

## ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ต่ออาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน

ญานิกา แชนด์\*, สุนิศา สุขตระกูล\*\*<sup>a</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ โดยทำการวัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ต่ออาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน การแบ่งกลุ่มใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้ระยะเวลาทดลอง 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Repeated measures ANOVA และ Bonferroni test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการสมาธิสั้นก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน ในด้านขาดสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.71 (SD=0.35), 1.47 (SD=0.31) และ 1.24 (SD=0.29) ตามลำดับ ด้านอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.69 (SD=0.39), 1.47 (SD=0.31) และ 1.23 (SD=0.28) ตามลำดับ และด้านติดต่อด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.41 (SD=0.42), 1.20 (SD=0.45) และ 0.96 (SD=0.47) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าอาการสมาธิสั้นในทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับโปรแกรมฯ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการลดอาการสมาธิสั้น ในเด็กวัยเรียน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การดูแลที่ส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** โรคสมาธิสั้น; อาการสมาธิสั้น; การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว; เด็กสมาธิสั้นวัยเรียน;  
ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น

\* นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>a</sup> Corresponding author: สุนิศา สุขตระกูล Email: Sunisa.su@chula.ac.th

รับบทความ: 13 ส.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 19 ส.ค. 68; ตอปรับตีพิมพ์: 19 ส.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 ก.ย. 68

# The Effect of a Family Functioning Enhancement Program on Attention Deficit Hyperactivity Symptoms in School-Aged Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Yanika Saetang<sup>\*</sup>, Sunisa Suktrakul<sup>\*\*a</sup>

## Abstract

This quasi-experimental research, with a two-group repeated measure at three time points: pre-intervention, immediate post-intervention, and one-month post-intervention, aimed to investigate effects of a family function enhancement program on attention-deficit symptoms among school-aged children with ADHD. The experimental samples were 40 parents of children aged 6-12 years diagnosed with ADHD and were receiving outpatient services at Prasrimahabhodi Hospital, Ubon Ratchathani. Participants were randomly assigned to experimental and control groups, with 20 individuals in each group. The instrument used in the experiment was a family functioning enhancement program developed by the researchers. The study was conducted within 4 weeks and data were collected using a questionnaire. Statistical analyses included frequencies, percentages, means, standard deviations, repeated measure ANOVA, and Bonferroni test.

The results showed that mean scores for inattention symptoms in the experimental group were 1.71 (SD=0.35), 1.47 (SD=0.31), and 1.24 (SD=0.29), respectively. Mean scores for hyperactivity/impulsivity were 1.69 (SD=0.39), 1.47 (SD=0.31), and 1.23 (SD=0.28), and mean scores for oppositional behavior were 1.41 (SD=0.42), 1.20 (SD=0.45), and 0.96 (SD=0.47), respectively. The results of this study indicated that all aspects of ADHD symptoms significantly improved after receiving the program compared to the control group. In conclusion, receiving the family functioning enhancement program is effective in reducing ADHD symptoms in school-aged children. Therefore, relevant agencies should provide continuous care that promotes family functioning in school-aged children with ADHD.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); Attention-deficit symptoms; Family functioning; School-aged children with ADHD; Families of children with ADHD

---

<sup>\*</sup> Master of Nursing Science Candidate, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

<sup>\*\*</sup> Assistant Professor, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

<sup>a</sup> Corresponding author: Sunisa Suktrakul Email: Sunisa.su@chula.ac.th

*Received: Aug. 13, 25; Revised: Aug. 19, 25; Accepted: Aug. 19, 25; Published Online: Sep. 26, 25*

## บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder) เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติโดยเฉพาะส่วนสมาธิ ส่งผลให้มีความบกพร่องในด้านสมาธิและการควบคุมการเคลื่อนไหว อาการของโรคนี้นักปรากฏตั้งแต่วัยอนุบาลจะแสดงอาการชัดเจนมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องใช้สมาธิในการเรียนรู้<sup>(1,2)</sup> โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชเด็กที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนรู้ที่พบมากที่สุดในประเทศไทย<sup>(3)</sup> โดยอัตราส่วนระหว่างเด็กผู้ชายต่อเด็กผู้หญิงอยู่ที่ประมาณ 2 : 1 ถึง 3 : 1 มักมีอายุระหว่าง 6-12 ปี<sup>(4)</sup> จากสถิติของเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตช่วงปีงบประมาณ 2563-2567 พบว่าจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี ได้แก่ 139,283 ราย, 134,473 ราย, 144,896 ราย, 158,676 ราย และ 215,191 ราย ตามลำดับ โดยเด็กอายุ 6-12 ปี พบภาวะสมาธิสั้นประมาณ 5-10%<sup>(5)</sup> และจากสถิติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า จำนวนเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในช่วงปีงบประมาณ 2564-2567 มีจำนวน 4,707 ราย, 4,826 ราย, 5,346 ราย และ 6,092 ราย ตามลำดับ โดยพบมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการทั้งหมด และเมื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นโดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2567 พบว่าระดับน้อยมี 67 ราย, 72 ราย, 52 ราย และ 102 ราย ตามลำดับ ระดับปานกลางมี 3,433 ราย, 3,423 ราย, 3,482 ราย และ 5,938 ราย ตามลำดับ และระดับมากมี 40 ราย, 34 ราย, 25 ราย และ 52 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบข้อมูลว่า เด็กสมาธิสั้นมีการเข้ารับการรักษาบำบัดในช่วงปี 2564-2567 มีจำนวน 97 ราย, 107 ราย, 112 ราย และ 109 ราย ตามลำดับ สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาบำบัดที่โรงพยาบาล<sup>(6)</sup> เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นที่เคยมีอาการระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ไม่สามารถจัดการกับอาการสมาธิสั้น ส่งผลให้อาการเข้าสู่ระดับมาก จนต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

ลักษณะอาการสมาธิสั้น มีพฤติกรรมซน/อยู่นิ่ง (Hyperactivity) ขาดสมาธิ (Inattention) หุนหันพลันแล่น (Impulsiveness) ส่งผลกระทบต่อตนเองทำให้มีปัญหาการเรียนรู้อาจมีผลการเรียนต่ำกว่าเพื่อน ขาดการควบคุมตัวเอง มีปัญหาทางอารมณ์โดยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้<sup>(7,8)</sup> ผลกระทบต่อครอบครัวทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลและจัดการพฤติกรรมของเด็ก ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวอาจเกิดขึ้นจากการจัดการปัญหาอาการสมาธิสั้น<sup>(7,9)</sup> ผลกระทบด้านสังคมและประเทศชาติ โดยด้านระบบการศึกษา การดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มทำให้ระบบการศึกษามีภาระเพิ่มขึ้น และปัญหาทางสังคมในระยะยาวพบว่า การดูแลอย่างไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่รุนแรงเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่<sup>(7,10)</sup>

อาการสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้นเกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ พบว่าเด็กชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเด็กหญิงในการเกิดอาการสมาธิสั้น (aOR=3.35; 95% CI: 1.52-7.38,  $p < 0.05$ )<sup>(11)</sup> อายุ เด็กอายุ 6-11 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดอาการสมาธิสั้น เนื่องจากเป็นวัยเริ่มต้นของการเรียนที่ต้องใช้สมาธิ และการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (aOR=3.38; 95% CI: 1.22-9.39)<sup>(11)</sup> 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การปฏิบัติตัวของคนในครอบครัวต่อเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการสมาธิสั้น (aOR 11.29, 95% CI: 2.33-54.78,  $p = 0.003$ )<sup>(12)</sup> โดยครอบครัวช่วยทำหน้าที่ใน **ด้านการแก้ปัญหา** คือ ความสามารถ

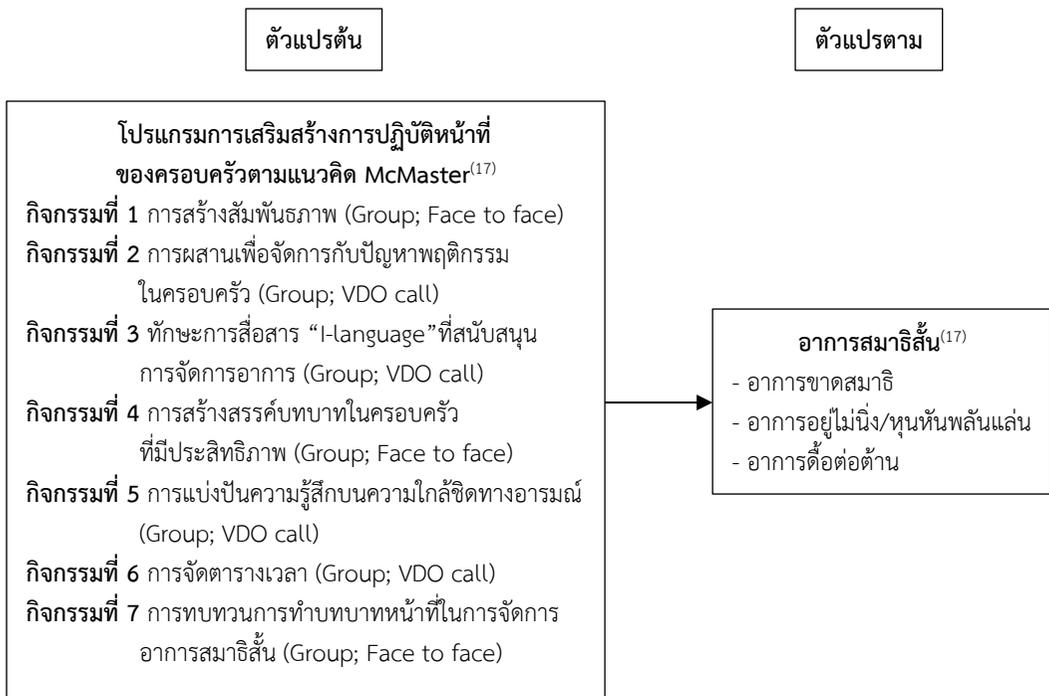
ของครอบครัวต่อการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว (aOR=0.69, 95% CI: 0.19-2.48, p=0.57)<sup>(12)</sup> **ด้านการสื่อสาร** คือ รูปแบบการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว (aOR=0.40, 95% CI: 0.11-1.40, p=0.15)<sup>(12)</sup> **ด้านบทบาท** คือ แบบแผนหรือพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติเพื่อให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม (aOR=7.48, 95% CI: 1.56-35.85, p=0.01)<sup>(12)</sup> **ด้านการตอบสนองทางอารมณ์** คือ การแสดงออกและการตอบสนองต่ออารมณ์ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว (aOR=1.38, 95% CI: 0.41-4.63, p=0.61)<sup>(12)</sup> **ด้านความผูกพันทางอารมณ์** คือ การมีส่วนร่วมและความใส่ใจต่อความรู้สึกและความต้องการของสมาชิกในครอบครัว (aOR=1.01, 95% CI: 0.33-3.02, p=0.99)<sup>(12)</sup> และ **ด้านการควบคุมพฤติกรรม** คือ การตั้งกฎเกณฑ์และการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้มีระเบียบวินัย (aOR=2.56, 95% CI: 1.08-6.03, p=0.03)<sup>(13)</sup> และ **3) ปัจจัยด้านสังคม** พบว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการใช้ความรุนแรงสูงมีความเสี่ยงในการเกิดอาการสมาธิสั้น (aOR=1.67; 95% CI: 1.30-2.14, p <0.001)<sup>(13)</sup> และการขาดการสนับสนุนทางสังคมพบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่ออาการสมาธิสั้น (aOR=1.59; 95% CI: 1.21-2.09, p=0.002)<sup>(13)</sup> จากการทบทวนปัจจัยข้างต้นพบว่าทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับอาการสมาธิสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านครอบครัวที่มีค่าความสัมพันธ์สูง อีกทั้งครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ทำหน้าที่ในการหล่อหลอมและพัฒนาความเป็นมนุษย์ของสมาชิกในครอบครัว ในทางตรงกันข้าม การละเลยบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ความขัดแย้งภายในครอบครัว หรือการขาดการดูแลสนับสนุนจากพ่อแม่ที่เหมาะสมยิ่งส่งผลต่ออาการสมาธิสั้นในเด็กให้แย่ลงได้<sup>(14)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการกระทำกับปัจจัยด้านครอบครัวในการจัดการกับอาการสมาธิสั้นในประเทศไทย พบว่าการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม<sup>(3)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ดีขึ้น<sup>(15)</sup> เช่นเดียวกับการปรับพฤติกรรมสำหรับครอบครัวสามารถลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้<sup>(16)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายและให้ผลดีกับอาการสมาธิสั้น แต่ก็ยังพบข้อมูลที่แสดงว่ามีการเข้ารับการบำบัดซ้ำด้วยอาการสมาธิสั้นที่แย่ลงอยู่ นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการโดยตรงกับปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อเด็กสมาธิสั้นยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวเด็กสมาธิสั้น ภายใต้ทฤษฎีการทำหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster<sup>(17)</sup> นำมาพัฒนาโปรแกรมโดยใช้การดำเนินกิจกรรมแบบพบหน้า ร่วมกับการใช้วิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นสื่อในการทำกิจกรรมเพื่อให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทยที่ช่วยให้มีความสะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย เป้าหมายของโปรแกรมคือ เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลและปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เพื่อลดอาการสมาธิสั้นและสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เน้นการมีปฏิสัมพันธ์และการตอบโต้ที่เกิดจากการเชื่อมโยงและตีความเรื่องราวต่าง ๆ ระหว่างกัน รวมถึงการแบ่งปันความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในครอบครัว สำหรับผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี McMaster<sup>(17)</sup> รวมถึงวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน
3. เพื่อเปรียบเทียบอาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน

### คำถามการวิจัย

2. อาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจะแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่

3. อาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

### สมมติฐานการวิจัย

1. อาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

2. อาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The two-group repeated measures design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนที่มีอายุ 20-59 ปี เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักการวินิจฉัยโรครระบบ ICD-10 ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (F90.0-F90.9) ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน ได้แก่ บิดา มารดาหรือปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่ทำหน้าที่แทนบิดา-มารดาที่มีอายุ 20-59 ปี และเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่เป็นโรคสมาธิสั้น และเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวนทั้งสิ้น 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 ราย โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้กลุ่มละ 17 คน ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pairs) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับคู่คะแนนแบบประเมินสมาธิสั้น SNAP-IV เช่น ระดับน้อยคู่กับระดับน้อย ระดับปานกลางคู่กับระดับปานกลางสำหรับผู้ปกครองจับคู่บทบาทภายในครอบครัว เช่น บิดาจับคู่กับบิดา มารดาจับคู่กับมารดา เป็นต้น<sup>(18,19)</sup> และทำการสุ่ม (Random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 20 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) บิดา มารดาหรือปู่/ย่า/ตา/ยายที่ทำหน้าที่แทนบิดา-มารดาและเป็นผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและหญิง
- 2) มีเวลาอยู่กับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
- 3) สื่อสาร อ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและสายตาหรือมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา
- 4) ยินยอมและให้ความร่วมมือที่จะเข้าร่วมโปรแกรม
- 5) มีเครื่องมือสื่อสารที่เข้ากิจกรรมกลุ่มด้วย วิดีโอคอลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิต และมีโรคแทรกซ้อน

ทางกาย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี McMaster<sup>(13)</sup> เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามคู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครอบครัว ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็นสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน

สัปดาห์/ชื่อกิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	ระยะเวลาที่ใช้
สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และให้ความรู้เรื่อง โรคสมาธิสั้น (Group; Face to Face)	1. ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 2. สอบถามความเข้าใจในโรคสมาธิสั้น ยกตัวอย่างเช่น ท่านคิดว่าโรคนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร? ท่านจะรู้ได้อย่างไรว่าลูกเข้าข่ายเสี่ยงอาการสมาธิสั้น 3. ให้สมาชิกแต่ละครอบครัวเล่าประสบการณ์อาการแสดงที่เกิดขึ้นของเด็กที่พบได้ในชีวิตประจำวันหรือในครอบครัว	60 นาที
สัปดาห์ที่ 1 การประสานเพื่อจัดการ กับปัญหาพฤติกรรม ในครอบครัว (Group; VDO call)	1. ให้ความรู้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น 2. สอบถามความเข้าใจปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ยกตัวอย่างเช่น ท่านคิดว่าปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อด้านไหนบ้าง และการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นส่งผลดีต่อตัวเด็กอย่างไรบ้าง 3. ให้สมาชิกดู VDO clip “การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น” 4. ให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 2.1 พร้อมทั้งวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรม	90 นาที

**ตารางที่ 1 (ต่อ) โปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน**

ลำดับ/ชื่อกิจกรรม	รูปแบบกิจกรรม	ระยะเวลาที่ใช้
<b>ลำดับที่ 2</b> ทักษะการสื่อสาร “I-language” ที่สนับสนุนการจัดการ อาการ (Group; VDO call)	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารในการจัดการอาการเด็กสมาธิสั้น โดยมีรูปแบบในการสื่อสาร ได้แก่ You-Message (ประโยคเชิงลบ) และ I-Message (ประโยคเชิงบวก) 2. ให้สมาชิกร่วมวิเคราะห์ประเภทประโยคเชิงบวกหรือเชิงลบ ตามใบกิจกรรมที่ 3.1	90 นาที
<b>ลำดับที่ 2</b> การสร้างสรรค บทบาทในครอบครัว ที่มีประสิทธิภาพ (Group; Face to Face)	1. ให้ความรู้เรื่อง บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 2. สอบถามความเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ยกตัวอย่าง เช่น ท่านคิดว่าบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างไรบ้าง 3. ให้สมาชิกดู VDO clip “เรื่องบทบาทของผู้ปกครอง” 4. ให้สมาชิกร่วมทำใบกิจกรรมที่ 4.1 โดยให้สมาชิกวิเคราะห์ปัญหาภายในครอบครัว	60 นาที
<b>ลำดับที่ 3</b> การแบ่งปันความรู้สึก บนความใกล้ชิดทาง อารมณ์ (Group; VDO call)	1. ให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์วิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม 2. สอบถามความเข้าใจลักษณะอารมณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ยกตัวอย่างเช่น ท่านคิดว่าลักษณะอารมณ์มีความสำคัญในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างไร 3. ให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 5.1-5.2 วิเคราะห์อารมณ์และการจัดการอารมณ์	90 นาที
<b>ลำดับที่ 3</b> การจัดตารางเวลา (Group; VDO call)	1. การให้ความรู้เรื่อง การจัดตารางเวลา 2. ให้สมาชิกวางแผนการจัดตารางเวลาโดยให้ทำใบกิจกรรมที่ 6.1 3. สอบถามความเข้าใจการจัดตารางเวลาแก่เด็กสมาธิสั้น ยกตัวอย่างเช่น หากไม่มีการจัดตารางเวลาจะส่งผลต่อพฤติกรรมเด็กอย่างไร	90 นาที
<b>ลำดับที่ 4</b> การทบทวนการทำ บทบาทหน้าที่ในการ จัดการอาการสมาธิ สั้น (Group; Face to Face)	1. ให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมที่ 1-6 และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคภายในครอบครัว	60 นาที

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 4 ข้อ

2) แบบประเมินอาการสมาธิสั้น SNAP-IV ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการขาดสมาธิ จำนวน 9 ข้อ ด้านอาการซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น จำนวน 9 ข้อ และด้านอาการต่อต้าน จำนวน 8 ข้อ พัฒนาโดย ฌ็ทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ<sup>(20)</sup>

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินการทำหน้าที่ ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI) จำนวน 36 ข้อ พัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ<sup>(21)</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยอาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยอาการสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนอาการสมาธิสั้นภายหลังการทดสอบรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองในระยะเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการสมาธิสั้นด้วยสถิติ Bonferroni test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวต่ออาการสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน นำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98 แสดงว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีความสอดคล้องเหมาะสม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ ตามวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหา (Item objective congruence index: IOC) ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.8-1.00 แสดงว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหาเป็นข้อคำถามที่มีความเหมาะสม การตรวจสอบความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและได้รับการตรวจสอบด้านความตรงซึ่งได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับครอบครัวเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ท (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.98

### การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการตอบแบบสอบถาม (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มการทดลอง จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามปกติ และตอบแบบสอบถาม (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลอง 1 เดือน

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการตอบแบบสอบถาม (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มการทดลอง จากนั้นดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลอง 1 เดือน

### การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2568 เลขที่โครงการ 019/2568 ภายหลังจากรับรองจริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมโครงการนี้จะไม่มีการกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตมีสิทธิถอนตัวเมื่อใดก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งจะใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจนสามารถระบุตัวตน การวิจัยนี้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกมีสิทธิ์ที่จะถูกเลือกอย่างเท่าเทียมกัน และหลังการวิจัยกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลทางเอกสารต่าง ๆ ที่เทียบเท่ากับที่กลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น

**กลุ่มทดลอง** ครอบครัวมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 39.70 ปี (SD=6.94) เป็นเพศหญิงร้อยละ 85 ระยะเวลาที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นเฉลี่ย 5.95 ปี (SD=2.91) ด้านสถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 40 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการร้อยละ 35 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 40 ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 70 ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80 และมีอายุอยู่ระหว่าง 7 ถึง 11 ปี

**กลุ่มควบคุม** ครอบครัวมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 41.85 ปี (SD=6.95) เป็นเพศหญิงร้อยละ 85 ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเฉลี่ยอยู่ที่ 5.85 ปี (SD=3.09) ด้านสถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 40 อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 35 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 65 ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาร้อยละ 70 ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 และมีอายุระหว่าง 9-10 ปี

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
<b>อาการขาดสมาธิ</b>							
ระยะก่อนทดลอง	1.71	0.35	1.69	0.37	38	0.212	0.445
หลังทดลองทันที	1.47	0.31	1.72	0.43	38	-2.427	0.704
หลังทดลอง 1 เดือน	1.24	0.29	1.78	0.45	38	-5.573	0.802
<b>อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น</b>							
ระยะก่อนทดลอง	1.69	0.39	1.59	0.35	38	0.876	0.516
หลังทดลองทันที	1.47	0.31	1.68	0.37	38	2.17	0.126
หลังทดลอง 1 เดือน	1.23	0.28	1.71	0.40	38	-4.697	0.440
<b>อาการต่อต้าน</b>							
ระยะก่อนทดลอง	1.41	0.42	1.22	0.35	38	1.464	0.371
หลังทดลองทันที	1.20	0.45	1.32	0.39	38	0.675	0.096
หลังทดลอง 1 เดือน	0.96	0.47	1.38	0.39	38	-3.049	0.255

**กลุ่มทดลอง**

คะแนนเฉลี่ยอาการขาดสมาธิของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการขาดสมาธิอยู่ที่ 1.71 (SD=0.35), 1.47 (SD=0.31) และ 1.24 (SD=0.29) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ที่ 1.69 (SD=0.39), 1.47 (SD=0.31) และ 1.23 (SD=0.28) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการต่อต้านของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนของก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการต่อต้านอยู่ที่ 1.41 (SD=0.42), 1.20 (SD=0.45) และ 0.96 (SD=0.47) ตามลำดับ

**กลุ่มควบคุม**

คะแนนเฉลี่ยอาการขาดสมาธิของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการขาดสมาธิอยู่ที่ 1.69 (SD=0.37), 1.72 (SD=0.43) และ 1.78 (SD=0.45) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ที่ 1.59 (SD=0.35), 1.68 (SD=0.37) และ 1.71 (SD=0.40) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยอาการต่อต้านของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยอาการต่อต้านอยู่ที่ 1.22 (SD=0.35), 1.32 (SD=0.39) และ 1.38 (SD=0.39) ตามลำดับ

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำอาการขาดสมาธิของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	p-value
<b>ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม</b>	39	13.795			
กลุ่ม	1	1.997	1.997	6.432	0.015
Error	38	11.798	0.310		
<b>ความแปรปรวนภายในกลุ่ม</b>	65.265	2.714			
ระยะเวลาที่วัด	1.632	0.678	0.416	59.399	<0.001
ระยะเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.632	1.602	0.982	140.263	<0.001
Error (ระยะเวลาที่วัด)	62.001	0.434	0.007		

หมายเหตุ : ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 3 ความแปรปรวนอาการขาดสมาธิระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $F=6.432$ ,  $p=0.015$ ) ความแปรปรวนอาการขาดสมาธิภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $F=59.399$ ,  $p<0.001$ ) และความแปรปรวนอาการขาดสมาธิระหว่างทดลองกับระยะเวลาที่วัด พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $F=140.263$ ,  $p<0.001$ )

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	p-value
<b>ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม</b>	39	37.776			
กลุ่ม	1	0.275	0.275	0.278	.025
Error	38	37.501	0.987		
<b>ความแปรปรวนภายในกลุ่ม</b>	40.757	34.402			
ระยะเวลาที่วัด	1.019	1.383	1.357	1.703	.021
ระยะเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.019	2.171	2.131	2.675	.011
Error (ระยะเวลาที่วัด)	38.719	30.848	0.797		

หมายเหตุ : ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 4 ความแปรปรวนอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $F=0.278$ ,  $p=0.025$ ) ความแปรปรวนอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นเฉลี่ยภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $F=1.703$ ,  $p=0.021$ ) และความแปรปรวนอาการ

อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นระหว่างกลุ่มทดลองกับระยะเวลาที่วัด พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $F=2.675$ ,  $p=0.011$ )

**ตารางที่ 5** การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำอาการดื้อต่อต้านของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	Df	SS	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	39	91.673			
กลุ่ม	1	0.193	0.193	0.080	.008
Error	38	91.480	2.407		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	40.851	117.813			
ระยะเวลาที่วัด	1.021	3.136	3.071	1.078	.037
ระยะเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.021	4.141	4.055	1.424	.024
Error (ระยะเวลาที่วัด)	38.809	110.536	2.848		

หมายเหตุ : ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 5 ความแปรปรวนอาการดื้อต่อต้านเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $F=0.080$ ,  $p=0.008$ ) ความแปรปรวนอาการดื้อต่อต้านเฉลี่ยภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 1 เดือน พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $F=1.078$ ,  $p=0.037$ ) และความแปรปรวนอาการดื้อต่อต้านระหว่างทดลองกับระยะเวลาที่วัด พบว่าต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $F=1.424$ ,  $p=0.024$ )

## การอภิปรายผล

โปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นแนวทางการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นโดยเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมดูแลเด็กภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎี McMaster<sup>(17)</sup> ซึ่งเน้นบทบาทของครอบครัว โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และลดอาการของเด็กสมาธิสั้นผ่านการสร้างบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนให้กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งช่วยให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของตนได้ดีขึ้น นอกจากนี้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวยังส่งผลให้เด็กลดพฤติกรรมขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และดื้อต่อต้าน เด็กยังสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้นทั้งในบ้านและโรงเรียน การสนับสนุนบทบาทหน้าที่ของครอบครัวอย่างเหมาะสม จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น และส่งเสริมการควบคุมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวขาดการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสม อาจส่งผลให้อาการของเด็กสมาธิสั้นรุนแรงขึ้นได้<sup>(19)</sup>

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนอาการสมาธิสั้นของเด็กวัยเรียนในทุกด้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.05$  เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังทดลอง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมของโปรแกรมฯ ที่เน้นให้ครอบครัวตระหนักในบทบาทหน้าที่ เข้าใจการจัดการพฤติกรรมเด็กอย่างเป็นระบบ รวมทั้งประยุกต์แก้ปัญหาอื่น ๆ ได้ด้วย

ตนเอง และสามารถนำแนวทางไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน มีประสิทธิภาพในการลดอาการสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา มณีรัตน์และคณะ<sup>(3)</sup> ธนชัชวีร์ สโรบล และคณะ<sup>(15)</sup> และกัลยา สุวรรณสิงห์ และคณะ<sup>(16)</sup> ที่พบว่า การปรับพฤติกรรมสำหรับครอบครัวสามารถลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวถือเป็นแนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลและจัดการกับอาการสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการอยู่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น และอาการต่อต้านของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอาการสมาธิสั้นในทุกด้านของเด็กสมาธิสั้นในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นโปรแกรมฯ นี้จึงควรได้นำไปประยุกต์ใช้ควบคู่กับการให้การรักษาตามปกติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นด้านอารมณ์ พฤติกรรม และการควบคุมตนเองในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

#### **ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล**

1. โปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นให้ครอบครัวฝึกทักษะและเรียนรู้จากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน เพื่อพัฒนาทักษะการจัดการปัญหา เกิดความภาคภูมิใจและตระหนักถึงศักยภาพของตน นำไปสู่การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
2. การพัฒนาโปรแกรมผ่านระบบอินเทอร์เน็ตช่วยลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มโอกาสให้ครอบครัวในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการพยาบาลได้สะดวกยิ่งขึ้น

#### **ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา**

1. พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวควบคู่กับเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อเสริมทักษะการจัดการพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น และเพิ่มศักยภาพในการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

#### **ข้อเสนอแนะสำหรับกรวิจัย**

1. ศึกษาในรูปแบบออนไลน์ทั้งหมด เพื่อลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและตอบสนองความต้องการของครอบครัว
2. ขยายการศึกษาไปยังเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เนื่องจากบทบาทครอบครัวมีความสำคัญต่อการพัฒนาสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่เหมาะสม

#### **กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ที่ปรึกษา สำหรับการให้คำปรึกษา แนะนำตลอดกระบวนการทำวิจัย และที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2550.
2. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019 Oct;144(4):e20192528. doi: 10.1542/peds.2019-2528.
3. สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, สิริลักษณ์ ศรีเสวต. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2562; 28(ฉบับเพิ่มเติม 2), S81-S89.
4. World Health Organization. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Geneva, Switzerland: WHO; 2019.
5. คลังข้อมูลการแพทย์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช [ออนไลน์]. 2567 [10 ตุลาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
6. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2563-2565. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2566.
7. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005 Feb;90 Suppl 1(Suppl 1):i2-7. doi: 10.1136/adc.2004.059006.
8. Carpenter Rich E, Loo SK, Yang M, Dang J, Smalley SL. Social functioning difficulties in ADHD: association with PDD risk. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009 Jul;14(3):329-44. doi: 10.1177/1359104508100890.
9. อัญชลี ศรีสมุทร. บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2564; 18(2):140-7.
10. ธนิตา ทีปะปาล, ปภาสินี แซ่ดีว, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ธัญวดี นาคมิตร, ณีภรณ์ คำอุไร. โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*. 2565; 5(2):28-41.
11. Benti M, Bayeta AB, Abu H. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Associated Factors Among Children Attending Pediatric Outpatient Departments of West Shewa Zone Public Hospitals, Central Ethiopia. *Psychol Res Behav Manag*. 2021 Jul 21;14:1077-1090. doi: 10.2147/PRBM.S285065.

12. Choksomngam Y, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Narkpongphun A, Ongprasert K, Angkurawaranon C. Associations between Family Functioning and Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2022 Aug 9;10(8):1502. doi: 10.3390/healthcare10081502.
13. Schein J, Cloutier M, Gauthier-Loiselle M, Bungay R, Arpin E, Guerin A, Childress A. Risk factors associated with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a retrospective case-control study. *BMC Psychiatry*. 2023 Nov 23;23(1):870. doi: 10.1186/s12888-023-05359-7.
14. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1515-25. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1.
15. ธนัชชนัน ศรีโรบล, โชคชัย โชคภักทรชัย, สุมิตรพร จอมจันทร์, สมพร สิทธิสงคราม, นิตยา บุญลือ. ผลของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*. 2563; 5(12):445-61.
16. กัลยา สุวรรณสิงห์, อรรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัลยา โหดหิม. ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 2563; 34(3):37-51.
17. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1983; 9(2):171-80.
18. Barkley, R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York City: Guilford Press; 2014.
19. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2001 Sep;4(3):183-207. doi: 10.1023/a:1017592030434.
20. ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ทรงภูมิ เบญญากร. คุณสมบัตินี้ของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ/ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557; 59(2):97-110.
21. อุมาพร ตรังคสมบัติ. การแปลแบบวัดสมาธิสั้นของ Keith Conners. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 2540;6(2):88-95.