น
- ความสามารถของเด็ก ในการช่วยเหลือตัวเอง เด็กได้รับการฝึกให้มีความสามารถตามวัยปกติของเขาได้ดี เช่น การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร การจับถ้ำย การแต่งตัว การบอกความต้องการของตน การควบคุมตนเอง การรู้จักรอคอย
- พื้นอารมณ์ของเด็ก ถ้ามีพื้นอารมณ์ดี การตอบสนองต่อการฝึกจะดี ฝึกง่าย เรียนรู้เร็ว ปรับตัวเร็ว เด็กรับรู้ว่ามีเรื่องที่ต้องฝึก และมีส่วนร่วมในการฝึก บิดามารดา และครูมีความร่วมมือกันในการฝึก และฝึกในทิศทางเดียวกัน ช่วยส่งเสริมกัน

ประเภทของทักษะที่ควรฝึกให้กับครอบครัว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (พนม เกตุมาน, 2548)

- ทักษะส่วนตัว เช่น ทักษะในการช่วยเหลือ หรือควบคุมตนเอง ทักษะในการคิด การวางแผน การทำตามแผน การรอคอย ทักษะในการรู้และจัดการกับอารมณ์โกรธ
- ทักษะสังคม เช่น ทักษะในการสื่อสาร การทำงานร่วมกับผู้อื่น ทักษะในการเข้าสังคม การให้การรับ การช่วยเหลือผู้อื่น การทำตัวให้เป็นประโยชน์ การควบคุม

ตนเองให้อยู่ในกฎเกณฑ์ของสังคม การรู้ผิดชอบชั่วดี และควบคุมตนเองให้ประพฤติดี ความรับผิดชอบ ต่อส่วนรวม

3. Family therapy คือ การทำจิตบำบัดกลุ่มวิธีหนึ่ง ที่รวมเอาบุคคลในครอบครัวมาร่วมในการช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด ซึ่งมีประโยชน์ในครอบครัวที่ dysfunction ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุเริ่มต้น จากผู้ป่วยเอง จากบิดามารดา หรือปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล และความเครียดของเด็ก (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545)

- การส่งเสริมให้โรงเรียนมีส่วนร่วมในการดูแล (School focused interventions)

การส่งเสริมให้โรงเรียนมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการรักษาโดยการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการศึกษาโดยการประสานความร่วมมือกับโรงเรียน หรือครูอย่างใกล้ชิด เพื่อจัดการกับการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็ก จากการศึกษาเรื่อง ความรู้ของครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของ วินัดดา ปิยะศิลป์ (2547) พบว่า ครูมีความรู้ความเข้าใจอย่างจำกัดในรายละเอียดของโรคสมาธิสั้น สมควรที่จะมีแนวทางพัฒนาองค์ความรู้และถ่ายทอดเพิ่มพูนทักษะแก่ครูชั้นประถมศึกษาและตั้งเข้ามาเป็นแนวร่วมแบบสหวิชาชีพในการให้ความช่วยเหลือเด็กและครอบครัวที่เป็นโรคสมาธิสั้น การให้ความรู้ความเข้าใจกับคุณครูถึงอาการหรือปัญหาของเด็ก จะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเด็กได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดที่นั่งเรียน, ระยะเวลาในการทำงาน, การลงโทษที่เหมาะสม, ผลข้างเคียงของยาที่เด็กได้รับ, การปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นต้น (ศิริพร สุวรรณทศ, 2544) จากการศึกษาผลของการควบคุมบทเรียนในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบเกมส์ ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความคงทนในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนที่มีสมาธิสั้นและพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 พบว่ามีระยะเวลาในการเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (เนตร หงษ์ไกรเลิศ, 2545) เด็กสมาธิสั้นควบคุมตนเองไม่ได้ จดระเบียบให้ตนเองไม่ได้เหมือนเด็กทั่วไป

ครูต้องช่วยจัดระเบียบการเรียนรู้ไม่ให้ซับซ้อน ธรรมชาติของเด็กมักจะชอบทำสิ่งที่ตนเองสนใจ ชอบการแข่งขันในสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตนเอง การเป็นครูยุคใหม่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสอน ที่ไม่ใช่การสอนไปตามตำราเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ซึ่งในบางครั้งเด็กสมาธิสั้น อาจเป็นเด็กที่มีความเป็นเลิศที่ครูยังไม่อาจค้นพบสิ่งที่เป็นลักษณะพิเศษของเขา ครูจึงไม่อาจด่วนสรุปว่าเด็กโง่เมื่อครูยังไม่ได้ศึกษาเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่สำคัญของครูจึงต้องใช้การวิจัยในชั้นเรียน โดยการนำรูปแบบการสอนที่แปลกใหม่มาพัฒนาผู้เรียนควบคู่กันไป จากงานวิจัยในชั้นเรียนของ

กาญจนา สุทธิราชกูร (2546) เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กสมาธิสั้นด้วยกิจกรรมสร้างสรรค์ พบว่าเด็กมีระดับคะแนน และพัฒนาการที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ พีรวัส นาคประสงค์ (2548) ถึงผลของการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนเพื่อเพิ่มความใส่ใจต่อการเรียนของเด็กสมาธิสั้น พบว่าเด็กมีความใส่ใจต่อการเรียนเพิ่มมากขึ้น สิ่งที่สำคัญที่สุดครูต้องอดทนเพื่อความสำเร็จของเด็กให้ความรักความเอาใจใส่เด็กสมาธิสั้นมากขึ้น เพื่อให้เด็กสามารถประสบความสำเร็จในการเรียนได้ดีขึ้นโดยมีเทคนิคดังต่อไปนี้

เทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้น (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; นภัทร พุกกะณะสุต, 2550; พรชัย ภาพันธ์, 2549)

- กิจกรรมประจำวัน กิจกรรมในแต่ละวันต้องมีลักษณะคงที่มีตารางการเรียนที่แน่นอน ครูต้องบอกล่วงหน้าและย้ำเตือนความจำทุกครั้งก่อนมีการเปลี่ยนแปลง ควรมีป้าย ข้อความ สัญลักษณ์ หรืออุปกรณ์ช่วยเหลือความจำเด็กในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ให้เด็กเขียนชื่อวันบนปกหนังสือหรือสมุด เพื่อการจัดสมุดหนังสือตามตารางเรียนได้สะดวกมากขึ้น

- การจัดห้องเรียน / สิ่งแวดล้อม มีการเขียนข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรเช่น ถอดรองเท้าก่อนเข้าห้องเรียนไม่วิ่งเล่นในห้องเรียน ขออนุญาตก่อนเข้า – ออกห้องเรียนทุกครั้ง โดยข้อตกลงควรมีลักษณะเข้าใจง่าย เขียนสั้นๆ แน่นอน ทบทวนข้อตกลงบ่อยๆ ลงโทษตามที่ตกลงกันไว้ ให้เจตคติทางบวก จัดหาที่วางของในห้องเรียนในตำแหน่งเดิม เพื่อให้เด็กจำง่ายว่าจะวางของไว้ที่ใด วางให้เป็นที่เป็นทางไม่เปลี่ยนแปลงบ่อยๆ

- การจัดที่นั่ง จัดให้นั่งข้างหน้า หรือแถวกลาง ที่นั่งอยู่ใกล้ๆครู เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ควรอยู่ใกล้ประตูหรือหน้าต่างที่มองเห็นนอกห้องเรียนได้ชัดเจน และไม่ควรนั่งใกล้ๆ หรืออยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ซุกซนเหมือนๆ กันเพื่อลดสิ่งกระตุ้น

- การเตรียมการสอน ก่อนการสอนเด็กสมาธิสั้นครูควรมีการวางแผนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กควรต้องปรับตัวอุปสรรคและเนื้อหาในหลักสูตรให้เหมาะสมกับเขาโดยงานที่ทำได้พอเหมาะกับความสามารถของเด็ก ต้องแบ่งงานเป็นขั้นตอนย่อยๆ ใช้เวลาสั้นๆ แล้วให้เด็กทำทีละขั้นไปตามลำดับ งานบางอย่างอาจเกินความสามารถของเด็กสมาธิสั้นที่จะทำให้ครบทุกขั้นตอนด้วยตนเอง ครูอาจให้เด็กทำขั้นที่ให้อย่างมั่นใจว่าทำเองได้มาให้ดูก่อน แล้วช่วยฝึกให้เด็กทำในขั้นที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นไป โดยฝึกหลายๆ ครั้งจนชำนาญ

- การมอบหมายงานหรือการออกคำสั่ง ครูควรใช้คำพูดให้น้อยลง พูดช้าๆ ชัดเจน กระชับ ครอบคลุมไม่ใช่คำสั่งที่คลุมเครือ ไม่บ่น หรือติเตียนจนเด็กแยกไม่ออกว่าครูให้ทำอะไรให้เด็กพูดทบทวนที่ครูสั่งหรืออธิบายก่อนลงมือทำทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กเข้าใจในสิ่งที่ครูพูด เป็นการฝึกให้เด็กพูดถ่ายทอดความคิดของตนเอง

- การควบคุมการทำงาน ควรให้เด็กทำงานเป็นขั้นตอน เช่น ทำครั้งละ 1 ข้อ หรือครั้งละหน้า ฝึกให้เด็กทำงานทีละอย่างให้สำเร็จ แล้วจึงเริ่มงานชิ้นใหม่ต่อไป เพื่อให้ไม่让孩子รู้สึกทำงานมากเกินไป และต้องมีการฝึกให้เด็กควบคุมตนเองเพื่อทำงาน โดยครูควรควบคุม และบอกให้เด็กทำงานเป็นขั้นตอน เมื่อเด็กทำได้ดีแล้ว ครูค่อยๆ ถอยออกมา ไม่ควรปล่อยทิ้งไปเลย รวมถึงให้เด็กทำงานตามเวลาที่กำหนดไว้ เมื่อครบเวลาที่กำหนดแล้วถึงแม้งานจะยังไม่เสร็จ ครูจำเป็นต้องตรวจงานเด็กทุกครั้ง

- การสอนเสริม ในกรณีที่เรียนไม่ทันหรือไม่เข้าใจ การสอนเสริมตัวต่อตัวช่วยให้เด็กเข้าใจและเรียนรู้ได้ดีกว่าการที่ส่งเด็กไปเรียนพิเศษร่วมกับเด็กอื่น เช่นเดียวกับความสามารถในด้านอื่นๆ ที่เด็กมีทักษะต่ำกว่าและต้องการการฝึกสอนตัวต่อตัวในการพัฒนาความสามารถให้เพิ่มขึ้นเท่าเพื่อน

- การสอนโดยใช้แผนการเรียนเฉพาะบุคคล (individualized Education plan, EPI.) ช่วยให้สามารถปรับ บูรณาการทั้งเนื้อหาและกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้น่าสนใจ และสอดคล้องกับทักษะที่เด็กมีความชอบ ถนัดอยู่ก่อนให้เกิดสมาธิ เกิดแรงจูงใจ และช่วยเหลือ ปรับแก้ไขความบกพร่องของการอ่านเขียนให้เรียนรู้คำศัพท์ต่างๆ ได้จากเรื่องราวที่ชื่นชอบ อาจใช้ประโยชน์จากสื่อมัลติมีเดียช่วย สอนทำให้เด็กเกิดความภูมิใจในตัวเองมากขึ้น

- วิธีการสอบ ครูควรมีการยืดหยุ่นและปรับวิธีการสอบให้เหมาะสมกับเด็กกลุ่มนี้ โดยการแยกเวลาสอบจากเด็กปกติ เพิ่มเวลาในการทำข้อสอบ ครูช่วยอ่านข้อสอบให้ฟังทีละข้อจนเสร็จ ซึ่งเป็นความยากลำบากและต้องใช้ความอดทนของครูเป็นอย่างมาก แต่ก็จะช่วย让孩子สามารถทำข้อสอบได้ดีมากขึ้น

- การดึงสมาธิ ความที่สมาธิสั้นทำให้ต้องใช้เทคนิคดึงสมาธิกลับมาสู่แบบเรียนโดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า หรือเป็นที่ล้อเลียนของเพื่อน การจับไหล่ เคาะที่หนังสือ การเดินมาใกล้ๆ การเรียกให้ช่วยแจกสมุด ล้วนเป็นเทคนิคที่ดึงสมาธิทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มสมาธิในการทำงาน ทำให้เด็กทำงานเสร็จทันเวลา

- การให้กำลังใจ เป็นสิ่งจำเป็นเพราะเป็นการยืนยันว่าสิ่งดีๆ ที่เด็กทำนั้นคุณครูได้เห็น การเปรียบเทียบความสามารถของเด็กในช่วงเวลาที่ผ่านไปจะช่วยทำให้เด็กมีกำลังใจ เช่น ครูเห็นว่าเธอเก่งมากที่ทำงานได้ครบ 2 ข้อโดยไม่ลุกจากที่ ทั้งๆ ที่เมื่อเดือนที่แล้วเธอยังทำไม่ได้ การเปรียบเทียบผลงานหรือความสามารถในด้านต่างๆ กับเด็กปกติอื่น นอกจากจะเป็นการทำร้ายจิตใจเด็กแล้ว ยังเป็นการบั่นทอนกำลังใจสำหรับเด็ก

หลักการสำคัญที่ครูควรปฏิบัติต่อบุคคลสมาธิสั้น

- ครูต้องมีความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้นรวมถึงวิธีการดูแลรักษา มีความเข้าใจว่าพฤติกรรมสมาธิสั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมตนเองของเด็ก ควรเห็นใจมากกว่าการลงโทษ
- ครูต้องมีความหวังและเชื่อมั่นว่าบุคคลสมาธิสั้นหลายคนสติปัญญาสูงมีความคิดสร้างสรรค์ดีเยี่ยม มีความคิดเป็นของตนเอง สมาธิสั้นเท่านั้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน
- ครูต้องใช้ความพยายามและความอดทนในการช่วยเหลือเขา ไม่ควรเลิกล้มความตั้งใจง่าย
- ครูต้องร่วมมือกับผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้เด็กดีขึ้น
- ครูต้องมีเทคนิคในการสอน และมีการส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น

การช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ในโรงเรียนนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เพราะชีวิตส่วนใหญ่ของเด็กอยู่ในโรงเรียน และเด็กมักมีปัญหาด้านการเรียนร่วมด้วย ครูจึงต้องรับภาระมากขึ้น อาจสร้างความเหนื่อยล้า เบื่อหน่ายให้กับครู จึงควรได้รับความสนใจ และการสนับสนุนจากผู้บริหารของโรงเรียน เพื่อให้เด็กได้รับประโยชน์มากที่สุด ซึ่งในส่วนของภาครัฐ ปัจจุบันนี้ก็มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือด้านต่างๆมากขึ้นด้วย

การประเมินเด็กสมาธิสั้น

เนื่องจาก ADHD เป็นโรคที่แสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ประกอบกับสามารถเกิดร่วมกับโรคอื่นๆได้ทำให้มีความซับซ้อนในผู้ป่วยแต่ละราย การจะวางแผนการรักษาได้เหมาะสมจึงขึ้นกับการตรวจและการวินิจฉัยให้ได้ครอบคลุมทุกแง่มุม ทั้งในด้านชีวภาพและจิตสังคม รวมถึงต้องคำนึงถึงระดับพัฒนาการของเด็กอยู่เสมอว่าปัญหาพฤติกรรมที่พบเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกันแล้วไม่ปกติจริงหรือไม่ การประเมินต้องใช้หลายๆวิธีร่วมกันจากแหล่งข้อมูลหลายๆแห่ง

การประเมิน (Assessment)

การประเมินเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การสัมภาษณ์ หรือการซักประวัติมีความสำคัญ เนื่องจากการตรวจร่างกาย บางครั้งไม่พบอาการแสดงที่เด่นชัด ผู้สัมภาษณ์ควรฝึกทักษะการสัมภาษณ์ บิดามารดา ครู และผู้ดูแล เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; อลิสา วัชรสินธุ, 2546; Craighead et al, 1994)

1.1 การสัมภาษณ์บิดามารดา

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์บิดามารดา เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เด็กด้านต่างๆ เช่น

- พฤติกรรมซึ่งเป็นอาการสำคัญของ ADHD
- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
- ข้อมูลของครอบครัว เช่น สุขภาพจิตบิดามารดา และผลกระทบต่อ

เด็ก, สัมพันธภาพ และความพร้อมในการช่วยเหลือ ดูแลเด็ก

- การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดา และผู้สัมภาษณ์

1.2 การสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตเด็ก

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และการตรวจสภาพจิตเด็ก เพื่อสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดาและเด็ก เพื่อประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากโรคทาง จิตเวชอื่นๆ หรือไม่ และสังเกตว่าเด็กมีปัญหารุนแรงเพียงใด ซึ่งในการตรวจสภาพจิตนั้นแพทย์จะ ใช้วิธีพูดคุยกับเด็ก หรือใช้วิธีเล่น ระหว่างนั้นก็สังเกตอารมณ์ คำพูด ความรู้สึกนึกคิด กลไกการ ปรับตัว และการแก้ปัญหาของเด็ก ระดับพัฒนาการ ความสามารถด้านต่างๆร่วมด้วย เพื่อใช้ ประกอบในการวินิจฉัย

1.3 การสัมภาษณ์ครู หรือ ข้อมูลทางโรงเรียน

การสัมภาษณ์ครู หรือ ข้อมูลทางโรงเรียน ถ้าเป็นไปได้ควรได้พูดคุยกับ ครูเกี่ยวกับเด็กทางโทรศัพท์ที่จะเป็นการดี วิธีรองลงมาคือการสื่อสารทางจดหมายกับครูผ่านทางพ่อ แม่เด็ก จะทำให้ได้ข้อมูลว่าเวลาที่เด็กอยู่ที่โรงเรียนเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออาการแบบใด ข้อมูลที่ ครูจะบอกได้นั้นค่อนข้างมากและมีความน่าเชื่อถือมากกว่าของพ่อแม่ เพราะครูสามารถเปรียบเทียบ กับเด็กปกติอื่นๆ ในวัยเดียวกันได้ ข้อมูลต่างๆ จากครูที่จะช่วยการตรวจวินิจฉัย คือ เรื่องการเรียน เรื่องพฤติกรรม การเข้ากับเพื่อน เรื่องผู้ปกครอง

2. การตรวจทางแพทย์ (ศิริพร สุวรรณทศ, 2544)

2.1 ประวัติทางการแพทย์ โดยถามประวัติด้านต่างๆ เช่น พันธุกรรมใน ครอบครัวของโรค ADHD และโรคอื่นๆ การตั้งครรภ์ การคลอด และพัฒนาการของเด็ก

ความเจ็บป่วย เช่น โรคลมชัก การติดเชื้อของสมอง การบาดเจ็บ การได้รับสารพิษ ประวัติการใช้ยาต่างๆ เป็นต้น

2.2 การตรวจร่างกาย ส่วนใหญ่แล้วจะไม่พบความผิดปกติ การตรวจร่างกายไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรค แต่เป็นการตรวจเพื่อหาสาเหตุทางชีวภาพ การตรวจวินิจฉัยแยกโรคทางฝ่ายกาย เช่น ลมชัก ความผิดปกติของการมองเห็น ความผิดปกติของการได้ยินโรคทางสมอง และระบบประสาท แพทย์จะได้ตรวจร่างกายเด็กและประเมิน อารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเอง รวมถึงการแสดงออกของความรู้สึกของเด็ก

3. การตรวจพิเศษ (มานิช อภรณ์สุวรรณ, 2550; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

3.1 การตรวจทางจิตวิทยา

- การตรวจวัดระดับเชาว์ปัญญา เพื่อประเมินระดับเชาว์ปัญญาของเด็กว่าปัญหาการเรียนที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากระดับเชาว์ปัญญาดำกว่าปกติหรือไม่

- การตรวจทาง Organic test อาจทำให้เห็นการทำงานของระบบประสาท เช่น การทำงานไม่ประสานกันของระบบกล้ามเนื้อและสายตา (visual-motor coordination) นอกจากนี้ควรตรวจว่าเด็กมี learning disability (LD) ร่วมด้วยหรือไม่ เพื่อจะได้วางแผนการรักษาให้ครอบคลุมอาการของ LD ด้วย

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการวิธีใดสามารถใช้ในการวินิจฉัยโรคได้ แต่มีการตรวจหลายชนิด ที่ทำเพื่อการวิจัยมากกว่า เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram, EEG.), การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized Tomography Scan, CT Scan.), การตรวจสมองโดยอาศัยอนุภาคโพซิตรอน (Positron emission tomogram, PET scan.), การตรวจสมองด้วยสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging, MRI.) (มานิช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

4. การวัดพฤติกรรมด้วยแบบสอบถาม (Behavior rating scales)

การวัดพฤติกรรมด้วยแบบสอบถาม เป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยที่สำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมาก เพราะสามารถวัดพฤติกรรมออกมาเป็นปริมาณ และทำให้ข้อมูลที่ได้ตรงความจริงมากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) การใช้ rating scales ที่มีมาตรฐานส่วนใหญ่เป็นของต่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยมีการพัฒนาและแปลมาเป็นภาษาไทย เช่น แบบสอบถาม Brief Conners Teacher Rating Scale, BCTRS.) สำหรับการประเมินโรคสมาธิสั้นในเด็กไทย ของแพทย์หญิง จิตติ แก้วพรสวรรค์ และโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งได้ทุนของสภากาชาดในการพัฒนาแบบประเมินเด็กสมาธิสั้นเป็นต้น ในการใช้แบบสอบถาม ก่อนใช้ต้องมีการแนะนำ อธิบายให้ ผู้ที่จะตอบแบบสอบถามเข้าใจถึงวัตถุประสงค์เสียก่อน เพื่อจะได้ได้รับความร่วมมือ

และให้ผลน่าเชื่อถือขึ้น แบบสอบถามที่ใช้อยู่มีดังนี้ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; Craighead et al., 1994)

- แบบสอบถามสำหรับพ่อแม่ (Parent rating scales) เช่น Child Behavior Checklist (CBCL), Home Situations Questionnaire (HSQ)

- แบบสอบถามสำหรับครู (Teacher rating scales) เช่น Brief Conners Teacher Rating Scale (BCTRS), School Situations Questionnaire (SSQ), Child Attention Problems (CAP), Academic Performance Rating Scale (APRS)

- แบบสอบถามเดียวกันที่ใช้ทั้งกับพ่อแม่หรือครู (Scales for Parents or Teachers) เช่น ADHD Rating Scale, Attention Deficit Disorder Evaluation Scale (ADDES)

- แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนโดยอาจารย์ประจำชั้น ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ ได้แปลมาจาก Conners' Teacher Rating Scales (TRS-28) ของ C. Keith Conners และกัมปนาท บริบูรณ์ ได้หาคุณสมบัติทางสถิติ และเกณฑ์ปกติกับเด็กไทย ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมนี้ใช้กับเด็กอายุตั้งแต่ 3-17 ปี

การประเมินปัญหาในเด็ก ADHD นั้นต้องอาศัยข้อมูลจากหลายๆด้านไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ข้อมูลจากโรงเรียนรวมถึง ความเชี่ยวชาญของผู้ตรวจ เพราะเด็กมักจะแสดงอาการในหลายๆสถานการณ์ ซึ่งต้องใช้ทั้งวิธีตรวจร่างกาย การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก และประวัติต่างๆ ที่สำคัญคือการสังเกตและการประเมินพฤติกรรมของเด็กอย่างใกล้ชิด เพื่อการวินิจฉัยและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก

บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กและบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในการให้การดูแลเด็กกลุ่มนี้ โดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการดูแล ตั้งแต่การประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของเด็กแต่ละราย รวมถึงการทำงานแบบบูรณาการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรในทีมสุขภาพ ครอบครัว และครู ช่วยประสานงานในการดูแล และติดตามการรักษา และการใช้ความชำนาญเฉพาะด้านในการให้การดูแล เช่น การใช้พฤติกรรมบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือการฝึกทักษะให้กับเด็ก ครอบครัว และครู โดยการนำ

หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และสามารถประเมินและวิเคราะห์ผลการพยาบาล เพื่อนำมาพัฒนาการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นให้เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามขอบเขต และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2546)

ปัจจุบันนี้มีจำนวนเด็กที่เป็นโรคนี้นับว่าจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนมากขึ้น และเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ยังเด็ก (ก่อนอายุ 7 ปี) โดยมีอาการที่สำคัญ 3 อาการคือ การขาดสมาธิ, อาการซนอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคม กับผู้อื่นของเด็ก และจะมีผลไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ทำให้มีปัญหาในการประกอบอาชีพ และการดำรงชีวิตในสังคม และส่วนใหญ่ ผู้ที่สังเกตเห็นพฤติกรรม หรือความผิดปกติเหล่านี้ มักเป็นครู เพราะสามารถเปรียบเทียบพฤติกรรม กับเด็กคนอื่นๆ ได้ สาเหตุของโรคมีทั้งจากทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การบาดเจ็บของสมอง การได้รับสารพิษ หรือสารสื่อประสาทที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การเลี้ยงดู สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เช่น VDO Games หรือสภาพสังคมปัจจุบันที่มีความสลับซับซ้อน แข่งขันกันตลอดเวลา ก็เป็นส่วนส่งเสริมให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่า เด็กที่มีอาการซน อยู่ไม่นิ่งต้องเป็นโรคนี้นักทุกราย ซึ่งการที่จะสรุปว่าเด็กรายใดเป็นโรคสมาธิสั้น ต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยแยกโรค และการตรวจประเมินอย่างละเอียดรอบครอบ เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมมากที่สุด ซึ่งการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นแบ่งเป็นการรักษาโดยวิธีการใช้ยา และวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา หรือ การบำบัดทางจิตสังคม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) ที่เน้นทั้ง ตัวเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งการรักษาด้วยยามักพบเป็นวิธีแรกที่ใช้ ในปัจจุบันการบำบัดทางจิตสังคมได้รับความสนใจและนำมาใช้มากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) เช่นการปรับพฤติกรรม (ประภาวดี สุมาลย์, 2549) การฝึกสมาธิและจินตนาการ การฝึกโยคะ เจนเซน และ เคนนี่ (Jensen & Kenny, 2004) การให้ความรู้กับครอบครัว และคุณครูที่ต้องดูแลเด็ก รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการรักษาทางเลือกอื่นๆ หรือการใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการรักษาด้วยยา ที่เรียกว่า Multiple-modality approach (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มนี้ จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ให้มากที่สุดตามบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ (Polit & Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) จากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเอง และจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) สืบค้นระหว่างเดือน มีนาคม 2551-มกราคม 2552 โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1.1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.Cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.care.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยศิลปากร กรมสุขภาพจิต (dmh.) และสภาวิจัยแห่งชาติ

1.2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Ovid, Backwell Sunergy และ THAILIST

1.3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการโดยการค้นคว้าด้วยตนเองจาก ห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสภากาชาด ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายเล่มของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (*Key word*) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ เด็กสมาธิสั้น, สมาธิสั้น, การรักษาสมาธิสั้น, Attention Deficit/Hyperactivity Disorders, ADHD and Therapy, ADHD and Psychosocial therapy, Nursing and ADHD

3. เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (*Inclusion criteria*) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

3.1) ชนิดของการจัดกระทำ/การบำบัด ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น โดยใช้วิธีจิตสังคมบำบัด

3.2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกรงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง是孩子ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD จากการวินิจฉัยของแพทย์ตามระบบ DSM-IV, ICD-10 หรือร่วมกับการใช้แบบประเมินพฤติกรรม แบบสัมภาษณ์ครู และผู้ปกครอง

3.3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณา งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) งานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง หรือ Case Study

3.4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full Text ได้

3.5) ระยะเวลาในการตีพิมพ์อยู่ในช่วง ค.ศ.1998 – ปัจจุบัน

รายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนงานวิจัยที่ค้นได้	จำนวนงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์
CINAHL	- Attention deficit/ Hyperactivity disorders	213	0
	- ADHD and Therapy	126	2
	- ADHD and Psychosocial therapy	12	0
	- Nursing and ADHD	8	0
Pub Med	- Attention deficit/ Hyperactivity disorders	194	0
	- ADHD and Therapy	144	2
	- ADHD and Psychosocial therapy	10	1
	- Nursing and ADHD	11	0
Ovid	- Attention deficit/ Hyperactivity disorders	53	0
	- ADHD and Therapy	25	1
	- ADHD and Psychosocial therapy	7	0
	- Nursing and ADHD	7	0
Backwell Synergy	- Attention deficit/ Hyperactivity disorders	93	0
	- ADHD and Therapy	23	0
	- ADHD and Psychosocial therapy	15	0
	- Nursing and ADHD	6	0

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนงานวิจัยที่ค้นได้	จำนวนงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์
THAILIST	-Attention deficit/ Hyperactivity disorders	30	0
	- ADHD and Therapy	10	0
	- ADHD and Psychosocial therapy	7	1
กรมสุขภาพจิต	- สมาธิสั้น	10	0
	- เด็กสมาธิสั้น	8	1
	- การรักษาสมาธิสั้น	3	0
แหล่งอื่นๆ ได้แก่	- สมาธิสั้น	8	3
สภาวิจัยแห่งชาติ	- เด็กสมาธิสั้น	3	0
	- การรักษาสมาธิสั้น	2	0
ห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ			
มหาวิทยาลัยมหิดล	- สมาธิสั้น	18	1
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	- เด็กสมาธิสั้น	3	0
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	- การรักษาสมาธิสั้น	8	0
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	-Attention deficit/ Hyperactivity disorders	10	0
มหาวิทยาลัยศิลปากร			
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	-ADHD and Therapy	7	0
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์			
รวม		1033	12

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น มีจำนวนเรื่องทั้งหมดที่สืบค้นได้ จำนวน 1,073 เรื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณางานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือกทั้ง 3 ข้อ ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้มีจำนวนทั้งหมด 12 เรื่อง (ตาราง 2)

แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงวิชาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นมีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และเข้าเกณฑ์ 12 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย (*Evaluation of research quality*) ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (level of evidence) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น randomized controlled trials

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ออกแบบเป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ได้แก่ non- randomized controlled trials, cohort-study, case control study

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study)

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consensus)

จากการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ A จำนวน 8 เรื่อง ระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และระดับ C จำนวน 3 เรื่อง ดังแสดงในตาราง 2

**ตาราง 2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ ปี	ระดับ งานวิจัย
1. An intervention approach for children with teacher and parent-identified attentional difficulties	Margaret Semrud - Clikeman, et al., 1999	A
2. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder	The MTA Cooperative Group, 1999	A
3. The effect of yoga on the attention and behavior of boys with attention deficit hyperactivity disorder	Jensen & Dianna, 2004	A
4. Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder	Gol & Jarus, 2005	A
5. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type	Pfiffner et al, 2007	A
6. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice	Hoofdakker et al, 2007	A

**ตาราง 2 แสดงผลการประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น (ต่อ)**

ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย/ ปี	ระดับ งานวิจัย
7. Instructional and Improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity	Rickson, 2007	A
8. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	พรทิพย์ วชิรศิลป์ และคณะ, 2552	A
9. การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ที่เหมาะสมของนักเรียนสมาธิสั้น	ประภาวดี สุมาลย์, 2549	B
10. Improving the effectiveness of behavioral classroom interventions for attention -deficit/hyperactive disorder	Fabiano & William, 2003	C
11. การใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนเพื่อเพิ่มความใส่ใจต่อการเรียนของเด็กสมาธิสั้น	พิรวัส นาคประสงค์, 2548	C
12. การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพเพื่อลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้น	รดาธร นิลละออ, 2548	C

2. การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction) ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 12 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะกลั่นกรองออกมาจากงานวิจัยดังนี้ คือ

- 2.1 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (research design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 2.4 เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 2.5 วิธีการวิจัยหรือการ จัดกระทำ (method/ Intervention)
- 2.6 ผลการวิจัย (finding/ result)
- 2.7 ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (implication / implementation)

จากนั้นนำข้อมูลที่กลั่นกรองได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นในประเด็น รูปแบบของการบำบัด และประสิทธิผลของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ
2. วิธีการ รูปแบบ และองค์ประกอบ ของการให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น
 - 2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2 ผู้บำบัด
 - 2.3 กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
 - 2.4 ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ

จากการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้ง 12 เรื่อง ที่นำมาประเมินคุณภาพ เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิตร และคณะ, 2552; Pfiffner, Mikami, Huang-Pollock, Easterlin, Zalecki & McBurnett, 2007; Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker, Veen-Mulders, Sytema, Emmelkamp, Minderaa & Nauta, 2007; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007; The MTA Cooperative group, 1999; Semrud-Clikeman, Nielsen, Clinton, Sylvester, Parle, & Connor, 1999) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental study) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง (ประภาวดี สุ่มมลาย, 2549) และกรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง (พีรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละอ, 2548; Fabiano & Pelham, 2003) ทั้งหมดเป็นวรรณกรรมที่ศึกษาในประเทศ จำนวน 4 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 8 เรื่อง ซึ่งมีความเพียงพอในการนำมาศึกษา

2. วิธีการ รูปแบบ และองค์ประกอบ ของการให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง และ Case Study จำนวน 12 เรื่อง พบว่ารูปแบบ ที่ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่นำมาใช้ในการศึกษาสามารถจัดกลุ่มได้ 3 วิธี คือ 1) วิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง 2) วิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 3) วิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ดังนี้

1. วิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง มีทั้งหมด 6 เรื่อง ซึ่งสรุปได้เป็น 3 รูปแบบ คือ

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy, BT) จำนวน 2 เรื่อง (พิรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548) 2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) จำนวน 2 เรื่อง (ประภาวดี สุมาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999) และ 3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) จำนวน 2 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบ (ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง, ผู้บำบัด, กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม, ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) ของแต่ละรูปแบบดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การบำบัดมีดังนี้คือ

การวินิจฉัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria of ADHD จากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ จำนวน 2 เรื่อง (พิรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548)

อายุ: กลุ่มตัวอย่าง是孩子ที่อยู่ในระบบการศึกษาในชั้นอนุบาล ซึ่งมีอายุ 6 ปี จำนวน 1 เรื่อง (พิรวัส นาคประสงค์, 2548) และอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งมีอายุ 12 ปี จำนวน 1 เรื่อง (รดาธร นิลละออ, 2548)

เพศ: เป็นการศึกษาในเด็กเพศชายอย่างเดียวจำนวน 2 เรื่อง (พิรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548)

การใช้ยา: เป็นการรักษาโดยใช้ยาร่วมด้วย จำนวน 2 เรื่อง (พิรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษามีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การบำบัดมีดังนี้คือ

การวินิจฉัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV diagnosis of ADHD จากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ จำนวน 1 เรื่อง (ประภาวดี สุมามาลย์, 2549) และอีก 1 เรื่อง มีเด็กปกติเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วย (Semrud-Clikeman et al, 1999)

อายุ: กลุ่มตัวอย่าง是孩子ที่อยู่ในระบบการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีอายุ 8-12 ปี จำนวน 2 เรื่อง (ประภาวดี สุมามาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999)

เพศ: เป็นการศึกษาในเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 2 เรื่อง (ประภาวดี สุมามาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999)

การใช้ยา: เป็นการรักษาโดยใช้ยาร่วมด้วย จำนวน 2 เรื่อง (ประภาวดี สุมามาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษามีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การบำบัดมีดังนี้คือ

การวินิจฉัย: กลุ่มตัวอย่าง是孩子สมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria ADHD จากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ และจำนวน 2 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007)

อายุ: กลุ่มตัวอย่าง是孩子ที่อยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งมีอายุ 8-13 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004) ส่วนอีก 1 เรื่อง มีอายุ 11-16 ปี (Rickson, 2007)

เพศ: เป็นการศึกษาในเด็กเพศชายอย่างเดียวจำนวน 2 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007)

การใช้ยา: เป็นการรักษาโดยใช้ยาร่วมด้วย จำนวน 2 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษามีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้บำบัด

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 2 เรื่อง (พีรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 1 เรื่อง (ประภาวดี สุมามลย์, 2549) ส่วนอีก 1 เรื่องเป็นนักจิตวิทยา (Semrud-Clikeman et al, 1999)

3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักดนตรีบำบัดที่มีประสบการณ์ จำนวน 1 เรื่อง (Rickson, 2007) ส่วนอีก 1 เรื่อง เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาโรงเรียน ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ รองศาสตราจารย์ ทางด้านจิตวิทยาการศึกษาของ มหาลัยเท็กซัส ที่ออสติน (Jensen & Kenny, 2004)

กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และ ระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่า กิจกรรม ในการบำบัดของแต่ละเรื่องมีความถี่ ระยะเวลาแต่ละsession และช่วงเวลาที่ใช้ในการบำบัดจนครบโปรแกรมห้แสดงในตาราง 3.1

ตาราง 3.1 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 พิรวัส นาคประสงค์ / 2548/ การใช้กิจกรรมศิลปะ ประกอบบทเรียนเพื่อ เพิ่มความใส่ใจต่อ การเรียนรู้ของเด็ก สมาธิสั้น	1.รูปแบบการบำบัด คือ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การเรียนการสอนแบบ ปกติ	<u>กิจกรรมของวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง:</u> คือ การใช้ศิลปะบำบัดศิลปะที่ใช้ คือ การวาดภาพ ระบายสี การพิมพ์ภาพ การปั้น การพับ ดัด ตัด ปะและการประดิษฐ์ มาเขียนเป็นแผนการสอน จำนวน 32 แผน โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 ระยะเส้นฐาน (Base line) เป็น ระยะที่สอนวิชาคณิตศาสตร์โดยใช้แบบเรียน ปกติโดยมีการบันทึกเวลาการเกิดพฤติกรรม ความใส่ใจอยู่กับบทเรียน ระยะที่ 2 ระยะทดลอง (Treatment) เป็น ระยะที่สอนวิชาคณิตศาสตร์โดยใช้กิจกรรม ศิลปะประกอบ	- ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 8 สัปดาห์ รวม 32 ครั้งดังนี้ 1.ระยะที่ 1 ใช้เวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วันๆ ละ 30 นาที 2. ระยะที่ 2 ใช้เวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 4 วันๆ ละ 30 นาที	- ความใส่ใจต่อการ เรียน ของเด็กสมาธิสั้น วัดโดย แบบบันทึก พฤติกรรมความใส่ใจต่อ การเรียนรู้

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
---------------------------	--	-----------------	--	----------------------------------

เรื่องที่ 1 (ต่อ)

บทเรียนโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมความถี่
ใจต่อการเรียนในช่วงเวลาการปรับพฤติกรรม
ระยะที่ 3 ระยะถอนถอน (Withdrawal)
เป็นระยะที่สอนวิชาคณิตศาสตร์ โดยใช้
แบบเรียนปกติมีการบันทึกพฤติกรรม
เช่นเดียวกับระยะอื่น

ตาราง 3.1 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 รดาทร นิลละออ / 2548/ การใช้โปรแกรมการ ปรับพฤติกรรม โดย การให้คำแนะนำภาพ เพื่อลดพฤติกรรมไม่ ดีของเด็กปฐมวัย ดงใจเรียนของเด็ก สมาธิสั้น	1.รูปแบบการบำบัด คือ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การเรียนการสอนแบบ ปกติ	กิจกรรมของวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง: คือ การชี้แนะด้วยภาพ และให้การเสริมแรงด้วยเบียร์ อรรถในการเรียนวิชาภาษาไทย โดยมี กระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น เป็นช่วงที่มีการ สังเกตและบันทึกพฤติกรรมแบบปกติ ระยะที่ 2 ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะ ด้วยภาพ และให้การเสริมแรงด้วยเบียร์ คือเมื่อเด็ก มีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน ผู้วิจัยจะ ภาพสื่อชี้แนะให้เห็นเพื่อให้เด็กหยุดหรือลด พฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน ซึ่งมีการวางเงื่อนไข เด็กไว้ว่า ถ้ามีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนลดลง 1 ครั้ง	- ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 8 สัปดาห์ ในวันจันทร์-ศุกร์ วัน พฤหัสบดี-วันเสาร์, วันอาทิตย์ และวัน ศุกร์เช้า ช่วงเวลา 1 ชั่วโมง รวม 32 ครั้งดังนี้ 1.ระยะที่ 1 ใช้เวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วันๆ ละ 60 นาที 2. ระยะที่ 2 ใช้เวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 4 วันๆ ละ 60 นาที	- พฤติกรรมไม่ตั้งใจ เรียนของเด็กสมาธิสั้น วัดโดย แบบบันทึก พฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน แบบช่วงเวลา

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ)		จะได้รับการบันทึกดาว 1 ดาว และสามารถนำไปแลกเปลี่ยนเป็นรางวัลที่กำหนดไว้ ระยะที่ 3 ระยะหยุดยั้ง เป็นระยะหยุดให้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการ เหมือน ระยะที่ 1 ระยะที่ 4 เป็นระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกครั้ง โดยใช้กระบวนการเดียวกับระยะที่ 2	3.ระยะที่ 3 ใช้เวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วันๆ ละ 60 นาที	

ตาราง 3.1 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้เปรียบเทียบ ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 ประภาวดี สุมาลย์/ 2549/ การใช้โปรแกรมการ ปรับพฤติกรรมทาง ปัญญา เพื่อพัฒนา เรียนที่เหมาะสมของ นักเรียนสมาธิสั้น	1.รูปแบบการบำบัด คือ การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การเรียนการสอนแบบ ปกติ	กิจกรรมของวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง: คือ การใช้เทคนิคการตั้งเป้าหมายการฝึกฝนคลาย ตนเองโดยการจินตภาพ การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการพูดกับตนเองในทางบวก โดยมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ลสำรวจและรับรู้พฤติกรรม ตนเอง มี 2 กิจกรรมคือเกมสร้างความสัมพันธ์ และเกมตัวฉันเอง ขั้นตอนที่ 2 การจัดการกับความคิดและ พฤติกรรมมี 2 กิจกรรม คือ เกมของตัวเอง เกม ไปสู่เป้าหมาย การฝึกหายใจและจินตนาการเพื่อ ลดความเครียด และจินตนาการเพื่อนที่ดีที่สุดใน ตนเอง โดยเปิดเทปการให้ข้อมูลเชิงบวกให้ ฟัง และนอนในท่าที่ผ่อนคลายพร้อมกับให้	- ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 4 สัปดาห์ ละ 4 ครั้งละ 30 นาที รวม 16 ครั้ง 1. ขั้นตอนที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง 2. ขั้นตอนที่ 2 จำนวน 4 ครั้ง	- พฤติกรรมการเรียน ของเด็กระดับต้น วัดโดยแบบประเมิน พฤติกรรมที่เหมาะสม ทางการเรียน

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
---------------------------	--	-----------------	--	---------------------------------

เรื่องที่ 3 (ต่อ)

จินตนาการไปกับคำพูดในเทพโดยให้นักเรียน
ประเมินความรู้สึก สิ่งที่ได้รับจากการร่วม
กิจกรรมและการประยุกต์ไปใช้
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติและรับข้อมูลเชิงบวก 3. ขั้นตอน 3 จำนวน 10 ครั้ง
เป็นการเปิดเทพการให้ข้อมูลเชิงบวก ซึ่งเป็น
การให้ข้อมูลที่ต้องการพัฒนาพฤติกรรม
เรียนและให้ฝึกปฏิบัติตาม โดยมีการจัดที่ให้แก่
ละคนเป็นสัดส่วน และมีข้อตกลงว่าให้แต่ละ
คนอยู่ในพื้นที่ของตนเอง โดยผู้วิจัยต้องสังเกต
พฤติกรรมขณะปฏิบัติและซักถามความรู้สึก
หลังการปฏิบัติทุกครั้ง

ตาราง 3.1 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 4 Semrud - Clikeman, et al. / 1999 / An intervention approach for children with teacher and parent-identified attentional difficulties	1.รูปแบบการบำบัด คือ การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การดูแลรักษาแบบปกติ	กิจกรรมของวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง: คือ Attention-training program ที่เป็นการฝึกสมาธิ และวิธีการจัดการกับปัญหาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งจะมีผู้นำกลุ่ม 2-3 คน เริ่มจากการให้ โอกาสสำหรับเด็กเพื่อ inspect แผนภูมิ ความก้าวหน้าของเขา ซึ่ง จะ ลงบันทึก ความเร็ว และความแม่นยำของพฤติกรรมที่ต้องการ	- ระยะเวลาทั้งหมด 18 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 36 ครั้ง	- visual attention วัด โดย the d2 - auditory attention วัด โดย The Brief Test of Attention

1. The visual attention task โดย

- เด็กต้อง scan a row of ds with one to three marks around them และต้องเลือก the ds with 2 marks
- มี 14 rows และเด็กจะต้อง move down to the next row every 20 seconds

ตาราง 3.1 แสดง ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับ รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 4 (ต่อ)		2. The auditory attention task โดย - เด็กต้อง listen to a series of random letters and numbers แล้วตอบคำถามเกี่ยวกับ letters and numbers ที่ได้ยินรวมถึงในกรณีที่มีสิ่งกระตุ้น (stimuli) ซึ่งจะเริ่มจากจำนวน ของ stimuli จาก 4 จนถึง 12 - เด็กแต่ละคนจะตั้ง guide goals สำหรับ next performance on the tasks		

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 5 Rickson / 2007/ Instructional and Improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity	1.รูปแบบการบำบัด คือ การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การดูแลรักษาแบบปกติ	กิจกรรมของวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง: คือ การใช้ดนตรีบำบัด (musical therapy) ซึ่งมี 2 รูปแบบ ดังนี้ คือ 1. Instructional approach ซึ่งอยู่บน (behavioral and developmental theory) และ เกี่ยวข้องกับการสอน โดยตรงและงาน ที่มี specific beat and rhythm - โดยเด็กจะได้ทำกิจกรรมในลักษณะ ต่างๆ เช่น เล่นดนตรีด้วยเครื่องดนตรีชนิดเคาะ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้ นำเสนอในรูปแบบของ กิจกรรมที่มีโครงสร้างชัดเจน และมีการทำซ้ำๆ รวมถึงการที่ได้ก็สามารถที่จะเล่นดนตรีเป็นวง ด้วยเครื่องดนตรีชนิดเคาะแบบง่าย ๆ	บำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง - ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 20 สัปดาห์ รวม 16 ครั้งดังนี้ 1.รูปแบบที่ 1 ใช้เวลา 10 สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง	- impulsivity ที่วัดโดย Synchronized Tapping Task - symptomatic behaviors วัดโดย Conner's Parent Rating Scale และ Conner's Teacher Rating Scale

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 5 (ต่อ)		- การทำกลุ่ม โดยการใช้เพลง a greeting song เด็กในกลุ่มจะทำ กิจกรรมในรูปแบบการใช้จังหวะที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน เช่น therapist จะให้เด็กเลือก เครื่องดนตรีและเล่นในเวลาที่กำหนดด้วยการเคาะในรูปแบบ 8 bars of 4/4 - เพื่อที่จะทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้เด็กมีความตั้งใจและความพร้อมในการสื่อสาร ผู้บำบัดจะเลือกเด็กหนึ่งคนที่สามารถเล่นได้ ขึ้นมาเป็นผู้นำกลุ่มโดยเลือกใช้เครื่องดนตรีที่นิยมเล่น (เช่น the floor tom or snare และ therapist จะกำหนดการเคาะให้จังหวะในเวลาที่กำหนด ส่วนเด็กคนอื่นๆก็จะ เลือกเครื่องดนตรีและเล่นตามที่ได้รับมอบหมาย		

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้เปรียบเทียบ ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 5 (ต่อ)		ตามจังหวะการเคาะแบบ นันๆ สุดท้ายผู้บำบัด จะกำหนดรูปแบบ ต่างๆ ของจังหวะที่มีลักษณะเฉพาะในการเล่นทั้งวง เด็กทุกคนจะได้รับการเล่นทั้ง 4 ส่วนทำให้สามารถเล่นแทนกันได้และ เมื่อได้ทำคุ้นเคยกับทุกส่วน พวกเขาจะซ้อมเล่นเป็นวง และจบด้วยการเล่นเพลง a farewell song - ผู้บำบัด จะมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำกลุ่ม ฟัง ในเรื่องคำสั่ง คำแนะนำ การบอกถึงข้อผิดพลาด การชื่นชมและการสนับสนุนเมื่อเด็กมีการตอบสนองที่ถูกต้อง และมีการพัฒนาขึ้น		

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 5 (ต่อ)		2. Improvisational approach การทำ กลุ่มของผู้บำบัด จะขึ้นอยู่กับคนที่ถูกเลือกมาเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กและเด็กที่สามารถที่จะตอบสนองในทางใดทางหนึ่ง ที่อาจจะทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงขึ้น ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการในการเลือกดนตรีและการพัฒนาด้านสัมพันธภาพจะช่วยให้เด็กประสบความสำเร็จในด้านความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตัวเอง, การตระหนักในตนเอง และการตระหนักถึงความต้องการของผู้อื่น - เครื่องดนตรีที่ใช้จะเป็นเครื่องเคาะให้จังหวะแบบง่าย ๆ หลังจากเพลง A greeting		

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 5 (ต่อ)		song เด็กละเป็นคนเลือกรูปแบบ, อาร์ม หรือแนวของเพลงสำหรับการทำกลุ่ม รวมถึงเครื่องมือที่จะใช้เล่นด้วย โดยจะมีผู้บำบัด เป็นผู้ช่วย โดยจะมีผู้บำบัด เป็นผู้ช่วย หรือแนวของเพลงสำหรับการทำกลุ่ม รวมถึงเครื่องมือที่จะใช้เล่นด้วย โดยจะมีผู้บำบัด เป็นผู้ช่วยในการเลือกเครื่องดนตรี		
		- บางครั้งอาจจะมีการใช้ Cue card เช่น Country, Rap, blues, Rock, Jazz ช่วยในการตัดสินใจเลือกดนตรีของเด็ก		
		- บทบาทของผู้บำบัดในกลุ่มนี้คือช่วย สนับสนุนและชักชวนให้เล่นดนตรี		

ตาราง 3.1 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 6 Jensen & Kenny / 2004/ The effect of yoga on the attention and behavior of boys with attention deficit hyperactivity disorder	1.รูปแบบการบำบัดคือการบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบคือการได้รับกิจกรรม cooperative games and activities ที่เกี่ยวข้องกับทักษะในด้านต่างเช่น การฝึกการพูด การฟังการใช้ของร่วมกับผู้อื่นการกำหนดเวลาในการพูดคุย	กิจกรรมของวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง: คือ Yoga technique ที่ developed from publications by Nagendra Moham, Shriram, (1988) and Sarawati (1990), and trailed successfully in a pilot study conducted by Jensen (2002) ร่วมกับ standard yogic practices ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) Respiratory training โดยฝึกผ่านลมหายใจเข้าออกทางปากและจมูกอย่างเป็นจังหวะ ทำให้ได้รับทราบลมหายใจเข้าออก และต้องมีการฝึกอย่างต่อเนื่องตลอดการบำบัด 2) Postural training เป็นการออกกำลังกายเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกายในท่าต่างๆร่วมกับการฝึกหายใจ	-ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 20 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 20 ครั้ง	- Behavioral วัดโดย Teacher Rating Scales-Revised: Long (CTRS-R:L) - attention and motor activity วัดโดย Test of Variables of attention (TOVA)

ตาราง 3.1 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
---------------------------	--	-----------------	--	----------------------------------

เรื่องที่ 6 (ต่อ)

3) Relaxation training เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างของร่างกายและเป็นการผ่อนคลายความเครียด

- มีการใช้ concentration training

เกี่ยวข้องกับเทคนิคที่เรียกว่า “Trataka” ซึ่ง participants focused on a word or shape, followed by seeing the image with eyes closed and continuing to see the image on a blank piece of paper.

ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้แต่ละกลุ่มมีการใช้เครื่องมือในการประเมินที่เหมือน หรือแตกต่างกัน แบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)

1.1 ผลลัพธ์ในด้านอาการสมาธิสั้น จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัดแล้ว ผลลัพธ์ที่ได้คือ

1.1.1 Attention พบว่าพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน ของเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น จากการบำบัดด้วยกิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียน ที่ประเมินโดยครู ขณะอยู่ในห้องเรียน ด้วยแบบบันทึกพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน จำนวน 1 เรื่อง (พิรวัส นาคประสงค์, 2548) และจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพ และเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนลดลง ที่ประเมินโดยครู ขณะอยู่ในห้องเรียน จากการประเมินด้วยแบบบันทึกพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนแบบช่วงเวลา จำนวน 1 เรื่อง (รดาธร นิลละออ, 2548)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

2.1 ผลลัพธ์ในด้านอาการสมาธิสั้นจากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัด แล้วผลลัพธ์ที่ได้คือ

2.1.1 Attention พบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วย Attention-training program มีคะแนนในเรื่องของความตั้งใจหรือการมีสมาธิในการมองต่ำกว่า กลุ่ม ADHD ที่ได้รับการบำบัดและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นเด็กปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) ที่ประเมินโดยใช้เครื่องมือการวัดความตั้งใจในการมอง (the d2) และ พบว่ากลุ่ม ADHD ที่ได้รับการบำบัด มีค่าคะแนนในเรื่องของความตั้งใจหรือการมีสมาธิในการฟังสูงกว่ากลุ่ม ADHD ที่ไม่ได้รับการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบการวัดความตั้งใจแบบย่อ (The Brief Test of Attention) จำนวน 1 เรื่อง (Semrud-Clikeman et al, 1999) ส่วนอีก 1 เรื่อง พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมการเรียนรู้ดีขึ้นในด้านการมีสมาธิในการฟังในวิชาคณิตศาสตร์ ด้านการตอบคำถามในวิชาคณิตศาสตร์ และภาษาไทย ด้านการส่งงานในวิชาภาษาไทย และภาษาอังกฤษ และการทำงานกลุ่มในวิชาภาษาไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังจากได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งประเมินโดยครูประจำวิชาทักษะขณะอยู่ในห้องเรียน (ประภาวดี สุมาลย์, 2549)

3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) มี 2 เรื่อง แต่ละเรื่องมีผลลัพธ์จากการบำบัด คือ

3.1 การใช้ดนตรีบำบัด (musical therapy) จำนวน 1 เรื่อง (Rickson, 2007) ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม (กลุ่ม A) กลุ่มทดลอง (กลุ่ม B) (ซึ่งจะได้รับ 8 sessions ของ improvisational music therapy ก่อนในช่วงแรก (phase 1) และตามด้วย instructional music therapy ใน 8 sessions ถัดมา (phase 2) และ กลุ่มทดลอง (กลุ่ม C) (ซึ่งจะได้รับ treatment สลับกับกลุ่ม B) ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลในแง่ของ อาการหุนหันพลันแล่น หรือการขาดความสามารถในการควบคุม ตนเองได้ (Impulsivity) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัดแล้วผลลัพธ์ที่ได้จากแบบประเมินที่ใช้ คือ

3.1.1 จากการประเมินด้วยการวัดความสามารถในการเคาะจังหวะ ในขณะที่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (Synchronized Tapping Task Data) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง Phase I และ Phase 2 ในกลุ่มควบคุม (A) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะเพิ่มขึ้น ส่วนในกลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วง baseline และ phase 2 พบว่ากลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.023$) และ ($p=0.020$) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาผลของการบำบัดในรูปแบบ Instructional approach และ Improvisational approach ไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะ แต่อย่างไรก็ตามในช่วงที่เด็กได้รับการบำบัดแบบ Instructional approach ทั้งในกลุ่ม B และกลุ่ม C พบว่ามีพัฒนาการที่ดีขึ้นเล็กน้อย ขณะที่เด็กอยู่ในชั้นเรียน

3.1.2 จากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมของคอนเนอร์ (Conners' Rating Scales) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (B และ C) พบว่า มีความแตกต่างกันในเรื่องของการลดอาการของโรคสมาธิสั้นและปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.019$) และ ($p=0.031$) ตามลำดับ

3.2 การใช้กิจกรรมโยคะบำบัด (Yoga therapy) จำนวน 1 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัด แล้วผลลัพธ์ที่ได้จากแบบประเมินที่ใช้ คือ

3.1.1 จากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมของคอนเนอร์ (Conners' Parent and Teacher Rating Scales) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโยคะมีความแตกต่างของพัฒนาการที่ดีขึ้นก่อนและหลังให้การบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ของ Oppositional subscale, ($p=0.001$) ของ Global Index Emotional Lability subscale,

($p=0.001$) ของ Global Index Total, ($p=0.008$) ของ Global Index Restless/Impulsive subscale, ($p=0.019$) ของ ADHD Index subscale, ($p=0.032$) ของ CPRS Perfectionism subscale, ($p=0.036$) ของ DSM-IV Hyperactive/Impulsive subscale และ ($p=0.024$) ของ DSM-IV Total subscale ด้วยแบบประเมิน Conners' Parent Rating Scales จากการประเมินโดยครอบครัว และพบว่ามีการพัฒนาการที่ดีขึ้นก่อนและหลังได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.021$) และ ($p=0.07$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งที่ทำกิจกรรมกับ Hyperactive-Impulsive subscale และ DSM-IV Inattention subscale ด้วยแบบประเมิน Conners' Teacher Rating Scales จากการประเมินโดยครู สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกทักษะด้วยการร่วมกับการออกกำลังกายและการใช้เกมส พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังการฝึกทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.004$) ของ Hyperactivity subscale, ($p=0.028$) ของ Anxious/shy subscale, ($p=0.034$) ของ Social problem subscale, ($p=0.028$) ของ CPRS Perfectionism subscale, ($p=0.016$) ของ DSM-IV Hyperactive/Impulsive subscale, และ ($p=0.016$) ของ DSM-IV Total subscale ด้วยแบบประเมิน Conners' Parent Rating Scales จากการประเมินโดยครอบครัว แต่ไม่พบความแตกต่างจากการประเมินโดยครูในกลุ่มควบคุม

3.1.2 ในด้านความสัมพันธ์ของเวลา หรือจำนวนครั้งที่ฝึกกิจกรรมที่บ้าน พบว่าเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นกับระยะที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) จากการประเมินด้วย TOVA Response Time Variability และมีคะแนนของอาการสมาธิสั้นที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) จากการประเมินด้วย Test of Variables of attention และ เด็กมีพัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ของ Global Emotional Lability จากการประเมินด้วย Conners' Teacher Rating Scales โดยครู

2. วิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีทั้งหมด 3 เรื่อง ซึ่งสรุปได้เป็น 2 รูปแบบ คือ 1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy, BT) จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007) และ 2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) จำนวน 2 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิถ และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005) ซึ่งมีองค์ประกอบ (ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง, ผู้บำบัด, กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม, ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) ของแต่ละรูปแบบดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การบำบัดมีดังนี้คือ

การวินิจฉัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดาเข้าร่วมการบำบัด และบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD โดยใช้ DSM-IV criteria จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

อายุ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่อยู่ในระบบการศึกษา ตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีทั้งเด็กเพศชายและเพศหญิง โดยมีอายุ ตั้งแต่ 4-12 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

การใช้จ่าย: เป็นการรักษาโดยใช้ร่วมด้วย จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การบำบัดมีดังนี้คือ

การวินิจฉัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria of ADHD จากแพทย์ โดยเด็กที่อยู่ในความดูแลมีอายุน้อยกว่า 12 ปี จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิถ และคณะ, 2552) ส่วนอีก 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเด็กปกติและเด็ก ADHD ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD โดยใช้ DSM-IV criteria จากกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ร่วมกับการประเมินจาก CPRS และ CTRS โดยมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน และมีสมาธิอย่างน้อยหนึ่งคนในครอบครัวของเด็กที่ได้รับการบำบัด เข้าร่วมการบำบัดด้วย (Gol & Jarus, 2005)

อายุ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่อยู่ในระบบการศึกษา ตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีทั้งเด็กเพศชายและเพศหญิง โดยมีอายุ ตั้งแต่ 5 – 8 ปี จำนวน 1 เรื่อง (Gol & Jarus, 2005) และเป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.18 ปี จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

การใช้ยา: เป็นการรักษาโดยมีการใช้ยาร่วมด้วย จำนวน 2 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้บำบัด

1) พฤติกรรมบำบัด (*Behavioral Therapy*) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยา ที่มีประสบการณ์ผ่านการศึกษาและฝึกการทำการปรับ และการทำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมครบถ้วนแล้ว จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (*Cognitive Behavior Therapy*) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา จำนวน 1 เรื่อง (Gol & Jarus, 2005) และเป็นพยาบาลจิตเวช ที่ได้ผ่านการอบรมแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งมีส่วนร่วมพัฒนาโปรแกรมด้วย จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่ากิจกรรมในการบำบัดของแต่ละเรื่องมีความถี่ ระยะเวลาแต่ละsession และช่วงเวลาที่ใช้ในการบำบัดจนครบโปรแกรมดังแสดงในตาราง 3.2

ตาราง 3.2 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
เด็กสมาธิสั้น

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 Hoofdakker et al./ 2007/ Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice	1.รูปแบบการบำบัด คือ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การดูแลรักษาแบบปกติ	กิจกรรมของวิธีการโดยการส่งเสริมให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น: คือการฝึกสอนทักษะครอบครัวเกี่ยวกับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ โดยมีนักจิตวิทยาที่ผ่านการฝึกอบรมเข้ามา ในการทำ BPT เป็นผู้สอนทักษะครอบครัวจะ เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม, การตั้งกฎระเบียบ, การให้คำสั่ง, การคาดการณ์ถึงพฤติกรรม พฤติกรรมไม่เหมาะสม, การติดต่อสื่อสาร, การ ส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นบวก, การไม่ใส่ใจ, การสร้างเสริมพลัง สำหรับโปรแกรมนี้จะให้ ความสำคัญกับ งาน หรือการบ้านที่ได้รับ มอบหมาย ซึ่งในแต่ละครั้งครอบครัวจะต้อง อ่านหนังสือ 1 บทและเขียน	- ระยะเวลารวมที่ใช้ทั้งหมด 5 เดือน จำนวน 12 ครั้งๆ ละ 120 นาที	- Behavior problem วัดโดย The externalizing subscales of the Dutch version of the Child Behavior Checklist (CBCL) - ADHD symptoms วัดโดย ADHD index of the Conner Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S)

ตาราง 3.2 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
เด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		วัตถุประสงค์ในแต่ละบท รวมถึงจะต้องฝึกปฏิบัติในเรื่อง ทักษะต่างๆ ที่มีอยู่ในแต่ละการบำบัดแต่ละครั้ง แบบฝึกหัดทั้งหมดจะถูกกำหนดให้ สอดคล้อง กับ พฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย ในเด็กแต่ละคน ซึ่งครอบครัวจะเขียนรายงานหลัง จากจบแบบฝึกหัด ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งจะเริ่มด้วยการอภิปรายเรื่อง การบ้าน และการรายงานของครอบครัวและต่อต้านการกำหนดหัวข้อเรื่อง แล้วต่อต้านการกำหนดหัวข้อเรื่อง ใหม่เพื่อการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป และจบ การบำบัดด้วยการเตรียม แบบฝึกหัดหรือการบ้านใหม่		- Internalizing problems - วัด โดย Internalizing subscales of the Dutch version of the Child Behavior Checklist (CBCL) - Parenting stress - วัด โดย A Dutch version of the Parenting Stress Index

ตาราง 3.2 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
เด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		การดูแลรักษาแบบปกติ (Routine clinical care) เป็นการดูแลโดยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โดยกิจกรรมที่ได้รับได้แก่การให้คำปรึกษา, ความรู้ทางจิตเวช, การรักษาด้วยยา และ การจัดการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต (ในกรณีจำเป็น) ซึ่งสามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์หรือการพบที่คลินิกในกรณีที่ครอบครัวต้องการ นอกเหนือจากการรับยาตามปกติ		

ตาราง 3.2 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
เด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 Gol & Jarus/ 2005/ Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit- hyperactivity disorder	1.รูปแบบการบำบัด คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การดูแลรักษาแบบปกติ	<u>กิจกรรมของวิธีการโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น:</u> คือการฝึกทักษะทางสังคมโดยการใช้อีกิจกรรมบำบัด(Occupation therapy social skill) โดยมี ขั้นตอน คือ 1. มีการเลือกกิจกรรมที่ได้จะทำ โดยต้องมีการสัมภาษณ์บิดาหรือมารดาของเด็กอย่างน้อย 5 คน เพื่อช่วยเลือกกิจกรรมอย่างน้อย 5 กิจกรรมที่ได้คุ้นเคยและต้องทำที่บ้าน 2. เด็กที่เป็นกลุ่มทดลองในการทำกลุ่มจะถูกควบคุมโดยนักกิจกรรมบำบัด 2 คน ซึ่งการทำกลุ่มจะอยู่บนพื้นฐาน หลักการของรูปแบบ การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม	- ระยะเวลารวมที่ใช้ทั้งหมด 19 สัปดาห์ การให้ intervention รวม 15 ครั้ง แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ 1. ช่วงแรก 10 สัปดาห์ มีการพัก 4 สัปดาห์ 2. ต่อด้วยการทำกลุ่มอีก 5 สัปดาห์	- Motor skill - Process skill วัดโดยแบบประเมิน Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

ตาราง 3.2 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
เด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ความถี่/ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 (ต่อ)		3. กลุ่มของครอบครัวจะถูกควบคุมโดย นักสังคมสงเคราะห์ และ นักจิตวิทยา 4. ในการพบปะทำกลุ่มทุกครั้งจะมีกำหนดรูปแบบคือ เริ่มต้นด้วย การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลาย แล้วตามด้วย กิจกรรมต่างๆ (ศิลปะ เกมส์ การทำอาหาร) และจบลงด้วยการทำกิจกรรมทำความเข้าใจความสะอาดห้อง ในการพบกันแต่ละครั้งจะมีการกำหนดเป้าหมายของการฝึกทักษะทางสังคม เช่น การฟัง การรอคอย การเรียนรู้ที่จะจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหากับผู้อื่น และใน 15 นาที สุดท้ายของการทำกลุ่ม จะมีการร่วมกิจกรรมระหว่างเด็กและครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลอย่างละเอียดในเรื่อง กิจกรรมพิเศษและการบ้านที่เด็กจะต้องทำ รวมถึงการให้แนวทางเกี่ยวกับวิธีการในการฝึกปฏิบัติ ทักษะเหล่านี้ เมื่ออยู่ที่บ้าน		

ตาราง 3.2 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
เด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 พรทิพย์ วัชรดิศล/ 2552/ ประสิทธิผลของ โปรแกรมการ เสริมสร้าง ความสามารถของ ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	1.รูปแบบการบำบัด คือ การบำบัดทางความคิด และ พฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้ เปรียบเทียบ คือ สุขภาพจิตศึกษา และการ ดูแลรักษาแบบปกติ	กิจกรรมของวิธีการโดยการส่งเสริมให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น: คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของ ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่ ประกอบด้วย 1. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น 2. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับ ทัศนคติและสิ่งที่ควรรู้ในการปรับพฤติกรรม 3. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุม ตนเอง 4. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการทักษะ การสื่อสาร 5. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการทักษะ การเพิ่มสมาธิ	- ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 6 สัปดาห์ รวม 6 ครั้งๆ ละ 90- 120 นาที	- ความรู้ ทัศนคติ และ ทักษะการดูแลเด็กสมาธิ สั้น โดยใช้แบบประเมิน ความรู้ ทัศนคติ และ ทักษะการดูแลเด็กสมาธิ สั้นที่พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย - อาการของโรคสมาธิ สั้น โดยใช้แบบประเมิน พฤติกรรม Revised Conners Parent Rating Scale ของ Conners

ตาราง 3.2 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
เด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		6. กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องวินัยและความรับผิดชอบ ในการบำบัดแต่ละครั้งผู้บำบัด 3 คนจะหมุนเวียนเป็นวิทยากรหลักและสรุปสาระสำคัญ แล้วจึงแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มๆ ละ 10 คนต่อผู้นำกลุ่ม 1 คน เพื่อฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมและตามความรู้ที่ได้รับมาทั้ง 6 กิจกรรม โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีแนวทาง และสามารถจัดการกับพฤติกรรมปัญหาในเด็กได้อย่างเหมาะสม ภายใต้อาสาสมัคร พฤติกรรม โดยการเสริมแรงทางบวกอย่างเป็นระบบ		

ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้แต่ละกลุ่มมีการใช้เครื่องมือในการประเมินที่เหมือน หรือแตกต่างกัน แบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) มี 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากรับการบำบัด แล้วผลลัพธ์ที่ได้จากแบบประเมินที่ใช้ คือ

1.1 ผลลัพธ์ในด้านอาการสมาธิสั้น พบว่าหลังได้รับการบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ และการดูแลแบบปกติเพียงอย่างเดียว หลังการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างของคะแนนอาการสมาธิสั้นที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการประเมินด้วย ADHD index of the CPRS-R:S ที่ประเมินโดยครอบครัว ส่วนคะแนนของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Behavioral problem) พบว่าหลังได้รับการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างของคะแนนที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการประเมินด้วย individual target behaviors และ CBCL externalizing อย่างไรก็ตามกลุ่มแต่ละกลุ่ม BPT ร่วมกับ RCC มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาเรื่อง behavioral problems มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ RCC อย่างเดียว แต่ไม่ได้มีประสิทธิภาพในการลดลงของอาการสมาธิสั้นดีกว่า กลุ่ม RCC จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

1.2 ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับด้านอื่นๆ

1.2.1 ปัญหาจากปัจจัยภายใน (Internalizing problems) จากการประเมินด้วย Internalizing subscales of the Dutch version of the Child Behavior Checklist (CBCL) ที่ประเมินโดยครอบครัว พบว่าก่อนและหลังได้รับการฝึกสอนทักษะครอบครัวเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ (BPT+RCC) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.013$) และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด (BPT+RCC) มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาเรื่องภาวะเครียดจากตัวเด็กเอง มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทางคลินิก (RCC) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.042$) จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

1.2.2 ระดับความเครียดของครอบครัว (Parenting stress) จากการประเมินด้วย A Dutch version of the Parenting Stress Index ที่ประเมินโดยครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงที่ได้รับการบำบัด (BPT+RCC) ($p < 0.01$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Intervention และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทางคลินิก จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

มี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิถ และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัดแล้วผลลัพธ์ที่ได้ คือ

2.1 ผลลัพธ์ในด้านอาการสมาธิสั้นจากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของโรคสมาธิสั้นน้อยกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิถ และคณะ, 2552)

2.2 ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (Functional impairment)

จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิต ด้วยแบบประเมินทักษะการประมวลผล และการเคลื่อนไหว (Assessment of Motor and Process Skills) โดยผู้บำบัด พบว่า กลุ่มเด็กปกติมีคะแนนสูงกว่า กลุ่มเด็กที่มีปัญหา ADHD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ของ Process ability แต่ไม่มีความแตกต่างกันของ Motor scale ยกเว้นในส่วนของ coordination ที่พบว่ากลุ่มที่มีปัญหา ADHD มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มเด็กปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$)

สำหรับกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กที่มีปัญหา ADHD ที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมโดยการใช้กิจกรรมบำบัด พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนที่สูงขึ้นระหว่างการประเมินทั้ง 3 ครั้ง ทั้งในส่วนของ Process scale ($p < 0.015$) และ Motor scale ($p < 0.001$) รวมถึงมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ทั้ง Process scale และ Motor scale เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แต่ไม่มีความแตกต่างของพัฒนาการที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 สำหรับผลของปฏิกริยาระหว่างช่วงเวลาการประเมินกับกลุ่มเด็กที่มีปัญหา ADHD พบว่ามีความพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) ในส่วนของ Process scale และ ($p = 0.001$) ในส่วนของ Motor scale การประเมินด้วย The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) จำนวน 1 เรื่อง (Gol & Jarus, 2005)

2.3 ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับด้านอื่นๆ

2.3.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จากการเปรียบเทียบค่าคะแนน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มดูแลปกติ

เท่ากับ 2.0 และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามากกว่ากลุ่มดูแลปกติเท่ากับ 2.0 และยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือนมีค่ามากกว่าก่อนทดลองเท่ากับ 3.4 จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

2.3.2 ด้านทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติเท่ากับ 2.3 และ 6.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบการบำบัดและระยะเวลามีผลต่อทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือนมีค่ามากกว่าก่อนทดลองเท่ากับ 7.2 และ 6.8 ตามลำดับ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

2.3.3 ด้านทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติเท่ากับ 6.5 และ 9.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบการบำบัดและระยะเวลามีผลต่อทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในระยะหลังทดลอง มากกว่า ก่อนทดลอง เท่ากับ 5.8 และระยะติดตาม 3 เดือนมีค่ามากกว่า หลังทดลองและก่อนทดลอง เท่ากับ 3.1 และ 9.0 ตามลำดับ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

3. วิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน มีทั้งหมด 3 เรื่อง ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นรูปแบบ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy, BT) ทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบ (ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง, ผู้บำบัด, กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม, ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การวินิจฉัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV diagnosis of ADHD จากแพทย์ ร่วมกับแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยพักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา อย่างน้อย 1 คนใน ช่วง 6 เดือน- 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งได้รับอนุญาต และโรงเรียนมีส่วนร่วมการบำบัดทั้งหมด จำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007)

อายุ: กลุ่มตัวอย่าง是孩子ที่อยู่ในระบบการศึกษา ตั้งแต่ชั้นอนุบาล ถึงชั้นประถมศึกษา โดยมีอายุ ตั้งแต่ 7- 11 ปี จำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007)

เพศ: เป็นการศึกษาในเด็กเพศชายอย่างเดียวจำนวน 1 เรื่อง (Fabiano & Pelham, 2003) ส่วนอีก 2 เรื่องเป็นการศึกษาในเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง (The MTA Cooperative group, 1999; Pfiffner et al, 2007)

การใช้ยา: เป็นการรักษาโดยใช้ยาร่วมด้วยทั้งหมด จำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษาจะมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้บำบัด

จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์ ผ่านการศึกษาและฝึกการทำ Behavior therapy จำนวน 3 เรื่อง (Pfiffner et al, 2007; Fabiano & Pelham, 2003; The MTA Cooperative group, 1999)

**กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และ
ระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม**

จากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 3 เรื่องที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่า
กิจกรรม ในการบำบัดของแต่ละเรื่องมีความถี่ ระยะเวลาแต่ละsession และช่วงเวลาที่ใช้ในการ
บำบัดจนครบโปรแกรมหดแสดงในตาราง 3.3



ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 Pittifner et al.,/ 2007/ A randomized, controlled trial of integrated home- school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type	1.รูปแบบการบำบัด คือ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การดูแลรักษาแบบปกติ	กิจกรรมของวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่าง เด็ก ครอบครัวโรงเรียน: คือ โปรแกรมการฝึกความใส่ใจ และทักษะชีวิต (Child Life and Attention Skills Program) 1. การให้คำปรึกษากับครู (teacher consultation) ประกอบด้วยการบำบัดทาง พฤติกรรมและ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลา 30 นาที แล้วตามด้วยการเข้ากลุ่มพบกัน ระหว่างครู ครอบครัว เด็กและผู้บำบัด ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดยมี เป้าหมายของพฤติกรรม คือการทำงานเกี่ยวกับศึกษา, พฤติกรรมการทำงาน หรือทักษะการเรียนรู้ และ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีการใช้ การรายงานประจำวัน	- ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 20 สัปดาห์ รวม 14 ครั้งดังนี้ 1. ส่วนที่ 1 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง	1. Attention symptoms วัดโดย Symptoms of Sluggish Cognitive Tempo (SCT) 2. Functional impairment - ด้าน Social impairment วัดโดย Parent and teacher ratings of social functioning on the Social Skills Rating System

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		ของพฤติกรรมทั้งที่บ้าน และโรงเรียน (Classroom challenge :CC) รวมถึงการใช้ special note book ที่เก็บ copies of CC สำหรับเด็กแต่ละคน ส่วนการใช้เพื่อสิ่งแวดล้อมหรือ การให้ความสะดวกทางการศึกษาขึ้นอยู่กับความต้องการของเด็ก และสัปดาห์การสอนของครูแต่ละคน 2. การฝึกครอบครัว (parent training) เริ่มจากการให้คำแนะนำคร่าวๆเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และการเรียนรู้ทางสังคม แล้วตามด้วย A set of strategies for managing ADHD-I and social impairments ที่ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ เช่น 1) use of attending, rewards, and other positive consequences		- ด้าน Organizational skills วัดโดยChildren's Organizational Scale - ด้าน Life Skill Knowledge Test of Life Skill Knowledge

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		2) establishing effective routines and planning act 3) giving direction and commands 4) using prudent negative con 5) changing environmental “antecedents” to promote attention and adaptive functioning ครอบครัวทั้งหมดจะ มีการสร้าง “Home Challenge” with specific target ครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับทักษะ สำหรับประเมินประสิทธิภาพที่กระทำร่วมกับครู และวิธีการที่จะพัฒนา ประเมินผล และการเพิ่มพฤติกรรมที่ดีในห้องเรียน โดย ครอบครัวจะต้องเข้าร่วมกลุ่ม อย่างน้อย 8 หรือ 10 ครั้ง		

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		3. การฝึกทักษะเด็ก (Child skills training) ที่เน้นเรื่อง ทักษะความเข้าใจส่วนตัว (งานบ้าน/ ทักษะการเขียน, ทักษะการดูแลตนเอง, การวางแผน, การบริหารจัดการเรื่องเวลา) และทักษะทางสังคม เด็กจะได้รับการสอน เช่น ขั้นตอนการจัดการกับปัญหา, การใช้สิ่งของที่เหลืออยู่ของกิจกรรมเพื่อสร้างความสำเร็จ มีการใช้ ความมั่นใจในการจัดการตนเอง (สนับสนุนโดยกลุ่มเสริมสร้างกำลังใจ “ตรวจสอบความตั้งใจ”) เด็กจะเข้ากลุ่มในเวลาเดียวกับที่ครอบครัวเข้ากลุ่ม ในช่วง 15 นาทีก่อนจบการเข้ากลุ่ม ครอบครัวและเด็กจะมาพบกัน		

ตาราง 3.3 แสดง ข้อมูลประจำปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 1 (ต่อ)		เพื่อที่จะฝึก “ทักษะประจำสัปดาห์” และวางแผนงานบ้านประจำสัปดาห์ 4. การดูแลหลังการบำบัด (Treatment Maintenance)หลังจากได้รับการบำบัดครบครบ 12 สัปดาห์ ครอบครัวต้องกลับมาที่คลินิกเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวน โปรแกรมจนกว่าการติดตามจะครบสมบูรณ์ และครอบครัวต้องติดต่อกับครูตลอดถ้าเด็กยังเรียนหนังสืออยู่เพื่อติดตามพัฒนาการของเด็กทุกเดือน	4. ส่วนที่ 4 การติดตามระยะเวลา 8 สัปดาห์ / 2 ครั้ง	

ตาราง 3.3 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม
ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 2 Fabiano & Pelham/ 2003/ Improving the effectiveness of behavioral classroom interventions for attention - deficit/hyperactive disorder	1.รูปแบบการบำบัด คือ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ การดูแลรักษาแบบปกติ	กิจกรรมของวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวโรงเรียน : คือ Behavioral intervention โดยการปรับการบำบัดเดิม เดิมเป็น Behavioral modification program มีขั้นตอนคือ หลังจากที่ได้ให้คำปรึกษาในการปรับพฤติกรรม ได้พบกับครูทั้งสองคน (John's primary general education teacher and the special education teacher) และมีการวัด ข้อมูลพื้นฐานแล้วจะมีการปรับใน3 ส่วนที่สำคัญ คือ 1. การลด ช่วงที่จะให้รางวัลเพื่อเพิ่มความถี่ของการกระทำที่เป็นบวก เพราะคิดว่าความถี่และความสม่ำเสมอในการได้รับรางวัลจะช่วยให้ John มีการพัฒนาพฤติกรรมที่ดีขึ้น	- Disruptive behavior and on task behavior วัด โดย Behavioral Observation - The teacher's satisfaction วัด โดย A rating scale that ask about their satisfaction with the consultation, intervention and outcome of treatment	

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
---------------------------	--	-----------------	--	----------------------------------

เรื่องที่ 2 (ต่อ)

2. การตอบกลับทันที ซึ่งเดิมการตอบกลับ โดยครูจะมีขึ้น เมื่อเสร็จกิจกรรม แต่ John มักจะมีปัญหาเกิดขึ้นก่อนการตอบกลับ เสมอจึงมีการเสนอให้มีการตอบกลับทันทีเมื่อเด็กเริ่มมีพฤติกรรมที่จะไม่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้
3. พฤติกรรมเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงโดยมีการปรับในเรื่องของกฎเกณฑ์ของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของ John ไม่ให้มี การละเมิดของกฎห้องเรียน

ตาราง 3.3 แสดง ข้อมูลผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ความถี่/ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 The MTA Cooperative Group / 1999/ A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder	1.รูปแบบการบำบัดคือ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) 2.การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ คือ Medication Management, Combined treatment, Community care	กิจกรรมของวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวโรงเรียน : คือ The 3 MTA-delivered treatment strategies และ treatment ต่างๆประกอบด้วย 1. Behavioral treatment ได้แก่ 1.1 The parent training จะทำในทุกสัปดาห์ซึ่งผู้บำบัดคนเดิมจะเป็นคนทำกลุ่ม พี่กสอนครอบครัวและให้คำปรึกษาครู 1.2 The child-focused treatment ที่นำมาใช้คือ a summer treatment program (STP) โดยการทำ 5 วันๆ ละ 9 ชั่วโมง 2 สถานการณ์ ทำกลุ่มโดยผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้ช่วยภายใต้การดูแล ของ ผู้บำบัดคนเดิมจะเป็นคนทำกลุ่ม คือ 1) กิจกรรมสันติภาพ	- ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 14 เดือน รวม 14 ครั้ง 1. ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	- ADHD symptoms วัด โดย Inattention and Hyperactivity Impulsivity subscales of parent-and teacher-completed SNAP ratings. - aggression-ODD วัด โดย A parent and teacher SNAP oppositional defiant disorder subscale.

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ความถี่/ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		ที่เกี่ยวข้องกับ, เวลาออก, แรงสนับสนุนทางสังคม, แบบอย่าง, กลุ่มช่วยเหลือแก้ปัญหา, ทักษะทางกีฬาและการฝึกทักษะทางสังคม 2) สถานการณ์ในห้องเรียน ที่ประกอบด้วยการทำแบบฝึกหัด ฝึกทักษะทางการศึกษาด้วยตัวเอง และการส่งเสริมสนับสนุนการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในห้องเรียน 1.3 A school-based intervention ประกอบด้วย 2 ส่วนประกอบคือ การให้คำปรึกษาครูที่เน้นเรื่อง การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในห้องเรียน ที่ประกอบด้วย 10-16 sessions ทำสัปดาห์ละสองครั้ง และ a part-time, behaviorally trained, paraprofessional a working directly with the child	- internalizing symptoms วัด โดย Internalizing subscales from parent-and teacher-completed (SSRS) และ Childrens' self-ratings on the Multidimensional Anxiety Scale for children	

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		มีการใช้ การรายงานประจำวัน (เชื่อมโยงระหว่างที่บ้านและที่โรงเรียน) ซึ่งเป็นแบบประเมินด้วยการตรวจสอบ ประมาณ 1 หน้ากระดาษในเรื่องความสำคัญของพฤติกรรมเฉพาะที่ต้องการศึกษาโดยครูเป็นผู้ประเมิน และให้เด็กนำกลับบ้านทุกวันเพื่อให้เด็กกรอกคะแนน โดยครอบครัวด้วยการให้รางวัล (เช่น ให้เวลาในการดูทีวี, ของขบเคี้ยว)		- social skills วัด โดย Parents and teachers completed corresponding versions of the Social Skills Rating System - parent-child relations วัด โดย A parent-child relationship questionnaire และ
		2. Medication Management จะเริ่มต้นด้วยระยะเวลา 28 วัน ด้วยวิธี double blind,daily-switch titration of methylphenidate hydrochloride โดยมีลำดับการให้ที่ซ้ำกันและ		

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		ในรูปแบบการให้ และจะมีผู้รับผิดชอบที่เชี่ยวชาญเป็นคนเลือกขนาดยาที่เหมาะสม สำหรับเด็กแต่ละคน โดยพิจารณาจากอัตราการตอบสนองของครอบครัว และครู ในการใช้ยา ขนาดต่างๆ โดย ทุกเดือนจะมี ตรวจเยี่ยมการใช้ยา โดย ผู้เชี่ยวชาญการรักษาด้วยยาจะให้การสนับสนุนให้กำลังใจ และให้คำแนะนำในด้าน การปฏิบัติตลอดระยะเวลา ช่วงแรก ของ การศึกษาหลังจากนั้นเมื่อพิจารณาข้อมูลจาก ครอบครัวและครูแล้ว ผู้เชี่ยวชาญการรักษาด้วยยา จะทำการปรับยา ที่นอกเหนือจากที่กำหนด และสามารถทำได้โดยผู้เชี่ยวชาญ		และ Individual Achievement - academic achievement วัด โดย The Wechsler Individual Achievement Test

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		3. Combined treatment : จะรวมทั้ง การ รักษาด้วยยาและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นใน รูปแบบดังนี้ - เริ่มต้นด้วย titration ตามมาด้วย monthly medication maintenance, parent group and individual sessions, teacher consultation, STP และ the classroom aide - ในกลุ่มนี้จะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง ครูที่ปรึกษาและ เกสเซอร์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาเป็นแนวทางใน การตัดสินใจทั้งหมด ทั้งนี้คือคำแนะนำที่จัดทำขึ้นจะถูกนำมา มาใช้ในกรณีที่ต้องมีการปรับดำเนินการให้ การรักษาร่วมกับการบำบัด		

ตาราง 3.3 แสดง ชื่อผู้แต่ง ปี ชื่อเรื่อง รูปแบบการบำบัด/ การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ กิจกรรมการบำบัด จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ และผลลัพธ์/เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัวและโรงเรียน (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบการบำบัด/การบำบัดที่ใช้เปรียบเทียบ	กิจกรรมการบำบัด	จำนวนครั้งและระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม/ ความถี่/ ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง	ผลลัพธ์/ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน
เรื่องที่ 3 (ต่อ)		4. Community care กลุ่มนี้จะไม่มีการให้ treatment ทั้งในรูปแบบ medication management และ behavioral treatment โดย - เด็กจะได้รับ การประเมินในช่วงเริ่มต้นของการศึกษาควบคู่ไปกับ a list of community mental health resources ในแต่ละครั้งจะมีการบันทึกเกี่ยวกับ treatments ที่ได้รับจาก community providers		

ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้มีการใช้เครื่องมือในการประเมินที่เหมือน หรือแตกต่างกัน ดังนี้

1. ผลลัพธ์ในด้านอาการสมาธิสั้น จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัด แล้วผลลัพธ์ที่ได้คือ

1.1 ด้านพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Disruptive behavior) พบว่าลดลง และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมาย (on-task behavior) เพิ่มขึ้น และอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมที่เป็นเด็กปกติ หลังจากได้การบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรม การจากการประเมินด้วย Behavioral Observation จำนวน 1 เรื่อง (Fabiano & Pelham, 2003)

1.2 ด้านอาการสมาธิสั้น (Inattention) พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกความใส่ใจ และทักษะชีวิต (Child Life and Attention Skills Program) มีอาการลดลงมากกว่า 50% ส่วนกลุ่มควบคุมลดลง 16% เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังได้รับการบำบัด และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองมีอาการและระดับความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) และ ($p = 0.001$) ตามลำดับ จากการประเมินด้วย Inattention items จาก Child Symptom Inventory ที่ประเมินโดยครอบครัว และครู และจากการประเมินด้วย Symptoms of Sluggish Cognitive Tempo (SCT) พบว่ามีความแตกต่างของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ซึ่งเป็นการประเมินโดยครอบครัวและครู จำนวน 1 เรื่อง (Piffner et al, 2007)

2. ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (functional impairment) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัด แล้วผลลัพธ์ที่ได้คือ

2.1 ด้านทักษะทางสังคม (Social impairment) พบว่าหลังได้รับการบำบัด กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกความใส่ใจ และทักษะชีวิต มีค่าคะแนนของทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) จากการประเมินด้วย Parent and teacher ratings of social functioning on the Social Skills Rating System ที่ประเมินโดยครอบครัวและครู จำนวน 1 เรื่อง (Piffner et al, 2007)

2.2 ทักษะในการประสานงาน (Organizational skills) พบว่าทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกความใส่ใจ และทักษะชีวิต และกลุ่มควบคุม มีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0034$) และ ($p = 0.0002$) ตามลำดับ แต่จากการประเมินในช่วงหลังได้รับการบำบัด ถึงช่วงการติดตาม และพบว่าหลังได้รับการบำบัดกลุ่มทดลอง

มีค่า COSS ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0093$) ซึ่งบ่งชี้ว่ามี Organizational skills ที่ดีขึ้น จากการประเมินด้วย Children's Organizational Scale ที่ประเมินโดยครอบครัวและครู จำนวน 1 เรื่อง (Pffinner et al, 2007)

2.3 ความรู้ ทักษะชีวิต (Life Skill Knowledge) พบว่าหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกความใส่ใจ และทักษะชีวิต กลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) จากการประเมินด้วย Test of Life Skill Knowledge ที่ประเมินโดยครอบครัวและครู จำนวน 1 เรื่อง (Pffinner et al, 2007)

3. ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับด้านอื่นๆ จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัด แล้วผลลัพธ์ที่ได้คือ

3.1 ระดับความพึงพอใจ (Consumer satisfaction) พบว่าครูมีความพึงพอใจในระดับสูง กับ การให้คำปรึกษา วิธีการบำบัด และผลลัพธ์ของการบำบัด จากการประเมินด้วย A rating scale that ask about their satisfaction with the consultation, intervention and outcome of treatment จากการประเมินโดยครู จำนวน 1 เรื่อง (Fabiano & Pelham, 2003)

3.2 พัฒนาการของอาการ (Clinical Global Improvement) พบว่าทั้งครอบครัวและครูประเมินว่ามี พัฒนาการที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (parents: $p < 0.0001$; teachers: $p = 0.0012$) โดยการวัดเปรียบเทียบกับข้อมูลในช่วง ก่อนการบำบัดกับหลังได้รับการบำบัดแล้ว

สำหรับอีก 1 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของวิธีการบำบัด 4 วิธี (การรักษาด้วยยา (medication treatment), พฤติกรรมบำบัด (behavioral treatment), การบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด (combined treatment), การดูแลในชุมชน (community care) ดังนี้

1. การเปรียบเทียบระหว่างผลการรักษาด้วยยา (medication treatment) กับ การบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด (behavioral treatment) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า การรักษาด้วยยามีประสิทธิภาพในการลด Inattention ดีกว่าการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) จากการประเมินด้วย Parents and teachers rating of inattention ที่ประเมินโดยครอบครัว และครู และการรักษาด้วยยายังมีประสิทธิภาพในการลด hyperactivity-impulsivity ดีกว่าการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) จากการประเมินด้วย teachers' rating of hyperactivity-impulsivity ที่ประเมินโดยครู

2. การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้การบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด (combined treatment) กับการรักษาด้วยยา

(medication treatment) หรือ การบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด (behavioral treatment) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าผลการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่าง combined treatment กับ medication treatment แต่ combined treatment มีประสิทธิภาพในการลด Inattention ดีกว่าการให้ behavioral treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) จากการประเมินโดยครู และ ($p = 0.001$) จากการประเมินโดยครอบครัว ด้วยแบบประเมิน Parents and teachers rating of inattention และ combined treatment ยังลด hyperactivity-impulsivity ดีกว่า behavioral treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) จากการประเมินด้วย Parents rating of hyperactivity-impulsivity ที่ประเมินโดยครอบครัว นอกจากนี้ combined treatment จะมีประโยชน์มากกว่าการให้ behavioral treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ในการลดพฤติกรรม เกเร ก้าวร้าว ด้วยแบบประเมิน parents' SNAP oppositional/aggression behaviors ที่ประเมินโดยครอบครัว และลดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ด้วยแบบประเมิน internalizing subscales from parent ที่ประเมินโดยครอบครัว

3. การเปรียบเทียบระหว่างผลการให้ combined treatment, medication treatment หรือ behavioral treatment กับ community care เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าเมื่อพิจารณาใน 6 outcome domains (ADHD symptoms, aggression-ODD, internalizing symptoms, social skills, parent-child relations, และ academic achievement) นั้น กลุ่ม combined treatment และ medication treatment มีผลที่ดีกว่ากลุ่ม community care ในส่วนของ parent- and teacher-reported ADHD symptoms อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ในส่วน teacher-reported oppositional/aggressive behaviors อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) แต่ถ้าเปรียบเทียบกับกลุ่ม behavioral treatment นั้นไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติกับกลุ่ม community care เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง combined treatment มีผลที่ดีกว่ากลุ่ม community care ในส่วนของ parent-reported oppositional/aggressive behaviors อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$), parent internalizing symptoms อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$), teacher-reported social skills อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$), parent-child relations อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งในการอภิปรายผลการศึกษาผู้ศึกษาได้อภิปรายในประเด็นต่อไปนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย
2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย

สำหรับการศึกษานี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน 12 เรื่อง จากทั้งหมด 66 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาต่างประเทศ 8 เรื่อง และศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่อง เมื่อนำผลงานวิจัยที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental study) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และกรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งมีความเพียงพอในการนำมาศึกษาและเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์จากผลงานวิจัยที่มีกระบวนการศึกษาที่น่าเชื่อถือ ตั้งแต่มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อสุ่มเข้ากลุ่ม มีการเตรียมความสามารถในเชิงบำบัดของผู้ที่ให้การบำบัด มีการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงภายในของเครื่องมือซึ่งมีระดับความเชื่อถือเพียงพอ ดังนั้นผลที่ได้จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ อันจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคม

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับ การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบปกติอยู่หลากหลายวิธี ซึ่งสามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลการบำบัดได้ 3 กลุ่มคือ 1) ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง 2) ประสิทธิภาพของการ

บำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ3) ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และ โรงเรียน สามารถสรุปผลลัพธ์ได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง มีจำนวน 6 เรื่อง (พีรวีส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548; ประภาวดี สุมาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) ซึ่งแบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)

1.1 เมื่อพิจารณาด้านอาการของโรคสมาธิสั้น พบว่าหลังจากได้รับ การบำบัดแล้วผลลัพธ์ที่ได้คือ

1.1.1 Attention พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัด ด้วยกิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนมีพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการเรียนปกติ (พีรวีส นาคประสงค์, 2548) และจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพก็พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดมีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับการเรียนปกติ (รดาธร นิลละออ, 2548)

จากการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กโดยใช้กิจกรรมศิลปะช่วยในการพัฒนาสมาธิของเด็กให้ยาวนานขึ้น เพราะเด็กจะรู้สึกสนุกสนานกับงานศิลปะซึ่งเป็นงานที่ทำให้เด็กมีจินตนาการต่างๆ ที่พวกเขาสามารถนึกคิดเองได้ นอกจากนี้งานศิลปะยังช่วยพัฒนาจิตใจ ให้เด็กมีความละเอียดอ่อนในการรับรู้ ตลอดจนยังเป็นการช่วยสร้างสัมพันธภาพให้กับเพื่อนๆ ที่อาจจะเข้ามาร่วมในงานศิลปะด้วยกัน ดังนั้นการนำกิจกรรมศิลปะประกอบการเรียนการสอนนั้นนับได้ว่าเป็นสิ่งที่ดี กระตุ้นการเรียนรู้ของเด็ก และส่งผลให้เด็กมีสมาธิในการเรียนเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงมีผลต่อพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนของเด็กสมาธิสั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเวิร์คแมน (Workman, 2002) ได้ทำการศึกษาเรื่องศิลปะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นพบว่าสามารถลดอาการหุนหันพลันแล่น มีความสนใจที่ยาวนานขึ้นและสามารถพัฒนาตนเองให้ไปสู่จุดมุ่งหมายทางการเรียนได้ดีขึ้น และการศึกษาของพลาเจนส์ (Plagens, 2004) พบว่าหลังจากการใช้ศิลปะบำบัด เด็กสมาธิมากขึ้นให้ความสนใจในกิจกรรมเพิ่มขึ้น ส่วนการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพและเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถ เป็นวิธีการเตือนด้วยภาพที่สื่อให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เด็กควรทำ ซึ่งเป็นการเตือนให้เด็กพยายามพัฒนาตนเองให้มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ลดลง และกลับมาสนใจในกิจกรรมการเรียนมากขึ้น และให้รางวัลจากการมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้วย โดยการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถที่

เด็กต้องการ สามารถลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้นได้ แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนของเด็กสมาธิสั้น โดยเพิ่มความเข้มข้นของสี รูปแบบตัวอักษร ภาพประกอบของสื่ออุปกรณ์การสอน จะทำให้เด็กสนใจมากขึ้น สามารถส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ดีขึ้น และสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงใช้ในการเรียนการสอนในวิชาอื่นๆ สำหรับเด็กสมาธิสั้นได้ จะเห็นได้ว่าการดูแลเด็กสมาธิสั้น ไม่ได้มีเพียงแต่การใช้ยาเพียงอย่างเดียว แต่การปรับพฤติกรรมโดยดึงการใช้ศิลปะที่เด็กชอบมาเป็นสื่อในการเรียนรู้ และการวางเงื่อนไขข้อตกลง เช่น การให้รางวัลเมื่อเด็กทำความดี เป็นการช่วยสนับสนุนให้เด็กสมาธิสั้นมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2545; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

2.1 เมื่อพิจารณาด้านอาการสมาธิสั้นจากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่าหลังจากได้รับการบำบัดแล้วผลลัพธ์ที่ได้คือ

2.1.1 Attention พบว่าเด็กสมาธิสั้น ที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วย โปรแกรมการฝึกสมาธิ (Attention-training program) มีคะแนนในเรื่องของสมาธิในการมอง และการฟัง (Visual attention และ Auditory attention) ต่ำกว่าเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการบำบัดและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นเด็กปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Semrud-Clikeman et al, 1999) ส่วนอีก 1 เรื่อง พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ดีขึ้นในด้านการมีสมาธิในการฟังในวิชาคณิตศาสตร์ ด้านการตอบคำถามในวิชาคณิตศาสตร์ และภาษาไทย ด้านความรับผิดชอบในการส่งงานในวิชาภาษาไทย และภาษาอังกฤษ และการทำงานกลุ่มในวิชาภาษาไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประภาวดี สุมาลย์, 2549)

จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในเด็กโดยใช้โปรแกรมการฝึกสมาธิ มีผลในการเพิ่มสมาธิให้กับเด็กมากขึ้น โดยโปรแกรมการฝึกสมาธิเป็นการส่งเสริมให้มีสมาธิทั้งด้านการมองและการฟังที่ดีขึ้น สามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้มากขึ้น เนื่องจากเด็กมีการตั้งเป้าหมาย และความจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำมากขึ้น ทำให้มีการรับรู้และตอบสนองกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร หัสศิริและคณะ (2550) ที่มีการฝึกสมาธิและจินตนาการในเด็กสมาธิสั้น พบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น และจากกรณีศึกษาของ วันวิสาข์ กาญจนเสรีกุล (2547) ที่มีการฝึกใช้สมาธิ ตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสกับเด็กสมาธิสั้น พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม เด็กมีพัฒนาการด้านสมาธิและจินตนาการดีขึ้น ส่วนโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีเนื้อหาของโปรแกรมที่ทำให้นักเรียนรับรู้ และสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองได้ เห็นความสำคัญของการพูดเชิงบวก การตั้งเป้าหมาย และรู้จักการใช้จินตนาการเพื่อการผ่อนคลาย

ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความมั่นใจ และตั้งใจในการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของตนเอง เป็นผลทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น มีความสุขในการเรียนมากยิ่งขึ้นและสามารถอยู่ในสังคมโรงเรียนได้อย่างมีความสุข ซึ่งการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (ศิริพร สุวรรณทศ, 2544) และควรมีการผสมผสานการบำบัดรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรม โดยมีการใช้อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนานพอสมควร เพื่อให้ นักเรียนสมาธิสั้นมีการพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่คงทนถาวรมากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) มี 2 เรื่อง แต่ละเรื่องมีผลลัพธ์จากการบำบัด คือ

3.1. การใช้ดนตรีบำบัด (musical therapy) จำนวน 1 เรื่อง (Rickson, 2007) ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม (กลุ่ม A) กลุ่มทดลอง (กลุ่ม B) (ซึ่งจะได้รับ 8 sessions ของ improvisational music therapy ก่อนในช่วงแรก (phase 1) และตามด้วย instructional music therapy ใน 8 sessions ถัดมา (phase 2) และ กลุ่มทดลอง (กลุ่ม C) (ซึ่งจะได้รับ treatment สลับกับกลุ่ม B) ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินผลลัพธ์ในแง่ของ อาการหุนหันพลันแล่น หรือ การขาดความสามารถในการควบคุม ตนเองได้ (Impulsivity) ในส่วนของ (Synchronized Tapping Task, STT Data) ซึ่งเป็นการฝึกการเคาะให้จังหวะ ในขณะที่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก และจากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมของคอนเนอร์ (Conners' Rating Scales) ได้ผลดังนี้

1) จากการประเมินด้วยการวัดความสามารถการเคาะจังหวะในขณะที่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (STT Data) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง Phase I และ Phase 2 ในกลุ่มควบคุม (A) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะเพิ่มขึ้น ส่วนในกลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วง baseline และ phase 2 พบว่ากลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาผลของการบำบัดในรูปแบบ Instructional approach และ Improvisational approach ไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะ แต่อย่างไรก็ตามในช่วงที่เด็กได้รับการบำบัดแบบ Instructional approach ทั้งในกลุ่ม B และกลุ่ม C พบว่ามีพัฒนาการที่ดีขึ้นเล็กน้อย ขณะที่เด็กอยู่ในชั้นเรียน

2) จากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมของคอนเนอร์ (Conners' Rating Scales) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (B และ C) พบว่า มีความแตกต่างกันในเรื่องของการลดอาการของโรคสมาธิสั้นและกระบวนการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการบำบัดทางเลือกในเด็กโดยใช้ดนตรีบำบัด มีผลทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเอง เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าดนตรีบำบัด ยังลดอาการของโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้เนื่องจาก ดนตรีทำให้ผ่อนคลาย เพลิดเพลิน มีความสุข หากเล่นดนตรีก็ยิ่งเป็นการปลดปล่อยความเครียดที่ฝังอยู่ตามกล้ามเนื้อและเซลล์ประสาทให้ออกมากับการเล่นดนตรี ทำให้อารมณ์ดีขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น เมื่อเด็กจดจ่ออยู่กับเสียงดนตรีที่ตนเองสร้างขึ้น ช่วงความสนใจของเด็กก็จะเพิ่มมากขึ้นทีละนิด ซึ่งจะส่งผลไปสู่การเรียนรู้ในห้องเรียน และพัฒนาการด้านอื่น (นภัทร พุกกะณะสุต, 2550)

3.2. การใช้กิจกรรมโยคะบำบัด (Yoga therapy) จำนวน 1 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับ Intervention แล้วผลลัพธ์ที่ได้จากแบบประเมินที่ใช้ คือ

3.2.1 จากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมของคอนเนอร์ (Conners' Parent and Teacher Rating Scales) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโยคะมีพัฒนาการด้านสมาธิที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเด็กที่มีการฝึกทำกิจกรรมโยคะบำบัดบ่อยๆจะมีพัฒนาการของโรคสมาธิสั้นที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกทักษะด้วยการออกกำลังกายและการใช้เกม พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังการฝึกทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของ Hyperactivity subscale, Anxious/shy subscale, Social problem subscale, CPRS Perfectionism subscale, DSM-IV Hyperactive/Impulsive subscale และ DSM-IV Total subscale subscales จากการประเมินโดยครอบครัว แต่ไม่พบความแตกต่างกันจากการประเมินโดยครูในกลุ่มควบคุม

3.2.2 ในด้านความสัมพันธ์ของเวลา หรือจำนวนครั้งที่ฝึกกิจกรรมที่บ้าน พบว่าเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นกับระยะที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีคะแนนของอาการสมาธิสั้นที่ดีขึ้น และมีพัฒนาการการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการบำบัดทางเลือกในเด็กโดยใช้กิจกรรมโยคะ มีส่วนช่วยในเรื่องความคงที่ของอารมณ์ และลดพฤติกรรมเกรี้ยว ทำให้เด็กมีสมาธิ และมีอาการของโรคที่ตามมาขึ้น โดยจะเป็นประโยชน์ มากขึ้นถ้ามีการฝึกทำบ่อยๆเป็นประจำในช่วงเย็นที่ไม่มีผลจากยาที่ได้รับเป็นประจำ เสมือนเป็นการบำบัดทางเลือกที่นำมาใช้บำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อส่งเสริมความคงทนของอาการที่ดีขึ้นเมื่อหมดฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา สอดคล้อง กับการศึกษาของ เพค และคณะ (Peck et al, 2005) ที่มีใช้วิธีการฝึกโยคะในเด็กสมาธิสั้น พบว่าเด็กมีความใส่ใจการทำงานที่ได้รับมอบหมายในห้องเรียนเพิ่มขึ้น และผลกระทบจากอาการน้อยลง

2. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีจำนวน 3 เรื่อง (พริทพิย์ วชิรดิกล และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker et al, 2007) ซึ่งแบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) มี 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับ Intervention แล้วผลลัพธ์ที่ได้ คือ

1.1 เมื่อพิจารณาด้านอาการสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดร่วมกับการดูแลปกติ (Behavioral Parent Training [BPT] + Routine Clinical Care [RCC]) และการดูแลแบบปกติทางคลินิกเพียงอย่างเดียว (RCC) หลังการบำบัดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนของอาการสมาธิสั้น (ADHD symptom) และคะแนนของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (behavioral problems) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามกลุ่มแต่กลุ่ม BPT ร่วมกับ RCC มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาเรื่อง behavioral problems มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ RCC อย่างเดียว แต่ไม่ได้มีประสิทธิภาพในการลดลงของอาการสมาธิสั้นดีกว่า กลุ่ม RCC (Hoofdakker et al, 2007)

1.2 ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับด้านอื่นๆ

1.2.1 ปัญหาจากปฏิกิริยาภายใน (Internalizing problems) พบว่าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาเรื่อง Internalizing problems มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทางคลินิก (RCC) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hoofdakker et al, 2007)

1.2.2 ระดับความเครียดของครอบครัว (Parenting stress) พบว่าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC มีความแตกต่างกันของระดับความเครียดของบิดามารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทางคลินิก (RCC) เพียงอย่างเดียว (Hoofdakker et al, 2007)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยการใช้ การบำบัดทั้งกลุ่ม BPT ร่วมกับ RCC และกลุ่ม RCC อย่างเดียว ช่วยให้อาการสมาธิสั้นและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง แม้ว่าจะลดลงไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการใช้ยาที่มีผลโดยตรงในการลดอาการสมาธิสั้นอยู่แล้ว จากการศึกษาเป็นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กซึ่งครอบครัวจะต้องฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่มีอยู่ในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้น สร้างบรรยากาศ และสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพสิรินทร์

มากบุญศรี (2550)) ที่มีการใช้โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นพบว่า กลุ่มผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียดลดลง นอกจากนี้การเพิ่มทักษะพฤติกรรมบำบัดของบุคคลในครอบครัวเพื่อควบคุมอารมณ์ ไม่โกรธ หรือลงโทษเด็กด้วยความรุนแรง โดยบุคคลในครอบครัวควรเข้าใจว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้น คือการฝึกให้เด็กรู้จักกรอบเวลา ความรับผิดชอบในกิจวัตรประจำวันและการเรียน รู้จักการรอคอย มีระเบียบวินัย สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ มีทักษะทางสังคมและความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (นภัทร พุกกะณะสุต, 2550; วิลรัตน์ วันเพ็ญ, 2546)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัดแล้วผลลัพธ์ที่ได้ คือ

- เมื่อพิจารณาด้านอาการสมาธิสั้น จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของโรคสมาธิสั้นน้อยกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติจำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

- เมื่อพิจารณาด้านการทำหน้าที่ (Functional impairment) จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตด้วยแบบประเมินทักษะความสามารถของการเคลื่อนไหว และกระบวนการคิด (Assessment of Motor and Process Skills, AMPS) พบว่า กลุ่มเด็กปกติมีคะแนนสูงกว่า กลุ่มเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของ Process ability แต่ไม่มีความแตกต่างกันของ Motor scale ยกเว้นในส่วนของการ coordination ที่พบว่า กลุ่มเด็กสมาธิสั้น มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มเด็กปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gol & Jarus, 2005)

สำหรับกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กสมาธิสั้น หลังจากได้รับการบำบัด ด้วยการฝึกทักษะทางสังคมโดยใช้กิจกรรมบำบัด พบว่า มีค่าคะแนนที่สูงขึ้น ทั้งในส่วนของการ Process และ Motor scale ระหว่างการประเมินทั้ง 3 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แต่ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 (Gol & Jarus, 2005)

- เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เช่นกัน และยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือนมีค่ามากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

- เมื่อพิจารณาด้านทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบการบำบัดและระยะเวลามีผลต่อทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือนมีค่ามากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

- เมื่อพิจารณาด้านทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง รูปแบบการบำบัดและระยะเวลามีผลต่อทักษะในการดูแลเด็กสมาธิ สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในระยะหลังทดลองมีค่ามากกว่า ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะติดตาม 3 เดือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่า หลังทดลอง และก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552)

จากการศึกษาทั้ง 2 เรื่องเห็นได้ว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในเด็กโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นทำให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองในการกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น จากการฝึกทักษะทางสังคมด้วยกิจกรรมบำบัด และรูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีผลทำให้ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สูงกว่ารูปแบบการบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ มีการเรียงลำดับขั้นตอนตามแนวทางการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เป็นการปรับความคิด ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยให้ผู้ปกครองตระหนักถึงผลกระทบที่รุนแรงจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และประโยชน์ หรืออนาคตที่ดีจากการที่เด็ก ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การปรับพฤติกรรม ด้วยการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลเด็ก ทั้งด้านเทคนิคการควบคุมตนเอง การสื่อสาร การเพิ่มสมาธิ การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีแนวทางจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กได้เหมาะสม ร่วมกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกกลุ่ม จึงส่งผลให้อาการของโรคในเด็กลดลง การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของ family center intervention (พนม เกตุมาน, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาศมณี วีระณรงค์ (2546) ที่พบว่า

การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เด็กโรคสมาธิสั้นมากขึ้น และการศึกษาของ ศิริพร สุวรรณทศ และ จันทร์ชนก โยธินชัชวาล (2547) ที่มีการใช้วิธีการเรียนรู้แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าหลังเข้ากลุ่มบิดามารดา มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นและการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงการนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ในการปรับพฤติกรรม เด็กสมาธิสั้น และทัศนคติที่ดีของบิดามารดาต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นด้วย

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดโดยการผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007) พบว่ามีการประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดด้านต่างๆ ดังนี้

- เมื่อพิจารณาด้านอาการสมาธิสั้น จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัดแล้ว พบว่าหลังจากที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการบำบัดด้วยวิธีการใช้พฤติกรรมบำบัด เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Disruptive behavior) ลดลง และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมาย (On-task behavior) เพิ่มขึ้น และอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมที่เป็นเด็กปกติ (Fabiano & Pelham, 2003) ส่วนอาการสมาธิสั้น (Inattention) จากการเปรียบเทียบกับ ก่อนและหลังได้รับการบำบัด พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วย Child Life and Attention Skills Program มีอาการสมาธิสั้นลดลงมากกว่า 50% ส่วนกลุ่มควบคุมลดลง 16% และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองมีอาการสมาธิสั้นและระดับความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pfiffner et al, 2007)

- เมื่อพิจารณาด้านการทำหน้าที่ (Functional impairment) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังจากได้รับการบำบัด แล้วผลลัพธ์ที่ได้ในด้านทักษะทางสังคม (Social impairment) หลังการบำบัด กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกความใส่ใจ และทักษะชีวิต (Child Life and Attention Skills Program) มีค่าคะแนนของทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในด้านทักษะในการประสานงาน (Organizational skills) ทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วย CLAS และกลุ่มควบคุม มีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการประเมินในช่วงหลังได้รับการบำบัด ถึงช่วงการติดตามกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนในด้าน ความรู้และทักษะชีวิต (Life Skill Knowledge) หลังได้รับการบำบัดด้วย CLAS กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนของ Life Skill Knowledge สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pfiffner et al, 2007)

- เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับ 1) ด้านความพึงพอใจ (Consumer satisfaction) พบว่าหลังได้รับการบำบัดด้วยวิธีการใช้พฤติกรรมบำบัดแล้ว ครูมีความพึงพอใจในระดับสูง กับ การให้คำปรึกษา วิธีการบำบัด และผลลัพธ์ของการบำบัด (Fabiano & Pelham, 2003) 2) ด้านพัฒนาการของอาการหลัก (Clinical Global Improvement) พบว่าหลังได้รับการบำบัดด้วย CLAS กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีขึ้น สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง (Piffner et al, 2007)

จากการศึกษาทั้ง 2 เรื่อง จะเห็นได้ว่า การใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กโดยใช้โปรแกรมการฝึกความใส่ใจ และทักษะชีวิต ที่นำมาใช้ในกลุ่ม เด็กสมาธิสั้น โดยความร่วมมือระหว่าง ครอบครัว ครู และเด็ก มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการลดอาการแสดงของโรค และความบกพร่องที่พบในเด็กสมาธิสั้น และการบำบัดนี้อาจจะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการช่วยลดหรือหยุดการใช้ยาในการรักษาในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นได้ เพราะเกิดการบำบัดอย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียน เนื่องจากความร่วมมือระหว่าง ครอบครัว ครู และเด็ก ทำให้เด็กได้รับความรัก และความเข้าใจ รวมถึงการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมในห้องเรียน ซึ่งเป็นการแก้ไขปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับเด็กโดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับกฎระเบียบของโรงเรียนมากขึ้น ครูก็มีความพึงพอใจมากขึ้นทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการนำมาใช้ในการศึกษาโดยทั่วไปได้ แต่เนื่องจากชั้นเรียนต่างๆ จะมีความหลากหลายในเรื่องของโครงสร้าง กิจกรรม และความอดทนของครูต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ด้านอาการต่างๆ จึงควรที่จะอยู่บนพื้นฐานของกฎระเบียบของห้องเรียนแต่ละห้องด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัดดา ปิยะศิลป์ (2547) ที่มีการศึกษาความรู้ของครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พบว่าการให้ความรู้ความเข้าใจกับครูถึงอาการหรือปัญหาของเด็กสมาธิสั้น จะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเด็กได้อย่างเหมาะสม ซึ่งครูควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และมีส่วนร่วมในการปรับการเรียนการสอน และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการพัฒนาการเรียนรู้นี้ให้กับเด็ก และมีการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับโรงเรียนในการที่จะให้ความช่วยเหลือเด็กอย่างต่อเนื่องและเป็นแนวทางเดียวกัน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; นภัทร พุกกะณะสุต, 2550; พรชัย ภาพันธ์, 2549; ศิริพร สุวรรณทศ, 2544;)

สำหรับการศึกษาอีก 1 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของวิธีการบำบัด 4 วิธี คือ 1) การรักษาด้วยยา (medication treatment) 2) พฤติกรรมบำบัด (behavioral treatment) 3) การบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม (combined treatment) 4) การดูแลในชุมชน (community care) ดังนี้

- เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผลการรักษาด้วยยา (medication treatment) กับ การบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด (behavioral treatment) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า การรักษาด้วยยามี

ประสิทธิภาพในการลด อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง / ความหุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) ดีกว่าการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผลการให้การบำบัดแบบผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยา ร่วมกับพฤติกรรมบำบัด (combined treatment) กับการรักษาด้วยยา (medication treatment) หรือ การบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด (behavioral treatment) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของผลการบำบัดระหว่างวิธี combined treatment กับ medication treatment แต่ combined treatment มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคสมาธิสั้นดีกว่า behavioral treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ combined treatment จะมีประโยชน์ในการลด พฤติกรรม เกเร ก้าวร้าว และลดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ได้ดีกว่า behavioral treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผลการให้ combined treatment, medication treatment หรือ behavioral treatment กับ community care เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า เมื่อพิจารณาใน 6 outcome domains (ADHD symptoms, aggression-ODD, internalizing symptoms, social skills, parent-child relations, และ academic achievement) นั้น กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี combined treatment และ medication treatment สามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้น และพฤติกรรม เกเร ก้าวร้าวได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี community care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย behavioral treatment กับกลุ่ม community care พบว่าผลการบำบัดไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี combined treatment มีผลในการลดความวิตกกังวลของครอบครัว และเพิ่มความสามารถเกี่ยวกับทักษะทางสังคมได้ดีกว่ากลุ่ม community care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรักษาแบบผสมผสานด้วยพฤติกรรมบำบัด ร่วมกับการรักษาด้วยยา จะมีประสิทธิภาพในการลด พฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ความวิตกกังวล เพิ่มทักษะทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและบุคคลในครอบครัว ที่ดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และยังพบว่ามีการใช้ขนาดของยาที่น้อยกว่าด้วย เนื่องจากการรักษาแบบผสมผสานจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง ครูที่ปรึกษาและ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องยา อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการปรับการรักษา จึงเห็นได้ว่าการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการรักษาด้วยยา มีส่วนช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นได้เป็นอย่างมาก (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2546; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546)

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมทั้ง 3 วิธี พบว่ามีข้อดีของการบำบัดในด้านของการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และอาการของโรคสมาธิสั้น ทำให้เด็กมีผลการเรียนที่ดีขึ้น ซึ่งวิธีการที่ทำให้การบำบัดกับเด็กโดยตรงนั้นมีการประยุกต์รูปแบบ และเทคนิคต่างๆ มาช่วยในการบำบัด ทั้งรูปแบบพฤติกรรมบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมถึงการบำบัดทางเลือก ที่มีทั้งการเล่นดนตรี การใช้ฝึกโยคะ วิธีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น นั้นได้มีการเพิ่มทักษะ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นให้กับครอบครัว เป็นการสร้างความรัก และทำให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเด็กมากขึ้น เป็นการเพิ่มทักษะที่จะช่วยฝึกเด็ก และช่วยลดความเครียดของครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กกลุ่มนี้ลงได้ ส่วนวิธีการที่มีผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว โรงเรียน ก็เป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้เด็กได้รับโอกาสพัฒนาทางการศึกษา ทำให้ครูมีความเข้าใจและมีทักษะในการสอนเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลเด็กกลุ่มนี้มีใช้หน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่เป็นความร่วมมือร่วมใจของทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแล และให้โอกาสกับเด็กสมาธิสั้น

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 12 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental study) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และกรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยต่างประเทศจำนวน 8 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 4 เรื่อง ผลจากการทำการศึกษาทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญในประเด็นที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคม

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นอยู่หลากหลายวิธีซึ่งสามารถวิเคราะห์ประสิทธิผลการบำบัดได้ 3 กลุ่มคือ 1) ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง 2) ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 3) ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และ โรงเรียน สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

6.1 ประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการบำบัด

กับเด็กโดยตรง มีจำนวน 6 เรื่อง (พิริวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548; ประภาวดี สุมาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) ซึ่งแบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเมื่อพิจารณาด้านอาการของโรคสมาธิสั้นในส่วนที่เกี่ยวกับการมีสมาธิ พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนมีพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน เพิ่มขึ้น (พีรวัสนา ประสงค์, 2548) และจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพและเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร ก็พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดมีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนลดลง (รดาธร นิลละอ, 2548)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกสมาธิ มีสมาธิในการมอง และการฟัง ต่ำกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นเด็กปกติ (Semrud-Clikeman et al, 1999) ส่วนเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีพฤติกรรมการเรียนรู้ดีขึ้นในด้านการมีสมาธิในการฟังในวิชาคณิตศาสตร์ ด้านการตอบคำถามในวิชาคณิตศาสตร์ และวิชาภาษาไทย ด้านความรับผิดชอบในการส่งงานในวิชาภาษาไทย และภาษาอังกฤษ และการทำงานกลุ่มในวิชาภาษาไทย (ประภาวดี สุมาลย์, 2549)

3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) มี 2 เรื่อง คือ

3.1 การใช้ดนตรีบำบัด (Musical therapy) (Rickson, 2007) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม (กลุ่ม A) กลุ่มทดลอง (กลุ่ม B) (ซึ่งจะได้รับ 8 sessions ของ improvisational music therapy ก่อนในช่วงแรก (phase 1) และตามด้วย instructional music therapy ใน 8 sessions ถัดมา (phase 2) และ กลุ่มทดลอง (กลุ่ม C) (ซึ่งจะได้รับ treatment สลับกับกลุ่ม B) พบว่า

- เมื่อพิจารณาการขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsivity) ด้วยการวัดจากความสามารถในการเคาะให้จังหวะ ในขณะที่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกจากการประเมินด้วย Synchronized Tapping Task (STT Data) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง Phase I และ Phase 2 ในกลุ่มควบคุม (A) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะเพิ่มขึ้น ส่วนในกลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วง baseline และ phase 2 พบว่ากลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลง และเมื่อพิจารณาผลของการบำบัดในรูปแบบ Instructional approach และ Improvisational approach ไม่มีความแตกต่างกันในความผิดพลาดของการเคาะจังหวะ แต่อย่างไรก็ตามในช่วงที่เด็กได้รับการบำบัดแบบ Instructional approach ทั้งในกลุ่ม B และกลุ่ม C พบว่ามีพัฒนาการที่ดีขึ้นเล็กน้อย ขณะที่เด็กอยู่ในชั้นเรียน

- เมื่อพิจารณาจากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมของคอนเนอร์ (Conners' Rating Scales) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันของการลด impulsivity แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องของการลดอาการของโรคสมาธิสั้น และกระบวนการแก้ปัญหา นอกจากนี้ คุรรายงานการลดลง ของ ปัญหาทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive problems) ในกลุ่มทดลอง B หลังจากได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบ Improvisational approach ใน Phase I อย่างมี แต่ไม่มีความแตกต่างกันในส่วนของการลด attention behavior ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และยังพบว่าในขณะที่ให้การบำบัดแบบ instructional approach มีการเพิ่มขึ้นของ พฤติกรรมตื่นกลัว/กระตือรือร้น (anxious/shy behavior) แต่พฤติกรรมเหล่านี้ลดลงในช่วงที่ได้รับ improvisational approach

3.2 การใช้กิจกรรมโยคะบำบัด (Yoga therapy) (Jensen & Kenny, 2004) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโยคะมีพัฒนาการด้านสมาธิที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการบำบัด และเด็กที่มีการฝึกทำกิจกรรมโยคะบำบัดบ่อยๆ จะมีพัฒนาการของโรคสมาธิสั้น และพัฒนาการในการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกทักษะด้วยการออกกำลังกายและการใช้เกม พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังการฝึกทักษะ ของ Hyperactivity subscale, Anxious/shy subscale, Social problem subscale, CPRS Perfectionism subscale, DSM-IV Hyperactive/Impulsive subscale และ DSM-IV Total subscale subscales จากการประเมินโดยครอบครัว แต่ไม่พบความแตกต่างจากการประเมินโดยครูในกลุ่มควบคุม

6.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีจำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วชรดิกล และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker et al, 2007) ซึ่งแบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) (Hoofdakker et al, 2007) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังการบำบัด กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการปรับพฤติกรรมร่วมกับการดูแลปกติ (BPT+RCC) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติทางคลินิกเพียงอย่างเดียว (RCC) มีการลดลงของอาการสมาธิสั้น และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่ม BPT+RCC มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ RCC อย่างเดียว ด้านความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในตัวเด็กเอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC มีคะแนนลดลง และมีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทาง

คลินิก (RCC) เช่นเดียวกับการประเมินระดับความเครียดของครอบครัว ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC มีระดับความเครียดลดลง

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของโรคสมาธิสั้นน้อยกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฯ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ, 2552)

เมื่อพิจารณาด้านการทำหน้าที่ พบว่า หลังจากได้รับการบำบัด ด้วยการฝึกทักษะทางสังคมโดยการใช้กิจกรรมบำบัด กลุ่มทดลองที่เป็นเด็กสมาธิสั้น มีความสามารถด้านทักษะการประมวลผล และการเคลื่อนไหว เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับจากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเด็กปกติมีความสามารถในการประมวลผลมากกว่า กลุ่มเด็กสมาธิสั้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันของ ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อ หรือการเคลื่อนไหว ยกเว้นในส่วนของการประสานงานหรือการเชื่อมโยง ที่พบว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นมีน้อยกว่า กลุ่มเด็กปกติ (Gol & Jarus, 2005)

6.3 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดโดยการผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งเป็นรูปแบบ การปรับพฤติกรรม (Behavioral Therapy, BT) ทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007)

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการปรับพฤติกรรม มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง ส่วนพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมาย เพิ่มขึ้น และอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมที่เป็นเด็กปกติ นอกจากนี้พบว่า ครูมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง กับ การให้คำปรึกษา วิธีการบำบัด และผลลัพธ์ของการบำบัด หลังได้รับการบำบัดด้วยวิธีการปรับพฤติกรรม (Fabiano & Pelham, 2003) ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกความใส่ใจและทักษะชีวิต มีอาการสมาธิสั้น และระดับความรุนแรงลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม (Pfiffner et al, 2007) และมีทักษะทางสังคม ความรู้และทักษะชีวิต และพัฒนาการของอาการทางคลินิกที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน (Pfiffner et al, 2007)

6.2 ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ที่นำมาวิเคราะห์ เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ จึงไม่มีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรม ที่ใช้ในการบำบัด ทำให้ไม่สามารถทราบถึงรายละเอียดที่จะนำมาสังเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการที่ผู้บำบัดใช้ในแต่ละกิจกรรมได้

6.3 ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

จากการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ผลลัพธ์ส่วนใหญ่พบว่านอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการบำบัดเสริม (Adjunct Therapy) อย่างหนึ่งที่ช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นและผลการบำบัดอยู่คงทนกว่าการได้รับการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปใช้ในการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งอาจจะทำได้โดยการ ค้นหาและให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง และ/หรือการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การประเมินอาการและวิธีการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ปกครอง และครูที่ต้องดูแลเด็กสมาธิสั้น อันจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น ครอบครัวและครูมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการบำบัดรักษา มีทักษะในการดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา รวมถึงเป็นการ ป้องกันปัญหาแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ดีการที่จะนำผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ ก็ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละสถานบริการ โดยที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กสมาธิสั้นเหล่านี้โดยตรง ควรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ เช่น การใช้หลักพฤติกรรมบำบัด หลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือการบำบัดทางเลือก เป็นต้น สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรพัฒนาช่องทาง การประชาสัมพันธ์ หรือ การสื่อสารให้ประชาชนในชุมชน ได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นรวมถึงการ ประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครอง และครู ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ค้นหา ประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กได้เร็วขึ้น อันเป็นการสร้างเครือข่ายในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เด็กได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมก่อนที่จะมีอาการหรือมีผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น และเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นให้เกิดขึ้นในสังคม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาพบว่าการบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัดแบบหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ ที่ช่วยให้การบำบัดทางจิตสังคม สำหรับเด็กสมาธิสั้นในสังคมไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาถึงกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเล่นเกมส์ การเล่านิทาน เพื่อนำมาประกอบบทเรียน ที่ส่งผลในการเพิ่มพฤติกรรมความใส่ใจต่อกิจกรรมการเรียน และการเพิ่มสมาธิของเด็กสมาธิสั้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น รวมถึงมีการศึกษาต่อเนื่องในวิชาอื่นๆต่อไป

2.3 สำหรับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา สามารถพัฒนาพฤติกรรมเรียนของ นักเรียนสมาธิสั้นได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากนักเรียนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในกรณีที่พบว่านักเรียนบางคนยังไม่พัฒนาในเรื่องใดนั้น ควรทำการวิจัยโดยการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือนักเรียนได้ครอบคลุม

2.4 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นเด็กสมาธิสั้นเป็นจำนวนมาก แต่จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นมีค่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปเป็นแนวทางในการบำบัดดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อไป

2.5 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้การบำบัดที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละบุคคล อันจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และนำผลการศึกษามาใช้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL THERAPY FOR CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDERS

นุจริย์ ภูระย้า 4937008 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พัทรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (Nursing), สุธิดา มาสุชน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit / hyperactivity disorders หรือ ADHD) จัดว่าเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบได้บ่อยในวัยเด็ก เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่มีการแสดงออกไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ ลักษณะอาการของโรคได้แก่ อาการขาดสมาธิ (Inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการแสดงก่อนอายุ 7 ปี และอาการต้องปรากฏต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องมีความรุนแรงมากพอและกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กโดยที่เด็กไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 3 อาการ และอาการดังกล่าวสามารถพบเห็นได้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่โรงเรียน และที่บ้าน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2551; American Psychiatric Association, 1994; ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2551) ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะเริ่มเห็นปัญหาและอาการที่ผิดปกติเมื่อเริ่มเข้าโรงเรียนอนุบาล ในระหว่างอายุ 3-6 ปี (Preschool age) ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial development) ของ แอริค เอช. แอริคสัน (Erik H. Erikson) เรียกระยะนี้ว่าระยะมีความคิดริเริ่มกับความรู้สึกผิด (Initiative Versus Guilt) เด็กมีลักษณะ อยากเรียนรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว มีจุดมุ่งหมายและตัดสินใจเด็ดเดี่ยว มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นช่วงเวลาที่เด็กซุกซนมาก ชอบเล่นโลดโผน ก้าวร้าว กล้าแสดงออก จินตนาการ อารมณ์ และ

พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเร็ว การวินิจฉัยแยกโรคเด็ก ADHD ในช่วงอายุ 3-6 ปี ทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากไม่สามารถพิจารณา หรือสังเกตความผิดปกติได้ชัดเจน จนกระทั่งเด็กเข้าเรียนชั้นประถม ในช่วงอายุ 6-12 ปี (School age) ซึ่งจะเห็นอาการชัดเจนหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็ก ADHD เนื่องจากเด็กวัยนี้มีความสามารถควบคุมกิจกรรมของตนเอง มีความคิดฝืนน้อยลง มีสมาธิมากขึ้น และเรียนรู้ที่จะควบคุมตนเองให้อยู่หนึ่ง รู้จักกฎระเบียบของโรงเรียน และสังคม (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) แต่เด็ก ADHD สังเกตพบว่า เด็กมีลักษณะซน มากกว่าปกติ ขาดการยั้งคิด และอยู่กับกิจกรรมใด ๆ ไม่ได้นาน มีอารมณ์หงุดหงิด จี้โมโห และเสียสมาธิง่าย ไม่มีสมาธิในการเรียน ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติอย่างชัดเจน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) เด็ก ADHD ไม่จำเป็นต้องมีอาการทุกอย่างขึ้นอยู่กับว่าเด็กมีอาการใดที่รุนแรงและเด่นมากกว่า อาการอื่น ที่พบได้บ่อยคือ เด็กมีอาการชนิดผสม (combined type) โดยผู้ป่วยแสดงอาการทั้ง 3 อาการคือ อาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) / อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และอาการสมาธิสั้น (inattentiveness) (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545)

ปัจจุบันพบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3-5 ในเด็กวัยเรียน (American Academy of Pediatrics, 2000, อ้างใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) และจากรายงานของ การ์แลนด์ และคณะ (Garland et al., 2001) พบว่าร้อยละ 50 ของคนไข้ที่มาตรวจในหน่วยจิตเวชเด็กในประเทศเยอรมันนี้เป็นโรคสมาธิสั้น สำหรับประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 5 ในเด็กวัยเรียน (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550) และจากสถิติของผู้ใช้บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปี 2546-2548 พบจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 34.72, 35.91 และ 41.37 ตามลำดับ (คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2549) ส่วนใหญ่พบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิงโดยมีอัตราส่วนเท่ากับ 4-6 :1 (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; เบญจพร ปัญญาขย และ อลิสา วัชรสินธุ, 2541) จากสถิติหรือจากการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของเด็กที่พบว่าเป็นโรคนี้มีจำนวนมากขึ้น

โรคสมาธิสั้นเปรียบเสมือนเป็นโรคเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะมีผลกระทบไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแต่เดิมมีความเชื่อว่าอาการของโรคจะหายไปเมื่ออายุมากขึ้น แต่ในระยะหลังมีการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 80 ยังแสดงอาการ ต่อเนื่องไปถึงวัยรุ่นและในวัยผู้ใหญ่ (Barkley, 2006) นอกจากนี้ ADHD ยังมักพบ ร่วมกับโรคจิตเวชอื่นด้วยโดยเฉพาะโรคในกลุ่ม ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2545) จากการศึกษาของ อีเลีย, แอมโบซินี และเบอเรทตินี (Elia, Ambrosini & Berrettini, 2008) พบว่าผู้ป่วย ADHD มักจะมี พฤติกรรมคือ ต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder, ODD.) ร่วมด้วย 40.6%, โรคซึมเศร้า

(depression) 21.6%, โรควิตกกังวล (anxiety disorder) 15.2% และจากงานวิจัยของ พลิสกา (Pliszka, 2000) พบ ADHD ร่วมกับมีความบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning Disability, LD.) 30%, และ พฤติกรรมก้าวร้าว เกเร (Conduct Disorder, CD.) 14% และจากการศึกษาของ สุวรรณิ พุทธิศรี และ ศศิธร ยิ่งสำหรี (2546) ซึ่งศึกษาเด็กในสถานพินิจ พบว่าเด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ร่วมด้วยถึง 82% และมีปัญหาติดยาเสพติด 78% จากความผิดปกติที่พบร่วมด้วยนี้ เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การดำเนินโรคแย่ลงและยากต่อการดูแลรักษา

จะเห็นได้ว่าจากอาการของโรค และโรคทางจิตเวชอื่นที่เกิดร่วมกับ ADHD ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหารุนแรงมากขึ้น ถ้าเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลกระทบในด้านลบ ตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมที่เด็กขาดการยั้งคิด ทำให้มีการเล่นที่โหดโผนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การขาดระเบียบวินัย จึงถูกมองว่าเป็นเด็กขาดความรับผิดชอบ อาการสมาธิสั้นทำให้ผลการเรียนไม่ดี มีปัญหาด้านการเรียน ความหุนหันพลันแล่นทำให้มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ จากการศึกษาของ กวี สุวรรณกิจ และคณะ (2542) พบว่าเด็ก ADHD นั้นมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความอดกลั้นน้อย สูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งถ้าเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องจะยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะนำไปสู่การเกิดปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ มากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะเป็นคนใจร้อน มีปัญหาด้านการปรับตัวในสังคม มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เกเรก้าวร้าว อาจก่อให้เกิดการใช้สารเสพติด หรือเสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมายได้ เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จึงมีปัญหาในเรื่องของการทำงาน ขาดการจัดระบบระเบียบการทำงาน เป็นโรคซึมเศร้า ชีวิตครอบครัวแตกแยก ซึ่งจะส่งผลกระทบในด้านลบต่อการดำเนินชีวิต (อลิสตา วัชรสินธุ, 2546; Silver, 2004)

ผลกระทบที่เกิดจาก ADHD มิใช่จะเกิดเฉพาะกับตัวเด็กเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กกลุ่มนี้ด้วย เพราะต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยของเด็ก และต้องรับภาระในการดูแล รวมถึง ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กที่ฉลาดแต่มีปัญหาเรื่องการเรียน และการปรับตัวในสังคมซึ่งอาจสร้างความผิดหวัง จากการคาดหวังในตัวเด็กให้กับครอบครัว จนมีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามมา (สุวรรณิ พุทธิศรี และ คณะ, 2549) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระดับสังคมและประเทศชาติ จากอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าโรงพยาบาลขาดทุนถึง 1,040.43 บาทต่อราย (จักริน ปิงคลาชัย, 2550) และจากการศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention, 2006) พบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเป็น 2 เท่าหรือมากกว่าเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น ในส่วนของพฤติกรรมที่ผิดปกติยังสร้างความเดือดร้อนให้กับบุคคลอื่น เช่น เกิดการทำ

ร้ายร่างกายหรือกระทำรุนแรง ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาอาชญากรรมเพิ่มขึ้น มีการตั้งข้อสังเกตว่า การเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งและการก่ออาชกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การจับรถชนกันแล้วควักปืนมายิงหรือทะเลาะกันแล้วระงับอารมณ์ไม่อยู่ ร้อยละ 60% ผู้ก่อเหตุเป็นโรคสมาธิสั้น (นิชรา เรืองคารากานนท์, 2551) ซึ่งเด็กทุกคนเปรียบเสมือนทรัพยากรสำคัญของชาติ ถ้าประเทศชาติมีทรัพยากรที่ไม่มีคุณภาพก็ไม่สามารถที่จะพัฒนาประเทศให้เจริญรุ่งเรืองได้

การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นแบ่งเป็นการรักษาโดยวิธีการใช้ยาและวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา หรือ การบำบัดทางจิตสังคม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) ที่เน้นทั้ง ตัวเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งการรักษาด้วยยามักพบเป็นวิธีแรก que เลือกใช้ ยาที่นิยมใช้ในการรักษาคือ methylphenidate (Ritalin) ยาจะช่วยลดอาการที่เกิดในเด็กสมาธิสั้นให้น้อยลงแต่ผลเสียคือ อาการข้างเคียงจากยา โดยอาการที่พบมากคือ เบื่ออาหาร รongลงมา คือ ซึมและเชื่องช้า (จักริน ปิงคลาชัย, 2547) ในปัจจุบัน การบำบัดทางจิตสังคมได้รับความสนใจและนำมาใช้มากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคม ในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การปรับพฤติกรรม (Behavior Therapy) (ประภาวดี สุมาลย์, 2549) การฝึกสมาธิและจินตนาการ การฝึกโยคะ (Jensen & Kenny, 2004) การให้ความรู้กับครอบครัว และคุณครูที่ต้องดูแลเด็ก รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการรักษาทางเลือกอื่นๆ หรือการใช้วิธีการแบบผสมผสานระหว่างการบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการรักษาด้วยยาที่เรียกว่า Multiple-modality approach (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มนี้

จะเห็นได้ว่าการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ปกครอง ครู และบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีความรู้ความเข้าใจในตัวเด็กสมาธิสั้น อาการของโรค และการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องเป็นผู้ที่ให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินพฤติกรรมผิดปกติในเบื้องต้นได้ สามารถให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือคำปรึกษากับผู้ปกครองหรือครูถึงแนวทางการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กกลุ่มนี้ เช่น พฤติกรรมบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะด้านต่างๆ เป็นต้น อันจะช่วยลดพฤติกรรมหรือความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อไปในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลต่อเนื่องในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า จากการศึกษา พบว่าการบำบัดเด็กสมาธิสั้น มีหลายรูปแบบ (ประภาวดี สุมาลย์, 2549; พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ, 2552; Pfiffner, Mikami, Huang-Pollock, Easterlin, Zalecki & McBurnett, 2007; Gol & Jarus, 2005; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีกรรวบรวมการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่ศึกษา

ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลงานด้านสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนทุกโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบซึ่งมีเด็กกลุ่มนี้ร่วมศึกษาเล่าเรียนอยู่ด้วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษารวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่ศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลเด็กกลุ่มนี้ อันจะส่งผลให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์ งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นในประเด็น รูปแบบของการบำบัด และประสิทธิผลของการบำบัดแต่ละรูปแบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น อันจะส่งผล ต่อไปนี้

1. เด็กสมาธิสั้นได้รับความรัก ความเข้าใจ และการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง ช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
2. ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และมีทักษะในการดูแลเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น ช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลของครอบครัว บรรเทาอาการในครอบครัวมีความรักและความสุขมากขึ้น
3. ครูมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เห็นความสำคัญ สามารถดูแล และปรับการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็กกลุ่มนี้มากขึ้น ลดความเครียดและปัญหาในโรงเรียน
4. พยาบาล ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการบำบัด รวมถึงให้ข้อมูลและคำปรึกษากับครอบครัวและครู สำหรับเด็กกลุ่มนี้ได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น
5. การที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ลดภาระค่าใช้จ่ายและงบประมาณของประเทศชาติในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ และเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อ บุคคลอื่น และสังคมต่อไป เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด เป็นต้น

นิยามศัพท์

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ที่แสดงออกไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ ซึ่งอาการเหล่านั้นประกอบด้วย สมาธิสั้น (Inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการแสดงก่อนอายุ 7 ปี และอาการต้องปรากฏต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงมากพอ และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กโดยที่เด็กไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทั้ง 3 อาการ

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น หมายถึง วิธีการดูแล ที่มุ่งเน้นไปที่ ตัวเด็ก หรือการส่งเสริมให้ครอบครัว/ ครูให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดย การใช้พฤติกรรมบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางเลือก การให้ความรู้ การฝึกทักษะต่างๆ การปรับสิ่งแวดล้อม หรือจะเป็นวิธีการรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการใช้ยา

แนวทางการประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

(Polit & Hungler, 1997)

1. การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน (Search for Information sources) ประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of research quality)
 - 2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data extraction)

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน

(Search for information sources)

1. แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data source) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) จากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวด้วยตนเอง และจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) สืบค้นระหว่างเดือน มีนาคม 2551-มกราคม 2552 โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้นี้มีดังนี้

1.1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากฐานข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.Cmu) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Lib.kku) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib.care.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยศิลปากร กรมสุขภาพจิต (dmh.) และสภาวิจัยแห่งชาติ

1.2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Ovid, Backwell Sunergy และ THAILIST

1.3) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการโดยการค้นคว้าด้วยตนเองจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยสภากาชาด ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต เป็นต้น นอกจากนี้ได้สืบค้นจากบรรณานุกรมท้ายเล่มของงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วนำไปค้นหา full text ต่อไป

2. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่สนใจ ได้แก่ เด็กสมาธิสั้น, สมาธิสั้น, การรักษาสมาธิสั้น, Attention Deficit/Hyperactivity Disorders, ADHD and Therapy, ADHD and Psychosocial therapy, Nursing and ADHD

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้

3.1) ชนิดของการจัดกระทำ / การบำบัด ต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นโดยใช้วิธีจิตสังคมบำบัด

3.2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาจากการคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่าง是孩子ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD จากการวินิจฉัยของแพทย์ตามระบบ DSM-IV, ICD-10 หรือร่วมกับการใช้แบบประเมินพฤติกรรม แบบสัมภาษณ์ครู และผู้ปกครอง

3.3) ชนิดหรือประเภทของหลักฐานหรืองานวิจัย พิจารณา งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบชนิดสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (RCT) งานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง หรือ Case Study

3.4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา Full Text ได้

3.5) ระยะเวลาในการตีพิมพ์อยู่ในช่วง ค.ศ.1998 – ปัจจุบัน

ผลการศึกษา

ผลการสังเคราะห์ผลการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 2) วิธีการ รูปแบบและองค์ประกอบ ของการให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น และ 3) ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1. คุณภาพงานวิจัย

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ทั้ง 12 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 8 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) อยู่ในระดับ B จำนวน 1 เรื่อง และกรณีศึกษา (Case study) อยู่ในระดับ C จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยต่างประเทศจำนวน 8 เรื่อง และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 4 เรื่อง

2. วิธีการ รูปแบบและองค์ประกอบ ของการให้การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ทั้ง 12 เรื่อง พบว่ารูปแบบ ที่ใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ที่นำมาใช้ในการศึกษาสามารถจัดกลุ่มได้ 3 วิธี คือ 1) วิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง 2) วิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 3) วิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ดังนี้

2.1 วิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง มีทั้งหมด 6 เรื่อง ซึ่งสรุปได้เป็น 3 รูปแบบ คือ

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy, BT) จำนวน 2 เรื่อง (พีรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548) 2) การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) จำนวน 2 เรื่อง (ประภาวดี สุมาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999) 3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) จำนวน 2 เรื่อง (Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบ (ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง, ผู้บำบัด, กิจกรรม การบำบัด ระยะเวลาการบำบัดแต่ละครั้ง ความถี่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาการบำบัดจนครบโปรแกรม, ผลลัพธ์ของการบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย) ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การวินิจฉัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria of ADHD จากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ จำนวน 5 เรื่อง (พีรวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548; ประภาวดี

สุมาลย์, 2549; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) และอีก 1 เรื่อง มีเด็กปกติเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วย (Semrud-Clikeman et al, 1999)

อายุ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่อยู่ในระบบการศึกษาในชั้นอนุบาลซึ่งมีอายุ 6 ปี จำนวน 1 เรื่อง (พิรวส นาคประสงค, 2548) และอยู่ในชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีอายุ 8- 13 ปี จำนวน 4 เรื่อง (รดาชร นิลละอ, 2548; ประภาวดี สุมาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999; Jensen & Kenny, 2004) ส่วนอีก 1 เรื่อง มีอายุ 11-16 ปี (Rickson, 2007)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษา มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้บำบัด

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 2 เรื่อง (พิรวส นาคประสงค, 2548; รดาชร นิลละอ, 2548)

2) การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นครูการศึกษาพิเศษ จำนวน 1 เรื่อง (ประภาวดี สุมาลย์, 2549) ส่วนอีก 1 เรื่องเป็นนักจิตวิทยา (Semrud-Clikeman et al, 1999)

3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักดนตรีบำบัดที่มีประสบการณ์ จำนวน 1 เรื่อง (Rickson, 2007) ส่วนอีก 1 เรื่อง เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาโรงเรียน ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ รองศาสตราจารย์ทางด้านจิตวิทยาการศึกษาของ มหาวิทยาลัยทักษิณ ที่ออสเตรเลีย (Jensen & Kenny, 2004)

2.2 วิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

มีทั้งหมด 3 เรื่อง ซึ่งสรุปได้เป็น 2 รูปแบบ คือ 1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy, BT) จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007) 2) การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) จำนวน 2 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิกล และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การวินิจฉัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดาเข้าร่วมการบำบัด และบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD โดยใช้ DSM-IV criteria จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007) เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria of ADHD จากแพทย์ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิกล และคณะ, 2552) ส่วนอีก 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเด็กปกติและเด็ก ADHD ที่ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็น ADHD โดยใช้ DSM-IV criteria จากกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ร่วมกับการประเมินจาก CPRS และ CTRS โดยมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน และมีสมาธิอย่างน้อยหนึ่งคนในครอบครัวของเด็กที่ได้รับการบำบัด เข้าร่วมการบำบัดด้วย (Gol & Jarus, 2005)

อายุ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่อยู่ในระบบการศึกษา ตั้งแต่ชั้นอนุบาล ถึงชั้นประถมศึกษา โดยมีอายุ ตั้งแต่ 4 – 12 ปี จำนวน 2 เรื่อง (Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker et al, 2007) และเป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.18 ปี จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิกล และคณะ, 2552)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้บำบัด

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยา ที่มีประสบการณ์ผ่านการศึกษาศึกษาและฝึกการทำการปรับ และการทำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมครอบครัวมาแล้ว จำนวน 1 เรื่อง (Hoofdakker et al, 2007)

2) การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา จำนวน 1 เรื่อง (Gol & Jarus, 2005) และเป็นพยาบาลจิตเวช ที่ได้ผ่านการอบรมแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ซึ่งมีส่วนร่วมพัฒนาโปรแกรมด้วย จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิกล และคณะ, 2552)

2.3 วิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นรูปแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy, BT) ทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การวินิจฉัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria of ADHD จากแพทย์ ร่วมกับแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยพักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา อย่างน้อย 1 คนใน ช่วง 6 เดือน- 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งได้รับอนุญาต และโรงเรียนมีส่วนร่วมการบำบัดทั้งหมด จำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007)

อายุ: กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่อยู่ในระบบการศึกษา ตั้งแต่ชั้นอนุบาล ถึงชั้นประถมศึกษา โดยมีอายุ ตั้งแต่ 7-11 ปี จำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007)

ระดับสติปัญญา: กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษาที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้บำบัด

จากการสังเคราะห์พบว่าผู้บำบัด เป็นนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์ ผ่านการศึกษาและฝึกการทำ Behavior therapy จำนวน 3 เรื่อง (Piffner et al, 2007; Fabiano & Pelham, 2003; The MTA Cooperative group, 1999)

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคม

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับ การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นอยู่หลากหลายวิธีซึ่งสามารถวิเคราะห์ ประสิทธิภาพการบำบัดได้ 3 กลุ่มคือ 1) ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง 2) ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 3) ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

3.1 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดกับเด็กโดยตรง มีจำนวน 6 เรื่อง (พิริวัส นาคประสงค์, 2548; รดาธร นิลละออ, 2548; ประภาวดี สุมาลย์, 2549; Semrud-Clikeman et al, 1999; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007) ซึ่งแบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย เมื่อพิจารณาด้านอาการของโรคสมาธิสั้นในส่วนที่เกี่ยวกับการมีสมาธิ พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมที่ประกอบบทเรียนมีพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนเพิ่มขึ้น (พิริวัส นาคประสงค์, 2548) และจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพ และเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร ก็พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดมีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนลดลง (รดาธร นิลละออ, 2548)

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกสมาธิ มีสมาธิในการมอง และการฟัง ต่ำกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นเด็กปกติ (Semrud-Clikeman et al, 1999) ส่วนเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีพฤติกรรมเรียนดีขึ้นในด้านการมีสมาธิในการฟังในวิชาคณิตศาสตร์ ด้านการตอบ

คำถามในวิชาคณิตศาสตร์ และภาษาไทย ด้านความรับผิดชอบในการส่งงานในวิชาภาษาไทย และภาษาอังกฤษ และการทำงานกลุ่มในวิชาภาษาไทย (ประภาวดี สุมามาลย์, 2549)

3) การบำบัดทางเลือก (Complementary treatment) มี 2 เรื่อง คือ

3.1 การใช้ดนตรีบำบัด (musical therapy) (Rickson, 2007) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย) ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม (กลุ่ม A) กลุ่มทดลอง (กลุ่ม B) (ซึ่งจะได้รับ 8 sessions ของ improvisational music therapy ก่อนในช่วงแรก (phase 1) และตามด้วย instructional music therapy ใน 8 sessions ถัดมา (phase 2) และ กลุ่มทดลอง (กลุ่ม C) (ซึ่งจะได้รับ treatment สลับกับกลุ่ม B) พบว่า

- เมื่อพิจารณาการขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsivity) ด้วยการวัดความสามารถในการรักษาการเคาะให้จังหวะ ในขณะที่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก จากการประเมินด้วย Synchronized Tapping Task (STT Data) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบ ระหว่าง Phase I และ Phase 2 ในกลุ่มควบคุม (A) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะเพิ่มขึ้น ส่วนในกลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ช่วง baseline และ phase 2 พบว่ากลุ่มทดลอง (B และ C) มีคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะลดลง และเมื่อพิจารณาผลของการบำบัดในรูปแบบ Instructional approach และ Improvisational approach ไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนความผิดพลาดของการเคาะจังหวะ แต่อย่างไรก็ตามในช่วงที่เด็กได้รับการบำบัดแบบ Instructional approach ทั้งในกลุ่ม B และกลุ่ม C พบว่ามีพัฒนาการที่ดีขึ้นเล็กน้อย ขณะที่เด็กอยู่ในชั้นเรียน

- เมื่อพิจารณาจากการประเมินด้วย แบบประเมินพฤติกรรมของคอนเนอร์ (Conners' Rating Scales) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกันของการลด impulsivity แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องของการลดอาการของโรคสมาธิสั้น และกระบวนการแก้ปัญหา นอกจากนี้ คุรรายงานการลดลง ของ ปัญหาทางความคิด และพฤติกรรม (Cognitive problems) ในกลุ่มทดลอง B หลังจากได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบ Improvisational approach ใน Phase I อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันในส่วน of attention behavior ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และยังพบว่าในขณะที่ให้การบำบัดแบบ Instructional approach มีการเพิ่มขึ้นของ พฤติกรรมตื่นกลัว/ กระตือรือร้น (anxious/shy behavior) แต่พฤติกรรมเหล่านี้ลดลงในช่วงที่ได้รับ Improvisational approach

3.2 การใช้กิจกรรมโยคะบำบัด (Yoga therapy) (Jensen & Kenny, 2004) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโยคะมีพัฒนาการด้าน

สมาธิที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการบำบัด และเด็กที่มีการฝึกทำกิจกรรมโยคะบำบัดบ่อยๆ จะมีพัฒนาการของโรคสมาธิสั้น และพัฒนาการในการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฝึกทักษะด้วยการออกกำลังกายและการใช้เกม พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังการฝึกทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของ Hyperactivity subscale, Anxious/shy subscale, Social problem subscale, CPRS Perfectionism subscale, DSM-IV Hyperactive/Impulsive subscale และ DSM-IV Total subscale subscales จากการประเมินโดยครอบครัว แต่ไม่พบความแตกต่างจากการประเมินโดยครูในกลุ่มควบคุม

3.2 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดโดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีจำนวน 3 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิตร และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker et al, 2007) ซึ่งแบ่งตามรูปแบบการบำบัดดังนี้

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) (Hoofdakker et al, 2007) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า หลังการบำบัด กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการดูแลปกติ (BPT+RCC) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติทางคลินิกเพียงอย่างเดียว (RCC) มีการลดลงของอาการสมาธิสั้น และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่ม BPT+RCC มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ RCC อย่างเดียว ด้านความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในตัวเด็กเอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC มีคะแนนลดลง และมีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติทางคลินิก (RCC) เช่นเดียวกับการประเมินระดับความเครียดของครอบครัว ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธี BPT ร่วมกับ RCC มีระดับความเครียดลดลง

2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มี 2 เรื่อง (พรทิพย์ วชิรดิตร และคณะ, 2552; Gol & Jarus, 2005) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของโรคสมาธิสั้นน้อยกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฯ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (พรทิพย์ วชิรดิตร และคณะ, 2552)

เมื่อพิจารณาด้านการทำหน้าที่ พบว่า หลังจากได้รับการบำบัด ด้วยการฝึกทักษะทางสังคมโดยใช้กิจกรรมบำบัด กลุ่มทดลองที่เป็นเด็กสมาธิสั้น มีความสามารถด้านทักษะการประมวลผล และการเคลื่อนไหว เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบจากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มเด็กปกติมีความสามารถในการประมวลผลมากกว่า กลุ่มเด็กสมาธิสั้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันของ ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อ หรือการเคลื่อนไหวกเว้นในส่วนของงานประสานงานหรือการเชื่อมโยง ที่พบว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นมีน้อยกว่า กลุ่มเด็กปกติ (Gol & Jarus, 2005)

3.3 ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ด้วยวิธีการบำบัดโดยการผสมผสานระหว่างเด็ก ครอบครัว และโรงเรียน ซึ่งเป็นรูปแบบ พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy, BT) ทั้งหมดจำนวน 3 เรื่อง (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007) จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการบำบัดด้วยการใช้พฤติกรรมบำบัด มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง ส่วนพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมาย เพิ่มขึ้น และอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมที่เป็นเด็กปกติ นอกจากนี้พบว่า ครูมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง กับ การให้คำปรึกษา วิธีการบำบัด และผลลัพธ์ของการบำบัด หลังได้รับการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัด (Fabiano & Pelham, 2003) ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกความใส่ใจและทักษะชีวิต มีอาการสมาธิสั้น และระดับความรุนแรงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (Pfiffner et al, 2007) และมีทักษะทางสังคม ความรู้และทักษะชีวิต และพัฒนาการของอาการทางคลินิกที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน (Pfiffner et al, 2007)

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ที่นำมาวิเคราะห์ เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ จึงไม่มีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรม ที่ใช้ในการบำบัด ทำให้ไม่สามารถทราบถึงรายละเอียดที่จะนำมาสังเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการที่ผู้บำบัดใช้ในแต่ละกิจกรรมได้

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

จากการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ผลลัพธ์ส่วนใหญ่พบว่านอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการบำบัดเสริม (Adjunct Therapy) อย่างหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นและผลการบำบัดอยู่คงทนกว่าการได้รับการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สามารถนำไปใช้ในการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งอาจจะทำได้โดยการค้นหาและให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง และ/หรือการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การประเมินอาการและวิธีการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ปกครอง และครูที่ต้องดูแลเด็กสมาธิสั้น อันจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น ครอบครัวและครูมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการบำบัดรักษา มีทักษะในการดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา รวมถึงเป็นการป้องกันปัญหาแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ดีการที่จะนำผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ ก็ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละสถานบริการ โดยที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กสมาธิสั้นเหล่านี้โดยตรง ควรได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ เช่น การใช้หลักพฤติกรรมบำบัด หลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หรือการบำบัดทางเลือก เป็นต้น สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรพัฒนาช่องทาง การประชาสัมพันธ์ หรือการสื่อสารให้ประชาชนในชุมชน ได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นรวมถึงการประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครอง และครู ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหา ประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กได้เร็วขึ้น อันเป็นการสร้างเครือข่ายในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เด็กได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมก่อนที่จะมีอาการหรือมีผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น และเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นให้เกิดขึ้นในสังคม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 จากการศึกษาพบว่า การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัดแบบหนึ่งที่ใช้ได้ผลดีในเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ ที่ช่วยให้การบำบัดทางจิตสังคม สำหรับเด็กสมาธิสั้นในสังคมไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาถึงกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเล่นเกมส์ การเล่นเกม เพื่อนำมาประกอบบทเรียน ที่ส่งผลในการเพิ่มพฤติกรรมความใส่ใจต่อกิจกรรมการเรียน และการเพิ่มสมาธิของเด็กสมาธิสั้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น รวมถึงมีการศึกษาต่อเนื่องในวิชาอื่นๆต่อไป

2.3 สำหรับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา สามารถพัฒนาพฤติกรรม การเรียนของ นักเรียนสมาธิสั้นได้ในระดับหนึ่ง เนื่องจากนักเรียนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในกรณีที่พบว่านักเรียนบางคนยังไม่พัฒนาในเรื่องใดนั้น ควรทำการวิจัยโดยการศึกษาและ

พัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้ความช่วยเหลือนักเรียนได้ครอบคลุม

2.4 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เป็นเด็กสมาธิสั้นเป็นจำนวนมาก แต่จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับเด็กสมาธิสั้นมีค่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปเป็นแนวทางในการบำบัดดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อไป

2.5 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดแต่ละรูปแบบ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้การบำบัดที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละบุคคล อันจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และนำผลการศึกษามาใช้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON PSYCHOSOCIAL THERAPY FOR CHILDREN
WITH ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDERS

NUCHAREE PURAYA 4937008 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PATCHARIN NINTACHAN,
Ph.D. (NURSING), SUTHIDA MASUTHON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Attention deficit/hyperactivity disorders or ADHD is a psychiatric disorder which is commonly found in children. It is a kind of behavioral abnormality that is characterized by inappropriate expression or developmental level for the children's age. The symptoms of this disorder include inattention, hyperactivity, and impulsivity. These symptoms generally manifest before the age of seven years old, and they have to be continuously shown for at least six months. In addition, these symptoms have to be severe enough to disrupt the children's daily living activities. They do not have to manifest all three symptoms, and the symptoms have to be detected at least in two situations such as at home and at school (Chanwit Pornnoppadol, B.E. 2546; Nongpanga Limsuwan, B.E. 2542; Winadda Piaysilp, B.E. 2551; American Psychiatric Association, 1994; Child and Adolescent Psychiatric Association of Thailand, B.E. 2551) In general, problems and abnormal symptoms of this group of children will begin to surface when they are in their preschool age (three to six years old). According to the theory of psychosocial development proposed by Erik H. Erikson, this period is termed initiative versus guilt. The children are curious to learn about what is around them. They have goals and are very decisive and imaginative. It is a period during which the children like to play rough, become

aggressive and expressive, and have rapidly changing emotions and behaviors. Diagnosis of ADHD during the preschool age is rather difficult because it is not easy to clearly detect their abnormal symptoms. When the children enter their school age (six to 12 years old), the symptoms become clearer, and the children can be diagnosed with ADHD. This is because the children at this age are now able to control their activities. They also have fewer dreams, more concentration, and they learn to control themselves better. They begin to obey the rules and regulations of school and society as well (Winadda Piyasilp & Panom Kateman, B.E. 2545; Sriruen Kaewkangwan, B.E. 2545). On the other hand, if children have ADHD, they are more active than normal children. They lack self-control and cannot do any activity for a continuous period. Moreover, they are easily irritable and moody, and they can lose concentration very easily, which obviously distinguish them from normal children (Umapron Trankasombat, B.E. 2546). Generally, children with ADHD do not have to manifest all symptoms. It depends on which symptoms are more distinctive than others. It is also possible that children with ADHD will have combined type, manifesting all three symptoms of hyperactivity, impulsivity, and inattentiveness, which can be commonly found (Winadda Piyasilp & Panom Kateman, B.E. 2545).

At present, the number of children with ADHD is increasing. In the United States, ADHD is found in about 3-5% of school-age children (American Academy of Pediatrics, 2000, as cited in Winadda Piyasilp & Panom Kateman, B.E. 2545). According to Garland et al. (2001), approximately 50% of outpatients who seek treatment at a pediatric psychiatric clinic have ADHD. In Thailand, ADHD is also found in about 5% of school-age children (Manote Apornsuwan, B.E. 2550). According to the statistics of children and adolescents who seek services at Suansranrom Hospital between 2003 and 2005, the percentage of patients who were diagnosed with ADHD was 34.72%, 35.91%, and 41.37%, respectively (Pediatric Psychiatric Clinic, Suansranrom Hospital, B.E. 2549). ADHD is found more in boys than in girls, with the ratio of 4-6: 1 (Chanwit Pornnoppadol. B.E. 2545; Benjaporn Panyayong & Alisa Vajarasindhu, B.E. 2541). Thus, it can be seen that the number of children diagnosed with ADHD tends to continue to increase.

ADHD is a chronic condition. If children with ADHD do not receive proper care and treatment, they will continue to suffer from the disorder well into their

adulthood. In the past, it was misunderstood that the symptoms of ADHD would disappear when the children grew older. However, later on it has been confirmed that about 80% of the children with ADHD will continue to manifest the symptoms when they become adolescents and then adults (Barkley, 2006). Besides this, ADHD can be found together with other psychiatric disorders, especially behavioral disorders (Winadda Piyasilp & Panom Kateman, B.E. 2545). This is one of the reasons that worsen the prognosis and make it difficult to treat ADHD.

Previous studies have revealed that treatment and care of children with ADHD can be divided into pharmacological treatment and non-pharmacological treatment or psychosocial therapy (Chanwit Pornnoppadol, B.E. 2546) which emphasizes the children themselves, their parents, and their school. Generally, pharmacological treatment is likely to be the first choice, and the medication that is popularly used is mythylphenidate (Ritalin) which can reduce symptoms of ADHD. However, there are various side effects of this medication including loss of appetite and lethargy (Chakrin Pingkalachai, B.E. 2547). At present, psychosocial therapy has received more interest and is more widely used (Umaporn Trankasombat, B.E. 2546). Psychosocial therapy for children with ADHD includes behavior modification (Prapawadee Sumamal, B.E. 2549; Monthira Srichai, B.E. 2543), using computer-assisted learning (Nate Hongkrailert, B.E. 2545), concentration and imagination practice (Amporn Hassasiri et al., B.E. 2545), yoga practice (Jensen & Kenny, 2004), dissemination of knowledge among family members and teachers who provide care to children with ADHD, environmental adjustment, and other alternative therapies. Besides, the use of multiple-modality approach which combines pharmacological therapy with non-pharmacological therapy (Nongpanga Limsuwan, B.E. 2542; Umaporn Trankasombat, B.E. 2546; Chanwit Pornnoppadol, B.E. 2546) can be used to increase the effectiveness of the treatment to reduce the adverse effects of ADHD on this group of children.

Thus, it can be seen that the symptoms of ADHD and other psychiatric disorders that accompany ADHD constitute factors that worsen the behaviors of children with ADHD. If children with ADHD do not receive correct and appropriate treatment and care, they will have to suffer negative effects of ADHD well into their adolescence and adulthood. For example, when the children lack self-restraint, they

can have more risks to suffer from accidents. Furthermore, lack of disciplines makes them perceived as irresponsible, their short attention span makes causes them learning problems, and their impulsivity can make them develop problems with interpersonal relationships. A study conducted by Kawee Suwannakit et al. (B.E. 2542) has reported that children with ADHD have problems with interpersonal relationships, lack patience, and lose their self-pride. If they do not receive proper care and treatment, they are likely to develop more psychiatric problems. For instance, when they become adolescents, their lack of patience will make them have difficulty to socially adjust themselves. They may develop aggression and have problems with substance abuse or legal problems. When they become adults, they are likely to have problems with their work. They may lack work discipline and develop depression. Their family life will also be adversely affected, as well as their daily living (Alisa Vajarasindhu, B.E. 2546; Silver, 2004). In addition to the problems with the children with ADHD, their family will also develop problems. This is because family members who have to take care of children with ADHD will have to deal with stress caused by their sickness, and they also have to bear the financial burdens caused by ADHD. In fact, children with ADHD are smart children, but they have problems with learning and social adjustment, which can result in disappointment of the family members who have expectations of the children, hence problems with family relationship (Suwannee Buddhisri et al., B.E. 2549). In addition, society and the country can also be affected. An increase in the prevalence of ADHD causes the country to lose a large amount of budget to take care of these children. A study of cost-benefit ratio of treatment of ADHD at Suanprung Hospital has shown that the hospital suffered a loss of 1,040.43 baht per patient (Chakrin Pingkalachai, B.E. 2550). Furthermore, the children's abnormal behaviors can cause problems to other people such as physical assault or increased crime rates. It has been observed that 60% of the persons who cause accidents or different types of crime such as fighting or shooting after a car crash are those with ADHD (Nichara Ruangdarakanon, B.E. 2551). Every child is an important resource of the country. If the country does not have valuable resources, it cannot be developed and prosper.

For these reasons, the researcher, who is a professional nurse working at a community hospital and who is in charge of provision of mental care to children in the

area, is interested in compiling, analyzing, and synthesizing research studies related to care of children with ADHD so as to benefit the community as much as possible.

Objective of the Study

To synthesize research on psychosocial therapy for children with ADHD the effectiveness of psychosocial therapy and Therapy methods.

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study could be used to develop a body of knowledge on psychosocial therapy for ADHD to ensure quality of care provided to them.

Definition of Terms

Children with ADHD refer to children with behavioral abnormalities whose behavioral expressions are not age-appropriate or not appropriate for their developmental stage. The symptoms expressed consist of inattention, hyperactivity, and impulsivity. These symptoms generally manifest before the children are seven years old, and they have to persist for more than six months. Also, these symptoms are severe enough to disrupt the children's daily living activities, and they do not have to have all three symptoms to be classified as having ADHD.

Psychosocial therapy for children with ADHD refers to a pattern of care which emphasizes participation of the children, their family, school, and society in the therapy through dissemination of knowledge, skill practices, behavioral and environmental adjustments, alternative therapy, or use of a combination of pharmacological therapy and non-pharmacological therapy.

Evaluation Guidelines for Implementation of Research

The aim of the present study was to review, analyze, and synthesize research studies related to psychosocial therapy for children with ADHD which consisted of the following steps (Polit & Hungler, 1997):

1. Search for information sources including the following:

1.1 Data sources

1.2 Keywords

1.3 Inclusion criteria

2. Analysis guideline for research and academic references consisting of the following:

2.1 Evaluation of research quality

2.2 Data extraction

Search for information sources

1. *Data sources*: The information resources included the research reports published both in Thailand and overseas. The search of research reports and academic references was conducted using both electronic databases and manual search. The data sources used in this study were as follows:

1) The databases used in the search included the databases of the libraries of Mahidol University (Mulinet), Chiang Mai University (Lib.Cmu), Khon Kaen University (Lib.kku), Chulalongkorn University (Lib.care.chula), Silpakorn University, the Department of Mental Health (dmh.), and the National Research Council.

2) Major research databases in the field of medicine and nursing used in this study were CINAHL, PubMed, Ovid, Backwell Synergy, and THAILIST.

3) Manual searches of research reports and academic references were also conducted at the libraries of different universities such as Mahidol University, The National Research Council, and the Department of Mental Health. References and bibliographies at the end of the research reports were also reviewed, and full texts of research cited were then retrieved.

2. *Keywords*: The keywords used in this study included children with ADHD, Attention Deficits/Hyperactivity Disorders, Treatment of ADHD, ADHD and Therapy, and Psychosocial Therapy, Nursing and ADHD

3. *Inclusion criteria*: The inclusion criteria used in this study were as follows:

1) The type of Interventions: The research selected had to be related to types of care provided to children with ADHD using psychosocial therapy.

2) The study sample: The subjects of the selected studies were children who were diagnosed by a physician with ADHD based on behavioral assessment or the DSM-IV or ICD-10 criteria.

3) The classification of research: Experimental studies which were randomized control trials or quasi-experimental research studies were selected.

4) The full texts of the research were available.

5) The research was published between 1998 and present.

Analysis guideline for research and academic references

The review of literature and research-based evidence on psychosocial therapy for children with ADHD resulted in ten research studies which were finally selected and included in the present analysis and synthesis. The guideline used in the analysis and synthesis consisted of the following:

1. Evaluation of research quality

The criteria of the Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) were used to divide the levels of evidence into four levels as follows:

Level A refers to research evidence derived from a meta-analysis of randomized controlled trials or a single randomized controlled trial.

Level B refers to research evidence derived from a meta-analysis of at least one randomized controlled trial or carefully designed non-randomized controlled trials, cohort studies, or case-control studies.

Level C refers to research evidence derived from a correlational study or a descriptive study.

Level D refers to evidence derived from expert consensus.

In this study, 12 studies were selected. Of these, eight were categorized under Level A, one was categorized under Level B, and three were categorized under Level C.

2. Data extraction

In the present systematic review of research, the scope of data extraction was set as follows:

2.1 Purposes of the studies

2.2 Research designs

2.3 Samples

2.4 Data collection

2.5 Methods/Interventions

2.6 Findings/Results

2.7 Implications/Implementations

The data derived from the selected research were analyzed and synthesized based on the objective of the present study.

Findings

According to the synthesis of research findings on psychosocial therapy for children with ADHD, the findings could be divided into three categories: 1) Quality and sufficiency of research evidence, 2) methods and components of psychosocial therapy for children with ADHD, and 3) effectiveness of psychosocial therapy.

1. Quality and sufficiency of research

Of the 12 selected research studies on psychosocial therapy for children with ADHD, eight were randomized controlled trials categorized under Level A, one was a quasi-experimental study categorized under Level B, and three were case studies categorized under Level C. Besides, of these 12 studies, eight were studies conducted overseas, while four studies were carried out in Thailand.

2. Methods and components of psychosocial therapy for children with ADHD

According to the study findings, the types of psychosocial therapy for children with ADHD could be divided into three categories: 1) Direct therapy, 2) Therapy with family participation, and 3) Therapy combining children with ADHD, family, and school, which can be described below.

2.1 Direct therapy

There are six studies which could be further divided as follows: 1) behavioral therapy (BT) consisting of two studies (Peerawas Nagaprasong, B.E. 2548; Voradathorn Nillaor, B.E. 2548), 2) cognitive behavioral therapy (CBT) consisting of two studies (Prapawadee Sumamal, B.E. 2549; Semrud-Clikeman et al.,

1999), and 3) complementary therapy consisting of two studies (Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007). The components of these studies (samples, therapists, therapy activities, duration, frequency, the total numbers of therapy sessions, outcomes, and research instruments) were as follows:

Sample

Diagnosis: The study samples were children with ADHD who had been diagnosed based on the DSM-IV criteria by physicians or specialists together with an assessment of abnormal behaviors in five studies (Peerawas Nagaprasong, B.E. 2548; Voradathorn Nillaor, B.E. 2548; Prapawadee Sumamal, B.E. 2549; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007). In one study, there were normal children who were recruited as the study subjects (Rickson, 2007).

Age: The subjects were kindergarten students aged six years old in one study (Peerawas Nagaprasong, B.E. 2548) and were elementary students ranging in age from eight to 13 years in four studies (Voradathorn Nillaor, B.E. 2548; Prapawadee Sumamal, B.E. 2549; Semrud-Clikeman et al., 1999; Jensen & Kenny, 2004). In one study, the subjects were between 11 and 16 years old (Rickson, 2007).

Intellectual level: The subjects in all six studies had normal intellectuality (Peerawas Nagaprasong, B.E. 2548; Voradathorn Nillaor, B.E. 2548; Prapawadee Sumamal, B.E. 2549; Semrud-Clikeman et al., 1999; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007).

Therapists

1. *Behavioral therapy:* In two studies, the therapists were special education teachers (Peerawas Nagaprasong, B.E. 2548; Voradathorn Nillaor, B.E. 2548).

2. *Cognitive behavioral therapy:* In one study, the therapist was a special education teachers (Voradathorn Nillaor, B.E. 2548), while in another study, the therapist was a psychologist (Semrud-Clikeman et al., 1999).

3. *Complimentary therapy:* The synthesis showed that in one study, the therapist was a highly experienced musician (Rickson, 2007), whereas in another study, the therapist was a graduate student in the field of school psychology who conducted the therapy sessions under the supervision of an Associate Professor in Psychology Education of University of Texas at Austin (Jensen & Kenny, 2004)

2.2 Therapy with family participation

There were three studies involving therapy with family participation which could be divided into 1) behavioral therapy (BT) in one study (Hoofdakker et al., 2007) and 2) cognitive behavioral therapy (CBT) in two studies (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552; Gol & Jarun, 2005), which are as follows:

Sample

Diagnosis: The study samples consisted of children with ADHD and their parents or primary caregivers who participated in the therapy. In one study, the children had been diagnosed based on the DSM-IV criteria by a pediatric psychiatrist in one study (Hoofdakker et al., 2007), and in another study, the children had been diagnosed based on the DSM-IV criteria by a physician, and these children were younger than 12 years old (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552). In the third study, the subjects consisted of children with ADHD who had been diagnosed based on the DSM-IV criteria by a pediatrician specializing in the neurological system together with the assessment using CPRS and CTRS with the scores higher than 15 points, and there was at least one family member of the children with ADHD who participated in the therapy sessions (Gol & Jarus, 2005).

Age: The subjects were school-age children from kindergartens to elementary schools, ranging in age from four to 12 years old in two studies (Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker et al., 2007). They were parents or primary caregivers of children with ADHD, with the mean age of 41.18 years, in another study (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552).

Intellectual level: The subjects in all three studies had normal intellectuality (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552; Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker et al., 2007).

Therapists

1. *Behavioral therapy:* In one study, the therapist was a psychologist who had undergone training and was experienced in conducting family behavioral adjustment (Hoofdakker et al., 2007).

2. *Cognitive behavioral therapy:* In one study, the therapists were an activity therapist, a social worker, and a psychologist (Gol & Jarus, 2005). In

another study, psychiatric nurses who had experience in designing the cognitive behavioral therapy program (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552).

2.3 Therapy combining children with ADHD, family, and school

There were three studies which involved the use of behavioral therapy (BT) (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007) which could be summarized as follows:

Samples

Diagnosis: The subjects in all three studies were children with ADHD who had been diagnosed based on the DSM-IV criteria of ADHD by a physician together with the assessment of abnormal behaviors. These children lived with at least of their parents in the past six months to one year. They were allowed to participate in the study, and their schools also took part in the therapy sessions (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007).

Age: The subjects were school-age children, ranging from kindergarten students to elementary students. They were between seven and 11 years of age in all three studies (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007).

Intellectual level: The subjects in all three studies had normal intellectuality (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007).

Therapists

In all three studies, the therapists were clinical psychologists who had undergone training and who were highly experienced in conducting behavioral therapy (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007).

3. Effectiveness of psychosocial therapy

According to the synthesis of research, there are studies psychosocial therapy for children with ADHD, which could be divided into three categories: 1) effectiveness of direct therapy, 2) effectiveness of therapy with family participation,

and 3) effectiveness of therapy combining children with ADHD, family, and school. The findings could be summarized as follows:

3.1 Effectiveness of direct therapy.

There were six studies the effectiveness of psychosocial therapy of direct therapy provided to children with ADHD (Peerawas Nagaprasong, B.E. 2548; Voradathorn Nillaor, B.E. 2548; Prapawadee Sumamal, B.E. 2549; Semrud-Clikeman et al., 1999; Jensen & Kenny, 2004; Rickson, 2007), which could be divided according to the types of therapy as follows:

3.1.1) Behavioral therapy: A synthesis of research findings on concentration of children with ADHD has revealed that children with ADHD who received the therapy involving art activities with the lessons paid more attention to the lessons when compared to normal teaching (Peerawas Nagaprasong, B.E. 2548). In addition, when picture guides were used in the behavioral therapy, it was found that children with ADHD had less inattentiveness to their lessons when compared to normal lessons (Voradathorn Nillaor, B.E. 2548).

3.1.2) Cognitive behavioral therapy: As regards concentration of children with ADHD, it was found that the children who did not receive the attention-training program had scores of visual attention and auditory attention lower than those of children with ADHD who received the attention-training program and the normal children in the control group with statistical significance (Semrud-Clikeman et al., 1999). In the last study, it was found that children with ADHD who received cognitive behavioral therapy had improved learning behaviors regarding concentration to listening in the mathematics subject, answering questions in the mathematics and Thai subjects, responsibility for homework submission in the Thai and English subjects, and group work in the Thai subject with statistical significance (Prapawadee Sumamal, B.E. 2549).

3.1.3) Complementary treatment: There were two studies which made use of complimentary therapy:

3.1.3.1 Music therapy was used in one study (Rickson, 2007).

-When considering the ability to perform synchronized tapping task (STT Data) which was used to measure impulsivity of the children with

ADHD, it was found that both types of therapy (with the therapist using the instructional approach and the therapist using the improvisational approach) did not result in any significant differences in reduction in impulsivity of the children with ADHD. However, when the two approaches were combined with alternate order, the findings revealed that the experimental group B (who received eight sessions of improvisational music therapy in Phase 1 followed by another eight sessions of instructional music therapy in Phase 2) and the experimental group C (who received eight sessions of instructional music therapy in Phase 1 followed by another eight sessions of improvisational music therapy in Phase 2) had scores of erroneous tapping in Phase 2 lower than those measured at baseline with statistical significance. Also, when compared the scores of Phase I and Phase 2, it was found that the scores of erroneous tapping of the control group A increased, while the scores of the experimental groups B and C decreased with statistical significance. However, there was no statistically significant difference in the scores of treatment effects in both experimental groups. It is also worth noting that during the periods in which the instructional approach was implemented, the scores of both experimental groups showed slight improvements.

-When Conner's Rating Scale was used to assess comparing the children with ADHD in the control group and the experimental groups, the findings showed that there were statistically significant differences in terms of reduction in symptoms of ADHD and problem-solving processes.

3.1.3.2 Yoga therapy was used in one study (Jensen & Kenny, 2004): A synthesis of research has shown that the children with ADHD in the experimental group who received yoga therapy had improved concentration after the experiment when compared to before the experiment with statistical significance. Moreover, the findings indicated that children with ADHD who regularly practiced yoga therapy showed improvement of ADHD and were better able to control their emotions with statistical significance. As for the children with ADHD in the control group who received skill practices through exercises and games, it was discovered that there were differences before and after the practices with statistical significance regarding the hyperactivity subscale, anxious/shy subscale, social problem subscale, CPRS perfectionism subscale, DSM-IV hyperactivity/impulsive subscale, and DSM-

IV total subscales when assessed by their family members. However, such differences were not found when they were assessed by the teacher in the control group.

3.2 Effectiveness of therapy involving family participation.

There were three studies (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552; Gol & Jarus, 2005; Hoofdakker et al., 2007) which could be categorized as follows:

3.2.1 Behavioral therapy (Hoofdakker et al., 2007): A synthesis of research yielded the following results: 1) The children with ADHD in the experimental group who received behavioral therapy together with routine clinical care (BPT+RCC) and the children who received only the routine clinical care (RCC) had lower scores of ADHD symptoms and behavioral problems with statistical significance. It is noteworthy that the children who received behavioral therapy together with routine clinical care did not have any better improvement in ADHD symptoms than those who received only routine clinical care; however, they had fewer behavioral problems when compared to those who received only routine clinical care. 2) As for internalizing problems, the children with ADHD in the experimental group who received behavioral therapy together with routine clinical care had lower scores of internalizing problems with statistical significance. When compared the effectiveness of the therapy, it was found that the subjects who received behavioral therapy together with routine clinical care had more efficiency in reducing internalizing problems than those who received only routine clinical care with statistical significance. 3) When it came to parenting stress, the parents of the children with ADHD who received behavioral therapy together with routine clinical care had reduced stress with statistical significance. However, there was no difference between the group that received behavioral therapy together with routine clinical care and the group that received routine clinical care alone.

3.2.2 Cognitive behavioral therapy (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552; Gol & Jarus, 2005)

- When considering the symptoms of ADHD, it was found that the children with ADHD in the experimental group who received a program to promote parental caregiving ability had lower mean scores of ADHD symptoms than those of the children with ADHD whose parents received health education and whose parents received routine clinical care with statistical significance. In addition, there

was no difference between the group that received health education and the group that received routine clinical care (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552).

- As regards functional impairment, the findings revealed that the children with ADHD in the experimental group who received social skill practices using activity therapy had increased scores of process and motor scales during the three assessments with statistical significance. They also had better improvement when compared the first assessment with the second assessment and the first assessment with the third assessment. However, there was no difference between the second and the third assessments. In addition, when assessing the ability to carry out activities of daily living, it was found that the normal children had higher scores than those of the children with ADHD with statistical significance when it came to process ability. However, there was no difference in motor scale scores except for the scores of coordination as the children with ADHD had lower scores than normal children with statistical significance (Gol & Jarus, 2005).

- When considering other outcomes, it was found that
1) The children with ADHD in the experimental group who received the program to promote parents' caregiving ability had higher mean scores of knowledge of ADHD than those of the children who received routine clinical care with statistical significance after the experiment ended and during the three-month follow-up. 2) The children with ADHD in the experimental group who received the program to promote parents' caregiving ability had higher mean scores of attitudes toward ADHD than those of the children who received health education and who received routine clinical care with statistical significance. Furthermore, an interaction between the type of therapy and duration and attitudes toward ADHD was found. That is, the mean scores of attitudes toward ADHD after the end of the experiment and during the three-month follow-up were higher than those obtained before the experiment with statistical significance. 3) The children with ADHD in the experimental group who received the program to promote parents' caregiving ability had higher mean scores of caregiving skills than those of the children who received health education and who received routine clinical care with statistical significance. Moreover, an interaction between the type of therapy and duration and caregiving skills was found. That is, the mean scores of caregiving skills obtained after the end of the experiment were higher than those

obtained before the experiment with statistical significance and the mean scores of caregiving skills obtained during the three-month follow-up were higher than those obtained before the experiment and after the experiment with statistical significance (Porntip Vajiradilok et al., B.E. 2552).

3.3 Effectiveness of therapy combining children with ADHD, family, and school.

There were three studies (The MTA Cooperative group, 1999; Fabiano & Pelham, 2003; Pfiffner et al, 2007) which could be summarized as follows:

- When considering symptoms of ADHD, it was found that children with ADHD who received the therapy had fewer disruptive behaviors and at a normal range, while their on-task behaviors increased and at a normal level, when compared to comparison peers (Fabiano & Pelham, 2003). As for inattention, the ADHD symptoms of the children who received the Child Life and Attention Skills Program reduced by more than 50%, while those of the children in the control group reduced by 16%. The ADHD symptoms and their severity of the children in the experimental group were lower than those of the children in the control group with statistical significance (Pfiffner et al., 2007).

- When considering functional impairment, it was discovered that when it came to social impairment, the scores of social skills of the experimental children who received the Child Life and Attention Skills Program were higher than those of the control children with statistical significance. As for organizational skills, the scores of both the experimental children and the control children were higher with statistical significance both after the end of the experiment and during the follow-up period. Regarding life skill knowledge, after receiving the Child Life and Attention Skills Program, the scores of the experimental children were higher than those of the control children with statistical significance (Pfiffner et al., 2007).

- As regards other findings, first, when it came to consumer satisfaction, it was found that teachers had a high level of satisfaction with counseling, therapy methods, and therapy outcomes (Fabiano & Pelham, 2003). Second, with regard to clinical global improvement, after receiving the Child Life and Attention Skills Program, the children with ADHD in the experimental group had more

improved clinical symptoms than those of the children with ADHD in the control group with statistical significance (Pfiffner et al., 2007).

Limitation of the Study

As most of the research studies selected, analyzed, and synthesized were conducted abroad, there were no details of the activities used in the programs to synthesize the processes the therapists implemented during each of the activities.

Recommendations

Based on the findings of the present study, the following recommendations can be made:

For nursing practice

An investigation of the effectiveness of psychosocial therapy for children with ADHD has revealed that in addition to pharmacological treatment, psychosocial treatment is a form of adjunct therapy that can improve symptoms of ADHD and lead to positive behavioral adjustments. In addition, the effects of psychosocial therapy last longer than the effects of pharmacological treatment alone. Therefore, psychosocial therapy for children with ADHD yields itself as one of the options that can be utilized by psychiatric nurses to provide care to children with ADHD in addition to pharmacological treatment. This can be done by searching and directly providing care to children with ADHD, or organizing training on knowledge about ADHD and assessment of symptoms and care of ADHD to healthcare team members and related persons including parents, caregivers, and teachers of children with ADHD so as to improve their development and enable them to live with others in society more happily. Furthermore, when families and teachers have knowledge and understanding of ADHD and its treatment, as well as skills to provide care to children with ADHD, they will have more cooperation in care. Thus, problems caused by possible complications or abnormalities can be effectively prevented or avoided.

However, it depends on the readiness of each healthcare setting to implement the findings of the present synthesis of research. Psychiatric nurses who

are responsible for providing direct care to children with ADHD should receive knowledge and skill training and development including how to use cognitive therapy, cognitive behavioral therapy, and alternative therapy. As for community nurses, they should develop channels to publicize or communicate information with members of the community to disseminate information about ADHD. They should also coordinate with community leaders, public health volunteers, parents, and teachers and encourage them to more timely take part in searching, screening, and assessing abnormalities of children to establish a network of care to ensure that children with ADHD receive correct and appropriate treatment and therapy before their symptoms become more severe and to promote positive attitudes toward children with ADHD in society.

Recommendations for nursing research

1. As the study findings have revealed that psychosocial therapy is effective for use with children with ADHD, studies should be conducted to investigate other supporting factors that enhance the effectiveness of psychosocial therapy for children with ADHD in Thailand.
2. Studies should be carried out to investigate the effects of different activities such as games, story telling, etc., integrated into the lessons increase attention and concentration of children with ADHD so as to be continuously implemented in other subject areas they are studying.
3. The findings have revealed that the behavioral cognitive therapy can be used to develop learning behaviors of children with ADHD to a certain extent. This is because children with ADHD vary in their ability to learn. Therefore, a behavioral program should be developed to suit individual students to more effectively and appropriately offer assistance and care to them.
4. In Thailand, there are a large number of children who have ADHD. However, the number of research studies on psychosocial therapy for children with ADHD is rather limited. Therefore, more studies should be conducted so as to generate research-based evidence which can be used to subsequently develop a guideline on care for children with ADHD.
5. There should be studies that are conducted to compare different forms of therapy so that the findings can be used as a guideline in choosing the therapy that is most appropriate for individual children with ADHD and to generate more knowledge that can lead to more effective care of children with ADHD.

รายการอ้างอิง

- กาญจนา สุทธิธำกูร. (2551). การพัฒนานักเรียนสมาธิสั้น ด้วยกิจกรรมสร้างสรรค์. งานวิจัยในชั้นเรียน. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2551, จาก <http://www.acr.ac.th/acr/wijaii>
- กวี สุวรรณกิจ, วังนรินทร์ โรหิตสุข, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, สมร อริยานุชิตกุล และเพ็ญพรรณ ปทุมมาศ. (2542). ปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44, 26-34.
- คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2549). รายงานสถิติผู้ป่วย 5 อันดับโรคปีงบประมาณ 2546-2548.
- จักริน ปิงคลาศัย. (2547). การศึกษานาฬิกาของยาและอาการไม่พึงประสงค์ของ methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสวนปรุง*, 20 (2), 29.
- จักริน ปิงคลาศัย. (2550). ต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52 (4), 439-449.
- จิตวิ แก้วพรสวรรค์. (2543). การวัดสมาธิต่อเนื่องของเด็กไทยที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *สารศิริราช*, 52, 452-455.
- ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย. (2551). *เด็กสมาธิสั้น*. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2551, จาก <http://www.docdek.com>
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2546). *มารู้จักและช่วยเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแจนเซนซีแอล.
- นางพงา ลิ้มสุวรรณ. (2542). *โรคสมาธิสั้น*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภัทร พุกกะณะสุต. (2550). *สมาธิสั้นหายได้ไม่ยาก*. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- เนตร หงษ์ไกรเลิศ. (2545). การศึกษาผลของการควบคุมบทเรียนในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบเกมที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความคงทนในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนที่มีสมาธิสั้นและพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 2 (1), 11-28.
- นิรชา เรืองคารากานนท์. (2551). *เด็กไทยร้อยละ 6 เป็นโรคสมาธิสั้น*. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2551, จาก <http://www.thaiparents.com/news>

- เบญจพร ปัญญาขง และอลิสรา วัชรสินธุ. (2541). *ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร*. การศึกษาทางระบาดวิทยา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประภาวดี สุมาลย์ . (2549). *ผลการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมของนักเรียนสมาธิสั้น ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2539). *DSM- I V (Thai Version)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนโรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พนม เกตุมาน. (2548). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น คู่มือพ่อแม่และครู สำหรับฝึกเด็กสมาธิสั้น*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท คัลเลอร์ ฮาโมนี จำกัด.
- พรชัย ภาพันธ์. (2549). *การจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอน สำหรับเด็กสมาธิสั้น*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- พรทิพย์ วชิรดิศ, มนต์วิ เมืองขาว และธนโชติ เทียมแสง. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17 (2), 77-90.
- พิรวัส นาคประสงค์. (2548). *ผลของการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนเพื่อเพิ่มความใส่ใจต่อการเรียน ของเด็กสมาธิสั้น*. โครงการศึกษาอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เพ็ญทิพย์ พรหมพันธ์. (2549). *เด็กสมาธิสั้น*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ For Child.
- มาสมณี วีระณรงค์. (2546). *ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแผนกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. โครงการศึกษาอิสระปริญญาตั้งคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพและจิตเวชสำหรับแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2545). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มาโนช อารักษ์สุวรรณ. (2550). *โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดโดยไม่ต้องพึ่งยา*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.

- รดาธร นิลละออ. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพเพื่อลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจ เรียนของเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guidelines). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18 (16), 36- 47.
- รุจา เจนวีระนนท์. (2550). เด็กสมาธิสั้น. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2551, จาก <http://www.formumandme.com/article.php>
- วนิดา ปิยะศิลป์. (2551). คู่มือพ่อแม่ ตอน โรคสมาธิสั้น. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2551, จาก <http://www.thaiparents.com/news>
- วนิดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน. (2545). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- วนิดา ปิยะศิลป์. (2547). ความรู้ของคุณครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น. วารสารกุมารเวชศาสตร์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 43 (1), 18-24.
- วิมลรัตน์ วันเพ็ญ. (2546). ความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว, 3, 5-17.
- วันวิสาข์ กาญจนศรีกุล. (2547). การพัฒนาสมาธิสั้นและจินตนาการสำหรับเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร สุวรรณทศ และ จันทร์ชนก โยชินชัชวาล. (2547). เทคนิคการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ โดยกลุ่ม การเรียนกับการให้บริการบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น. วารสารราชานุกูล, 19 (2), 25-29.
- ศิริรัตน์ เกลิมไทย. (2546). พฤติกรรมทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สภาการพยาบาล. (2546). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระบบสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกกิจ คำรงค์วัฒน์. (2549). ทางเลือกใหม่สำหรับผู้ป่วยสมาธิสั้น. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 8, 32-39.

- สุภา หมคทุกข์. (2549). โรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาปี 2546-2547 ณ. สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหิดลราชินี. วิทยานิพนธ์ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์แพทยสภา, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหิดลราชินี กระทรวงสาธารณสุข. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2545). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณี พุทธิศรี, พัชรี พรรณพานิช, ธนิตา ปานทั้งทอง และ มนต์ สูงประสิทธิ์. (2549). ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51, 60-70.
- สุวรรณี พุทธิศรี และศศิธร ยิ่งสำหรี. (2546) ความชุกของโรคทางจิตเวชในสถานพินิจ. *รามาธิบดีสาร*, 49, 213-221.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2549). *สัมมนาทางวิชาการเผยแพร่ผลงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ สมาธิสั้น และออทิซึม*. เข้าถึงเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2551, จาก <http://www.formumandme.com/>
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อลิสา วัชรสินธุ. (2546). *จิตเวชเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2541). *สร้างสมาธิให้ลูก*. กรุงเทพมหานคร: ชันดีการพิมพ์.
- อัมพร หัสศิริ, ขวัญใจ ธรรมขันโธ และแสงอรุณ วงศ์ปัญญา (2545). *คู่มือการฝึกสมาธิและจินตนาการในเด็กสมาธิสั้นอายุ 5-11ปี*. เข้าถึงเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2551, จาก <http://www.jvkk.go.th>
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Brain Robertson. (1996). Attention-deficit and disruptive behaviour disorders. *Handbook of Child Psychiatry For Primary Care*. Cape Town: Oxford University Press.
- Craighead, L. W., Craighead, E. W., Kazdin, A.E., & Mahoney, M. J. (1994). Cognitive and Behavioral Interventions. *An Empirical Approach to Mental Health Problems*, 235-250.
- Center for Disease Control and Prevention. (2006). *ADHD and Risk of Injuries*. Retrieved May 17, 2008, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/injury.htm>.

- Coles, E.K., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Burrows-MacLean, L., Fabiano, G. A., Chacko Anil., et al. (2005). A Controlled Evaluation of Behavioral Treatment with Children with ADHD Attending a Summer Treatment Program. . *Journal of Emotion and Behavioral Disorders*, 13 (2), 99-112.
- Gol, D. & Jarus, Tal. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Development Medicine & Child Neurology*, 47, 539-545.
- Elia Josephine, Ambrosini Pau, Berrettini Wade. (2008). ADHD Characteristics: I. Concurrent Co-morbidity Patterns in Children & Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 15 (2), 1753-2000.
- Epstein , J. N., Rabiner, D., Johnson, D. E., FitzGerald, D. P., Chrisman A., Erkanli, A., et al. (2007). Improving Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Outcomes Through Use of a Collaborative Consultation Treatment Service by Community-Based Pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161 (9), 835-840.
- Fabiano Gregory A. & Pelham William E, JR. (2003). Improving the Effectiveness of Behavioral Classroom Interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Case Study .*Journal of Emotion and Behavioral Disorders*, 11 (2), 122-128.
- Garland, A.F., Hough, R., McCabe, K., Yeh, M., Wood, P., & Aarons, G. (2001). Prevalence of psychiatric disorders for youths in public sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409-418.
- Hoofdakker, V. B., Veen-Mulders, V. L., Sytma S., Emmelkamp, P. M.G., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2007). Effectiveness of Behavior Parent Training for Children with ADHD in Routine Clinical Practice: A Randomized Controlled Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46 (10), 1263-1271.
- Jensen, P. S., & Kenny, D. T. (2004). The effects of yoga on the attention and behavior of boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7, 206-216.
- Marcus Deborah & Mark Mattiko. (2007). An Anger Management program for Children with attention deficit, Hyperactivity Disorder. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(1), 16-28.

- Melvin lewis. (1996). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook*, 544-563.
- MTA Cooperative Group Group (1999). 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56,1073-1086.
- Peck, Heather L., Kehle, Thomas J., Bray, Melissa A., & Theodore, Lea A. (2005). Yoga as an Intervention for Children with Attention Problems. *School Psychology Review*, 34 (3), 415-424.
- Pliszka, S.R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatry Clinical North American*, 9 (3), 525-540.
- Pfiffner, L. J., Mikami A. Y., Huang-Pollock, C., Easterlin, B., Zalecki, C., & McBurnett, K. (2007). A Randomized, Controlled Trial of Integrated Home- School Behavioral Treatment for ADHD, Predominantly inattentive Type. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46 (8), 1041-1050.
- Plagens, C. M. (2004). The healing art of children : *An integration of art therapy and Bioenergetic education with ADHD child*. Ursuline College.
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1995). *Nursing Research Principles and Methods*. (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rickson, D. J. (2006). Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) : A comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 43, 39-62.
- Semrud-Clikeman, M., Neilsen, K. H., Clinton, A., Sylvester, L., Parle, N., & Connor, R.T. (1999) An intervention Approach for Children with Teacher and Parent- identified attention Difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 32 (6), 581-590.
- Silver, L. B. (2004). Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (3rd ed.). Arlington: Wilson Boulevard.
- Stahr Brenna, Cushing Danielle, Lane Kathleen, & Fox James. (2006). Efficacy of a Function – Based intervention in Decreasing Off – Task Behavior Exhibited by a Student With ADHD. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8 (4), 201-211.
- Workman, Stefanie Lee. (2002). Expressive arts therapy for a boy with ADHD, learning Disabilities and divorce issues. *Ursuline College*.



ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับเด็กสมาธิสั้น

เรื่องที่	1
ชื่อเรื่องงานวิจัย	An intervention approach for children with teacher-and parent-identified attentional difficulties
ผู้แต่ง/ปี	Margaret Semrud-Clikeman, Kathleen H. Nielsen, Amanda Clinton, Leihua Sylvester, Nancy Parle, and Robert T. Connor/ 1999
แหล่งตีพิมพ์	Journal of Learning Disabilities, 32, 581-590

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของ an attention training program ควบคู่กับ direct training in developing strategies สำหรับการแก้ปัญหาในกลุ่มเด็กที่มีปัญหา ADHD ที่ได้รับการคัดเลือกจากคุณครู
Design	- experimental control group design
Level	- A
Setting	- School in suburban, Seattle
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - กลุ่มศึกษาเป็นเด็กนักเรียน grade 2 through 6 in three middle class school districts in suburban Seattle อายุระหว่าง 8-12 ปี - เด็กทุกคนต้องผ่านการประเมินด้วย The Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) และ ADHD module (DSM-IV criteria) - เด็กทุกคนต้องผ่าน screening process ด้วยการทดสอบ vocabulary and block design subtests of the Wechsler Intelligence Scale for Children-Third edition (WISC-III; Wechsler, 1991) และต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน กลุ่มทดลอง (ADHD group): 1. จะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินของคุณครูโดยใช้ numbers of incomplete assignments and difficulty remaining attentive and on tasks in the classroom

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 1 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	2. คะแนนจาก CBCL ที่ประเมินโดยทั้งครูและครอบครัว ที่มี T score มากกว่า หรือเท่ากับ 67 และมีอาการของ ADHD ตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria อย่างน้อย 8 อาการ และอาการเกิดก่อนอายุ 7 ปี กลุ่มควบคุม (Control group): ได้คะแนนจาก CBCL ที่ประเมินโดยทั้ง ครูและครอบครัว ที่มี T score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 และมีอาการของ ADHD ตามเกณฑ์ของ DSM-IV criteria น้อยกว่า 3 อาการ เกณฑ์คัดออก: - กลุ่มทดลอง (ADHD group): เด็กที่มีปัญหาเรื่อง emotional disturbance หรือ learning disability, comorbid disorders associated with ADHD เช่น oppositional defiant disorder และ conduct disorder เป็นต้น กลุ่มตัวอย่าง : กลุ่มศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มควบคุม : จำนวน 21 คน เป็นเด็กผู้ชาย 15 คนและเด็กผู้หญิง 6 คน 2. กลุ่มทดลอง มี 2 กลุ่ม ได้แก่ - กลุ่มที่ได้รับ intervention (ADHD-I) จำนวน 21 คน เป็นเด็กผู้ชาย 18 คนและเด็กผู้หญิง 3 คน รายละเอียดของกลุ่มนี้ เช่น 10 คน เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหา ADHD, 2คน ได้รับการรักษาด้วยยา, 8 คน เป็น ADHD combined type และ 13 คนเป็น ADHD predominantly inattentive type - กลุ่มที่ไม่ได้รับ intervention (ADHD-C) จำนวน 12 คน เป็นเด็กผู้ชาย 10 คนและเด็กผู้หญิง 2 คน
Outcomes	- Pre- and posttest measure of visual attention - Pre- and posttest measure of auditory attention
Research Instruments	Test of visual and auditory attention I. <u>The visual attention task</u> : หมายถึง the d2 (Brickenkamp, 1981) - เด็กต้อง scan a row of ds with one to three marks around them

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	และต้องเลือก the ds with 2 marks - มี 14 rows และเด็กจะต้อง move down to the next row every 20 seconds คะแนนที่วัดคือ total correct minus errors - The internal consistency ของการวัดโดยเครื่องมือนี้ มีค่ามากกว่า 0.80 และมีค่า test-retest reliability ระหว่าง 0.89- 0.92 ในระยะเวลา 12 เดือน II. <u>The auditory attention task</u> : The Brief Test of Attention; Schretlen, 1989 - เด็กต้อง listen to a series of random letters and numbers แล้วตอบคำถามเกี่ยวกับ letters and numbers ที่ได้ยิน รวมถึงในกรณีที่มีสิ่งกระตุ้น (stimuli) ด้วย ซึ่งจะเริ่มจากจำนวนของ stimuli จาก 4 จนถึง 12 ในตอนท้ายสุด - เป็นการวัด auditory divided attention และ sustained attention - The reliabilities of this test มีค่าระหว่าง 0.82-0.91 -
Interventions	กลุ่มควบคุม - ไม่ได้รับ intervention กลุ่มทดลอง - กลุ่ม ADHD-C : ไม่ได้รับ intervention - กลุ่ม ADHD-I : ได้รับ intervention คือ Attention-training program ที่มีรายละเอียด ดังนี้ 1. กลุ่มประกอบด้วยเด็ก 4-5 คน จัดกลุ่มตามอายุและมีผู้นำกลุ่มประมาณ 2-3 คน 2. เวลาในการทำกลุ่ม 60 นาที จำนวน 2 ครั้งต่ออาทิตย์ เป็นเวลา

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	18 อาทิตย์ ยกเว้นวันหยุดของโรงเรียน 3. การเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง มี charts ของเด็กแต่ละคน และมีการ บันทึก ความเร็ว และความถูกต้องของเป้าหมายงานในครั้งที่ผ่านมา 4. เด็กแต่ละคนจะตั้งเป้าหมายไว้ล่วงหน้า
Results	<u>With in group</u> - <u>Between group</u> I. Vocabulary subtest and block design subtest : ไม่มีความแตกต่างกันทาง สถิติระหว่างกลุ่ม ADHD และกลุ่มควบคุม II. Parent and teacher CBCL score on the attention scale : กลุ่มเด็กที่มี ปัญหา ADHD มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) III. Visual attention: กลุ่มADHD-C และกลุ่ม ADHC-I มีคะแนนในช่วง pretest ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) และเมื่อ พิจารณาในช่วง posttest พบว่า กลุ่ม ADHD-C มีค่าคะแนนต่ำกว่ากลุ่ม ADHD-I และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ IV. Auditory attention : กลุ่มADHD-C และกลุ่ม ADHC-I มีคะแนน ในช่วง pretest ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$) และเมื่อพิจารณาในช่วง posttest พบว่า กลุ่ม ADHD-I มีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม
Implication	- กลุ่ม ADHD-I มี improvement ที่ดีขึ้นในส่วนของ task persistence and completion on specific measures บ่งชี้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการได้รับ attention training และ immediate feedback about performance ที่ช่วยให้ เด็กสามารถ cope with interference sensitivity

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	- การใช้ charts และติดตามเรื่อง the child's approach to tasks จะช่วยในการ prove ถึง helpful for task persistence and completion
Limitation	- มีเด็กส่วนหนึ่งที่ได้รับยาในการรักษา ทำให้ไม่สามารถแยกได้ว่าเด็กกลุ่มนี้ดำเนินกิจกรรมต่างๆแตกต่างจากกลุ่มไม่ได้รับยาหรือไม่ - ถึงแม้ว่ากลุ่มเด็กที่มีปัญหา ADHD with predominantly inattentive type จะไม่แตกต่างจากกลุ่ม combined type แต่ในการศึกษานี้มีจำนวนเด็กค่อนข้างน้อย ดังนั้นการเพิ่มจำนวนเด็กที่มากขึ้นอาจจะทำให้เห็นความแตกต่างที่มากขึ้น - การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเด็กที่เป็น severe externalizing or disruptive behaviors ซึ่งเด็กกลุ่มนี้โดยทั่วไปมักจะอยู่ในชั้นเรียนพิเศษ ดังนั้นการนำผลที่ได้ไปใช้กับกลุ่มที่เป็น severe type of ADHD อาจจะไม่เด่นชัด

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

เรื่องที่

2

ชื่อเรื่องงานวิจัย

The effect of yoga on the attention and behavior of boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

ผู้แต่ง/ปี

Pauline S. Jensen and Dianna T. Kenny /2004

แหล่งตีพิมพ์

Journal of attention disorders, 7, 205-214

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาการใช้กิจกรรมโยคะเป็น complementary treatment กับการรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อลด behavioral and attentional deficit symptoms of ADHD
Design	- A randomized crossover design
Level	- A
Setting	- Westmead hospital, Westmead, New South Wales, Australia
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD โดย experiences pediatricians specializing in ADHD ตาม DSM-IV criteria และมีการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการประเมิน เช่น parent and teacher behavior checklist, parent and child interview, and psychometric testing (including WISC111 and educational assessment) นอกจากนี้มีการ confirm การวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ด้วยผลของ pre-test Conners'Parent Rating Scales: Long [CRPS:R(L)] ที่มี t-score มากกว่า 70 - เด็กต้องไม่ใช้ภาษาอังกฤษได้ดี เด็กกลุ่มนี้ได้รับยา dexamphetamine and/or methylphenidate หรือยาที่ใช้ในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรค เช่น นอนหลับยาก มีความวิตกกังวล - เด็กที่มี comorbid anxiety disorder and learning disability - เด็กต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมโยคะทุกสัปดาห์เป็นเวลา 20 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก - เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น oppositional defiant disorder (ODD) และ

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 2 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	Conduct disorder (CD) แต่ในการศึกษาจริงพบว่ามียุติที่มี mild expression of ODD เข้ามาด้วย 2 คนเนื่องจากปัญหาเรื่องจำนวน sample - ครอบครัวมีปัญหาด้าน serious family pathology (เช่น parental clinical depression or substance abuse, criminality in one or both parents, หรือ domestic violence) - เด็กที่ได้รับการรักษาแบบอื่น
Outcomes	- Behavioral, attention and motor activity in child with ADHD
Research Instruments	Behavioral Measures : 1) Conners' Parent (CPRS-R:L) Teacher (CTRS-R:L) Rating Scales-Revised:Long (Conners, 1997) - โดย CPRS-R:L ประกอบด้วย 13 scales (59 questions) และ CTRS-R:L ประกอบด้วย 14 scales (80 questions) ซึ่งทั้ง 2 ส่วนเป็น multimodal parent and teacher assessment rating scales of ADHD and related behavioral problems - Subscales ประกอบด้วย Oppositional, Cognitive problems, Hyperactivity, Anxious/shy, Perfectionism, Social problems, Psychosomatic (CPRS-R:L only), ADHD index, Conners' global index lability, Conners' global index total, DSM-IV inattention, DSM-IV hyperactivity/impulsive, DSM-IV total - มีค่า Internal consistency coefficients ระหว่าง 0.75-0.90 และค่า week retest reliability coefficients ระหว่าง 0.60-0.90 2) Test of Variables of attention (TOVA) (Greenburg, 1991) - เป็น a continuous performance test ที่นำมาใช้เพื่อหลีกเลี่ยง confounding attention with language processing skills or short-term

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 2 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	memory problems - ในแบบทดสอบจะมี short stimuli presentation, short interstimuli intervals และจะใช้เวลาน้อยกว่าแบบที่มีอยู่ทั่วไป 3) Motion Logger-Actigraph: - The Actigraph เป็น a portable electronic activity monitor สำหรับสวมที่ข้อมือ เอวหรือข้อเท้า - The Actigraph ยังเป็นตัวบ่งชี้ถึง general motor activity ที่กระทำในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ แต่ข้อมูลที่ได้ไม่ได้บอกถึง type of movement recorded ในการศึกษาการวัด The Actigraph เป็นสิ่งสำคัญในการติดตามเรื่องการเคลื่อนไหวของเด็กในสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่นที่โรงเรียน บ้าน และในช่วงวันหยุด เพื่อที่จะวัดความแตกต่างในสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันและในสถานะที่มีได้รับรับ/ไม่ได้รับยา
Interventions	กลุ่มควบคุม - จะได้รับกิจกรรม cooperative games and activities ที่เกี่ยวข้องกับทักษะในด้านต่างเช่น talking and listening, turn-taking, sharing equipment, and talk time กลุ่มทดลอง : Yoga technique - โปรแกรมนี้ developed from publications by Nagendra, Moham, Shriram, (1988) and Sarawati (1990), and trailed successfully in a pilot study conducted by Jensen (2002) - โปรแกรมนี้ร่วมกับ standard yogic practices และประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) Respiratory training , 2) postural training และ 3) relaxation training - นอกจากนี้ยังมี concentration training จะเกี่ยวข้องกับเทคนิคที่เรียกว่า “Trataka” ซึ่ง participants focused on a word or shape, followed by seeing the image with eyes closed and continuing to

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	see the image on a blank piece of paper
Results	<u>With in group</u> I) Yoga group : - เด็กเข้ากลุ่มโยคะเฉลี่ย 13.9 ครั้งจากทั้งหมด 20 ครั้ง (range =5-19 ครั้ง) จำนวนวันเฉลี่ยที่ฝึกเท่ากับ 54.7 วัน - มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ subscale ใน CPRS ระหว่าง pre-test และ post-test (Table 2): Oppositional ($p=0.003$, Cohen's $d=0.77$); Global Index Emotional Lability ($p=0.001$, Cohen's $d=0.79$); Global Index Total ($p=0.001$, Cohen's $d=0.73$); Global Index Restless/Impulsive ($p=0.008$, Cohen's $d=0.73$); and ADHD Index ($p=0.019$, Cohen's $d=0.29$) รวมถึง CPRS Perfectionism ($p=0.032$), DSM-IV Hyperactive/Impulsive ($p=0.036$) and DSM-IV Total ($p=0.024$) - มีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกจากช่วง pre-test ถึง post-test ในส่วนของ CTRS โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างจำนวนครั้งที่ทำกิจกรรมกับ Hyperactive-Impulsive subscale ($r=-0.712$, $p=0.021$) และ DSM-IV Inattention subscale ($r=-.551$, $p=0.07$) - TOVA: พบว่าเด็กที่มี more home practice มี significant improvement on TOVA Response Time Variability ($r=0.628$, $p=0.038$), TOVA ADHD score ($r=0.648$, $p=0.05$) and CTRS-R:L Global Emotional Lability ($r=-.628$, $p=0.05$) - ผลจาก the Motion Logger Actigraph ไม่สามารถสรุปชัดเจนได้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลมีปัญหา II) Control group : - เด็กเข้ากลุ่มเฉลี่ย 3 ครั้งจากทั้งหมด 5 ครั้ง

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 2 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ 3 subscale ใน CPRS ระหว่าง pre-test และ post-test (Table 2) - มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ 3 subscale ใน CPRS ระหว่าง pre-test และ post-test (Table 2): Hyperactivity ($p=0.004$, Cohen's $d=0.39$); Anxious/shy ($p=0.028$, Cohen's $d=0.59$); and Social problem ($p=0.034$, Cohen's $d=0.85$) รวมถึง CPRS Perfectionism ($p=0.028$), DSM-IV Hyperactive/Impulsive ($p=0.016$) and DSM-IV Total ($p=0.016$) - การประเมิน CPRS ในส่วนของครอบครัวพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโยคะ และกลุ่มควบคุม <u>Between group :</u> มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ subscale ทั้งหมดใน CPRS และ CTRS ระหว่าง Yoga group และ Control group ในช่วง pretest
Implication	- การใช้กิจกรรมโยคะในการศึกษานี้น่ามาใช้เสมือน complementary treatment สำหรับเด็กที่มีปัญหา ADHD ก่อให้เกิดส่วนที่ดีและประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเย็นที่ไม่มีผลจากยาที่ได้รับเป็นประจำ - กิจกรรมโยคะมีบทบาทในการช่วย stabilizing emotions และลด oppositional behavior
Limitation	จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีน้อยจึงไม่เพียงพอที่จะทำให้เห็นผลที่แตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มที่ทำกิจกรรมโยคะกับกลุ่มควบคุมความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่าง (heterogeneous sample) ในเรื่องต่างๆ เช่น อายุ, school placement (primary or secondary), subtype of disorder และ individual variability อาจจะบิดเบือนผลจริงๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นการทำกลุ่มในช่วงเวลานอกชั่วโมงเรียน ทำให้เกิด logistical problems มากมาย ความแตกต่างในเรื่องจำนวนครั้งที่เข้ากลุ่ม และการปฏิบัติ/คุณภาพในการทำกิจกรรมโยคะที่บ้าน อาจจะมีผลต่อผลที่จะเกิดขึ้น

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

เรื่องที่ 3

ชื่อเรื่องงานวิจัย Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) : A comparison of the effects on motor impulsivity

ผู้แต่ง/ปี Daphne J. Rickson/ 2006

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Music Therapy, 43, 39-62

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อจะศึกษาเปรียบเทียบวิธีการทางดนตรีบำบัดแบบ Instructional model และ Improvisational model ต่อ levels of motor impulsivity ในเด็กที่มีปัญหาเรื่อง ADHD
Design	- A multiple contrasting treatment and an experimental control group design
Level	- A
Setting	- A residential school for students who have intellectual , social and emotional deficits, New Zealand
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหา ADHD ตามเกณฑ์ของ DSM-IV และกำลังรับการรักษาด้วยยา (stimulant medication) - ไม่เคยประวัติการเข้าร่วมในกลุ่มทางดนตรีบำบัดมาก่อน เกณฑ์คัดออก : - กลุ่มตัวอย่าง - เด็กชายที่มีปัญหา ADHD อายุ 11-16 ปี อายุเฉลี่ย 13 ปี จำนวน 13 คน และอาจมี learning difficulties ร่วมกับมีปัญห่อื่นด้วย เช่น oppositional disorders (OD), obsessive compulsive disorder (OCD), post traumatic stress disorder (PTSD), mood disorder, fetal alcohol syndrome (FAS), and intermittent explosive disorder (IED)

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	- แบ่งเป็น 3 กลุ่มโดยวิธีสุ่ม คือ 1. กลุ่มควบคุม ประกอบด้วยเด็ก 5 คน ซึ่งไม่ได้รับ music therapy treatment 2. กลุ่ม B ประกอบด้วยเด็ก 4 คน ซึ่งจะได้รับ 8 sessions ของ improvisational music therapy ก่อนในช่วงแรก (phase 1) และตามด้วย instructional music therapy ใน 8 sessions ถัดมา (phase 2) 3. กลุ่ม C ประกอบด้วยเด็ก 4 คน ซึ่งจะได้รับ treatment สลับกับกลุ่ม B
Outcomes	- Changes in impulsivity
Research Instruments	I) Synchronized Tapping Task (STT): - ความสามารถในการรักษาการเคาะให้จังหวะ ในขณะที่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (เช่น STT) ถูกนำมาใช้ในการวัด impulsivity - เป็นการทดสอบผ่านทางคอมพิวเตอร์ ที่ใช้วัดความสามารถของเด็กในการที่จะดำเนินการเช่นการเคาะให้จังหวะ พร้อมกับเสียง (a woodblock sound) จากคอมพิวเตอร์ในช่วงเวลา 1500 milliseconds (ms) หรือ 40 beats-per-minute (40 bpm) และที่ช่วงเวลา 800 ms หรือ 75 bpm ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากช่วงเวลาที่น้อยกว่าหนึ่งวินาที จบ่งบอกถึงการตอบสนองอย่างอัตโนมัติ จากกลไกภายในร่างกายด้านเวลา ในขณะที่ขบวนการที่ใช้เวลานานกว่าจะ เกี่ยวข้องกับ working memory - ในการศึกษาเด็กแต่ละคนจะต้องปฏิบัติทั้ง 2 speeds ซึ่งการเลือกลำดับการใช้จะเป็นไปในลักษณะการสุ่ม และเพื่อช่วยเด็กในการเริ่มทำ STT พวกเด็กจะได้รับคำแนะนำที่ประกอบด้วย 4 taps (เคาะ) ที่ speed ที่ต้องการทดสอบโดยใช้เสียงที่ต่างกัน รวมถึงการช่วยเหลือเพิ่มเติมด้วยการนับถอยหลัง (“4, 3, 2, 1, 0, Go”) จากภาพบนจอ เสียงบี๊บเตือน (a warning

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	beep) จะเป็นการนับหนึ่งเพื่อที่จะบอกพวกเด็กให้เริ่มการเคาะครั้งต่อไป ด้วยเสียง “Go” โดยคำว่า “Go” จะอยู่บนจอตลอดช่วงเวลาของ 32 taps of the test แต่จะอยู่นิ่งและจะไม่มีการให้คำแนะนำเรื่องเวลากับเด็กๆ อีก - ที่ speed 40 bpm การทดสอบจะใช้เวลา 48 วินาที และที่ speed 75 bpm การทดสอบจะใช้เวลา 25.6 วินาที ในจังหวะการเคาะที่ 32 เสียงที่ออกจากคอมพิวเตอร์จะเปลี่ยนและคำ “Stop” จะปรากฏที่จอพร้อมๆ กัน หลังจากนั้น 3 วินาทีบนจอจะมีการเปลี่ยนข้อความเป็น “Great work” และการทดสอบจะทำในห้องดนตรี เริ่มเวลา 9.00 น. ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที - การเก็บข้อมูลในช่วง baseline นั้นจะเก็บในเด็กทั้งหมด 13 คน เป็นเวลา 4 วันในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ก่อนที่จะเริ่มทำกลุ่ม โดยในแต่ละวันนั้นเด็กทุกคนจะต้องทำการทดสอบ 2 ชุด ชุดที่ 1(a) ใช้เวลา 45 นาที และชุดที่ 2 (b) โดยในช่วงระหว่างเวลาของชุดที่ 1 และ 2 นั้นเด็กจะกลับเข้าสู่ชั้นเรียน ปกติ - ส่วนในกลุ่มควบคุมจะมีการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ชุดทดสอบในหนึ่งวันเท่านั้น ในช่วงกลางของการศึกษานี้ และที่ช่วงเวลาท้ายของการศึกษาจะมีการเก็บข้อมูลอีกครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ - ส่วนกลุ่ม B และ C จะมีการทดสอบในช่วงเวลาก่อนและหลังการให้ดนตรีบำบัด และระหว่าง 2 speeds โดย STT test (a) จะเริ่มเวลา 9.00 น. ก่อนการเริ่ม session และหลังจากนั้น 30-45 นาทีจะตามด้วย STT test (b) - การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์เพื่อหาจำนวนความผิดพลาด (Error Numbers ; EN) โดยมีการ set ค่าของ the tolerance level สำหรับค่าความผิดพลาด เท่ากับ -0.1 or 0.1 วินาที นั่นคือเล่นภายในเวลา 0.1 วินาที ก่อนหรือหลังการเคาะให้จังหวะ ถือว่ายังอยู่ในช่วงค่าปกติ ส่วนถ้ามีการทำนอกเหนือจากเวลานี้ถือว่ามี การเบี่ยงเบนและนับเป็นความผิดพลาด (error) ข้อมูลที่เก็บได้จะ saved directly onto Microsoft Word Excel sheets โดย

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	โปรแกรมจะบันทึกความถี่ของเวลาที่เสียงถูกปล่อยออกมา และเมื่อมีการตอบสนองจากเด็ก การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วน response data จะควบคู่ไปกับ the stimulus sound การตอบสนองอื่นๆจะบันทึกเป็น extra beats (EB) และการตอบสนองที่เกิดขึ้นในระหว่างช่วง จะบันทึกเป็น missed beats (MB) II) Conners' Rating Scales (Revised: Long Version) (CRS-R:L) - The Conners' Global Index Restless-Impulsive (R-I) scale และ Conners' DSM-IV Hyperactive-Impulsive (H-I) scale ใช้สำหรับการหาการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในส่วน impulsivity - ข้อมูลด้านพฤติกรรมทั่วไปของเด็กจะเก็บข้อมูลโดยใช้ Parent Report Forms (CPRS-R:L) บันทึกโดย residential social workers (RSWs) และ Teacher Report Forms (CTRS-R:L) บันทึกโดยครูในชั้นเรียน - สิ่งสำคัญในส่วนนี้คือเนื่องจาก Conners' Rating Scales เป็นการวัด symptomatic behaviors ดังนั้นการที่มีคะแนนลดลงจะแปลผลได้ว่ามีการพัฒนา / ปรับตัวในด้านพฤติกรรมที่ดีขึ้น - การวัดจะทำ 2 ครั้งในช่วงก่อนและตอนจบของการศึกษา III) Additional session observation : การเก็บข้อมูลจะใช้ session observation forms, daily notes และ videotape เพื่อจะอธิบายถึงพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นของพวกเด็ก เช่นอาการหงุดหงิด วิ่งรอบห้อง การใช้อุปกรณ์ต่างๆไม่เหมาะสม เป็นต้น โดยเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เคย = 0, บางครั้ง = 1, บ่อยๆ = 2 และบ่อยมาก = 3

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มควบคุม - ไม่ได้รับ musical therapy กลุ่มทดลอง : จะมี 2 รูปแบบของ music therapy คือ I) Instructional approach : - รูปแบบนี้จะอยู่บนพื้นฐานของ behavioral and developmental theory และเกี่ยวข้องกับการสอนโดยตรงและงานที่มีรูปแบบ specific beat and rhythm - โดยเด็กจะได้ทำกิจกรรมในลักษณะต่างๆ เช่น เล่นดนตรีด้วยเครื่องดนตรีชนิดเคาะ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้จังหวะ (rhythmic) นำเสนอในรูปแบบของกิจกรรมที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีการทำซ้ำๆ รวมถึงการที่เด็กสามารถที่จะเล่นดนตรีเป็นวงด้วยเครื่องดนตรีชนิดเคาะแบบง่ายๆ - มีเครื่องดนตรีหลายแบบที่เด็กสามารถเลือกใช้ได้ในการทำกลุ่ม ในการใช้เพลง a greeting song เด็กในกลุ่มจะทำกิจกรรมในรูปแบบการใช้จังหวะที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน เช่น therapist จะให้เด็กเลือกเครื่องดนตรีและเล่นในเวลาที่กำหนดด้วยการเคาะในรูปแบบ 8 bars of 4/4 - เพื่อที่จะทำให้เกิดแรงกระตุ้น สำหรับเด็กให้มีความตั้งใจและมีความพร้อมในการซ้อม therapist จะเลือกเด็กหนึ่งคนที่สามารถเล่นได้ดีขึ้นมาเป็นผู้นำกลุ่มโดยเลือกใช้เครื่องดนตรีที่นิยมเล่น (เช่น the floor tom or snare drum) โดย therapist จะกำหนดการเคาะให้จังหวะในเวลาที่กำหนด ส่วนเด็กคนอื่นๆก็จะเลือกเครื่องดนตรีและเล่นตามที่ได้รับมอบหมายตามจังหวะการเคาะแบบนั้นๆ สุดท้าย therapist จะกำหนดรูปแบบต่างๆของจังหวะ ที่มีลักษณะเฉพาะในการเล่นทั้งวง เด็กทุกคนจะได้รับการซ้อมทั้ง 4 ส่วนทำให้สามารถเล่นแทนกันได้ และเมื่อเด็กๆคุ้นเคยกับทุกส่วน พวกเขาจะซ้อมเล่นเป็นวง และจบด้วยการเล่นเพลง a farewell song - ในการทำกลุ่มนี้ therapist จะมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งใน

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	เรื่องคำสั่ง คำแนะนำ การบอกถึงข้อผิดพลาด การชื่นชมและการสนับสนุนเมื่อเด็กมีการตอบสนองที่ถูกต้องและมีการพัฒนาขึ้น เป็นต้น ช่วยในการตัดสินใจเลือกดนตรีของเด็ก - นอกจากนี้ถ้าเด็กต้องการจะมีการทำกลุ่ม ที่จะนำไปสู่การพัฒนาเพลงที่เคยเล่นมาแล้ว - บทบาทของ therapist ในกลุ่มนี้คือช่วยสนับสนุนและชักชวนให้เล่นดนตรี ดังนั้น - การให้ข้อมูลผ่านการบอกเล่าจะมีค่อนข้างน้อย และมักจะเป็นในลักษณะทางอ้อม II) Improvisational approach : การทำกลุ่มของ therapist จะขึ้นอยู่กับดนตรีที่ถูกเลือกมาเพื่อจะส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาของเด็ก และเด็กสามารถที่จะตอบสนองในทางใดทางหนึ่ง ที่อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น ซึ่งเชื่อว่าขบวนการในการเลือกดนตรีและการพัฒนาความสัมพันธ์ทางอารมณ์จะช่วยให้เด็กประสบความสำเร็จในด้านความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตัวเอง, self awareness และ awareness of others' needs - เครื่องดนตรีที่ใช้จะเป็นเครื่องเคาะให้จังหวะแบบง่ายๆ หลังจากเพลง a greeting song เด็กจะเป็นคนเลือกรูปแบบ, อาร์มน์ หรือแนวของเพลงสำหรับการทำกลุ่ม รวมถึงเครื่องมือที่จะใช้เล่นด้วย โดยจะมี therapist เป็นผู้ช่วยในการเลือกเครื่องดนตรี - บางครั้งอาจจะมีการใช้ Cue card เช่น Country, Rap, blues, Rock, Jazz
Results	<u>With in group</u> I) STT Data : - Within-session score จาก Conners'scales ที่ประเมินโดย RSW และครูพบว่ากลุ่ม B มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากกว่ากลุ่ม C รวมถึง consistency of behavior จะแตกต่างกันในระหว่าง Phase 1 (term 3 of the school year) และ Phase 2 (term 4 of the school year)

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- Difference before and after session: ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของ error numbers ทั้งจาก Instructional กับ Improvisational approach ในช่วงเวลาที่ทดสอบที่ต่างกัน (ตอนเริ่มต้นและตอนจบ session) ทั้งกลุ่ม B และ C <u>Between group</u> I) STT Data : - ANOVA analysis : Baseline data ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของ STT score ระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม - เปรียบเทียบระหว่าง Instructional กับ Improvisational approach ด้วย Unpaired t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของ STT score ระหว่าง 2 treatments ($p=0.250$) - ANOVA analysis of Error numbers with combined speeds (Baseline vs last 4 sessions from each phase) : พบว่าทั้งกลุ่ม B และ C มีค่าคะแนนความผิดพลาดใน phase 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับช่วง baseline - เปรียบเทียบระหว่าง Phase I และ Phase 2 พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความผิดพลาดเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่ม B และ C มีค่าคะแนนความผิดพลาดลดลง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) - ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของ treatment effect ในทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่ม B และ C) - <u>Error premature/Late response</u> : มีการพิจารณาข้อมูลการตอบสนองของเด็กต่อ STT stimuli ทั้งในลักษณะ premature และ late รวมกันเพื่อช่วยในการแปลผลว่าตอบสนองอันใดจัดว่าเป็น “impulsive” เมื่อพิจารณา รวมทั้งกลุ่มใหญ่ที่ได้รับ treatment พบว่า a) At 40 bpm in phase 1 : เด็กทั้งหมดมีความผิดพลาดรวมเท่ากับ 2195 ซึ่งเป็นแบบ early response เท่ากับ 1118 (51%) และเป็นแบบ

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	late response เท่ากับ 1077 ส่วนใน phase 2 นั้นมีความผิดพลาดรวมเท่ากับ 1921 ซึ่งเป็นแบบ early response เท่ากับ 1017 (53%) และเป็นแบบ late response เท่ากับ 904 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่ม B ดูเหมือนจะมีจำนวนของ premature responses สูงกว่ากลุ่ม C แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ b) At 75 bpm in phase 1: : เด็กทั้งหมดมีความผิดพลาดรวมเท่ากับ 1712 ซึ่งเป็นแบบ early response เท่ากับ 1151 (67%) และเป็นแบบ late response เท่ากับ 561 ส่วนใน phase 2 นั้นมีความผิดพลาดรวมเท่ากับ 1197 ซึ่งเป็นแบบ early response เท่ากับ 946 (81%) และเป็นแบบ late response เท่ากับ 251 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม B และกลุ่ม C พบว่าใน phase 1 ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนใน phase 2 พบว่าจำนวนของ early response ของกลุ่ม B จะมากกว่ากลุ่ม C เป็นที่น่าสังเกตว่าถึงแม้ภาพรวมทั้งหมด จำนวนครั้งของความผิดพลาดจะลดลงในทั้งสองกลุ่ม แต่ดูเหมือนการปรับปรุงด้านความถูกต้องจะสัมพันธ์กับ late responses - <u>Students' ability to begin cue</u> : พบว่าใน phase 1 นั้น จะพบ extra beats or missed beats ค่อนข้างบ่อยกับการตอบสนองต่อ cue ในตอนเริ่มต้น นั่นคือเด็กมีความยากในการ synchronized การเคาะจังหวะของพวกเขากับ จังหวะแรกหลังจากช่วง introduction และ warning beep โดยจะพบเป็น early and late response ในกลุ่ม B และเป็น late response ในกลุ่ม C แต่ก็พบว่าในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการ synchronized กับ first beat ที่ดีขึ้น - <u>Analysis of error number at separate speed</u> : พบว่าพวกเด็กจะมีความผิดพลาดมากกว่าในช่วง slower speed สำหรับกลุ่ม C นั้นมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ mean EN ที่ 40 bpm (เท่ากับ 18.36) กับที่ 75 bpm (เท่ากับ 14.71) ($p=0.034$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 3 กลุ่มพบว่าที่ 40 bpm นั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ mean EN แต่ที่

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	75 bpm มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ mean EN ($p=0.002$) โดยกลุ่มควบคุมมี error เพิ่มขึ้น ส่วน กลุ่ม B และ C มี error น้อยลง II) Conners' Parent and Teacher Scores : จากการวิเคราะห์ด้วย Two-way ANOVA พบว่าทั้ง CTRS และ CPRS ในส่วน R-I และ R-H นั้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการให้ music therapy ที่ต่างกัน - Other relevant findings : พบว่า CTRS และ CPRS ที่ baseline มีคะแนนต่างกัน โดย RSWs จะรายงานเกี่ยวกับ severe ADHD symptoms น้อยกว่าที่ครูรายงานนอกจากนี้ Parent score โดยทั่วไปพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีคะแนนแย่ลงในขณะที่ Teacher score จะแสดงถึงการมี improvement ในทุก subscales ที่วัดตลอดช่วงที่ให้ music therapy - เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม treatment พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ DSM-IV Total ($p=0.019$) และ The Conners' Global Index ($p=0.031$) นอกจากนี้ครูรายงานการลดลงของ Cognitive problems ในกลุ่ม B หลังจากได้รับ treatment ($p=0.008$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันในส่วนของการ attention behavior ในกลุ่มที่ได้รับ treatment กับกลุ่มควบคุม ($p=0.079$) - ทั้งครูและ RSWs รายงานการเพิ่มขึ้นของ anxious/shy behavior ในแต่ละกลุ่มที่ได้รับ the instructional music therapy และพบว่าพฤติกรรมเหล่านี้ลดลงในช่วงที่ได้รับ the improvisational music therapy
Implication	- การให้ดนตรีบำบัดมีผลต่อการลดลงของ ADHD symptoms ในชั้นเรียน - การให้ดนตรีบำบัดแบบ the instructional music therapy และแบบ the improvisational music therapy ไม่มีผลต่อ levels of motor impulsivity - การเพิ่ม accuracy ของ STT จะสามารถชี้ให้เห็นความสัมพันธ์เรื่อง

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 3 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	improvement ในด้านอื่นๆของ developmental area ที่ไม่ได้เฉพาะกับ motor impulsivity
Limitation	- การศึกษานี้ไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยเรื่อง IQ ของเด็กที่อาจจะมีผลต่อตัวแปรที่ทำการศึกษา - กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่ต่างกันจะส่งผลต่อผลที่ได้จากการศึกษา - ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละ session เป็นอีกเรื่องที่สำคัญ อาจจะต้องมีการปรับตามความเหมาะสม - มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของยา และระยะเวลาที่ได้รับในช่วงที่ทำการศึกษาซึ่งอาจจะมีผลต่อตัวแปรที่ทำการวัด - การศึกษานี้ไม่มี “normal control group” ทำให้ขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องในส่วน of STT score ในกลุ่มเด็กอายุเดียวกัน

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น

เรื่องที่	4
ชื่อเรื่องงานวิจัย	Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder
ผู้แต่ง/ปี	Dikla Gol and Tal Jarus / 2005
แหล่งตีพิมพ์	Developmental Medicine & Child Neurology;47:539-545

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน (daily tasks) ของเด็กที่มีปัญหา ADHD เปรียบเทียบกับเด็กปกติ - เพื่อศึกษาถึงผลของการรักษาแบบ multimodal ในเด็กที่มีปัญหา ADHD โดยใช้ Occupational Therapy (OT) intervention ซึ่งมุ่งเน้นที่ improvement in social skills และ instruction of parents ต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันของเด็กกลุ่มนี้ตามการประเมินของ The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS; Fisher 1997)
Design	- experimental control group design
Level	- A
Setting	- Jerusalem Child and Family Developmental Center (Jerusalem, Israel)
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - กลุ่มศึกษาทั้งหมดต้องเป็นเด็กที่เรียนเต็มเวลาในโรงเรียนในช่วงเวลาที่ทำกรวิจัยโครงการนี้ - กลุ่มที่มีปัญหา ADHD : คัดเลือกจาก Jerusalem Child and Family Developmental Center (Jerusalem, Israel) ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก A Pediatric Neurologist โดยใช้เกณฑ์ของ The DSM-IV และมีคะแนนมากกว่า 15 จากการประเมินโดยใช้ The Conners' Teachers Rating Scale (CTRS 28 [scale28]) และ The Conners' Parent rating Scale (CPRS48[scale48]) - กลุ่มเด็กปกติ ที่ไม่มีปัญหา ADHD : คัดเลือกจากโรงเรียนเดียวกับกลุ่มที่มีปัญหา ADHD ที่ไม่มีปัญหาเรื่องพัฒนาการ, ไม่มีโรคที่ต้องได้รับ

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 4 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	การรักษาใดๆ และมีคะแนนจากทั้ง The CTRS28 และ The CPRS48 ต่ำกว่า 15 คะแนน เกณฑ์คัดออก - ไม่ได้กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 คน อายุ 5-8 ปี (อายุเฉลี่ย 6 ปี 9 เดือน) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มที่มีปัญหา ADHD: 27 คน (อายุเฉลี่ย 6 ปี 6 เดือน) เป็นเด็กหญิง 2 คน เด็กชาย 25 คน จะมี 9 คนที่ได้รับการสุ่มเพื่อเข้ากลุ่มที่จะได้รับ intervention 2. กลุ่มเด็กปกติ ที่ไม่มีปัญหา ADHD: 24 คน (อายุเฉลี่ย 6 ปี 11 เดือน) เป็นเด็กหญิง 8 คน เด็กชาย 16 คน
Outcomes	- Motor skill - Process skill
Research Instruments	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS): - เป็นการประเมิน performance ability in activities daily living (ADL) และ instrumental ADL (IADL) - เป็นการประเมินที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมสำหรับเด็กในช่วง under school age ที่มีการประเมินในลักษณะ everyday and self-care tasks - ในการประเมินนี้ กลุ่มเด็กจะมีการเลือกงานหรือกิจกรรม 2-3 อย่าง (tasks) ที่มีอยู่ในแบบประเมิน โดยที่ tasks จะแบ่งเป็น 13 กลุ่มใหญ่ เช่น beverage/cereal preparation and table setting ซึ่งในการทำกิจกรรมนั้นๆ จะมีการให้คะแนน; 16 motor skill และ 20 process skill คะแนนมี 4 ระดับจาก 1 ถึง 4 โดย

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	คะแนน 1 : Deficit – skill item deficit is severe enough to result in task breakdown, danger, or and unacceptable slowing of the task progression คะแนน 4 : Competent- no evidence of a skill item deficit affecting performance - เนื่องจาก AMPS score ประกอบด้วย 4 ด้านคือ skill item complexity, rater severity, task difficulty และ person ability ดังนั้นในการวิเคราะห์คะแนนจึงต้องใช้ multi-facted Rasch model (Linacre 1993) - ใน AMPS จะมีการวัด 2 ด้านได้แก่ Motor ability และ Process ability ซึ่งจะมีการคำนวณจากข้อมูลดิบ (raw data) ที่มีคะแนนจาก -3 ถึง +4 โดยในแต่ละ score จะมี own cut-off point ซึ่งคะแนนที่สูงกว่า cut-off point จะปั่งชี้ถึง independent level ส่วนคะแนนที่ต่ำกว่า cut-off point จะปั่งชี้ถึง dependent level
Interventions	กลุ่มควบคุม - ไม่ได้รับ intervention กลุ่มทดลอง : <u>An occupation therapy social skill :</u> - ในการทำกลุ่มจะถูก conducted โดย registered occupational therapists 2 คนโดยการทำกลุ่มจะอยู่บนพื้นฐานของ principles of behavioral and Cognitive models และการประเมินจะทำโดยบุคคลอีก 2 คน - Initial assessment ที่ clinic ใน 1 session ที่สอดคล้องกับ procedure described in the AMPS manual (Fisher 1997) - ในการเลือก tasks ที่เด็กจะทำกิจกรรม (9 คนจากทั้งหมด 27 คน) จะมีการสัมภาษณ์อย่างน้อยหนึ่งคนในครอบครัวเพื่อจะช่วยให้ในการเลือกกิจกรรมอย่างน้อย 5 กิจกรรม ที่เด็กคุ้นเคยและต้องทำที่บ้าน

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	- กลุ่มของ parents จะถูก conducted โดย a social worker และ a psychologist - การทำกลุ่ม meetings ทุกครั้งจะมี fixed structure ได้แก่ เริ่มต้นด้วย relaxation exercise ตามด้วยกิจกรรมต่างๆ (ศิลปะ เกมส์ การทำอาหาร) และจบลงด้วยการทำกิจกรรม cleaning up the room - ใน meeting แต่ละครั้งจะมี social theme with the goal of acquiring social skills เช่น listening, waiting in turn, and learning how to behave when irritated by another child - ในช่วง 1 ชั่วโมงท้ายของการทำกลุ่ม จะมีการร่วมกิจกรรมระหว่างเด็กและครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลอย่างละเอียดในเรื่อง specific session และการบ้านที่เด็กจะต้องทำ รวมถึงการให้แนวทางเกี่ยวกับวิธีในการฝึกปฏิบัติ skills เหล่านี้เมื่ออยู่ที่บ้าน - ระยะเวลาในการให้ intervention และการ assessment : 1. การให้ intervention แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรก 10 สัปดาห์ มีการพัก 4 สัปดาห์ และต่อด้วยการทำกลุ่มอีก 5 สัปดาห์ 2. การ assessment มีทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งแรก; initial assessment ครั้งที่ 2; หลังจากการให้ intervention ครั้งแรก (week 10) และครั้งที่ 3; หลังจากการให้ intervention ครั้งที่สอง (week 19) - ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะมี 10 คนที่ถูกสุ่มมาเพื่อได้รับ second assessment ใน week 10 ที่ตรงกับกลุ่มทดลอง
Results	<u>With in group</u> - <u>Differences between the three assessments (กลุ่มทดลอง)</u> 1) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการ assessment ทั้ง 3 ครั้ง ทั้งในส่วน of process scale ($p < 0.015$) และ motor scale ($p < 0.001$) 2) มี significant improvement อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 1st

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 4 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	assessment กับ 2nd assessment และระหว่าง 1st assessment กับ 3rd assessment แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2nd assessment กับ 3rd assessment Between group - <u>In ADL/IADL performance :</u> 1) Process scale : มีความแตกต่างกันของ process ability อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีปัญหา ADHD กับกลุ่มที่ไม่มีปัญหา ADHD โดยกลุ่มที่ไม่มีปัญหา ADHD จะมีคะแนนที่สูงกว่า รวมทั้งคะแนนในส่วน of process subscales ด้วย 2) Motor scale : ไม่มีความแตกต่างกันของ motor scale ทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีปัญหา ADHD กับกลุ่มที่ไม่มีปัญหา ADHD รวมทั้งคะแนนในส่วน of motor subscales ด้วย ยกเว้นในประเด็นของ coordination ที่กลุ่มที่ไม่มีปัญหา ADHD จะมีคะแนนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีปัญหา ADHD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) - <u>Differences between assessments and diagnosed group</u> 1) ในส่วนของ main effect of diagnosed group กับ assessment time (by two-way ANOVA) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของทั้ง process scale และ motor scales 2) ผลของ interaction ระหว่าง assessment กับ diagnosed group มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในส่วน of process scale ($p=0.008$) และ motor scale ($p=0.001$) 3) เด็กที่มีปัญหา ADHD ที่ได้รับ OT social skills training มี improvement ที่ดีขึ้นจาก 1st assessment ถึง 2nd assessment ทั้งในส่วน of process scale และ motor scale ในขณะที่กลุ่มเด็กที่ไม่มีปัญหา ADHD ไม่พบความสัมพันธ์นี้

**ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 4 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	- ซึ่งการมี improvement การศึกษานี้สนับสนุน information ที่ว่าเด็กที่มีปัญหา ADHD จะมี more difficulties in ADL and IADL performance เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่มีปัญหา ADHD ที่ดีขึ้นเกิดจากการได้รับ OT social skills training group โดยตรง - การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของ a multimodal approach ที่ประกอบด้วย ครอบครัว เด็ก และ the social, motor and process skills ซึ่งจะช่วย让孩子สามารถจัดการ/ดำเนินการใน occupational activities ได้หลากหลายมากขึ้น รวมถึง ADL and IADL - การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของ family center intervention
Limitation	- กลุ่มศึกษามีจำนวนน้อย : กลุ่มศึกษาที่มีจำนวนมากกว่านี้จะช่วยยืนยันผลของการศึกษา - การศึกษานี้ใช้วิธี non-blinded assessment : การศึกษาครั้งต่อไปควรจะเป็น blinded assessment

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับเด็กสมาธิสั้น

เรื่องที่ 5

ชื่อเรื่องงานวิจัย Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD
in routine clinical practice: A Randomized controlled study

ผู้แต่ง/ปี Barbara J. van den Hoofdakker, Lianne van der Veen-Mulders, Sjoerd Sytema,
Paul M.G. Emmelkamp, Ruud B. Minderaa, and Maaïke H. Nauta / 2005

แหล่งตีพิมพ์ Developmental Medicine & Child Neurology, 47, 539-545

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของ Behavioral parent training (BPT) ร่วมกับ Routine clinical care (RCC) กับ RCC อย่างเดียวในการลดปัญหาเรื่อง ADHD symptoms, behavioral problems, internalizing problems, และ parenting stress
Design	- Randomized controlled trials
Level	- Level A
Setting	- An outpatient mental health clinic, The Netherlands
Sample	เกณฑ์คัดเข้า : - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD โดยใช้ DSM-IV criteria - IQ > 80 - อายุระหว่าง 4-12 ปี - ทั้งบิดาและมารดายินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก : ในการศึกษาที่ใช้เป็น recommendation from the clinicians - ครอบครัวที่เคยเข้าร่วม intensive BPT ในช่วงปีก่อนหน้า หรือในกรณี ที่เด็ก/ครอบครัวจำเป็นต้องได้รับ immediate intervention กลุ่มตัวอย่าง : ลักษณะทั่วไป - เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจาก a child and adolescent psychiatrist หรือ a supervise trainee - ครอบครัวของเด็กที่ผ่าน initial diagnosis แล้วจะได้รับ regular counseling และ psychoeducation ซึ่งจะรวมข้อมูลของการเลือก

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	treatment ด้วย - First-choice of treatment คือ Medication และ First-choice of treatment คือ BPT - อย่างไรก็ตามมีบางกรณีที่อาจจะมีการเพิ่ม BPT ในการรักษา เช่นกรณีที่การให้ยาบางส่วนไม่มีประสิทธิภาพ, ปัญหาด้านพฤติกรรมยังมีอยู่ตลอดช่วงเวลาที่ได้รับยา, หรือกรณีที่ครอบครัวต้องการจะให้ BPT เป็น first-line intervention - กลุ่มศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวน 96 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 48คนโดยใช้วิธี randomized block design แต่มีการ drop out of subject สุดท้ายได้กลุ่มละ 47 คน ดังนี้ I) กลุ่มที่ได้รับ BPT และ RCC II) กลุ่มที่ได้รับ RCC อย่างเดียว
Outcomes	- Behavior problem - ADHD symptoms - Internalizing problems - Parenting stress
Research Instruments	1. <u>The Dutch version of the Diagnosis Interview Schedule for Children-IV</u> ในการวินิจฉัย ADHD ตาม DSM-IV criteria และใช้ในการประเมิน comorbid conditions 2. <u>A list of 34 possible target behavior</u> ทำโดยครอบครัวของเด็ก สำหรับ การกำหนด individual target problems ที่ต้องการใช้ BPT ในการแก้ปัญหา ประมาณ 5 ปัญหา - การประเมินปัญหาเหล่านี้จะทำ 3 ครั้งทางโทรศัพท์ในช่วงก่อนการให้ intervention, หลังการให้ intervention และในช่วง follow-up เป็นเวลา 10 วัน ยกเว้นวันหยุดของโรงเรียน/weekends - Trained psychologist จะเป็นผู้โทรศัพท์ไปยังแต่ละครอบครัวและใช้

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	เวลาในการสอบถามเรื่องปัญหาเหล่านี้ที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และให้บิดา/มารดาของเด็กให้คะแนนความรุนแรงของ observed target behavior จาก 1-5 คะแนน โดย 1= not severe และ 5=exceptionally severe ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1-2 นาทีในการโทรศัพท์แต่ละครั้ง - ค่าเฉลี่ยของคะแนนคำนวณจากข้อมูลจากทั้ง 10 วัน 3. <u>The externalizing and Internalizing subscales of the Dutch version of the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991)</u> ใช้ในการประเมิน externalizing and internalizing problems ที่รายงานโดยครอบครัว 4. <u>The short form of the Conner Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S; Conner, 2001)</u> เป็นลักษณะ 28-item rating scale ที่ประกอบด้วย 4 subscales คือ Oppositional, Cognitive Problem/Inattention, Hyperactivity และ the ADHD Index (a global screening measures for ADHD) นอกจากนี้ the ADHD Index ถูกนำมาใช้ในการประเมินเรื่อง core ADHD symptoms 5. <u>A Dutch version of the Parenting Stress Index (Abidin, 1983):</u> ใช้ในการประเมิน parenting stress ประกอบด้วย 2 main subscales ได้แก่ Parent domain และ Child domain <u>หมายเหตุ :</u> - การวัดทั้งหมดทำแยกกันระหว่างบิดาและมารดาของเด็ก แต่การวิเคราะห์ผลในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลที่มาจากมารดา ยกเว้นเรื่อง individual target behavior - ระยะเวลาในการวัดผล แบ่งเป็น 3 ช่วงคือ T1= the start of training, T2=หลังการให้ intervention และในช่วง T3 = follow-up (6 เดือนหลังจาก T2)

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มทดลอง : Intervention มี 2 แบบคือ 1. <u>Behavioral parent training (BPT)</u> : - ดำเนินการโดย experienced psychologist 7 คน ที่ผ่าน intensive postgraduate training in behavior therapy และ in the BPT program - The manual-based BPT ประกอบด้วย การทำกลุ่มของครอบครัว 12 ครั้ง (ครั้งละ 120 นาที) โดยการนำของ psychologist 2 คน แต่ละกลุ่มมี 6 ครอบครัว - Parenting skills จะเกี่ยวข้องกับ structuring the environment, setting rules, giving instruction, anticipating misbehaviors, communicating, reinforcing positive behavior, ignoring, employing punishment, and implementing token systems - Homework assignment : มีบทบาทสำคัญในโปรแกรมนี้ โดยในแต่ละครั้งครอบครัวจะต้องอ่านหนังสือ 1 บทและเขียนวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ ครอบครัวจะต้องฝึกปฏิบัติในเรื่อง parent skill ที่มีอยู่ในแต่ละ preceding session แบบฝึกหัดทั้งหมดจะถูกกำหนดให้สอดคล้องกับ specific target behavior ในเด็กแต่ละคน ซึ่งครอบครัวจะเขียนรายงานหลังจากจบ exercises โดยในแต่ละ session จะเริ่มด้วยการอภิปรายเรื่อง homework assignment และ parent reports ต่อจากนั้นหัวข้อเรื่องใหม่จะถูกกำหนดขึ้น และจบ session ด้วยการเตรียม new homework assignments 2. <u>Routine clinical care (RCC)</u> : - ดำเนินการโดย experienced senior child and adolescent psychiatrists 4 คน การดูแลประกอบด้วย supportive counseling, psychoeducation, pharmacotherapy และ crisis management (ในกรณีจำเป็น) - การ contact กับ the child and adolescent psychiatrists อาจจะทำโดยผ่านทางโทรศัพท์หรือการพบที่ clinic ในกรณีที่ครอบครัวต้องการ นอกเหนือจาก routine medication checkup ที่มีทุก 3-6 เดือน

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	<u>With in group :</u> I) Overall treatment effects 1. Behavioral problem : โดยพิจารณา individual target behaviors and CBCL externalizing พบ a significant time effect ($F = 33.736, p < 0.001$) นั่นคือความแตกต่างกันของคะแนนเหล่านี้ เป็นผลมาจากการได้รับ intervention 2. ADHD symptoms : โดยพิจารณา ADHD index of the CPRS-R:S พบว่า มี a significant time effect นั่นคือมีความแตกต่างกันในช่วงเวลาที่ได้รับ intervention ($F = 15.333, p < 0.001$) 3. Internalizing problems : โดยพิจารณา CBCL internalizing พบว่ามี a significant time effect ($F = 6.348, p < 0.013$) นั่นคือความแตกต่างกันของคะแนนเหล่านี้ เป็นผลมาจากการได้รับ intervention 4. Parenting stress : โดยพิจารณา Parenting stress index-parent domain and Parenting stress index-child domain พบว่ามี a significant time effect นั่นคือมีความแตกต่างกันในช่วงเวลาที่ได้รับ intervention ($F = 12.846, p < .001$) <u>Between group</u> I) <u>T1 comparison</u> : ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างตัวแปรที่ทำการวัดทั้งหมดที่เวลา T1 II) <u>Overall treatment effects</u> 1. Behavioral problem : โดยพิจารณา individual target behaviors and CBCL externalizing พบว่ามี a significant interaction effect ระหว่างช่วงเวลาและกลุ่มที่ได้รับ intervention ซึ่งจะเห็นผลค่อนข้างชัดในกลุ่ม BPT+RCC และเป็นการบ่งชี้ว่า adjunctive BPT มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาเรื่อง behavioral problems มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ RCC อย่างเดียว

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 5 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	2. ADHD symptoms : โดยพิจารณา ADHD index of the CPRS-R:S พบว่า มี no significant interaction effect between time and groups ($F=1.996$, $p=.161$) และเป็น การบ่งชี้ว่าทั้งกลุ่ม adjunctive BPT และกลุ่ม RCC มี ADHD symptoms ที่ น้อยลง แต่กลุ่ม adjunctive BPT ไม่ได้มีประสิทธิภาพที่ดีกว่ากลุ่มกลุ่มที่ ได้รับ RCC อย่างเดียว 3. Internalizing problems : โดยพิจารณา CBCL internalizing พบว่ามี a significant interaction effect between time and groups ($F=4.260$, $p<0.042$)ซึ่งจะเห็นผลค่อนข้างชัดในกลุ่ม BPT+RCC และเป็นการบ่งชี้ว่า adjunctive BPT มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาเรื่อง internalizing problems มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ RCC อย่างเดียว 4. Parenting stress : โดยพิจารณา Parenting stress index-parent domain and Parenting stress index-child domain พบ no significant interaction effect between time and groups ($F=0.443$, $p=.643$) III) <u>Consumption of routine care</u> ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ครอบครัวมาพบ child and adolescent psychiatrist สำหรับกลุ่ม RCC เท่ากับ 1.8 ครั้ง ซึ่งมากกว่ากลุ่ม BPT+RCC (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.9 ครั้ง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$)
Implication	- การศึกษานี้สนับสนุนว่า ในการปฏิบัติทางคลินิกการเพิ่ม BPT ใน treatment เดิมที่มีอยู่แล้ว จะมีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการลด behavior problems และ internalizing symptoms ในเด็กกลุ่ม ADHD - นอกจากนี้ยังสนับสนุน ในส่วนของแนวทางในการรักษาว่า Behavioral intervention จะเป็น second-line intervention โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี ที่ครอบครัวจะเน้นในเรื่องของ behavior

**ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 5 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	- problems และ internalizing symptoms มากกว่าเรื่อง ADHD symptom Adjunctive BPT อาจจะช่วยในการลดจำนวนของเด็กในกลุ่ม ADHD ที่จะต้องได้รับ polypharmaceutical treatment ในขณะที่ RCC treatment คู่มือจะนำไปสู่การเพิ่มจำนวนเด็กที่จะต้องได้รับ multiple medications
Limitation	- 16.7% ของครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการช่วงแรก ขอดอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการก่อนการแบ่งกลุ่ม เนื่องจากพวกเขาไม่สามารถจัดเวลาที่จะเข้ากลุ่ม BPT ได้ บางทีกลุ่มกลุ่มครอบครัวเหล่านี้จะต้องการ flexible individualized parent training - 11.1% ของครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการช่วงแรก ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการก่อนการแบ่งกลุ่ม เนื่องจากพวกเขารู้สึกไม่มีความสุขกับการเข้ากลุ่ม individualized parent training - ในการเข้าร่วมโครงการ ถ้าบิดาหรือมารดาปฏิเสธนั้นคือครอบครัวของเด็กคนนั้นจะไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าในโครงการนี้ - 94.7% ของกลุ่มศึกษาเป็น white origin และ 89.4% มาจากครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดา ซึ่งอาจจะเป็นข้อจำกัดในการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่นๆ - การศึกษานี้ประเมินผลการให้ intervention ในลักษณะภาพรวม ไม่ได้แยกแต่ละ component - การศึกษานี้จะเน้นที่ parent's reports of symptoms and findings เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นอาจจะได้รับอิทธิพลจากผลที่ครอบครัวคาดหวังเอาไว้ (expectancy effects)

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

เรื่องที่ 6

ชื่อเรื่องงานวิจัย A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type

ผู้แต่ง/ปี Linda J. Priffner, Amonri Yee Mikami, Cynthia Huang-Pollock, Barbara Easterlin, Christine Zalecki., Keith McBurnett /2007

แหล่งตีพิมพ์ J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46, 1041-1050

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อจะประเมินประสิทธิภาพของการใช้ Child Life and Attention Skill (CLAS) Program ในกลุ่มโรคสมาธิสั้น (ADHD) ที่มีอาการเด่นทางด้านสมาธิสั้น (Inattentive) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ intervention
Design	- Randomized controlled trials (Cohort study)
Level	- A
Setting	School (Urban area) in USA
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV diagnosis of ADHD-I - IQ > 80 (confirmed with Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence) - อาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 1 คนในช่วงระยะเวลาปีที่ผ่านมา - เรียนเต็มเวลาที่โรงเรียนและมีการยินยอมจากโรงเรียนในการเข้าร่วมกับ school-based treatment เกณฑ์คัดออก - ครอบครัวของเด็กที่คาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องของยาที่ใช้กับเด็กในช่วงของการศึกษาโครงการนี้ - เด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น หรือการได้ยิน, ปัญหาการพูดล่าช้าระดับรุนแรง (severe language delay), ความเจ็บป่วยทางด้านระบบประสาท (neurological illness), โรคทางจิตเวช หรือ ความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (pervasive developmental disorder) - เด็กที่อยู่ในชั้นเรียนเดียวกับเด็กอื่นที่เข้าร่วมในโครงการ

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	หรือเด็กที่มีพี่ / น้องที่เข้าร่วมในโครงการอยู่แล้ว กลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 คน แบ่งเป็นเพศชาย 46 คนและเพศหญิง 23 คน อายุเฉลี่ยของทั้งกลุ่มเท่ากับ 8.7 ปี - เมื่อมีการแบ่งกลุ่มโดยวิธี randomization ได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับ - CLAS program จำนวน 36 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน ในช่วงของการ follow-up มีจำนวน subjects ลดลง โดยกลุ่ม CLAS program เหลือ 29 คน และกลุ่มควบคุม เหลือ 25 คน จากปัญหา incomplete follow-up and drop out
Outcomes	- Attention symptoms - Functional impairment
Research Instruments	ประกอบด้วย 3 ส่วนที่ทำการวัดโดยครอบครัวและครู ได้แก่ 1. Measures of attention symptoms : - DSM-IV inattention symptoms จากเครื่องมือที่ประกอบด้วย Inattention items จาก Child Symptom Inventory - Symptoms of Sluggish Cognitive Tempo (SCT) จากเครื่องมือที่ประกอบด้วย 15 SCT items 2. Measures of functional impairment - Social impairment โดยใช้ Social Skills Rating system (SSRS) - Organizational skill โดยใช้ Children's Organizational Scale (COSS) - Test of Life Skill Knowledge 3. Clinical Global Impressions-Improvement โดยการวัดเปรียบเทียบกับข้อมูลในช่วง baseline

ตาราง 4 สรุปผลการกั้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มควบคุม - ไม่ได้รับ Intervention กลุ่มทดลอง - Intervention หรือ treatment ที่ได้รับประมาณ 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1. teacher consultation : ประกอบด้วย behavioral intervention และ classroom-based accommodations for ADHD-I (1/2 hour) ตามด้วย 4-5 meetings (1/2 hour) ระหว่างครู ครอบครัว เด็กและ therapist เป็นเวลา 12 wks. - มีการใช้ a school-home daily report card (Classroom challenge :CC) และมี special note book ที่เก็บ copies of CC สำหรับเด็กแต่ละคน - Target behavioral : based on the needs of the child and included common problems for ADHD-I; academic work, work behavioral/study skills, และ social interactions - Environmental or academic accommodations ถูกนำมาใช้โดยขึ้นอยู่กับ the child's needs และ the teacher's teaching style 2. parent training : โปรแกรมเริ่มจาก overview of ADHD-I and the social learning model ตามด้วย a set of strategies for managing ADHD-I and social impairments - Strategies จะครอบคลุมในเรื่องต่างๆ เช่น 1) use of attending, rewards, and other positive consequences 2) establishing effective routines and planning activities 3) giving direction and commands 4) using prudent negative consequences 5) changing environmental “antecedents” to promote attention and adaptive functioning

ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	- ครอบครัวทั้งหมดจะมีการสร้าง “Home Challenge” with specific target behaviors and rewards individualized ขึ้นสำหรับแต่ละครอบครัว - ครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับ skills for interacting effectively with teachers และวิธีการที่จะ develop, evaluate and reinforce the CC - Modules ที่ครอบคลุมเด็กในแต่ละกลุ่มจะมีการ reviewed ในแต่ละสัปดาห์และ ครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีในการ promote and reinforce their child’s use of skills - ครอบครัวจะต้อง attend 8 or 10, 1.5 hr group sessions และ 4 to 5 families sessions เพื่อ ปรับปรุง program and reinforce group lessons เป็นเวลา 12 wks 3. child skills training : The child component แบ่งเป็น modules ที่เน้นเรื่อง skills for independence and for social competence โดย Modules เหล่านี้จะกล่าวถึง skill knowledge deficits และ performance problems through didactic instruction, behavioral rehearsal and in vivo practice in the context of a reward-based contingency management program - มีการใช้ “ Self management of alertness (supported by group-reinforced “attention checks” - เด็กจะได้รับการสอนเรื่อง cognitive-behavioral strategies เช่น problem- solving steps, use of remainder lists of activities to be completed - The social skills modules ที่เกี่ยวข้องกับ being a good sport, accepting consequence, assertion เป็นต้น - Independence modules ได้แก่ homework/ study skills, self-care skills, getting chores done independently, planning, and time management - Role-plays of common problem scenarios for ADHD-I were covered

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	as a part of each module - เด็กจะเข้ากลุ่มในเวลาเดียวกับที่ครอบครัวเข้ากลุ่มสำหรับครอบครัว ในช่วง 15 นาทีก่อนจบการเข้ากลุ่ม ครอบครัวและเด็กจะมาพบกัน เพื่อที่จะทำ “ skill of the week” และ plan homework for the week
Results	<u>With in group</u> <u>ช่วง baseline and post-treatment</u> 1.Measures of attention symptoms : ช่วง baseline and post-treatment - <u>DSM-IV</u> : Inattention symptoms ในกลุ่ม treatment ลดลงมากกว่า 50% จากก่อนได้รับ treatment เปรียบเทียบกับ post-treatment ส่วนในกลุ่มควบคุมลดลง 16% <u>ช่วง Follow-up : Measures of attention symptoms and functional impairment</u> - พบว่ากลุ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติในเรื่องของ DSM-IV Inattention symptoms count, symptom severity, SCT, และ SSRS social skills scale ในช่วง post-treatment กับช่วง follow-up แต่พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมี improvement ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วนของ COSS จากในช่วง post-treatment ถึงช่วง follow-up (CLAS Program : $p = 0.0034$; Control : $p = 0.0002$) <u>Between group</u> <u>ช่วง baseline and post-treatment</u> 1.Measures of attention symptoms - DSM-IV : Inattention symptoms และ Inattention symptom severity ในกลุ่ม treatment ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$ และ $p = 0.001$, ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบ

**ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 6 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	T scores for symptom severity ซึ่งที่ baseline มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70 ทั้งสองกลุ่ม (> 95% were above 1 SD of the mean of the normative sample baseline) พบว่า หลังการได้รับ treatment พบว่า 55% ของกลุ่มที่ได้รับ treatment มี T scores อยู่ใน normative range ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.02$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีเพียง 27% ที่มี T scores อยู่ใน normative range - SCT symptoms : เมื่อเปรียบเทียบกลุ่ม treatment กับกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) ของ SCT symptoms 2. Measures of functional impairment - Social impairment : พบว่าหลังการได้รับ treatment กลุ่ม treatment มีค่า SSRS สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0065$) - Organizational skill : พบว่าหลังการได้รับ treatment กลุ่ม treatment มีค่า COSS ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0093$) ซึ่งบ่งชี้ว่ามี organizational skills ที่ดีขึ้น - Test of Life Skill Knowledge พบว่าหลังการได้รับ treatment กลุ่ม treatment มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) 3. Clinical Global Impressions-Improvement โดยการวัดเปรียบเทียบกับข้อมูลในช่วง baseline กับ post-treatment พบว่าทั้งครอบครัวและครูประเมินว่ามี improvement ในกลุ่ม treatment สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (parents: $p < 0.0001$; teachers: $p = 0.0012$) <u>ช่วง Follow-up : Measures of attention symptoms and functional impairment</u> พบว่าในช่วง follow-up กลุ่ม treatment มี improvement ในส่วนของ CGI มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication	Behavioral psychosocial treatment : CLAS program ที่นำมาใช้ในกลุ่มเด็กที่มี ADHD-I รวมกับความร่วมมือระหว่าง ครอบครัว ครู และเด็ก มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการลดอาการแสดงและ impairment ที่พบใน ADHD-I นอกจากนี้ treatment นี้อาจจะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการช่วยลดหรือหยุดการใช้จ่ายในการรักษาในกลุ่มเด็กบางคนได้
Limitation	- จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย และเป็นเด็กที่อยู่ในชุมชนเมือง ไม่มีเด็กจากชุมชนที่ยากจน - ความแตกต่างในเรื่องของ School-recruited ADHD-I กับ Clinic-referred ADHD-I - การศึกษานี้ไม่ได้กล่าวถึงความเป็นไปได้ที่จะนำ treatment ไปใช้ในกรณีทั่วไป หรือนำไปใช้ในระดับชุมชน ซึ่งต้องคำนึงถึงเรื่องปัจจัยเรื่องค่าใช้จ่าย - การศึกษานี้ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบเรื่องของ treatment เช่นการให้ intervention กับการใช้จ่ายในการรักษาแล้วเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น - ในส่วนของ treatment นั้น มี 3 ส่วนที่เกี่ยวข้องคือ teacher consultation, parent training และ child skills training เป็นการยากที่จะบอกได้ว่าส่วนใดมีผลต่อ reduced symptoms and impairments ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจจะต้องพิจารณาแยกในแต่ละส่วนเพื่อที่จะได้ทราบประสิทธิภาพที่ดีและเหมาะสมมากที่สุดกับ ADHD-I

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

เรื่องที่ 7

ชื่อเรื่องงานวิจัย Improving the effectiveness of behavioral classroom interventions for attention-deficit/hyperactive disorder : A case study

ผู้แต่ง/ปี Gregory A Fabiano and William E. Pelham / 2003

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 11, 122-128

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาเด็กที่มีปัญหาเรื่อง ADHD ที่อยู่ในชั้นเรียนปกติ โดยการปรับ Behavioral intervention ที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
Design	- A Case study
Level	- C
Setting	- Public elementary school, buffalo, USA
Sample	กลุ่มตัวอย่าง : ในที่นี้คือ John An African America boy; age 8-year 11-month-old; study in a general education third-grade classroom - ในชั้นเรียนประกอบด้วยคุณครู 2 คน; คนแรกเป็น a primary general educational teacher ซึ่งจะรับผิดชอบกิจกรรมส่วนใหญ่ในห้องเรียน คนที่สองเป็น a special education teacher ซึ่งจะเป็นคนรับผิดชอบกลุ่มเกี่ยวกับ reading และ math classes within the general classroom - Diagnosis as ADHD during the first half of the school year โดยใช้ Parent interview และ Parent and teacher rating scales - John is classified as "Other Health Impaired" โดย the committee on special education และคณะกรรมการดังกล่าวได้จัดโปรแกรมที่ชื่อ An Individualized Educational Program (IEP) ขึ้นเนื่องจากปัญหาเรื่องพฤติกรรมและการเรียนรู้ มีผลต่อการเรียนในชั้นเรียน - IEP ประกอบด้วย small group instruction in reading and math with a special education teacher, speech class once a week, and the provision of a daily behavior sheet with an opportunity to learn weekly or biweekly

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 6 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Outcomes	- Disruptive behavior and on-task behavior - The teacher' satisfaction
Research Instruments	การศึกษานี้มีเครื่องมือ 2 ส่วนคือ 1. <u>Behavioral observation</u>: มีรายละเอียดดังนี้ - John และ a comparison child จะได้รับ observation ประมาณ 50 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อวัน; I) in the morning during independent work and reading/math class, II) in the afternoon during social studies/ science class - ในช่วงของการมี observation เด็กจะถูก defined ใน 2 ลักษณะคือ I) Disruptive: If he or she destroyed property, talked back to an adult , teased a peer, used materials inappropriately, verbally intruded on the class, complained, or if he or she was physically aggressive or out scat. II) On-task: If he or she was attending to the ongoing (e.g., looking at the teacher when information was directed to the class) - ช่วงเวลาที่ใช้ในการ observation : ช่วงเวลา 15 วินาทีแรก observer จะบันทึก disruptive behavior ต่างที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นใน 6 วินาทีต่อมา observer จะเฝ้าดูทั้ง target และ a comparison child เพื่อบันทึกและประเมินในส่วนของ on-task behavior เป็นเวลา 1 วินาที ดังนั้นจะมีการคำนวณหา Percentage of disruptive behavior of 15 second interval และ Percentage of on-task behavior of 6 second interval ของtarget child และนำมา plot เป็นกราฟ ส่วนข้อมูลของ a comparison child จะนำมาหาค่าเฉลี่ยและนำมา plot เป็นกราฟ - Interobserver agreement: จะถูกประเมินโดยใช้ 15% of observation days in both the morning and afternoon observation periods และในช่วงเวลา baseline กับช่วงที่มี intervention; ค่าของ Interobserver agreement มาจากการคำนวณโดย dividing the number off agreements by the total number of observations on an interval-by-interval basis for target and

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	comparison child observations; ค่าเฉลี่ยของ Agreement for disruptive behavior เท่ากับ 89% (range 76%-98%) และของ Agreement for on-task behavior เท่ากับ 86% (range 75%-98%); Agreement rate จะถูกเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาในแต่ละวัน, การให้ intervention กับ baseline, และระหว่าง target child กับ a comparison child - John's percentage of both behaviors จะถูกสรุปและนำมาทำ plot เป็นกราฟ แล้วเปรียบเทียบกับ classroom norms ที่ได้จากการ averaging the comparison peers' disruptive and on-task behaviors, ซึ่งเป็นเสมือน an index of overall effect and the social validity of the intervene <u>2. Consumer satisfaction:</u> เป็น an important index of the social validity of treatment - โดยครูจะ complete a rating scale that ask about their satisfaction with the consultation, intervention and outcome of treatment - Rating scale คือ A 7-point Likert scale ซึ่ง 1 หมายถึง strongly disagree และ 7 หมายถึง strongly agree The items was modified from those used by Pelham, Gnagy, Greiner, and MTA Cooperative Group (2000)
Interventions	กลุ่มควบคุม - กลุ่มทดลอง : Behavioral intervention I. Intervention เดิม 1. ใช้ <u>A daily behavior sheet</u> ซึ่ง targeted five posted classroom rule; “finish work in the time provide”, “follow directions”, “work quietly”, “cooperate with peers and adults”, and “stay on task” 2. หลังกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งทั้ง John และครูจะมีการสรุปและอภิปรายในประเด็นที่ว่า John สามารถทำได้ตามเป้าหมายมาก/น้อยอย่างไร ซึ่งถ้าทำได้ตามเป้าหมายจะได้รับคล้ายแต้มสะสมเพื่อจะรับรางวัล

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	3. The average latency to receiving a reward ถูกกำหนดคร่าวๆประมาณ 2 สัปดาห์ <u>II. Behavior modification program</u> : มีการปรับเปลี่ยนของเดิมที่มีอยู่ใน 3 ส่วนที่สำคัญ (หลังจากที่ the behavioral consultant ได้พบกับครูทั้งสองคน หลังจากมีการวัด baseline data) คือ 1. The increased opportunity to earn rewards: The consultant เสนอให้ลด the latency to reward โดยมีสมมติฐานว่าความถี่และความสม่ำเสมอในการได้รับรางวัลจะช่วยให้ John มี behavior improvement และจุดมุ่งหมายในการปรับข้อนี้คือ เพื่อ increase the frequency of positive consequences earned for appropriate behavior 2. Immediate feedback: เดิมการ feedback โดยครูจะมีขึ้นเมื่อเสร็จกิจกรรมนั้นๆ แต่ John มักจะมีปัญหาเกิดขึ้นก่อนการ feedback เสมอ ดังนั้นจึงมีการเสนอให้มี immediate feedback เมื่อเขาเริ่มมีพฤติกรรมที่จะไม่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ โดยเชื่อว่าวิธีนี้เป็น an effective consequence 3. Specific behavioral targets: โดยมีการปรับในเรื่องของ the behavioral criteria on John's goal ให้มี violations of each classroom rule น้อยกว่า 3
Results	<u>With in group :</u> I) John's behavioral observation Disruptive behavior: เปรียบเทียบในช่วง afternoon period พบว่า percentage of disruptive behavior ในช่วงหลังให้ intervention with modified reward and feedback มีค่าเท่ากับ 10.33% ซึ่งลดลงจากช่วง baseline ที่มีค่าเท่ากับ 29.86% ; ส่วนในช่วง morning period พบว่า percentage of disruptive behavior ในช่วงหลังให้ intervention with modified reward and feedback มีค่าเท่ากับ 7.50% ซึ่งลดลงจากช่วง baseline ที่มีค่าเท่ากับ 21.00% ซึ่งบ่งชี้ถึงการมี improvement ที่ดีขึ้น

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	On-task behavior : เปรียบเทียบในช่วง afternoon period พบว่า percentage of on-task behavior ในช่วงหลังให้ intervention with modified reward and feedback มีค่าเท่ากับ 84.33% ซึ่งเพิ่มขึ้นจากช่วง baseline ที่มีค่าเท่ากับ 62.14% ; ส่วนในช่วง morning period พบว่า percentage of disruptive behavior ในช่วงหลังให้ intervention with modified reward and feedback มีค่าเท่ากับ 92.0% ซึ่งเพิ่มขึ้นจากช่วง baseline ที่มีค่าเท่ากับ 66.78% ซึ่งบ่งชี้ถึงการมี improvement ที่ดีขึ้น <u>II) Consumer satisfaction:</u> ครูทั้งสองคนประเมินในส่วนนี้ด้วย a rating of 7 to every item on the scale ซึ่งบ่งชี้ว่าครูทั้งสองคนมี strong agreement with the items and high satisfaction with all aspect of the treatment and outcomes <u>Between group:</u> เปรียบเทียบข้อมูลของ John กับ Comparison peer - Disruptive behavior: ค่าของ John's percentage of disruptive behavior ในช่วง afternoon และ morning periods พบว่าหลังให้ intervention with modified reward and feedback อยู่ใน normative range and one standard deviation of disruptive classroom behavior for his class (ที่มีค่าเท่ากับ 11.65% และ mean=4.35, SD=5.02), ตามลำดับ - On-task behavior : ค่าของ John's percentage of on-task behavior ในช่วง afternoon และ morning periods พบว่าหลังให้ intervention with modified reward and feedback อยู่ใน one standard deviation and normative range of disruptive classroom behavior for his class (ที่มีค่าเท่ากับ mean=85.17%, SD=10.27 และ mean=88.2%, SD=7.94), ตามลำดับ
Implication	I) Clinical implication : - Modification intervention ที่ใช้ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของ the classroom behavioral program ที่เพิ่มขึ้นและแสดง

**ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 7 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	ถึงวิธีที่ behavioral procedures with demonstrated efficacy in research or analogue setting สามารถนำมาใช้ได้มีประสิทธิภาพใน a general education setting - ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับครูนั้น one task for professional working with teachers คือการประเมิน existing classroom intervention ทั้งในส่วนของเนื้อหาและความเหมาะสมกับเด็กกลุ่ม ADHD นอกจากนี้ครูยังสามารถปรับเปลี่ยน intervention เดิมที่มีอยู่เพียงเล็กน้อยและสามารถนำไปใช้กับชั้นเรียนอื่นๆ ได้ II) Research implication: - The classroom norms เป็นเสมือน an excellent standard ที่ใช้ในการเปรียบเทียบผลของ treatment เพราะว่า ความแปรปรวนของค่า percentage of disruptive and on-task behaviors ในช่วงที่ทำการศึกษาและ target child - มี improvement ที่ดีขึ้นและค่าที่ได้อยู่ใน classroom norms นอกจากนี้ผลที่ได้ยังทำให้เห็นว่า the classroom norms เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของ treatment outcomes และเนื่องจากชั้นเรียนต่างๆจะมีความหลากหลายในเรื่องของโครงสร้าง กิจกรรม และความอดทนของครูต่อพฤติกรรมของเด็กที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการตัดสินใจเกี่ยวกับ clinical outcomes จึงควรที่จะอยู่บนพื้นฐานของ individualized classroom norms specific to each activity/setting of interest
Limitation	- การศึกษานี้ใช้เพียง 2 baseline data ซึ่งถ้าต้องการยืนยันและเพิ่มความน่าเชื่อถือของประสิทธิภาพของ intervention นี้ ควรจะต้องมี การเพิ่ม baseline data จาก 2 เป็น 3 หรือมี replications of the procedures with additional teachers and participants - ช่วงเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในช่วง second intervention period ก่อนข้างสัปดาห์ (เช่นช่วง in the morning) - ไม่มีข้อมูลในช่วง follow-up เนื่องจากโรงเรียนปิด

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 7 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitation (ต่อ)	- การนำ intervention นี้ไปใช้จะค่อนข้างจำกัดในกลุ่มครูที่มีประสบการณ์กับการจัด behavioral intervention ดังนั้นในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับ ADHD จำเป็นจะต้องได้รับ intensive education and practice in behavioral techniques

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

เรื่องที่ 8

ชื่อเรื่องงานวิจัย A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder

ผู้แต่ง/ปี The MTA Cooperative Group /1999

แหล่งตีพิมพ์ Arch Gen Psychiatry, 56, 1073-1086

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อจะศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) และพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) ในระยะเวลาต่อเนื่อง (มากกว่า 4 เดือน) กับเด็กที่มีปัญหาเรื่อง ADHD
Design	- randomized block design
Level	- A
Setting	- The National Institute of Mental Health Data Center, Rockville, Md
Sample	เกณฑ์คัดเข้า: - เด็กทั้งเพศชายและหญิง อายุ 7-9.9 ปี เรียนอยู่ grade 1-4 และพักอยู่กับพ่อ/แม่อย่างน้อย 6 เดือน - ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ด้วยเกณฑ์ของ DSM-IV โดยใช้ The Diagnostic Interview Schedule for children (DISC), parent report, version 3.0 supplemented with up to 2 symptoms identified by teachers for cases falling just below the DISC diagnostic threshold - เด็กที่อาจจะมีปัญหาอื่นร่วมด้วย เช่น oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder (OD), internalizing disorder, or specific learning disability เกณฑ์คัดออก : - เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาไม่นานนี้ - เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นในระยะเวลาไม่นานนี้ - มีค่าคะแนนของ WISC-III scales และ SIB ต่ำกว่า 80

**ตาราง 4 สรุปผลการกลั่นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	- มีภาวะ bipolar disorder, psychosis or personality disorder, chronic serious tics or Tourette syndrome, มีภาวะ OCD ที่รุนแรง ต้องการรักษาที่แยกเฉพาะ, ได้รับยาสำหรับรักษา neuroleptic medication ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา, มีโรคทางระบบประสาทหรือความเจ็บป่วยด้านอื่นๆ, มีประวัติของการแพ้ยาในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับ MTA, มีการใช้หรือประวัติการใช้ยากลุ่มยาเสพติด - ขาดการเรียนรู้ประมาณ 1/4 ของวันที่ต้องเข้าเรียนในช่วงระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา อยู่ในชั้นเรียนที่มีเด็กอยู่ในโครงการ MTA study - มีประวัติคนในครอบครัวที่มีการใช้ stimulant abuse ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา - มี primary caretaker ที่พูดภาษาอังกฤษมาได้ - มีเด็กคนอื่นในบ้านที่เข้าร่วมในโครงการ MTA study - ไม่มีโทรศัพท์ - มีประวัติการฆ่าตัวตายหรือฆาตกรรม กลุ่มตัวอย่าง : จำนวน 579 คน แบ่งโดยใช้วิธี randomized block of 16 (4 to each group) ได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1. Combined treatment : จำนวน 145 คน - อายุเฉลี่ย 8.4 ปี เป็นเพศชาย 79% - ข้อมูลในช่วง baseline: ค่าเฉลี่ยของ Conners'Teacher Rating Scale และ Conners'Parent Rating Scale เท่ากับ 1.26 และ 0.84 ตามลำดับ 2. Medication management : จำนวน 144 คน - อายุเฉลี่ย 8.6 ปี เป็นเพศชาย 82% ข้อมูลในช่วง baseline: ค่าเฉลี่ยของ Conners'Teacher Rating Scale

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Sample (ต่อ)	และ Conners'Parent Rating Scale เท่ากับ 1.34 และ 0.83 ตามลำดับ 3. Behavioral treatment : จำนวน 144 คน - อายุเฉลี่ย 8.3 ปี เป็นเพศชาย 79% - ข้อมูลในช่วง baseline: ค่าเฉลี่ยของ Conners'Teacher Rating Scale และ Conners'Parent Rating Scale เท่ากับ 1.37 และ 0.83 ตามลำดับ 4. Community care : จำนวน 146 คน - อายุเฉลี่ย 8.5 ปี เป็นเพศชาย 82% ข้อมูลในช่วง baseline: ค่าเฉลี่ยของ Conners'Teacher Rating Scale และ Conners'Parent Rating Scale เท่ากับ 1.31 และ 0.84 ตามลำดับ
outcomes	- 6 domains : ได้แก่ ADHD symptoms, aggression-ODD, internalizing symptoms, social skills, parent-child relations, และ academic achievement
Research Instruments	ประกอบด้วย 6 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ 1. การวัด ADHD symptom โดยการวัดด้วย inattention and hyperactivity impulsivity subscales of parent-and teacher-completed SNAP ratings 2. การวัด oppositional/aggression symptoms โดยการวัดด้วย a parent and teacher SNAP oppositional defiant disorder subscale 3. การวัด social skills โดยการวัดด้วย a parent and teacher-completed subscale from the Social skills Rating System (SSRS) 4. การวัด internalizing symptoms (anxiety and depression) โดยการวัดด้วย internalizing subscales from parent-and teacher-completed SSRS และ childrens'self-ratings on the Multidimensional Anxiety Scale for children (MASC) 5.การวัด parent-child relations โดยการวัด 2 composite scales from a

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	parent-child relationship questionnaire 6.การวัด academic achievement โดยการวัด 3 subscales from the Wechsler Individual Achievement Test (reading, math and spelling) - โดยการวัดจะทำการวัดที่ baseline และเดือนที่ 3, 9, และ 14 นอกจากนี้การประเมินใน domain 1-5 จะมีการให้คะแนนจากครอบครัว ครูและเด็ก โดย blinded ratings of school-based ADHD and oppositional/aggressive symptoms using the Abikoff classroom Observational system ในส่วนของ social skills and peer relations using peer sociometric procedures
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มทดลอง : ในการศึกษาจะเป็นในลักษณะ The 3 MTA-delivered treatment strategies และ treatment ต่างๆประกอบด้วย (a) Behavioral treatment : ได้แก่ parent training, child-focused treatment, and a school-based intervention ที่มีการจัดทำขึ้นในปีการศึกษานั้น <u>The parent training</u> (based on work by Barkley and Forehand and MacMahon) ประกอบด้วย 27 กลุ่ม (6 ครอบครัว/กลุ่ม) และ 8 sessions ต่อครอบครัว จะทำในทุกสัปดาห์ควบคู่กับ teacher consultation ทุก 2 สัปดาห์ซึ่ง therapist คนเดิมจะเป็นคนทำกลุ่ม parent training และ teacher consultation <u>The child-focused treatment</u> ที่นำมาใช้คือ a summer treatment program (STP) โดย intervention จะใช้เวลา 9 ชั่วโมง/วัน ทำ 5 วันใน 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำกลุ่มโดย counselorsหรือผู้ช่วยภายใต้การดูแลของ therapist คนเดิมจะเป็นคนทำกลุ่ม parent training และ teacher consultation การทำ intervention จะทำทั้ง 2 setting ได้แก่

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	I) Recreational setting (กิจกรรมสันทนาการ) ที่เกี่ยวข้องกับ specific rewards, time out, social reinforcement, modeling, group problem solving, sports skills, และ social skills training II) Classroom setting ที่ประกอบด้วย individualized academic skills practice และ reinforcement of appropriate classroom behavior <u>a school-based intervention</u> ประกอบด้วย 2 components คือ teacher consultation ที่เน้นเรื่อง classroom behavior management strategies ที่ประกอบด้วย 10-16 sessions ทำสัปดาห์ละสองครั้ง และ a part-time, behaviorally trained, paraprofessional aide working directly with the child เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตลอดปีการศึกษาจะมีการใช้ a daily report card (เชื่อมโยงระหว่างที่บ้านและที่โรงเรียน) ซึ่งเป็นแบบประเมินด้วยการ checklist ประมาณ 1 หน้ากระดาษในเรื่องความสำเร็จของพฤติกรรมเฉพาะที่ต้องการศึกษาโดยครูเป็นผู้ประเมิน และให้เด็กนำกลับบ้านทุกวัน เพื่อให้เกิดการกระตุ้นโดยครอบครัวด้วยการให้ home-based rewards (เช่น ให้ความเวลาในการดูทีวี, ของขบเคี้ยว) (b) Medication Management - จะเริ่มด้วยระยะเวลา 28 วัน ด้วยวิธี double blind, daily-switch titration of methylphenidate hydrochloride โดยมีลำดับการให้ที่ซ้ำกันและในรูปแบบการให้ placebo, 5 mg, 10 mg, 15 mg หรือ 20 mg และจะมี clinician ที่เชี่ยวชาญเป็นคนเลือกขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละคน โดยพิจารณาจาก parent and teacher rating of responses ในการใช้ยาขนาดต่างๆ - อาจจะมีบางคนที่ใช้ยาอื่นที่นอกเหนือจาก methylphenidate hydrochloride เช่น dextroamphetamine, pemoline, imipramine โดยได้รับการเห็นชอบจาก a cross-site panel - ในจำนวนเด็กที่ได้รับยาทั้งหมด 289 คน (a) จะมี 18 คนที่ไม่มีการ

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	titration ของยา โดย 17 คนปฏิเสธที่จะได้รับยาในขนาดทั้งหมดและ 1 คนหนีจากไป (b) อีก 15 คนได้รับการ titration ยาแต่ไม่ครบตามแผน เนื่องจาก 4 คนมีผลข้างเคียงจากการได้รับยา อีก 4 คนไม่มีความอดทนในขั้นตอนของการ titration และอีก 4 คนมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ - ในช่วงแรกของการศึกษามีเด็ก 256 คน (88.6%) ที่ได้รับขั้นตอนการ titration ยา และ 198 คน (68.5%) จะได้รับขนาดที่เหมาะสมของ methylphenidate ขนาดยาเฉลี่ยในช่วงแรกของการศึกษาเท่ากับ 30.5 mg/d ส่วนกลุ่มที่เหลือบางส่วนจะได้รับขนาดยาตัวอื่นที่เหมาะสม - ในทุกเดือนจะมี medication maintenance visit โดย pharmacotherapist ที่จะให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและให้คำแนะนำในด้านการปฏิบัติตามตารางเวลาช่วงแรกของการศึกษา หลังจากนั้นเมื่อพิจารณาข้อมูลจากครอบครัวและครูแล้ว pharmacotherapist จะทำ algorithm-guided dose adjustments of ± 10 mg/d of methylphenidate การปรับยาที่นอกเหนือจากที่กำหนดนี้สามารถทำได้โดยผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในแต่ละ sites - ในช่วงท้ายของการศึกษา (medical management and combined treatment) พบว่ามีเด็กทั้งหมด 212 คน (73.4%) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate, 30 คน (10.4%) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา dextroamphetamine, 4 คน (1.4%) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา pemoline, 3 คน (1.0%) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา imipramine, 1 คน (0.3%) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา bupropion, 1 คน (0.3%) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา haloperidol, และ 18 คน (3.1%) ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา (combined treatment) - ไม่มีความแตกต่างกันของจำนวน subjects ระหว่างกลุ่ม medical management และ combined treatment - มีการเก็บข้อมูลเรื่องผลข้างเคียงจากยา โดยใช้ The parent

**ตาราง 4 สรุปผลการกั้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	completed 13-item Pittsburg Side Effects Rating Scale (not present, mild, moderate, or severe) พบว่า 88 คนไม่มีเรื่องผลข้างเคียงจากยา, 122 คนมีอาการเล็กน้อย, 28 คนมีอาการปานกลาง และ 7 คนมีอาการมาก (c) Combined treatment : - จะรวมทั้ง medication management และ behavioral treatment ซึ่งจะ เป็นในรูปแบบดังนี้ เริ่มต้นด้วย titration ตามมาด้วย monthly medication maintenance, parent group and individual sessions, teacher consultation, STP และ the classroom aide ในกลุ่มนี้จะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง teacher-consultant และ pharmacologist อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการตัดสินใจ ทั้งหมด ทั้งนี้คู่มือคำแนะนำที่จัดทำขึ้นจะถูกนำมาใช้ในกรณีที่ต้องมีการ ปรับลำดับการให้ treatment ร่วมกับ intervention ดังนั้น multimodal combination นี้จึงไม่ใช่การ รวมกันแบบธรรมดา (d) Community care : - ในกลุ่มนี้จะไม่มีการให้ treatment ทั้งในแบบ medication management และ behavioral treatment แต่เด็กๆจะได้รับการประเมินในช่วงเริ่มต้นของ การศึกษาควบคู่ไปกับ a list of community mental health resources ส่วน การประเมินครั้งต่อไปจะเป็นในช่วงเวลาเดียวกับอีก 3 กลุ่ม โดยในแต่ละ ครั้งจะมีการบันทึกเกี่ยวกับ treatments ที่ได้รับจาก community เด็กส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้ (67.4%) จะได้รับ ADHD medications ตลอด ระยะเวลา 14 เดือนที่ทำการศึกษา โดยจะได้ยา methylphenidate จำนวน 84 คน, pemoline จำนวน 7 คน, amphetamine จำนวน 6 คน, tricyclics จำนวน 6 คน, clonidine/guanfacine จำนวน 4 คน, และ bupropion จำนวน 1 คน สำหรับยา methylphenidate จะมีค่าเฉลี่ยของขนาดยาที่ได้รับ ในแต่ละวันเมื่อการศึกษาสิ้นสุด เท่ากับ 22.6 mg และเฉลี่ย 2.3 dose/day

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results	<u>With in group</u> : <u>Between group</u> : 1). เปรียบเทียบระหว่างผลการให้ medication treatment กับ behavioral treatment ที่มีต่อ improvement in pertinent outcomes เมื่อสิ้นสุดการศึกษา - การให้ medication management มีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ behavioral treatment ในเรื่องของ ADHD symptoms โดยพิจารณาจาก Parents and teachers rating of inattention ($p=0.001$) และ teachers' rating of hyperactivity-impulsivity ($p=0.004$) ส่วน outcome domains อื่นๆ (aggression-ODD, internalizing symptoms, social skills, parent-child relations) 2) เปรียบเทียบระหว่างผลการให้ combined treatment กับ medication treatment หรือ behavioral treatment ที่มีต่อ improvement in pertinent outcomes เมื่อสิ้นสุดการศึกษา - พบว่าใน 6 outcome domains นั้นไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่าง combined treatment กับ medication treatment แต่ combined treatment จะมีประโยชน์มากกว่าการให้ behavioral treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพิจารณาในส่วนของ ADHD symptoms (Parents and teachers rating of inattention และ teachers' rating of hyperactivity-impulsivity), parents' SNAP oppositional/aggression behaviors, parent-rated internalizing symptoms และ Weschler Individual Achievement Test reading achievement score 3. เปรียบเทียบระหว่างผลการให้ combined treatment, medication treatment หรือ behavioral treatment กับ community care ที่มีต่อ improvement in pertinent outcomes เมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 8 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	- พบว่าเมื่อพิจารณาใน 6 outcome domains นั้น กลุ่ม combined treatment และ medication treatment มีผลที่ดีกว่ากลุ่ม community care ในส่วนของ parent- and teacher-reported ADHD symptoms แต่ถ้าเปรียบเทียบกับกลุ่ม behavioral treatment นั้นไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติกับกลุ่ม community care นอกจากนี้ กลุ่ม behavioral treatment และ medication treatment มีผลที่ดีกว่ากลุ่ม community care ในส่วนของ teacher-reported social skills และ parent-child relations (power assertion parent) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง combined treatment มีผลที่ดีกว่ากลุ่ม community care ในส่วนของ parent-reported oppositional/aggressive behaviors, internalizing symptoms, teacher-reported social skills, parent-child relations และ Weschler Individual Achievement Test reading achievement
Implication	- การให้การรักษาแบบผสมผสาน (Combined treatment) และการรักษาด้วยยา (medication management) ให้ผลที่ดีทั้งในด้านคลินิกและสนับสนุนด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติที่ดีกว่าการรักษาด้วย behavioral treatment และ community care ในการลดเรื่อง ADHD symptoms - การให้การรักษาแบบผสมผสาน (Combined treatment) จะมีประสิทธิภาพในการลดเรื่อง aggression-ODD, internalizing symptoms, social skills, parent-child relations ที่ดีกว่าการให้การรักษาด้วยยาอย่างเดียว และยังพบว่ามีการใช้ขนาดของยาที่น้อยกว่าด้วย
Limitation	- การศึกษานี้ไม่มีกลุ่มที่ไม่ได้รับ treatment หรือกลุ่ม placebo - กลุ่ม community care นั้นเด็กส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา อาจจะทำให้มีผลต่อการศึกษาได้

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น

เรื่องที่ 9

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนเพื่อเพิ่มความใส่ใจต่อการเรียน
ของเด็กสมาธิสั้น

ผู้แต่ง/ปี พิรวัส นาคประสงค์/ 2549

แหล่งตีพิมพ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาผลของการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียน เพื่อเพิ่มความใส่ใจต่อการเรียนของเด็กสมาธิสั้น
Design	- single-subject experimental design
Level	- C
Setting	- ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร
Sample	กลุ่มตัวอย่าง - เด็กสมาธิสั้น เพศชาย อายุ 6 ขวบ จำนวน 1 ราย - ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง และจากการสังเกตพฤติกรรมโดยผู้วิจัยพบว่า ศึกษา มีพฤติกรรมซนอยู่ไม่นิ่ง หลุกหลิกตลอดเวลาออกแวก ไม่สนใจครูเวลครูสอน มักจะลุกเดินไปมาตลอดเวลา สนใจสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ห้อง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ทันเพื่อนในชั้นเรียนเดียวกัน ทำให้ผลการประเมินความสามารถทั่วไปด้านทักษะวิชาการอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าความสามารถจริง - มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ
outcomes	- ความใส่ใจต่อการ เรียน ของเด็กสมาธิสั้น
Research Instruments	1. แบบบันทึกพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย 2. แผนการจัดการเรียนรู้ศิลปะประกอบบทเรียน วิชาคณิตศาสตร์ ระดับเตรียมความพร้อม จำนวน 32 แผน ที่ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ คน

**ตาราง 4 สรุปผลการกั้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 9 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	จำนวน 3 ได้แก่ ครูสอนคณิตศาสตร์ ครูสอนระดับปฐมวัย และครูสอนศิลปะ โดยเลือกกิจกรรม ศิลปะมาใช้ประกอบบทเรียน ในวิชาคณิตศาสตร์ ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม คือ การวาดภาพระบายสี, การพิมพ์ภาพ, การปั้น, การพับ ฉีก ตัด ปะ, การประดิษฐ์ และนำกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม มาเขียนเป็นแผนการสอนตามโครงสร้าง คือ ความคิดรวบยอด, จุดมุ่งหมาย, เนื้อหา, กิจกรรมการเรียนการสอน, สื่อการสอน, การวัดและการประเมินผล
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มทดลอง : ได้รับการเรียน จากแผนการจัดการเรียนรู้ศิลปะประกอบบทเรียน วิชาคณิตศาสตร์ ระดับเตรียมความพร้อม จำนวน 32 แผน โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 A1 ระยะเส้นฐาน (Base line) ระยะนี้ผู้วิจัยสอนวิชาคณิตศาสตร์ โดยใช้แบบเรียนแบบปกติ (แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1-8) ผู้สังเกต บันทึกเวลาการเกิดพฤติกรรมความสนใจอยู่กับบทเรียนของ ผู้รับการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมความสนใจต่อการเรียน เป็นเวลา จำนวน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 30 นาที ระยะที่ 2 B ระยะทดลอง (Treatment) ระยะนี้ผู้วิจัยสอนวิชาคณิตศาสตร์โดยใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียน (แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 9-24) โดยใช้เวลาสอน จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 30 นาที ผู้สังเกตบันทึกเวลาการเกิดพฤติกรรมความสนใจต่อการเรียนของ ผู้รับการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมความสนใจต่อการเรียน ในช่วงเวลาการปรับพฤติกรรม ระยะที่ 3 A2 ระยะถอนถอน (Wilthdrawal) ระยะนี้ผู้วิจัยสอนวิชาคณิตศาสตร์โดยใช้แบบเรียนปกติ (แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 25-32) ระยะนี้ไม่มีการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียน ผู้สังเกต บันทึกเวลาการเกิด

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	พฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน ของผู้รับการทดลอง โดยใช้แบบบันทึก พฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนเป็นเวลา จำนวน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 30 นาที
Results	วิเคราะห์ความใส่ใจต่อการเรียนของเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ 1. ระยะเส้นฐาน พบว่าพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนคณิตศาสตร์ใน แผนการสอนที่ 1-8 ของเด็กสมาธิสั้นนั้น มีความใส่ใจ จำนวน 92 นาที คิด เป็นร้อยละ 38.33 โดยมีค่าเฉลี่ยของความใส่ใจ จำนวน 11.50 นาที ต่อการ เรียนที่ใช้เวลา 30 นาที 2. ระยะทดลอง พบว่า ความใส่ใจต่อการเรียนคณิตศาสตร์ในแผนการสอน ที่ 9-24 ของเด็กสมาธิสั้นนั้น มีความใส่ใจ จำนวน 322 นาที คิดเป็นร้อยละ 67.08 โดยมีค่าเฉลี่ยของความใส่ใจ จำนวน 20.13 นาที ต่อการเรียนที่ใช้ เวลา 30 นาที 3. ระยะทดลอง พบว่าความใส่ใจต่อการเรียนคณิตศาสตร์ในแผนการ สอนที่ 25-32 ของเด็กสมาธิสั้นนั้น มีความใส่ใจ จำนวน 139 นาที คิดเป็น ร้อยละ 57.93 โดยมีค่าเฉลี่ยของความใส่ใจ จำนวน 17.38 นาที ต่อการเรียน ที่ใช้เวลา 30 นาที
Implication	จากผลการศึกษา พบว่าเด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน คณิตศาสตร์เพิ่มขึ้น เมื่อมีการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนจะเห็นได้ ว่ากิจกรรมศิลปะ อันได้แก่ การวาดภาพ ละครเวที การปั้นการฉีกตัดปะ ช่วย ในการพัฒนาสมาธิของเด็กให้ยาวนานขึ้น เพราะเด็กจะรู้สึกสนุกสนานกับ งานศิลปะซึ่งเป็นงานที่ทำให้เด็กมีจินตนาการต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการ พัฒนาความคิด ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และยังช่วยในการพัฒนา ทั้งร่างกาย อารมณ์จิตใจ สติปัญญา ในการรับรู้ ตลอดจนยังเป็นการช่วย สร้างสัมพันธภาพให้กับเพื่อน ๆ ที่อาจจะเข้าร่วมในงานศิลปะด้วยกัน ส่งผลถึงสังคมของเด็กได้ด้วย

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 9 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Limitation	เป็นกรณีศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างคนเดียว ถึงแม้จะเทียบกับเด็กปกติในชั้นเรียนเดียวกัน ซึ่งเด็กอาจมีความชอบในศิลปะอยู่แล้ว จึงให้ความสนใจมากขึ้น

**ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

เรื่องที่ 10

ชื่อเรื่องงานวิจัย การใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ที่เหมาะสม
ของ นักเรียนสมาธิสั้น

ผู้แต่ง/ปี ประภาวดี สุมาลย์ / 2549

แหล่งตีพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาผลของการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียน เพื่อเพิ่มความสนใจต่อ การเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้น
Design	- single-subject experimental design
Level	- C
Setting	- ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร
Sample	กลุ่มตัวอย่าง - เด็กสมาธิสั้น เพศชาย อายุ 6 ขวบ จำนวน 1 ราย - ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง และจากการสังเกตพฤติกรรมโดยผู้วิจัยพบว่า ศึกษา มีพฤติกรรมซนอยู่ไม่นิ่ง หลุกหลิกตลอดเวลาออกแวก ไม่สนใจครูเวล ครูสอน มักจะลุกเดินไปมาตลอดเวลา สนใจสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ห้อง ทำให้ไม่ สามารถเรียนรู้และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ทันเพื่อนในชั้นเรียนเดียวกัน ทำให้ผลการประเมินความสามารถทั่วไปด้านทักษะวิชาการอยู่ในเกณฑ์ ต่ำกว่าความสามารถจริง - มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ
outcomes	- ความสนใจต่อการ เรียน ของเด็กสมาธิสั้น

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1. แบบบันทึกพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย 2. แผนการจัดการเรียนรู้ศิลปะประกอบบทเรียน วิชาคณิตศาสตร์ ระดับเตรียมความพร้อม จำนวน 32 แผน ที่ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ ครูสอนคณิตศาสตร์ ครูสอนระดับปฐมวัย และครูสอนศิลปะ โดยเลือกกิจกรรมศิลปะมาใช้ประกอบบทเรียน ในวิชาคณิตศาสตร์ ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม คือการวาดภาพระบายสี, การพิมพ์ภาพ, การปั้น, การพับ, นึก ตัด ปะ, การประดิษฐ์และนำกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม มาเขียนเป็นแผนการสอนตามโครงสร้าง คือความคิดรวบยอด, จุดมุ่งหมาย, เนื้อหา, กิจกรรมการเรียนการสอน, สื่อการสอน, การวัดและการประเมินผล
Interventions	กลุ่มควบคุม :- กลุ่มทดลอง : ได้รับการเรียน จากแผนการจัดการเรียนรู้ศิลปะประกอบบทเรียน วิชาคณิตศาสตร์ ระดับเตรียมความพร้อม จำนวน 32 แผน โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 A1 ระยะเสถียร (Base line) ระยะนี้ผู้วิจัยสอนวิชาคณิตศาสตร์ โดยใช้แบบเรียนแบบปกติ (แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1-8) ผู้สังเกต บันทึกเวลาการเกิดพฤติกรรมความใส่ใจอยู่กับบทเรียนของผู้รับการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน เป็นเวลา จำนวน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 30 นาที ระยะที่ 2 B ระยะทดลอง (Treatment) ระยะนี้ผู้วิจัยสอนวิชาคณิตศาสตร์โดยใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียน (แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 9-24) โดยใช้เวลาสอน จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 30 นาที ผู้สังเกตบันทึกเวลาการเกิดพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนของผู้รับการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน ในช่วงเวลาการปรับพฤติกรรม

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ระยะที่ 3 A2 ระยะถดถอย (Withdrawal) ระยะนี้ผู้วิจัยสอนวิชาคณิตศาสตร์โดยใช้แบบเรียนปกติ (แผนการจัดการเรียนรู้ที่ 25-32) ระยะนี้ไม่มีการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียน ผู้สังเกต บันทึกเวลาการเกิดพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียน ของผู้รับการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนเป็นเวลา จำนวน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 30 นาที
Results	วิเคราะห์ความใส่ใจต่อการเรียนของเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ 1. ระยะเสถียร พบว่าพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนคณิตศาสตร์ในแผนการสอนที่ 1-8 ของเด็กสมาธิสั้นนั้น มีความใส่ใจ จำนวน 92 นาที คิดเป็นร้อยละ 38.33 โดยมีค่าเฉลี่ยของความใส่ใจ จำนวน 11.50 นาที ต่อการเรียนที่ใช้เวลา 30 นาที 2. ระยะทดลอง พบว่า ความใส่ใจต่อการเรียนคณิตศาสตร์ในแผนการสอนที่ 9-24 ของเด็กสมาธิสั้นนั้น มีความใส่ใจ จำนวน 322 นาที คิดเป็นร้อยละ 67.08 โดยมีค่าเฉลี่ยของความใส่ใจ จำนวน 20.13 นาที ต่อการเรียนที่ใช้เวลา 30 นาที 3. ระยะถดถอย พบว่าความใส่ใจต่อการเรียนคณิตศาสตร์ในแผนการสอนที่ 25-32 ของเด็กสมาธิสั้นนั้น มีความใส่ใจ จำนวน 139 นาที คิดเป็นร้อยละ 57.93 โดยมีค่าเฉลี่ยของความใส่ใจ จำนวน 17.38 นาที ต่อการเรียนที่ใช้เวลา 30 นาที
Implication	จากผลการศึกษา พบว่าเด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมความใส่ใจต่อการเรียนคณิตศาสตร์เพิ่มขึ้น เมื่อมีการใช้กิจกรรมศิลปะประกอบบทเรียนจะเห็นว่ากิจกรรมศิลปะ อันได้แก่ การวาดภาพ ระบายสี การปั้นการฉีกตัดปะ ช่วยในการพัฒนาสมาธิของเด็กให้ยาวนานขึ้น เพราะเด็กจะรู้สึกสนุกสนานกับงานศิลปะซึ่งเป็นงานที่ทำให้เด็กมีจินตนาการต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาความคิด ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 10 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	และยังช่วยในการพัฒนาทั้งร่างกาย อารมณ์จิตใจ สติปัญญา ในการรับรู้ ตลอดจนยังเป็นการช่วยสร้างสัมพันธภาพให้กับเพื่อน ๆ ที่อาจจะเข้า มาร่วมในงานศิลปะด้วยกัน ส่งผลถึงสังคมของเด็กได้ด้วย

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น

เรื่องที่	11
ชื่อเรื่องงานวิจัย	ผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพเพื่อลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจ เรียนของเด็กสมาธิสั้น
ผู้แต่ง/ปี	รดาธร นิลละออ/ 2548
แหล่งตีพิมพ์	มหาวิทยาลัยศิลปากร

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพเพื่อลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้น
Design	- Case study (Reversal Single subject Intra Replication or ABAB Design)
Level	- C
Setting	- โรงเรียนมารีย์อุปถัมภ์ จังหวัดนครปฐม
Sample	กลุ่มตัวอย่าง - เด็กสมาธิสั้น เพศชาย เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย - ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลศิริราชว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นโดยใช้เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน - ได้รับการระบุจากครูผู้สอนและครูประจำชั้นว่ามีปัญหาพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน วอกแวกรบกวนผู้อื่น ชอบหยิบสิ่งอื่นมาทำเวลาครูสอน - จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนมากในวิชา ภาษาไทย
outcomes	- พฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้น
Research Instruments	1. ชุดการสังเกตและแบบบันทึกพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนแบบช่วงเวลา ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน คือ - นักเรียนแสดงอาการง่วงนอน - นักเรียนไม่ฟังครู มีอาการเหม่อลอย - นักเรียนหันหน้าไปสนใจสิ่งอื่น

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments (ต่อ)	- นักเรียนหยิบสิ่งอื่นขึ้นมาทำที่ไม่เกี่ยวข้องกับบทเรียน - นักเรียนชวนเพื่อนคุยการให้คะแนนพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนโดยใช้สัญลักษณ์การบันทึกดังนี้ - เครื่องหมาย + หมายถึงช่วงเวลาที่สังเกต กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนในชั้นเรียน โดยให้นับความถี่ หรือจำนวนครั้งที่มีการแสดงพฤติกรรม แล้วใส่เครื่องหมาย + ลงในแบบบันทึกตรงช่วงเวลาที่พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้น - เครื่องหมาย - หมายถึงช่วงเวลาที่สังเกต กลุ่มตัวอย่างไม่มีการแสดงพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนในชั้นเรียน ก็ให้ใส่เครื่องหมาย - ลงในแบบบันทึก 2. โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพ เป็นกระบวนการปรับพฤติกรรมโดยนำทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์คือเด็กสมาธิสั้น ลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน และมีการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรอย่างเป็นระบบ ที่ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับพฤติกรรม จำนวน 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา จำนวน 2 ท่าน ซึ่งมีขั้นตอนคือ - การพัฒนาสื่อ ซึ่งลักษณะของสื่อเป็นภาพวาดการ์ตูนรูปครูกำลังสอนนักเรียนและนักเรียนไม่ตั้งใจมองไปยังครูขณะสอน โดยมีการศึกษาดำราและเอกสารเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการออกแบบภาพวาดเพื่อสื่อสารกับเด็ก และให้เด็กคัดเลือกภาพที่สามารถสื่อสารได้เข้าใจจำนวน 1 ภาพนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำมาใช้ - การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร เป็นการวางเงื่อนไขระหว่างผู้วิจัยและนักเรียนตัวอย่าง เมื่อมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ลดลง 1 ครั้ง จะได้รับดาวคะแนน 1 ดาว แล้วบันทึกจำนวนดาวสะสมลงในบัตรบันทึกเพื่อนำไปแลกเปลี่ยนสิ่งเสริมแรงตามตารางกำหนดอัตราการแลกเปลี่ยนตัวเสริมแรงแต่ละชนิด โดยการคัดเลือกตัวเสริมแรงที่เด็กชอบ 5 อันดับและนำมากำหนดอัตราการแลกเปลี่ยนเบี้ยอรรถกร

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มควบคุม : - กลุ่มทดลอง : ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมด้วยการชี้แนะด้วยภาพ และให้การเสริมแรงด้วยเบี้ยยรรณในการเรียนวิชาภาษาไทย โดยเลือกวันเวลาในการทดลองคือ วันจันทร์ (เช้า) 1 ชั่วโมง วันพฤหัสบดี (เช้า) 1 ชั่วโมง และช่วงบ่าย 1 ชั่วโมง วันศุกร์ (เช้า) 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลาในการทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที จำนวน 32 ครั้ง โดยมีขั้นตอนในการทดลอง 4 ขั้นตอน คือ ระยะที่ 1 (A₁) ระยะพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของนักเรียนในแบบบันทึกช่วงเวลา โดยไม่ใช้หลักการปรับพฤติกรรมเป็นระยะเวลาติดต่อกันทั้งหมด 2 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที จำนวน 8 ครั้ง ระยะที่ 2 (B₁) ระยะปรับพฤติกรรมโดยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมด้วยการชี้แนะด้วยภาพ เป็นระยะที่ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของเด็กในขณะที่ครูสอนและผู้วิจัยใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม และให้การเสริมแรงด้วยเบี้ยยรรณกร่วมด้วย คือเมื่อเด็ก มีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน ผู้วิจัยจะชูภาพสื่อชี้แนะให้เห็นเพื่อให้เด็กหยุดหรือลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน ซึ่งมีการวางเงื่อนไขกับเด็กไว้ว่าถ้ามีพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนลดลง 1 ครั้งจะได้รับการบันทึกดาว 1 ดาว และสามารถสะสมเพื่อนำไปแลกสิ่งเสริมแรงตามลำดับอัตราแลกเปลี่ยนเบี้ยยรรณที่กำหนดไว้ ทำการทดลองในวิชาภาษาไทยตามวัน เวลาเหมือนระยะทดลองที่ 1 เป็นเวลาติดต่อกันทั้งหมด 2 สัปดาห์ๆ ละ 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที จำนวน 8 ครั้ง ระยะที่ 3 (A₂) ระยะหยุดยั้ง เป็นระยะหยุดยั้งให้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการ เหมือนระยะที่ 1 ตามวัน เวลาเดียวกันใช้เวลา 2 สัปดาห์ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และยืนยันผลการใช้โปรแกรม

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ระยะที่ 4 (B₂) เป็นระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกครั้งโดยกลับไปใช้กระบวนการเดียวกับระยะที่ 2 เพื่อให้เห็นแนวโน้มของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงชัดเจนยิ่งขึ้นโดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ๆละ 4 ครั้งๆละ 60 นาที
Results	วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพ และเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ระยะที่ 1 (A₁) ระยะเสถียร พบว่าความถี่ของพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนจำนวน 92 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความถี่เท่ากับ 11.5 ครั้ง ระยะที่ 2 (B₁) ระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าความถี่ของพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนจำนวน 56 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความถี่เท่ากับ 7.00 ครั้งซึ่งแสดงให้เห็นความถี่ของพฤติกรรมที่ลดลง น่าจะเป็นผลจากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 3 (A₂) ระยะหยุดยั้ง พบว่าความถี่ของพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนสูงขึ้นเข้าใกล้ระยะเสถียร ค่าความถี่จำนวน 61 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความถี่เท่ากับ 7.62 ครั้ง ระยะที่ 4 (B₂) เป็นระยะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกครั้ง พบว่าความถี่ของพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนลดลงเป็น 42 ครั้ง ค่าเฉลี่ยความถี่เท่ากับ 5.22 ครั้ง สรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพ สามารถลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้นได้
Implication	โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการชี้แนะด้วยภาพและการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร สามารถลดพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียนของเด็กสมาธิสั้นได้แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถนำไปส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อการจัดการเรียนการสอนของเด็กสมาธิสั้น โดยเพิ่มความเข้มข้นของสื่อ รูปแบบตัวอักษร ภาพประกอบของสื่ออุปกรณ์การสอน จะทำให้เด็กสนใจมากขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยวิธีการเตือนด้วยภาพ เป็นการเตือนให้เด็กพยายามพัฒนาตนเองให้มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ลดลง

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	และกลับมาสนใจในกิจกรรมการเรียนรู้ และส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ดีขึ้น และสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงใช้ในการเรียนการสอนในวิชาอื่นๆ ได้
Limitation	1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีเพียง 1 คน จึงไม่เพียงพอที่จะทำให้เห็นผลที่แตกต่างอย่างชัดเจน และควรมีการเปรียบเทียบผลการทดลองกับกลุ่มเด็กที่ปกติด้วย เพื่อจะได้เห็นประสิทธิภาพ และความแตกต่างของการใช้โปรแกรมฯ 2. ควรให้การเสริมแรงเมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมทันที เพื่อให้พฤติกรรมคงที่ หรือเกิดขึ้นอีก แต่เมื่อเด็กไม่กระทำพฤติกรรมที่กำหนดก็ไม่ให้เบี่ยงเบน 3. แนวคิดการเสริมแรงทางบวกแก่เด็กต้องตระหนักเสมอว่าเด็กแต่ละคนมีความชอบแตกต่างกัน จึงควรเลือกตัวเสริมแรงที่เหมาะสม และประสิทธิภาพมากนัก้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้เงื่อนไขของเด็กด้วย

**ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น**

เรื่องที่ 12

ชื่อเรื่องงานวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ผู้แต่ง/ปี พรทิพย์ วชิรดิตร, มนัสวี เมืองขาว, ธนโชติ เทียมแสง/ 2552

แหล่งตีพิมพ์ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 17 (2), 77-90

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Objective	- เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น
Design	- Experimental study
Level	- A
Setting	- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
Sample	เกณฑ์คัดเข้า - ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ตาม DSM-IV diagnosis of ADHD - เด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลมีอายุน้อยกว่า 12 ปี เกณฑ์คัดออก - ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักที่ขาดการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าหรือตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 30 คนเพื่อรับการบำบัดโดยวิธี การสุ่ม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.18 ปี
outcomes	- ความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น อาการของโรคสมาธิสั้น

ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Instruments	1.แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น - พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยมีค่าความน่าเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 จำนวน 10 ข้อ - เป็นคำถามให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งในสองอย่าง (dichotomous scale) กำหนดเป็นถูก หรือ ผิด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 2.แบบประเมินเจตคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น - พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยมีค่าความน่าเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 จำนวน 10 ข้อ - เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คือทัศนคติเชิงบวก แต่ถ้าน้อยกว่า คือทัศนคติเชิงลบ) 3. แบบประเมินทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น - พัฒนาโดยทีมผู้วิจัยมีค่าความน่าเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 จำนวน 20 ข้อ - เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง และเป็นประจำ(คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 36 คือทักษะดี แต่ถ้าน้อยกว่า 36 คือทักษะไม่ดี) 4. แบบประเมินพฤติกรรม Revised Conners Parent Rating Scale ของ Conners - ประเมิน 6 ด้านคือ conduct, learning problem, psychosomatic problem, impulsivity hyperactivity, anxiety, hyperactivity index จำนวน 48 ข้อ - เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0= ไม่ทำเลย 1=ทำเล็กน้อย 2= ทำค่อนข้างมาก 3= ทำมาก สำหรับความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นตาม การรับรู้ของผู้ปกครอง ประเมินจากการถามความรู้สึกที่มีต่ออาการของเด็ก โดยให้เลือก 3 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง

ตาราง 4 สรุปผลการค้นกรองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 12 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions	กลุ่มควบคุม : กลุ่มทดลอง : กลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยใช้ระยะ คือ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 90-120 นาที ต่อเนื่องจนครบ 6 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น 2) การปรับทัศนคติ และสิ่งที่ควรรู้ในการปรับพฤติกรรม 3) ทักษะการควบคุมตัวเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) ทักษะการเพิ่มสมาธิ 6) วินัยและความรับผิดชอบ ซึ่งการบำบัดแต่ละครั้งจะหมุนเวียนเป็นวิทยากรหลักและสรุปสาระสำคัญโดยผ่านกิจกรรม แล้วจึงแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มๆละ 10 คนต่อผู้นำกลุ่ม 1 คน เพื่อฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการสอนที่กำหนดไว้ กลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ระยะเวลา 1 วัน ลักษณะเป็นกลุ่มเปิด ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในช่วงเช้า และช่วงบ่าย แบ่งกลุ่มๆ ละ 10 คนต่อผู้นำกลุ่ม 1 คน โดยทีมวิจัยเป็นผู้นำกลุ่มย่อย เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการให้คำแนะนำรายบุคคลในวันที่มารับบริการ เกี่ยวกับการรับประทานยาและการดูแลเด็กสมาธิสั้น ร่วมกับแจกคู่มือและแผ่นพับ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพคนใดคนหนึ่งให้บริการในวันนั้น อาจเป็นแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ การประเมินผล - การประเมินตัวแปรด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยการวัด 3 ครั้ง พร้อมกันทั้ง 3 กลุ่ม คือ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตาม 3 เดือนโดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาของโปรแกรมฯ เป็นหลัก - การประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กจะมีการประเมิน 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและติดตาม 3 เดือน

**ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 10 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Interventions (ต่อ)	ในระหว่างดำเนินการทดลองกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตามจากทีมวิจัย โดยให้การศึกษาทางโทรศัพท์ รวมถึงจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ยาหรือปรับขนาดยา และทุกคนจะถูกรัดโดยแพทย์เพื่อติดตามอาการของเด็กทุก 1 เดือน
Results	1. การประเมินผลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น - ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น มากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 2.0 และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 1.6 นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ ระหว่างรูปแบบการบำบัดและระยะเวลามีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ในระยะหลังการทดลอง มากกว่า ก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.4 และระยะติดตาม 3 เดือนมากกว่า ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.4 2. การประเมินผลด้านทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น - ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 2.3 และ 6.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ ระหว่างรูปแบบการบำบัดและระยะเวลามีผลต่อทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้น ในระยะหลังการทดลอง มากกว่า ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.2 และระยะติดตาม 3 เดือนมากกว่า ก่อนการทดลองเท่ากับ 6.8

**ตาราง 4 สรุปผลการถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 10 (ต่อ)**

หัวข้อ	รายละเอียด
Results (ต่อ)	3. การประเมินผลด้านทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น - ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 6.5 และ 9.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปฏิสัมพันธ์ ระหว่างรูปแบบการบำบัดและระยะเวลาที่มีผลต่อทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - สำหรับการวัดทั้ง 3 ระยะ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในระยะหลังการทดลอง มากกว่า ก่อนการทดลองเท่ากับ 5.8 และระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่า หลังการทดลอง และก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.1 และ 9.0 ตามลำดับ 4. การประเมินผลด้านอาการของโรคสมาธิสั้น - ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของโรคสมาธิสั้น น้อยกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 29.3 และ 29.5 ตามลำดับ และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
Implication	ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีผลทำให้ความรู้ทัศนคติ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สูงกว่ารูปแบบการบำบัดด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลแบบปกติเป็นการให้ความรู้ผ่านคำแนะนำรายบุคคลในวันที่มารับบริการ ร่วมกับแจกคู่มือและแผ่นพับ โดยบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่มีโครงสร้างกำหนดการ ขึ้นอยู่กับความพร้อมหรือความเร่งรีบของ

ตาราง 4 สรุปผลการถนอมรักษารองข้อมูลจากวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม
สำหรับเด็กสมาธิสั้น เรื่องที่ 11 (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด
Implication (ต่อ)	บุคลากร และผู้ปกครอง ลักษณะพยายามให้ผู้ปกครองเชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และระบายความคับข้องใจได้น้อย แต่รูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ มีการเรียงลำดับขั้นตอนตามแนวทางการปรับพฤติกรรมทางปัญญา เป็นการปรับความคิด ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยให้ผู้ปกครองตระหนักถึงผลกระทบที่รุนแรงจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และประโยชน์ หรืออนาคตที่ดีจากการที่เด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การปรับพฤติกรรม ด้วยการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลเด็ก ทั้งด้านเทคนิค การควบคุมตนเอง การสื่อสาร การเพิ่มสมาธิ การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ โดยเน้นให้ผู้ปกครอง มีแนวทางจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กได้เหมาะสม ร่วมกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกกลุ่ม จึงส่งผลให้อาการของโรคในเด็กลดลงในระยะติดตาม 3 เดือน
Limitation	ในเรื่องของระยะเวลาและความต่อเนื่องที่แตกต่างกันของรูปแบบการบำบัดแต่ละกลุ่ม ขาดข้อมูลขนาดยาที่ใช้ร่วมกันและคะแนนเฉลี่ยด้านอาการของโรคสมาธิสั้นที่ลดลงได้จากแบบประเมินพฤติกรรมของ Conners ไม่ได้ใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงทางคลินิกของโรคสมาธิสั้น ซึ่งอาจมีผลต่อข้อสรุปของการศึกษาได้

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางสาวนุจรีย์ ภูระยา

วัน เดือน ปี เกิด

13 สิงหาคม 2513

สถานที่เกิด

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประวัติการศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต, พ.ศ. 2532 - 2534

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี

พยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป, พ.ศ. 2549

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, พ.ศ. 2549 - 2553

ที่อยู่ปัจจุบัน

25/1 หมู่ 10 ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

โทรศัพท์: 08-1807-6074

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

โรงพยาบาลสามร้อยยอด อำเภอสามร้อยยอด

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

โทรศัพท์: 0-3268-8558

E-mail: nuchpura@yahoo.com

nuchpura@windowslive.com