



อาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น และความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล

Clinical Outcomes and Parents' Life Congruence of Children with Attention Deficit-Hyperactive Disorder after Satir Model Based Psychoeducational Program

สุนทรี ศรีโกไสย*, ภัทราวดี ดอนนอก*, ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา**, รัตนา สายพานิชย์***
Soontaree Srikosai*, Patarawadee Dornnork*, Siriwan Taweewattanaprecha**,
Ratana Saipanish***

* สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

** สมาคมพัฒนาศักยภาพมนุษย์และจิตบำบัดแนวซาเทียร์

*** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Rajanagarindra Institute of Child Development

** Satir Association for Human development and Psychotherapy

*** Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น และระดับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและระดับความเครียดของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามมาตรฐาน

วิธีการศึกษา การทดลองแบบมีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 ราย ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล กลุ่มควบคุมจำนวน 34 ราย ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามมาตรฐาน วัดผลด้วยแบบประเมินอาการเด็กสมาธิสั้นคือ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับผู้ปกครอง แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง

ผลการศึกษา หลังสิ้นสุดการทดลองแล้วติดตามผลเดือนที่ 3 และ 6 พบว่าอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม (mean difference at 3 month FU = -14.29, and 6 month FU = -15.24) ร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาครบของเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ในกลุ่มทดลองสูงกว่าเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ในกลุ่มควบคุม ที่ post-test (mean difference = 8.23) และที่ 6 เดือน (mean difference = 8.23) ของการติดตาม ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีระดับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงกว่าผู้ปกครองที่อยู่ในกลุ่มควบคุม การติดตามที่ 1 เดือน (mean difference = 11.17) และ 3 เดือน (mean difference = 12.84) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความเครียดต่ำกว่า ณ การติดตามเดือนที่ 6 (mean difference = -12.44)

สรุป โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลช่วยให้ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีระดับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเพิ่มขึ้น มีระดับความเครียดลดลง เด็กมีอาการทางคลินิกดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คำสำคัญ ความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ซาเทียร์โมเดล ผู้ปกครอง สุขภาพจิตศึกษา สมาธิสั้น

Corresponding author: สุนทรี ศรีโกไสย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 227-246

ABSTRACT

Objective : To compare clinical symptoms and medical compliance of children with attention deficit/hyperactive disorder (ADHD), and life congruence of parents between parents who attended the psychoeducational program based on the Satir Model and those who attended the standard education program

Methods : A randomized controlled trial design was applied in this study. Samples were parents of children with ADHD. The experimental group consisted of 34 parents who attended the Psychoeducational Program Based on the Satir Model. The control group consisted of 34 parents who attended the standard education program. The research instruments were the Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV Parent version), Patient drug compliance questionnaire, Life Congruence Scale, and Parenting Stress Index-4-SF.

Results : The clinical symptoms and drug compliances of children in the experiment group were better than the control group at both 3 month follow-up (mean difference = -14.29) and 6 month follow-up (mean difference = -15.24). Patient drug compliances in the experimental group were better than the control group at the end of the program (mean difference = 8.23) and at 6 month follow-up (mean difference = 8.23). Parents in the experimental group showed better results on the Life Congruence Scale than the control group at 1 month follow-up (mean difference = 11.17) and 3 month follow-up (mean difference = 12.84), and also reported lower stress score than control group at 6 month follow-up (mean difference = -12.44).

Conclusion : Providing the psychoeducational program based on the Satir Model to parents of children with ADHD helped them to be more congruent and less stressful, which consequently improved clinical symptoms and medical compliance of their children. This psychoeducational program should be considered to be integrated in routine services to clients in child and adolescent psychiatric hospitals.

Keywords: life congruence, Satir model, parent, psychoeducation, ADHD

Corresponding author: Soontaree Srikosai

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(3): 227-246

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention deficit-hyperactivity disorder [ADHD]) เป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อย เกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง มีอาการหลักคือขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ชนมากกว่าปกติ หรืออยู่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น^{1,2} เป็นกลุ่มอาการที่พบได้ประมาณร้อยละ 5.0 ของเด็ก อายุ 8-11 ปี พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า³ ความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กไทยพบมีร้อยละ 8.1⁴ และพบมากถึงร้อยละ 30-50 ของเด็กที่เข้ารับการ รักษาในคลินิกจิตเวชเด็ก⁵ ความชุกของโรคสมาธิสั้นใน เด็กที่มารับบริการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ พ.ศ. 2556-2558 มีมากเป็นอันดับสองรองจากกลุ่ม โรคออทิสซึม โดยมีจำนวน 8,911 ราย (ร้อยละ 21.93) 9,742 ราย (ร้อยละ 29.33) และ 8,303 ราย (ร้อยละ 26.79) ตามลำดับ⁶

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคสมาธิสั้นในเด็ก เป็นปัจจัยทำให้เกิดผลกระทบด้านชีวิตประจำวัน ด้านความพร้อมทางการเรียนและด้านทักษะทางสังคม ของเด็ก ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด วิตกกังวล^{7,8} มีภาวะซึมเศร้า⁹ บางรายมีอาการท้อแท้เพราะความรู้สึก ไม่แน่นอนในอาการของเด็ก ภาวะไม่สงบสุขในจิตใจ เหล่านี้เกิดขึ้นต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าครอบครัว ของเด็กปกติ^{10,11} และอาจเป็นอุปสรรคต่อความสามารถ แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ปกครอง ซึ่งเป็น ปัจจัยทำนายความเครียดและความสมดุลทางอารมณ์ จิตใจของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น¹² นอกจากนี้ ผลกระทบ ของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าคือ เสี่ยงต่อการมีปฏิสัมพันธ์ กับเด็กในทางใช้ความรุนแรง เข้มงวดในกฎเกณฑ์ ตาหนีหรือทำโทษเด็กอย่างรุนแรง และมีภาวะกระตุ้น พัฒนาการเด็กน้อยเกินไป¹³

การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กด้วยยาเป็นทาง เลือกว่าอันดับแรกซึ่งพบว่าให้ผลดีต่ออาการทางคลินิก แต่มักพบอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการปวดศีรษะ และเบื่ออาหาร ปัญหาที่พบได้บ่อยคือขาดความร่วมมือ ในการรับประทานยา^{14,15} และการรักษาด้วยยาเพียง อย่างเดียวอาจมีข้อจำกัดในการพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหาการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ของเด็ก¹⁶ ผู้ปกครอง จึงมีความสำคัญในบทบาทการส่งเสริมพัฒนาการ การปรับพฤติกรรม ผักกัญ และฝึกการใช้ชีวิตประจำ วันเพื่อให้เด็กสามารถรับผิดชอบตนเองในบทบาทตาม วัยได้มากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของการได้รับ สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติต่อเด็กได้เหมาะสมมากขึ้น

การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ปกครองมีประโยชน์ ต่อการมีความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้น เกิดความพึง พอใจต่อบริการที่ได้รับ และให้ผลดีต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของเด็ก แต่ยังมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือด้าน จิตใจของผู้ปกครอง สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการ ดูแลทางจิตใจร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ปกครองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่สมดุลหรือมีความ สอดคล้องกลมกลืนของชีวิต ซึ่งมีความสำคัญต่อการ ดูแลเด็กได้เหมาะสมมากขึ้น สามารถให้การสนับสนุน พัฒนาการเด็กได้อย่างเต็มที่ และเป็นแบบอย่างทาง อารมณ์สำหรับเด็กได้ การศึกษาที่ผ่านมาให้ข้อสรุปว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลจิตใจของ ผู้ปกครองจะเพิ่มประสิทธิผลของการส่งเสริม พัฒนาการด้านจิตใจของเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เพราะเป้าหมายของการบำบัดรักษา เด็กและวัยรุ่นพัฒนาการเด็กส่งเสริมคือละเพิ่มความ สัมพันธ์ที่ตระหว่งผู้ปกครองและเด็ก โดยใช้เทคนิค วิธีการหลายอย่างร่วมกัน เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และมีเทคนิคที่เหมาะสมในการปฏิบัติต่อ เด็ก การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้นจะให้

ประสิทธิผลมากที่สุดเมื่อเข้าใจและยอมรับความเป็นจริงรวมทั้งตระหนักในภาวะอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่จะส่งผลต่อบุตรหลาน¹⁷

แนวคิดซาเทียร์ โมเดล (Satir model) จึงเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการการดูแลจิตใจของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตใจอย่างเป็นระบบโดยใช้การอุปมาอุปไมยภูเขาน้ำแข็ง (iceberg) ให้เสมือนเป็นจิตใจของบุคคลที่ประกอบด้วยตัวตนของตนเอง (self) ความปรารถนา (yearning) ความคาดหวัง (expectation) การรับรู้ (perception) ความรู้สึกต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้น (feeling about feeling) ความรู้สึก (feeling) พฤติกรรม (behavior) และวิธีการปรับตัวให้มีชีวิตรอด (survival coping stance) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า 'ปัญหาไม่ใช่ปัญหาแต่วิธีจัดการปัญหาเป็นปัญหา' จากการที่ความปรารถนาหรือความต้องการที่แท้จริงไม่ได้รับการตอบสนอง ส่งผลให้ระดับต่างๆ ของภูเขาน้ำแข็งจิตใจมีภาวะเบี่ยงเบนไม่สมดุลไม่สงบสุขและไม่สามารถเชื่อมโยงกับตัวตนที่แท้จริงของตนเองซึ่งเป็นชุมทรัพย์ภายในหรือพลังชีวิต การบำบัดแนวซาเทียร์จึงมีเป้าหมายเพื่อช่วยผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ภายในโดยสามารถเชื่อมโยงกับพลังชีวิตของตนเองได้ จึงสามารถรับผิดชอบเต็มเต็มความปรารถนาของตนเองได้ ส่งผลให้ลดความคาดหวังต่อตนเองและผู้อื่น รับรู้สิ่งต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง/คนรอบข้างตามความเป็นจริง และมีความสุขมากขึ้น^{18,19}

ภาวะไม่สงบสุขในจิตใจของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น อธิบายตามแนวคิดซาเทียร์ โมเดล คือ ผู้ปกครองไม่ได้รับการตอบสนองความคาดหวังของตนเองที่มีต่อลูก ได้แก่ การมีลูกที่เรียนดี ลูกปรับตัวเข้ากับเพื่อน/สังคมได้ ลูกมีวินัยในตนเอง หรือลูกมีความรับผิดชอบ และไม่ได้รับการตอบสนองความปรารถนา

ได้แก่ การเป็นพ่อ/แม่ที่ดี การได้รับการยอมรับและความเข้าใจจากคนรอบข้าง ความภาคภูมิใจในตนเอง และความ สุข ภาวะเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรม คำพูด หรือทัศนคติเชิงลบต่อเด็ก ซึ่งเป็น dysfunctional solution ต่อ unmet expectation/unmet yearning การนำแนวคิดและวิธีการของซาเทียร์ โมเดลมาบูรณาการในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถเชื่อมโยงกับชุมทรัพย์ภายในตนเองได้ ส่งผลให้รับรู้คุณค่าตนเองมากขึ้น มีทางเลือกในการดูแลอารมณ์/ความรู้สึกให้สงบสุขได้ด้วยตนเอง สามารถจัดการความคิด/การรับรู้และความคาดหวังต่อตนเองต่อผู้อื่นและต่อบริบทให้มีทิศทางบวกตามความเป็นจริง ทำให้โลกทัศน์ภายในมีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นมีทิศทางบวกมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงต้องการส่งเสริมความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์ โมเดล ซึ่งคาดว่า การมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครอง จะส่งผลต่อการดูแลบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างยอมรับและเข้าใจ มองเห็นข้อดีในตัวเด็กมากขึ้น สามารถเติมเต็มความรักความอบอุ่นและการใส่ใจเด็กได้ดียิ่งขึ้น นำไปสู่การมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์ โมเดลและกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และระดับคะแนนดัชนีชีวิตความเครียดของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มผู้ปกครองที่ได้

รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์ โมเดลและกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน

สมมติฐานการศึกษา

1. ระดับอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์ โมเดล ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน
2. ร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์ โมเดล สูงกว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน
3. ระดับคะแนนความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์ โมเดล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน
4. ระดับคะแนนดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์ โมเดล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงทดลองชนิดมีการสุ่มเลือก และมีกลุ่มควบคุม อาสาสมัครรับรู้ว่าตนเองเข้าร่วมโปรแกรมชนิดใดชนิดหนึ่งระหว่างโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐานและโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จะไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยได้รับการบอกข้อมูลในขั้นตอน consent form ว่าจะมีผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการบำบัดรักษาโรคสมาธิสั้นเข้าร่วมโครงการ จำนวน 68 ราย โดยแบ่งแบบสุ่มเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามมาตรฐาน จำนวน 34 ราย และผู้ปกครอง

ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 34 ราย และผู้รวบรวมข้อมูลไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอยู่ในกลุ่มใด (randomized controlled trial-double blind design)

ประชากรศึกษา คือผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ให้การเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับเด็ก และนำเด็กมารับบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีอายุ 4-12 ปี และการทบทวนบันทึกทางการแพทย์พบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็นสมาธิสั้นแบบใดแบบหนึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของระบบสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่สี่ ทบทวน (DSM-IV-TR) หรือฉบับที่ห้า (DSM-V) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่สิบ (ICD-10)

ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรกหรือครั้งรอง โดยกรณีครั้งรอง หมายถึง มารับบริการมากกว่า 1 ครั้ง และได้รับการรักษาในขนาดคงที่ ≥ 3 เดือน ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 โดยแพทย์ให้การรักษาด้วยยาชนิดใดชนิดหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) อายุระหว่าง 25-65 ปี
- 2) สื่อสารภาษาไทยได้
- 3) เป็นผู้ดูแลหลักของบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้น หรือโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมชนิดใดชนิดหนึ่งโดยอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับเด็ก
- 4) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 6 ครั้ง

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าโครงการ (exclusion criteria) ดังนี้

1) มีอาการทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือไม่มีสมาธิในการสื่อสาร

2) อยู่ระหว่างการได้รับการบำบัดทางจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีบำบัดแบบฝึกสติวิธีบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม หรือวิธีบำบัดความเครียดในรูปแบบต่างๆ

เกณฑ์การบอกเลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) คือ มีอาการทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือไม่มีสมาธิในการสื่อสาร

Random assignment ใช้วิธีการสุ่มเลือกด้วยการจับสลากเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขนาดตัวอย่าง กำหนดจากการกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .70 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ทดสอบที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 26 ราย/กลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและอำนาจในการทดสอบทางสถิติ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย/กลุ่ม รวมมีจำนวน 68 ราย (แผนภูมิที่ 1)

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเชิงการบำบัดแบบชาเทียร์โมเดล หมายถึง ชุดของแผนการปฏิบัติต่อผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสำหรับให้สุขภาพจิตศึกษาที่อิงหลักการบำบัดแบบชาเทียร์ โมเดล สร้างขึ้นโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย 6 ครั้ง ครั้งละ 60-75 นาที โดย 5 ครั้งแรกดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แบบรายบุคคลหรือรายครอบครัว และครั้งที่ 6 เป็นแบบกลุ่ม (booster dose) ดำเนินการ ณ เดือนที่ 3 ของการติดตาม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (week₀) “ความรู้ ปฏิกริยาทางอารมณ์ และการดูแล” วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปกครองและผู้ให้สุขภาพจิตศึกษามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกัน ให้ผู้ปกครองเข้าใจรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษา ได้รับ

การดูแลอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เนื้อหา/วิธีการเริ่มจากการสร้างสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้ปกครอง รับฟังประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้น ทบทวนโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ท้าข้อตกลงร่วมกันในการเข้าร่วมโครงการจนครบโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง จัดการอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ประเมินความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและแก้ไขความเข้าใจผิดๆ สำรวจผลกระทบของอาการของบุตร/หลานต่อจิตใจของผู้ปกครอง สร้างความเข้าใจใหม่ว่าผู้ปกครองสามารถมีความสุขไปพร้อมๆ กับการดูแลบุตร/หลานได้ และให้การบ้าน

ครั้งที่ 2 (week₁) “สำรวจ iceberg เพื่อให้สัมผัสพลังบวก (1)” วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถตั้งคำถามสำรวจผลกระทบของการมีบุตร/หลานสมาธิสั้นให้มีประสบการณ์จัดการสิ่งที่เป็นผลกระทบของการมีบุตร/หลานสมาธิสั้น และช่วยให้มีชีวิตที่ชัดเจนใจลดลง เนื้อหา/วิธีการเริ่มจากทบทวนการเรียนรู้และประเมินผลกระทบของสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่ 1 ช่วยให้มีทักษะการสำรวจผลกระทบของการมีบุตร/หลานสมาธิสั้นต่อจิตใจของผู้ปกครอง ช่วยให้มีประสบการณ์จัดการผลกระทบต่อจิตใจ ช่วยให้มีประสบการณ์กับพลังด้านบวกของชีวิตเพื่อนามาใช้จัดการผลกระทบได้ และให้การบ้าน

ครั้งที่ 3 (week₂) “สำรวจ iceberg เพื่อให้สัมผัสพลังบวก (2)” วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถตั้งคำถามสำรวจจิตใจตนเองได้เมื่อมีสิ่งเข้ามากระทบ และให้มีประสบการณ์จัดการสิ่งที่เป็นผลกระทบต่อจิตใจตนเอง เนื้อหา/วิธีการเริ่มจากทบทวนการเรียนรู้และประเมินผลกระทบของสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่ 2 ช่วยให้เข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทางเลือกให้ตนเองได้ เมื่อมีภาวะอารมณ์ความรู้สึกทางลบเกิดขึ้น โดยการ

ฝึกตั้งคำถามถามตัวเอง ให้ผู้ปกครองฝึกตั้งคำถามสำรวจจิตใจตนเอง 5-6 คำถาม โดยเลือกเหตุการณ์มา 1 เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับจิตใจของผู้ปกครอง (หลักการคือ ช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง) สอบถามประสบการณ์ที่ได้รับ ช่วยให้ผู้ปกครองมีประสบการณ์จัดการสิ่งที่เป็นผลกระทบต่อจิตใจได้ ช่วยให้มีประสบการณ์เชื่อมโยงกับศักยภาพภายในตนเอง ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถให้กำลังใจและชื่นชมตนเองได้ และให้การบ้าน

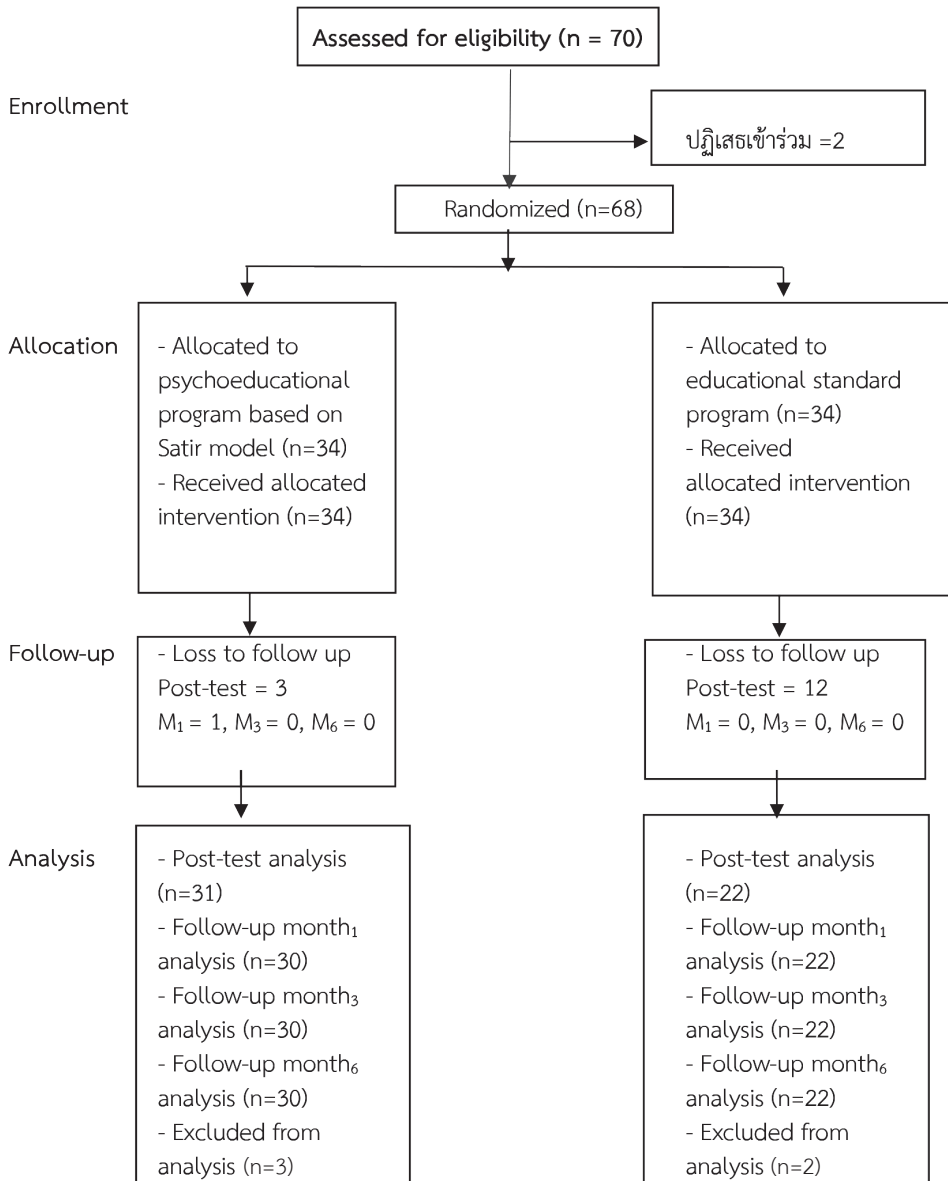
ครั้งที่ 4 (week₄) “จัดการความสัมพันธ์ให้สมดุล 1” วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปกครองมีความตระหนักและตัดสินใจเลือกสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในรูปแบบมีความสอดคล้องกลมกลืน (ไม่ขัดแย้งในใจ) เนื้อหา/วิธีการเริ่มจากทบทวนการเรียนรู้และประเมินผลกระทบบางสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่ 3 สำรวจรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับผู้อื่นเวลามีปัญหาหรือมีความขัดแย้งกัน สำรวจผลกระทบที่เกิดจากวิธีการที่คุ้นเคยในการใช้ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นปัญหานั้น ฝึกประสบการณ์การใช้รูปแบบความสัมพันธ์ที่มีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเอง และให้การบ้าน

ครั้งที่ 5 (week₅) “จัดการความสัมพันธ์ให้สมดุล 2” วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปกครองมีทักษะการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว เนื้อหา/วิธีการเริ่มจากทบทวนการเรียนรู้และประเมินผลกระทบบางสิ่งที่ได้เรียนรู้ในครั้งที่

ที่ 4 ทบทวนลักษณะของการสื่อสารที่ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกันหรือขัดแย้งกัน ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวก และให้การบ้าน

ครั้งที่ 6 (month₃ นับจากครั้งที่ 5) “การดูแลตนเอง” เป็นกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครอง วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนและต่อยอดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาในจิตใจของผู้ปกครอง และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง เนื้อหา/วิธีการเริ่มจากทบทวนและต่อยอดการเปลี่ยนแปลง/พัฒนาในจิตใจของผู้ปกครอง โดยใช้กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครอง กลุ่มละ 6-8 ราย ประเด็นการแลกเปลี่ยนคือ “ความเครียด” และ “การปฏิบัติต่อบุตรหลาน” ช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักในการดูแลตนเองโดยใช้ “ใบงานทรัพยากร 8 ด้าน ที่หล่อเลี้ยงตัวตนของเรา

โปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน หมายถึง การให้ความรู้ คาแนะนา และการปรับประคองจิตใจผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 5 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แบบรายบุคคลหรือรายครอบครัว ครั้งที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการ สาเหตุและการรักษาโรคสมาธิสั้น และให้การปรับประคองจิตใจ ครั้งที่ 2, 3, 4, และ 5 เป็นการสำรวจปัญหา และให้ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้อง



แผนภูมิที่ 1 The Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)

สถานที่ทดลอง แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล ใช้เวลา 60-75 นาที

จำนวน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ติดต่อกันจนครบ 5 ครั้ง และครั้งที่ 6 ดำเนินการ ณ เดือนที่ 3 ของการติดตาม ผู้ให้โปรแกรมคือทีมวิจัยจำนวน 2 ราย เนื้อหาของโปรแกรมเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นแบบรายบุคคลหรือรายครอบครัว มีองค์ประกอบ

6 ครั้ง ได้แก่ **ครั้งที่ 1** เป็นการให้ข้อมูลความรู้ การจัดการ ปฏิกริยาทางอารมณ์ และการดูแล **ครั้งที่ 2** เป็นการ ฝึกสำรวจ iceberg เพื่อให้สัมผัสผัสพลังบวก (ครั้งที่ 1) โดยให้ผู้ปกครองฝึกตั้งคำถามสำรวจใจตนเองเมื่อได้รับ ผลกระทบจากอาการของบุตร/หลาน และสร้างความ เข้าใจใหม่ว่าผู้ปกครองสามารถมีความสุขไปพร้อมกับ การดูแลบุตร/หลานได้ **ครั้งที่ 3** เป็นการฝึกสำรวจ iceberg เพื่อให้สัมผัสผัสพลังบวก (ครั้งที่ 2) โดยช่วยให้ เข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทางเลือกให้ตนเองได้เมื่อ มีภาวะอารมณ์ความรู้สึกลบเกิดขึ้น โดยการฝึก ตั้งคำถามถามตัวเอง และช่วยให้มีประสบการณ์จัดการ สิ่งที่เป็นผลกระทบต่อจิตใจได้ **ครั้งที่ 4** เป็นการจัดการ ความสัมพันธ์ให้สมดุล (ครั้งที่ 1) โดยสำรวจรูปแบบ ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับผู้อื่นเวลามีปัญหา และ สำรวจผลกระทบที่เกิดจากวิธีการที่คุ้นเคยในการใช้ ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นปัญหานั้น เพื่อสร้างความ ตระหนักและตัดสินใจเลือกสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ในรูปแบบที่มีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเอง **ครั้งที่ 5** เป็นการจัดการความสัมพันธ์ให้สมดุล (ครั้งที่ 2) โดย ทบทวนลักษณะของการสื่อสารที่ส่งผลให้เกิดความ ไม่เข้าใจกันหรือขัดแย้งกัน และฝึกทักษะการสื่อสาร เชิงบวกในครอบครัว **ครั้งที่ 6** เป็นการดูแลตนเอง โดย ทบทวนและต่อยอดการพัฒนาในจิตใจของผู้ปกครอง โดยใช้กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง ผู้ปกครองในวิธีการปฏิบัติต่อเด็ก กลุ่มละ 6-8 ราย และ กระตุ้นความตระหนักในการดูแลตนเอง

ส่วนโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติต่อเด็ก สำหรับผู้ปกครอง และการปรับประคองจิตใจ ผู้ปกครอง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ติดต่อกันจนครบ 5 ครั้ง แบบรายบุคคลหรือ รายครอบครัว ดำเนินการโดยพยาบาลประจำการแผนก ผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน รวมจำนวน 3 ราย ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับเอกสารความรู้

เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นชุดเดียวกัน ในการได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 1

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1) แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ตามแนวคิดซาเทียนร์ ความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต หมายถึง ภาวะจิตใจของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีการ ตระหนักรู้ในตนเอง มีความเชื่อมโยงกับพลังชีวิตตนเอง และสามารถเชื่อมโยงกับผู้อื่นได้ ทำให้นักคนมีลักษณะ ชื่นชมตนเองได้ รับรู้คุณค่าของตนเอง มีอิสระในการ เชื่อมโยงกับพลังชีวิตของตัวเอง มีอิสระในการเชื่อมโยง กับผู้อื่น เต็มใจที่จะไว้วางใจตนเองและผู้อื่น เปิดรับ การมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่น และสามารถจัดการ ความเครียดในชีวิตประจำวันได้เหมาะสม ประเมินโดย แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตตามแนวคิด ซาเทียนร์ฉบับภาษาไทย

มีคำตอบให้เลือก 7 ระดับ คือ เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่มีความเห็น (ก่า้าง) ไม่ เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยและทดสอบความตรงเชิง โครงสร้าง (construct validity) และทดสอบความเชื่อถือ ได้ (reliability) ของเครื่องมือ โดย สุนทร ศรีโกสย และ ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา²⁰ ใช้สำหรับผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 5-15 นาที มีจำนวน 21 ข้อ คำถาม ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 21-147 สามารถใช้ตอบ ด้วยตนเองหรือใช้วิธีการสัมภาษณ์ คะแนน ≤ 131 = มีความสอดคล้องกลมกลืนมากที่สุด คะแนน 109-130 = มีความสอดคล้องกลมกลืนมาก คะแนน 87-108 = มีความสอดคล้องกลมกลืนค่อนข้างมาก คะแนน 65-86 = มีความสอดคล้องกลมกลืนค่อนข้างน้อย คะแนน 43-64 = มีความสอดคล้องกลมกลืนน้อย และคะแนน 21-42 = มีความสอดคล้องกลมกลืนน้อยที่สุด ผู้วิจัยไม่ได้ ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ ของแบบวัดนี้ จึงมิได้ทดสอบความ ตรง แต่ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (retest-stability test) ห่างกัน

2 สัปดาห์ ในผู้ปกครองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยสมัครใจตอบแบบวัดฯ จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน = 0.82

2.2) แบบวัด Parenting Stress Index 4th Edition Short Form (PSI-4-SF) สร้างขึ้นโดย Abidin²¹ ใช้สำหรับผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอายุ 1-12 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัญหาของผู้ปกครองและเด็ก ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที มีจำนวน 36 ข้อคำถาม ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยการตอบด้วยตนเอง หรือใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการแปลเป็นฉบับภาษาไทย ทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือโดยวิธี Confirmatory Factor Analysis พบมี 3 องค์ประกอบตรงกับต้นฉบับ คือ parental distress, parent-child dysfunctional interaction, และ difficult child ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายในใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยสมัครใจตอบแบบวัดฯ จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .90

2.3) แบบสอบถาม Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ใช้ประเมินอาการสมาธิสั้น มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ณัทร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ⁵ ได้ทำการทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถามนี้พบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient = 0.93-0.96) มีประโยชน์ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองและครู ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบสอบถาม SNAP-IV สำหรับผู้ปกครองตอบคือ 16-14-12 และสำหรับครูตอบคือ 18-11-8 จุดตัดที่ใช้นี้ทำให้เกิดความสอดคล้องกันในการวินิจฉัยโรค

สมาธิสั้นร้อยละ 69.6 สำหรับแบบสอบถามผู้ปกครอง และร้อยละ 76.9 สำหรับแบบสอบถามครู ผู้วิจัยทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธี inter-rater ได้คะแนนรวมและคะแนนรายด้านใกล้เคียงกันระหว่างผู้ประเมิน และหาค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยสมัครใจตอบแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .73

2.4) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ข้อ คือ (1) จำนวนเม็ดยา หรือปริมาณยา (กรณียาน้ำ) ที่เด็กต้องรับประทานต่อเดือน (2) จำนวนเม็ดยา หรือปริมาณยา (กรณียาน้ำ) ที่เด็กรับประทานในเดือนที่ผ่านมา และ (3) สาเหตุของการรับประทานไม่ครบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) = .90 และได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) = .90

2.5) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศของเด็กในปกครอง อายุของเด็ก ครั้งที่เด็กมารับบริการ และชนิดของยาที่เด็กได้รับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดย

(1) ผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลและไม่ทราบว่าการกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Blind assessment) ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (baseline) (2) ทีมวิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล และทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในดำเนินการตามโปรแกรมให้ความรู้ตามมาตรฐาน

(3) ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองจำนวน 4 ครั้ง คือ ณ สัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดโปรแกรมห้าครั้ง และการติดตาม ณ เดือนที่ 1, 3, และ 6 โดยไม่ทราบว่าคุณสมบัติอย่างอยู่ในกลุ่มใด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา, t-test, และ Chi-square test เปรียบเทียบระดับอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้น คะแนนความสอดคล้องกลมกลืนของซีวิตและดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ pretest, post-test, การติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน วิเคราะห์โดยใช้ Generalized Estimating Equation (GEE) โดยมีการปรับอิทธิพลของประเภทของเด็กเพื่อไม่ให้ผลการวิเคราะห์คลาดเคลื่อน และใช้ Bonferroni ในการเปรียบเทียบรายคู่ เปรียบเทียบร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ post-test, การติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน วิเคราะห์โดยใช้ GEE

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ตามเอกสารเลขที่ 4/2559 และการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 036/2559

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 68 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57 ราย, ร้อยละ 83.8) เป็นมารดาของเด็ก (56, ร้อยละ 82.4) อายุเฉลี่ย 40 ปี อาชีพรับจ้าง/แม่บ้าน/ว่างงาน (45 ราย, ร้อยละ 43.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (23 ราย, ร้อยละ 33.8 และ 22 ราย, ร้อยละ 32.4 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสคู่ (47 ราย, ร้อยละ 69.1) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,701 บาท รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 29,044 บาท ระยะเวลา

ที่เลี้ยงดูเด็กเฉลี่ย 8.5 ปี จำนวนเด็กในความดูแล 1-2 ราย (54 ราย, ร้อยละ 79.4) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศของผู้ปกครอง อายุของผู้ปกครอง อาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพสมรส รายได้ เพศของเด็กในปกครอง ครั้งที่เด็กมารับบริการ ชนิดของยาที่เด็กได้รับ และลักษณะโรคร่วมทางจิตเวช (ตารางที่ 1) ซึ่งแสดงถึงการมีความเท่าเทียมกันในด้านปัจจัยส่วนบุคคลก่อนดำเนินการทดลอง

อาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้น พบว่าเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองมีอาการทางคลินิกลดลงที่ post-test, การติดตามที่ 3 และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม (pretest) ในทุกกลุ่มอาการและในระดับภาพรวมของอาการ (ตารางที่ 2) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนน SNAP-IV ที่ post-test, การติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ระดับอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมแตกต่างกัน ณ การติดตามที่ 3 เดือน และ 6 เดือน (ตารางที่ 3) ผลการวิเคราะห์ Generalized Estimating Equation (GEE) พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SNAP-IV ($p=0.927$)

ความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าค่าเฉลี่ยของร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่ post-test (แผนภูมิที่ 2) และผลการวิเคราะห์ GEE พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลมีความสัมพันธ์กับร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น (n =68)

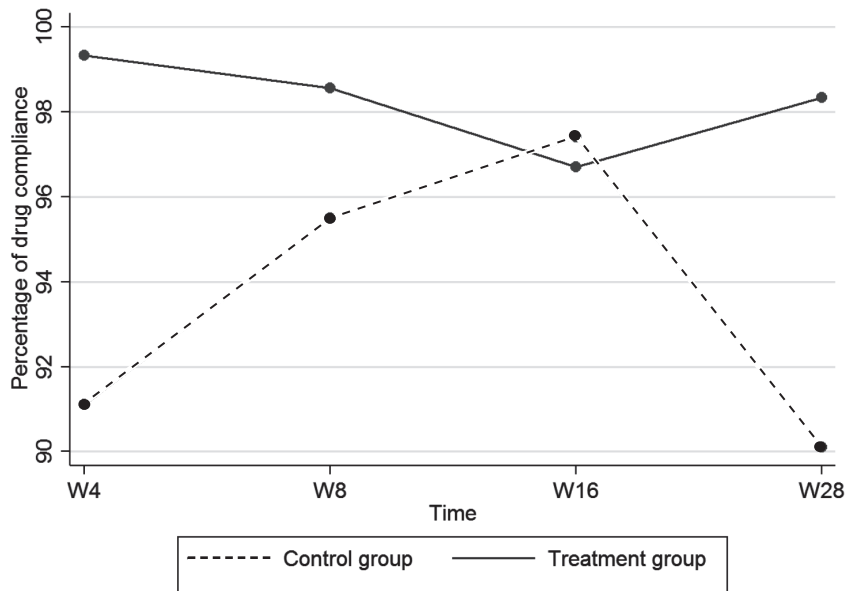
ลักษณะส่วนบุคคล	n = 68	จำนวน (ร้อยละ)		p-value (two-tail)
		กลุ่มทดลอง (n=34)	กลุ่มควบคุม (n=34)	
เพศของผู้ปกครอง				$\chi^2 = 2.711, p = .100^b$
ชาย	11 (16.2)	3 (8.8)	8 (23.5)	
หญิง	57 (83.8)	31 (91.2)	26 (76.5)	
อายุของผู้ปกครอง				$t = -.022, p = .983^a$
อายุเฉลี่ย (ปี)	Mean = 40.29 SD = 11.09	Mean = 40.26 SD = 11.56	Mean = 40.32 SD = 10.77	
อาชีพ				$\chi^2 = 4.857, p = .434^b$
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8 (11.8)	2 (5.9)	6 (17.7)	
ว่างงาน	9 (13.2)	6 (17.6)	3 (8.8)	
รับจ้าง	28 (41.2)	16 (47.1)	12 (35.3)	
ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน	3 (4.4)	2 (5.9)	1 (2.9)	
ค้าขาย	14 (20.6)	6 (17.6)	8 (23.5)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (8.8)	2 (5.9)	4 (11.8)	
ระดับการศึกษา				$\chi^2 = 5.719, P = .335^b$
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	23 (33.8)	13 (38.2)	10 (29.4)	
มัธยมศึกษา	25 (36.8)	14 (41.2)	11 (32.4)	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	20 (29.5)	7 (20.6)	13 (38.2)	
ความสัมพันธ์กับเด็ก				$\chi^2 = 2.104, P = .349^b$
พ่อ / แม่	56 (82.4)	26 (76.5)	30 (88.2)	
ลุง / ป้า / น้า / อา	1 (1.5)	1 (2.9)	0 (0)	
ปู่ / ย่า / ตา / ยาย	11 (16.2)	7 (20.6)	4 (11.8)	
สถานภาพสมรส				$\chi^2 = 3.499, P = .321^b$
คู่	47 (69.1)	27 (79.4)	20 (58.8)	
หย่า	13 (19.1)	4 (11.8)	9 (26.5)	
หม้าย	5 (7.4)	2 (5.9)	3 (8.8)	
โสด	3 (4.4)	1 (2.9)	2 (5.9)	
รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครองที่ตอบ	12,701	11,402	14,000	$t = -.901, p = .371^a$
แบบสอบถาม (บาท/เดือน)				
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)	29,044	25,191	32,897	$t = 1.192, p = .238^a$
เพศของเด็กในปกครอง				$\chi^2 = 0.095, p = .758^b$
ชาย	55 (80.9)	27 (79.4)	28 (82.4)	
หญิง	13 (19.1)	7 (20.6)	6 (17.6)	
อายุของเด็ก (ปี)				$t = .659, p = .512^a$
อายุเฉลี่ย (SD)	8.7 (2.4)	8.8 (2.1)	8.5 (2.6)	
ครั้งที่เด็กมารับบริการ				$\chi^2 = 0.059, p = .808^b$
ครั้งแรก (คน)	33 (48.5)	16 (47.1)	17 (50.0)	
ครั้งรอง (คน)	35 (51.5)	18 (52.9)	17 (50.0)	
ยาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับ				$\chi^2 = 4.391, p = .495^b$
Stimulant ชนิดใดชนิดหนึ่ง	55 (80.9)	29 (85.3)	26 (76.5)	
Stimulant ร่วมกับยากลุ่ม				
Antagonist หรือ anti-adrenergic	10 (14.7)	0 (0)	3 (8.8)	
Antagonist หรือ anti-adrenergic	3 (4.4)	5 (14.7)	5 (14.7)	

a = Independent t-test, b = Chi-Square test

หมายเหตุ: เด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม มีโรคร่วมชนิด oppositional defiant กลุ่มละ 2 ราย และมีโรคร่วมชนิด anxiety กลุ่มละ 2 ราย ส่วนในกลุ่มทดลองมีโรคร่วมชนิด learning disorder 1 ราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัด SNAP-IV ตามกลุ่มอาการในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล ณ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน

กลุ่มอาการ	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม ที่ 1 เดือน	ติดตาม ที่ 3 เดือน	ติดตาม ที่ 6 เดือน	ระดับคะแนนที่ บ่งชี้มีอาการสมาธิสั้น ประเมินโดยผู้ปกครอง
N	34	34	31	30	30	
อาการขาดสมาธิ Mean (SD)	16.3 (5.6)	11.8 (5.2)	13.1 (5.2)	10.0 (5.3)	9.1 (5.2)	≤16
อาการอยู่นิ่ง / หุนหันพลันแล่น Mean (SD)	13.3 (4.4)	11.6 (5.5)	10.7 (4.8)	8.1 (4.9)	7.3 (5.6)	≤13
อาการดื้อต่อต้าน Mean (SD)	9.0 (5.4)	7.2 (4.7)	7.1 (5.7)	6.2 (4.6)	5.3 (5.2)	≤15
คะแนนรวม Mean (SD)	38.6 (11.6)	30.6 (13.5)	30.9 (14.1)	24.3 (14.2)	21.7 (14.7)	



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น ณ หลังการทดลอง และการติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนจากแบบวัด SNAP-IV ในเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงการบำบัดแบบชาเขียวโมเดล และกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามมาตรฐาน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน

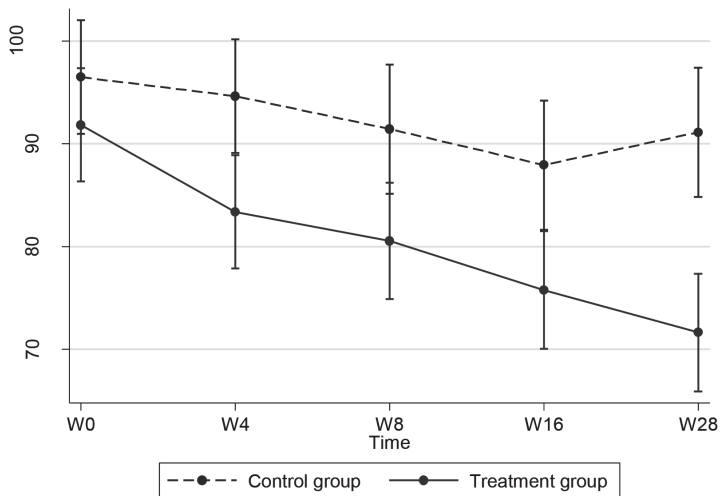
Time	Arm type		Mean difference	95% CI of Mean difference		p-value
	Treatment	control				
ก่อนทดลอง	37.57	37.88	-0.31	-9.09	8.47	>0.999
หลังทดลอง	30.62	33.50	-2.88	-11.62	5.85	>0.999
ติดตามที่ 1 เดือน	31.44	38.73	-7.29	-16.97	2.39	0.263
ติดตามที่ 3 เดือน	23.48	37.78	-14.29	-24.02	-4.56	0.001
ติดตามที่ 6 เดือน	20.72	35.96	-15.24	-24.97	-5.51	<0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนจากแบบวัด Life congruence ในเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเขียวโมเดล และกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามมาตรฐาน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน

Time	Arm type		Mean difference	95% CI of Mean difference		p-value
	Treatment	control				
ก่อนทดลอง	94.88	97.12	-2.24	-10.14	5.67	>0.999
หลังทดลอง	111.71	106.21	5.50	-2.41	13.41	0.366
ติดตามที่ 1 เดือน	117.98	106.81	11.17	2.16	20.18	0.007
ติดตามที่ 3 เดือน	121.20	108.36	12.84	3.77	21.91	0.001
ติดตามที่ 6 เดือน	96.33	92.45	3.88	-5.19	12.95	>0.999

ความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครอง พบว่าคะแนนความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมที่ post-test, การติดตามที่ 1 และ 3 เดือน โดยมีระดับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเพิ่มขึ้นจากระดับค่อนข้างมากที่ week₀ เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากอย่างต่อเนื่อง แต่การติดตามที่ 6 เดือน กลับลดลงเหลือระดับค่อนข้างมาก (ตารางที่ 4) และผลการวิเคราะห์ GEE พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเขียว โมเดลไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความ

สอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครอง ($p = 0.467$)
ความเครียดของผู้ปกครอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยจากดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเขียวโมเดล ในภาพรวมของการวัดทั้ง 5 ครั้ง อยู่ในระดับปกติ แต่ที่ post-test, การติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน ลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (แผนภูมิที่ 3) และผลการวิเคราะห์ GEE พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเขียวโมเดล ไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน PSI ($p = 0.244$)



แผนภูมิที่ 3 คะแนนของดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม

วิจารณ์

อาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นหลังจากผู้ปกครองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล ลดลงที่ post-test, การติดตามที่ 3 และ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในทุกกลุ่มอาการและในระดับภาพรวมของอาการ และระดับอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมแตกต่างกัน ณ การติดตามที่ 3 และ 6 เดือน ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลสำหรับผู้ปกครอง ให้ผลดีต่อการมี อาการทางคลินิกที่ดีขึ้นของเด็กสมาธิสั้นเมื่อติดตามในระยะสั้นและระยะกลาง คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{22,23} อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Ferrin และคณะ²² ในด้านระดับคะแนนจากแบบวัด The strengths and difficulties questionnaire (SDQ) พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาให้ผลดีเฉพาะด้าน pro-social มากกว่ากลุ่มควบคุม ณ การติดตามที่ 3 เดือน (p = .018) ส่วนด้าน emotion, conduct, TDAH, peers และคะแนนรวมของ SDQ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ปกครองที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นนั้น ต้องมีลักษณะเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้ปกครอง เพื่อการดูแลช่วยเหลือสภาพอารมณ์จิตใจของผู้ปกครอง ให้อยู่ในภาวะสมดุล เพื่อการลดผลกระทบของอารมณ์ทางลบต่อการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น หรือลดปฏิกิริยาที่มีต่ออาการ/พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อันจะส่งผลต่ออารมณ์จิตใจและพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในเชิงบวกและเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง และการศึกษาครั้งนี้มีการติดตามอาการทางคลินิกของเด็กที่ 6 เดือน ซึ่งแสดงถึงอิทธิพลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลในระยะกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และได้รับการดูแลจิตใจ รวมถึงอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น อีกทั้งได้รับความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นไปทบทวนเพิ่มเติมที่บ้าน จึงส่งผลต่อการมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในทางบวกมากขึ้น และการที่ผู้ปกครองมีระดับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมากขึ้น (ตารางที่ 4) ร่วมกับมีความเครียดลดลง (แผนภูมิที่ 3) จะส่งผลต่อการดูแลบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างยอมรับ

และเข้าใจ มองเห็นข้อดีในตัวเด็กมากขึ้น สามารถ
เติมเต็มความรักความอบอุ่นและการใส่ใจเด็กได้ดี
ยิ่งขึ้น นำไปสู่การมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นของเด็กได้
ซึ่งสนับสนุนหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่า การดูแล
สังคัมจิตใจเด็กสมาธิสั้นโดยผู้ปกครองหรือครอบครัวจะ
เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและส่งผลให้เด็กสามารถใช้
ศักยภาพในการควบคุมตนเองได้มากขึ้น²⁴ สอดคล้องกับ
ผลการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม และการติดตามที่ 1,
3 และ 6 เดือน ในกลุ่มทดลองที่พบว่าคะแนนของอาการ
ขาดสมาธิ อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และอาการ
ดื้อต่อต้าน มีระดับต่ำกว่าคะแนนที่บ่งชี้การมีอาการ
สมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) สำหรับ
ข้อมูลผลการประเมินที่ post-test และการติดตามที่ 1
เดือน ไม่พบความแตกต่างของอาการทางคลินิกในเด็ก
สมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้น อาจ
เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ยังไม่เพียงพอต่อการสังเกต
การเปลี่ยนแปลงของอาการและพฤติกรรมของเด็ก
ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการวางแผนติดตามใน
การศึกษาครั้งต่อไป

ค่าเฉลี่ยของร้อยละความร่วมมือในการรับ
ประทานยาของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่ม
เด็กที่ผู้ปกครองอยู่ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .001$) ที่ post-test ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
การวิจัย และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเทียร์
โมเดลมีความสัมพันธ์กับร้อยละความร่วมมือในการรับ
ประทานยา ($p < 0.001$) สามารถแปลความหมายได้
ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเทียร์โมเดลให้ผล
ต่อความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองในด้านารดูแลเด็ก
รับประทานยาทุกวันในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม
และตระหนักในความสำคัญของการรับประทานยา
รักษาสมาธิสั้นในช่วงที่เด็กเรียนหนังสือ จึงทำให้เด็ก
ร่วมมือรับประทานยาเกือบ ร้อยละ 100 คล้ายคลึงกับ
การศึกษาในประเทศจีน²⁵ สามารถอธิบายได้ว่า สุขภาพ
จิตศึกษาเป็นการบำบัดเสริมร่วมกับการใช้ยาสำหรับ
ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่ช่วยเพิ่มความรู้ความ
เข้าใจในพฤติกรรมทางสังคัมของเด็ก เข้าใจวิธีการ

ดูแลเด็กมากขึ้น เกิดความตระหนักในความรู้เรื่องการ
รักษาโรคสมาธิสั้น และมีทัศนคติที่ดีต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน
มา^{17,22,23,26,27,28} ส่วนการติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน
ไม่มีความแตกต่างกันของร้อยละความร่วมมือในการ
รับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของร้อยละความร่วมมือในการรับ
แต่ประทานยาของเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ในกลุ่มทดลองจะ
เห็นว่ามีค่าค่อนข้างคงที่โดยอยู่ระหว่างร้อยละ 97-99
และข้อมูลจากผู้ปกครองในแบบสอบถามความร่วมมือ
ในการรับประทานยาระบุว่า มีกวางดยารักษาสมาธิสั้น
เป็นบางวันที่เด็กไม่ได้เรียนหนังสือ จึงอาจส่งผลให้ไม่
พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละ
ความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กที่ผู้ปกครอง
ในกลุ่มควบคุม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในการติดตามที่ 1
และ 3 เดือน ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง แต่มี
การลดลงในการติดตามที่ 6 เดือน และอยู่ในระดับต่ำ
กว่ากลุ่มทดลองนั้น อาจอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองที่ได้รับ
โปรแกรมความรู้ตามมาตรฐานมีการใส่ใจเด็กในเรื่อง
การรับประทานยาเป็นช่วงๆ จากการได้รับความรู้ความ
เข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น รวมทั้งการพูดคุยซักถามปัญหา
จำนวน 5 ครั้งทุกสัปดาห์ และคู่มือความรู้ที่ได้รับเป็นชุด
เดียวกันกับผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง จึงให้ประโยชน์ต่อ
ผู้ปกครองบางส่วนที่สนใจซักถามในประเด็นการดูแล
เด็ก เมื่อเวลาผ่านไปอาการและพฤติกรรมของเด็กอาจ
อาจดีขึ้นจนผู้ปกครองเข้าใจว่าเด็กอาจไม่ต้องกินยา
ผลการติดตามที่ 6 เดือน จึงมีการลดลงของร้อยละ
ความร่วมมือในการรับประทานยาว่านไปได้ นอกจากนี้
อาจเป็นการติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ่อยเกินไปจะมีผล
ต่อการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กในด้านการดูแลเด็ก
รับประทานยา จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการติดตามร้อยละของ
ความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็ก ณ เดือนที่
1, 3 และ 6 เดือน

คะแนนความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้
ปกครองในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

โดยมีระดับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเพิ่มขึ้นจากระดับค่อนข้างมาก ณ ก่อนการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากหลังการทดลองต่อเนื่องอย่าง (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเชิงการบำบัดแบบซาเทียร์โมเดลต่อการมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเพิ่มขึ้นในการติดตามระยะสั้น คล้ายคลึงกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อิงซาเทียร์โมเดลที่ผ่านมา²⁹ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ปกครองมีประสบการณ์เชื่อมโยงกับพลังชีวิตหรือชุมทรัพย์ภายในของตนเองและสามารถนำพลังด้านบวกของชีวิตมาใช้จัดการผลกระทบต่อจิตใจ (โปรแกรมครั้งที่ 3) จะช่วยให้ผู้ปกครองมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมากขึ้น โดยวิธีสร้างประสบการณ์ให้ผู้ปกครองเชื่อมโยงกับพลังด้านบวกในตัวเอง ได้แก่ การสื่อสารกับข้างในจิตใจของผู้ปกครอง เช่น “การมีลูกสมาธิสั้นทำชีวิตของคุณและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปหลายอย่าง แต่อยากให้คุณลองค้นหาว่า มีอะไรในตัวลูกที่ทำให้คุณรู้สึกชุ่มชื่นใจได้บ้าง” “คุณจะมีจิตใจตัวเองที่มีความตั้งใจเลี้ยงดูเขาได้มาถึงทุกวันนี้ได้ไหม” “เมื่อใดก็ตามที่คุณรู้สึกหงุดหงิด เบื่อหน่าย หรือท้อใจ คุณจะสามารถกลับมานึกถึงความภูมิใจตรงนี้ได้ไหม” “คุณต้องทำอะไรเป็นตัวช่วยเพื่อเตือนใจคุณถึงความภูมิใจตรงนี้” นอกจากนี้ ยังมีการให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นทางบวก หรือมีความหวังในทางบวก หรือมีแนวโน้มใช้ศักยภาพของตนเองให้เป็นประโยชน์ และมีการให้การบ้านเพื่อต่อยอดประสบการณ์จัดการอารมณ์ความรู้สึกโดยใช้พลังทางบวกภายในจิตใจของตนเองเป็นเครื่องมือ ร่วมกับการบันทึกข้อดีของตัวเองและข้อดีของลูก แล้วอ่านทบทวนและตรวจสอบใจตัวเองว่าเป็นอย่างไร โดยความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการปรับตัวตามแนวคิดซาเทียร์ โมเดลระบุว่าทุกคนมีทรัพยากรอยู่ภายในเพื่อใช้ปรับตัวให้สำเร็จและเพื่อการเติบโตพัฒนา เมื่อบุคคลได้เชื่อมโยงกับทรัพยากรภายในของตนเองจะส่งผลให้มีพลังในการปรับตัวเชิงบวกกับสิ่งที่มากระทบจิตใจได้ดีขึ้น¹⁹

คะแนนความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ณ การติดตาม ณ เดือนที่ 6 อาจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กที่ใกล้ชิดกันในลักษณะมารดา ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ตารางที่ 1) และการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ในช่วงแรกของโปรแกรม อาจส่งผลให้ผู้ปกครองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการยอมรับเด็กได้ง่ายขึ้นหรือสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้อย่างลงตัวมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลพบว่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามมาตรฐาน (ตารางที่ 4) แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดลในด้านการช่วยให้ผู้ปกครองมีการเชื่อมโยงกับพลังข้างในจิตใจส่วนลึกของตนเอง (spiritual) ในโปรแกรมครั้งที่ 2 และ 3 การฝึกประสบการณ์เชิงบวกในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น (intrapyschic-interpersonal) ในโปรแกรมครั้งที่ 2, 3, 4, และ 5 การมีประสบการณ์กับชุมทรัพย์ภายในของตนเอง (internal resources) ในโปรแกรมครั้งที่ 2, 3, 4, 5, และ 6 และการมีประสบการณ์ปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์กับผู้อื่นในเชิงบวกโดยเฉพาะการสื่อสาร (interpersonal) ในโปรแกรมครั้งที่ 4 และ 5 โดยการมีประสบการณ์ทุกด้านดังกล่าวเป็นองค์ประกอบของการมีความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต²⁰

คะแนนเฉลี่ยจากดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงซาเทียร์โมเดล ในภาพรวมของการวัดทั้ง 5 ครั้ง อยู่ในระดับปกติ แต่ที่ post-test, การติดตามที่ 1, 3 และ 6 เดือน ลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (แผนภูมิที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา แสดงให้เห็นซาเทียร์โมเดลให้ผลต่อการแกมสุขภาพจิตศึกษาอิงโปรแกรมที่มีความความเครียดลดลงทั้งในระยะสั้นและระยะกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่าง

จากการศึกษาที่ผ่านมา²² ที่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้างและกลุ่มควบคุม จึงสามารถสรุปได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาอิงชาเทียร์โมเดล เป็นรูปแบบของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ให้ประสิทธิผลโดยตรงต่อการลดความเครียดของผู้ปกครอง โดยสามารถอธิบายกลไกการทำงานของโปรแกรมคือ มีการสำรวจรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับผู้อื่นเวลามีปัญหาหรือขัดแย้งกัน สำรวจผลกระทบที่เกิดจากวิธีการที่คุ้นเคยในการใช้ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นปัญหานั้น มีการทบทวนลักษณะของการสื่อสารที่ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ช่วยให้มีทักษะการสื่อสารที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ตรงไปตรงมาสุขภาพ ให้เกียรติตัวเองและคนอื่น (ในโปรแกรมครั้งที่ 4 และ 5) และมีการทบทวนและต่อยอดการพัฒนาในจิตใจของผู้ปกครอง โดยใช้กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครองในประเด็นความเครียดและการปฏิบัติต่อบุตรหลาน รวมทั้งมีการช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักในการดูแลตนเอง (โปรแกรมครั้งที่ 6) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีทางเลือกที่แตกต่างจากเดิมเพื่อให้ชีวิตสมดุลมากขึ้น เมื่อมีประสบการณ์ในกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรมคือได้ทบทวนและตระหนักในการดูแลตนเองให้ครอบคลุมองค์ประกอบของสิ่งหล่อเลี้ยงชีวิตของบุคคล จะยิ่งเพิ่มการเชื่อมโยงกับตัวตนภายในของตนเองได้ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ปกครอง การเปลี่ยนแปลงภายในที่เกิดขึ้นของผู้ปกครองดังกล่าวจึงส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ปกครองในเชิงบวกต่อบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้น จึงเห็นได้ว่าเด็กมีอาการทางคลินิกดีขึ้น และมีร้อยละของความร่วมมือรับประทานยาสูงขึ้น ผลการศึกษาจึงสนับสนุนกลไกการทำงานของสุขภาพจิตศึกษา 3 ส่วน ตามแนวคิดของ Colom, Vieta, และ Scott³⁰ คือ (1) สร้างความตระหนักในด้านความผิดปกติของสุขภาพที่เกิดขึ้น ด้าน

การสังเกตสัญญาณเตือน และด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (2) เพิ่มภาวะความเป็นอยู่ที่ดี และ (3) เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษานี้ มีข้อจำกัดที่เป็นโอกาสในการศึกษาครั้งต่อไป ได้แก่ 1. อัตราการ drop out ของกลุ่มควบคุม ณ week 4 พบมีร้อยละ 35.29 จึงอาจทำให้เกิด false positive (type I error) หรือ false negative (type II error) ได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลถูกระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Generalized Estimating Equation (GEE) จึงอาจช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากผลการวิเคราะห์ได้

2. เครื่องมือที่ใช้วัดผลการทดลองมีลักษณะเป็น 'self-report' โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม อาจส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนในการให้คำตอบตามความเป็นจริงในบางส่วนได้

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาหรือบิดาของเด็ก การประยุกต์ใช้ผลวิจัยสำหรับผู้ปกครองที่เป็นญาติของเด็กในรูปแบบความสัมพันธ์อื่นๆ อาจเป็นข้อจำกัดได้

สรุป

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาเทียร์โมเดลช่วยให้ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีระดับความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเพิ่มขึ้นและมีระดับความเครียดลดลง และให้ผลต่อการมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นของเด็ก และเด็กให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในงานประจำของหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ และขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Boon-Yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57: 373-86.
2. Kessler RC, Adler LA, Berglund P, Green JG, McLaughlin KA, Fayyad J, & et al. The effects of temporally secondary co-morbid mental disorders on the associations of DSM-IV ADHD with adverse outcomes in the US national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Psychol Med* 2014; 44: 1779-92. Doi:10.1017/S0033291713002419.
3. Piyasil V, Katumarn P. (Eds.). Textbook of child and adolescent psychiatry. (2nd ed.). Bangkok: Tana Press; 2007.
4. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *JMHT* 2013; 21: 66-75.
5. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2014; 59:97-110.
6. Rajanagarindra Institute of Child Development. Statistic of out-patient and inpatient receiving services in 2013, 2014, 2015. Rajanagarindra Institute of Child Development. Department of mental Health, Thailand.
7. Barkley RA. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl 12):36-43.
8. Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R. The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry Hum Dev* 2015; 46: 118-29. Doi: 10.1007/s10578-014-0458-2.
9. Puttisri S, Punpanivh P, Pantungtong T, Sungprasit M. A Depression in Mothers of Children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2006; 51: 213-23.
10. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Maternal psychopathology and offspring clinical outcome: a four-year follow-up of boys with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 253-62. Doi: 10.1007/s00787-016-0873-y.
11. Whalen CK, Odgers CL, Reed PL, Henker B. Dissecting daily distress in mothers of children with ADHD: an electronic diary study. *J. Fam. Psychol* 2011; 25:402-11. Doi: 10.1037/a0023473.
12. Finzi-Dottan R, Triwitz YS, Golubchik P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Res Dev Disabil* 2011; 32: 510-19.
13. Gurian A. Mother blues-child blues how maternal depression affects children. *Letter Child Study Center* 2003; 7:1-5.
14. Alder LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgrad Med J* 2010; 122: 184-91.
15. Hodgkins P, Sasané R, Christensen L, Harley C, Liu, F. Treatment outcomes with methylphenidate formulations among patients with ADHD: retrospective analysis of a managed care population. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(Suppl2): 53-62.

16. Antshel KM. Psychosocial interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: update. *Child & Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24: 79-97. Doi: 10.1016/j.chc.2014.08.002
17. Novicka KK, Novick J. A new model of techniques for concurrent psychodynamic work with parents of child and adolescent psychotherapy patients. *Child & Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2013; 22: 331-49. Doi: 10.1016/j.chc.2012.12.005
18. Limsuwan N, Limsuwan N. Psychotherapy based on the Satir Model. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 251-58.
19. Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M. *The Satir Model: Family therapy and beyond*. California: science and behavior book; 1991.
20. Srikosai S, Taweewattanaprecha S. Psychometric Properties of the Life Congruence Scale Based on the Satir Model: Thai Version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57:75-88.
21. Abidin RR. (2012). Parenting stress index, fourth edition short form (PSI-4SF). Retrieved from www.wpspublish.com
22. Ferrin M, Moreno-Granados JM, Salcedo-Marin MD, Ruiz-Veguilla M, Perez-Ayala V, Taylor E. Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 637-47. Doi:10.1007/s00787-013-0494-7.
23. Bai G-N, Wang Y-F, Yang L, Niu W-Y. Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 2721-35.
24. Eiraldi RB, Mautone JA, Power TJ. Strategies for implementing evidence-based psychosocial intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012; 21: 145-59. Doi:10.1016/j.chc.2011.08.012.
25. Yang L. Psychoeducation for the Parents of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children; 2015. Retrieved from www.ClinicalTrials.gov
26. Krain AL, Kendall PC, Power TJ. The role of treatment acceptability in the initiation of treatment for ADHD. *J Atten Disord* 2005; 9: 425-34.
27. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treat Crisis Interv* 2004; 4: 205-25.
28. Montoy A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry* 2011; 26:166-75.
29. Srikosai S, Thapinta D, Kittirattanapaiboon P, Piyavhatkul N. Effectiveness of an Alcohol Relapse Prevention Program Based on the Satir Model in Alcohol-dependent Women. *CMU Journal of Natural Sciences* 2014; 13(2): (May-August). DOI: 10.12982/cmu-jns.2014.0033
30. Colom F, Vieta E, Scott J. *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge Uni Press, Cambridge; 2006.