

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

กนกวรรณ โคตรพัฒน์¹ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อรวรรณ หนูแก้ว² Ph.D. (Nursing)

วันดี สุทธิรังษี³ Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ : การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้นอายุ 9-12 ปีที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดร่วมกับการดูแลปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็ก พัฒนาจากแนวคิดของโลเวนเฟลด์และบริทเทนและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพราว ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย 30-45 นาทีต่อกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลาต่อเนื่องสองสัปดาห์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบประเมินสมาธิสั้น (Swanson Nolan and Pelham IV scale; SNAP-IV) ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาด้วย Wilcoxon Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney Test ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนภาวะสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิและชนอน้อยไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.75, p<.001$; $Z = -6.77, p<.001$) ตามลำดับ ขณะเดียวกันค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิ และชนอน้อยไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.87, p<.001$; $Z=-4.86, p<.001$) ตามลำดับ ดังนั้นโปรแกรมศิลปะบำบัดสามารถลดภาวะสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้นได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวชเด็ก

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 54-68

คำสำคัญ: ศิลปะบำบัด สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ภาวะสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้น

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: orawan.n@psu.ac.th

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 6 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 6 มีนาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 14 มีนาคม 2566

Effects of Art Therapy Program on Attention–Deficit/Hyperactivity Symptoms among Children with Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder

Kanokwarn Khotaput¹ MSN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Orawan Nukaew² Ph.D. (Nursing)

Wandee Sutarangsri³ Ph.D. (Nursing)

Abstract : This quasi-experimental research aimed to examine the effect of an art therapy program on attention-deficit/hyperactivity symptoms among children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Participants were children aged 9–12 years diagnosed with ADHD who were recruited by purposive sampling. They were equally assigned into an experimental and a control group, each group consisting of 30 children. The experimental group received the program and usual care, whereas the control group received only usual care. The research instruments consisted of a demographic data form, an art therapy program for children developed from the conceptual framework of Lowenfeld & Brittain and the interpersonal relationship theory of Peplau, and the inattention questionnaire (Swanson Nolan and Pelham IV [SNAP-IV] scale). The art therapy program consisted of eight small-group activities, two activities per session and two sessions per week over two contiguous weeks, each activity lasting 30–45 minutes. Content validity of the program was verified by experts. The reliability of the SNAP-IV scale was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Rank test and Mann-Whitney test. The results revealed that the mean rank scores of SNAP-IV scales (inattention and hyperactivity/impulsive) of children with ADHD after participating in the program were statistically significantly lower than those of children who received only usual care ($Z = -6.75, p < .001$; $Z = -6.77, p < .001$, respectively). In addition, the experimental group's median scores of SNAP-IV scales (inattention and hyperactivity/impulsive) after participation in the program were statistically significantly lower than before participation ($Z = -4.87, p < .001$; $Z = -4.86, p < .001$, respectively). Thus, the art therapy program could decrease attention-deficit/hyperactivity symptoms of children with ADHD. It is suggested that this program could be clinically implemented at child psychiatric clinics.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 54–68

Keywords: art therapy, therapeutic relationship, attention-deficit/hyperactivity symptoms, children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

¹ Registered nurse, Suansaranrom Hospital, Suratthani Province

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; Corresponding author, E-mail: orawan.n@psu.ac.th

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received October 6, 2022; Revised March 6, 2023; Accepted March 14, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ความชุกของเด็กสมาธิสั้นในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 3-17 ปี มีร้อยละ 9.8 เป็นเพศชาย ร้อยละ 13 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 6¹ สำหรับการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กของประเทศไทย พบว่ามีร้อยละ 8.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และเป็นหญิง ร้อยละ 4.2² สถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ในช่วงพ.ศ. 2558-2560 เด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและเข้ารับการรักษากลุ่มที่มีอายุ ระหว่าง 6-12 ปี พบ เพศชาย จำนวน 198 คน 365 คน 536 คน ตามลำดับ และเพศหญิง จำนวน 54 คน 85 คน และ 116 คน ตามลำดับ³ จากสถิติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งเพศชายและหญิง เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติการทำหน้าที่ของสมอง มีอาการเด่น คือ ขาดสมาธิ อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นทำให้มีพฤติกรรมต่าง ๆ ดังเช่นการเคลื่อนไหวมากกว่าเด็กปกติ จนทำให้สูญเสียการดำเนินงานในชีวิตประจำวัน บกพร่องด้านการเรียนและทักษะทางสังคม^{4,5}

จากลักษณะอาการของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม การดำเนินโรคสมาธิสั้นของเด็ก โดยมีแนวโน้มอาการขาดสมาธิต่อเนื่อง เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ หรือ โรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) โรคพฤติกรรมอันธพาล (Conduct disorder) เป็นต้น^{6,7} สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว คือ มารดาเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกภาระในการดูแลเด็กของผู้ดูแล และความรู้สึกตราบาป⁸ หากเด็กกลุ่มนี้มี

พฤติกรรมก้าวร้าว โรคต่อต้าน หรือโรคพฤติกรรมอันธพาล ร่วมด้วย ทำให้เกิดความรุนแรง หรือปัญหาอาชญากรรมต่าง ๆ

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่สื่อประสาท dopamine เพิ่มขึ้น⁶ ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นมีรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสาน คือ การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย⁵ สำหรับการรักษาด้วยยานั้น มียาหลักที่ใช้บ่อยสำหรับเด็กกลุ่มนี้คือ ยากลุ่ม Methylphenidate หรือ Ritalin ซึ่งช่วยลดอาการขาดสมาธิ ควบคุมอาการชุน อยู่นิ่งได้^{9,10} อย่างไรก็ตามมีการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของเด็ก และบริบทของครอบครัวและผู้ดูแลของเด็ก ดังเช่นการปรับพฤติกรรมของเด็กหรือโปรแกรมจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าว^{11,12,13} การดูแลการบำบัดทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น^{14,15} โดยเฉพาะด้านศิลปะบำบัด ที่หลากหลายรูปแบบ ด้านการวาดภาพ ระบายสี การพิมพ์ลาย การตัดปะ หรือการปั้น สามารถช่วยเพิ่มสมาธิและทักษะทางสังคมของเด็กได้^{16,17,18}

สำหรับการบำบัดด้านศิลปะนั้นมีการวิจัยที่นำศิลปะบำบัดเหล่านี้มาช่วยเพิ่มสมาธิ ลดพฤติกรรม การอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการวิจัยส่วนใหญ่ได้ใช้กรอบแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ เกี่ยวกับการวาดภาพตามพัฒนาการของเด็ก โดยเด็กจะสามารถวาดภาพตามศักยภาพของแต่ละวัย ของเด็กอายุ 2- 14 ปี ตั้งแต่ การขีดเขียนที่ไม่เป็นระเบียบ เป็นวงกลมและเส้น ๆ เริ่มวาดภาพให้มีความหมาย วาดภาพได้คล้ายคลึงของจริงจนกระทั่งเป็นขั้นการใช้เหตุผล ขึ้นกำหนดรูปทรงและรูปแบบได้¹⁹ จากการ

ทบทวนวรรณกรรมการนำศิลปะมาประยุกต์ใช้สำหรับเด็กพบว่ามี การนำแนวคิดของLowenfeld และ Brittain มาออกแบบกิจกรรมด้านศิลปะบำบัดรูปแบบต่างๆสำหรับเด็ก เช่น การวาดภาพ พิมพ์ภาพ และการระบายสี^{17, 18, 20} การวาดภาพตามใจเด็ก ภาพสัตว์ สมาชิกในครอบครัว และโรงเรียน²¹ การระบายสี การพิมพ์ภาพ หรือวาดลายภาพจากสิ่งของการตัดแปะภาพ หรือ การพิมพ์ลาย¹⁵ เป็นต้น ในการเพิ่มสมาธิและการผ่อนคลาย พร้อมทั้งลดพฤติกรรม การอยู่ไม่นิ่ง พร้อมทั้งมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ๆ ของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น

สำหรับการดูแลปกติของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นการรักษาด้วยยา และการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง สำหรับพยาบาลจิตเวชแล้วการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลเป็นบทบาทการพยาบาลที่สำคัญทางด้านจิตเวช โดยส่วนใหญ่มักใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพของการสื่อสารเพื่อการบำบัดของ Peplau²² เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการช่วยปรับเปลี่ยนและปรับปรุงพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของพยาบาลเพื่อช่วยลดภาวะสมาธิสั้นสำหรับเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง(ที่เข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด) และกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการดูแลตามปกติ)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control group design)

ประชากร คือ เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากการจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัย International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) F.90 ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จำนวน 203 คน³

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากการจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ ICD-10 (F.90) อายุระหว่าง 9-12 ปี ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป
2. ไม่มีความพิการทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
3. มีคะแนนจากแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) โดยผู้ปกครองด้านการขาดสมาธิมากกว่า หรือเท่ากับ 16 คะแนน และด้านชน/อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน
4. บิดา/มารดา/ผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3. มีคะแนนจากแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) โดยผู้ปกครองด้านการขาดสมาธิมากกว่า หรือเท่ากับ 16 คะแนน และด้านชน/อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

4. บิดา/มารดา/ผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีอาการรุนแรง หรืออาการก้าวร้าวระหว่างทำการศึกษา จนไม่สามารถทำกิจกรรมตามโปรแกรมได้

2. มีภาวะอื่น ๆ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่ม เช่น ภาวะติดต่อต้าน ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ของ Sangkaew, Nukaew, Suttharangsee มีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.04²³ แต่การศึกษาครั้งนี้ได้ปรับลดขนาดอิทธิพลให้เป็นขนาดเท่ากับ .80 อย่างไรก็ตาม ค่าขนาดอิทธิพลสูงมากถึงแม้ว่าเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลแต่กิจกรรมของโปรแกรมต่างกัน ดังนั้นจึงลดค่าขนาดอิทธิพล และใช้ค่าขนาดอิทธิพล .80 ตามเกณฑ์ขนาดสูง คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Polit & Beck²⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อคงไว้ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดการสูญหาย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คนในการศึกษา นี้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นจับคู่ (match pair) เรื่องอายุ และระดับของภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดต่ำกว่าเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของ Peplau และ แนวคิด

พัฒนาการด้านศิลปะสำหรับเด็กของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ ในช่วงวัย 9-12 ปี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดสำหรับเด็กและเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยได้นำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau เป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ นำมาใช้ในกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็กสมาธิสั้นในระหว่างการทำศิลปะบำบัด มี 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะระบุปัญหา ระยะการดำเนินการแก้ปัญหา และระยะสรุปผล²² เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กในทางที่ดีขึ้น โดยแต่ละระยะนำแนวคิดพัฒนาการด้านศิลปะสำหรับเด็กของ Lowenfeld และ Brittain ลักษณะการวาดภาพของเด็ก และขั้นตอนพัฒนาการวาดเขียนของเด็กตามอายุ¹⁹ ในช่วงอายุ 9-12 ปี มีลักษณะขั้นวาดภาพจากของจริง โดยพัฒนาการวาดเขียนครอบคลุมตั้งแต่ขีดเขียนภาพเหมือนจริงจนถึงขั้นวาดภาพของจริง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดสำหรับเด็ก พบว่า ศิลปะส่วนใหญ่มีรูปแบบวาดเส้นสีวาดภาพระบายสี พิมพ์ภาพด้วยแม่พิมพ์และหัตถศิลป์^{15,16} โดยหลักการวาดภาพระบายสี พบว่าเริ่มจากการวาดภาพสิ่งที่เด็กชอบ ตนเอง ครอบครัว หรือสิ่งใกล้ตัว โรงเรียน ภาพเพื่อน ตลอดสิ่งรอบ ๆ ตัวเด็ก^{17,18,20,21} เป็นการช่วยเพิ่มสมาธิ ผ่อนคลายอารมณ์ได้ลดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มทักษะทางสังคม¹⁶

สำหรับศิลปะบำบัดช่วยลดภาวะสมาธิสั้น ด้านขาดสมาธิ ด้านนอนไม่หลับ ด้านหุนหันพลันแล่น²⁵ การโดยการวาดรูปลายเส้น และภาพที่เด็กชอบทำให้เด็กมีสมาธิทำกิจกรรมที่ตนเองชอบได้นาน ๆ เพิ่มความจดจ่อในการทำงาน ลดอาการชน/อยู่ไม่นิ่งหรือนิ่งไม่ติดที่ลง การให้เด็กระบายสีน้ำเป็นการฝึกการ

กิจกรรมที่ 1 “สานสัมพันธ์สร้างสรรค์ลายเส้น” เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้เด็กไว้วางใจ โดยทำกิจกรรมวาดภาพลายเส้นตามความสนใจของเด็ก วาดอย่างอิสระ เพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 “เรียนรู้ร่วมกันวาดภาพเสริมสมาธิ” เป็นกิจกรรมวาดภาพ และระบายสีตามความสนใจอย่างอิสระ เพื่อให้เด็กมีความร่วมมือในการทำกิจกรรม ตามความสนใจ และฝึกสมาธิ

กิจกรรมที่ 3 “ไว้วางใจนำเสนอของรักของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพ ระบายสี โดยเด็กวาดภาพที่สื่อถึงสิ่งที่ตนรัก หลังจากนั้นเล่าเรื่องราวของภาพกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 “ภายในบ้านของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีภาพบ้าน และสมาชิกในครอบครัวของเด็ก ผู้วิจัยให้การยอมรับกับพฤติกรรมให้กำลังใจเด็กในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 “โรงเรียนของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีภาพบ้าน โรงเรียน ตามจินตนาการของเด็ก

กิจกรรมที่ 6 “สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวฉัน” เป็นกิจกรรมให้เด็กพิมพ์ภาพตามภาพต้นแบบ 2 ภาพ คือ ภาพบ้าน และภาพต้นไม้

กิจกรรมที่ 7 “สัตว์เลี้ยงที่แสนน่ารัก” เป็นกิจกรรมให้เด็กวาดภาพสัตว์ ตามกำหนด และระบายสีให้สวยงาม

กิจกรรมที่ 8 “พวกเราเป็นเด็กดี” เป็นกิจกรรมให้เด็กวาดภาพตนเองและเพื่อน จากนั้นระบายสีด้วยสี

2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน และยาที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale: SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย²⁵ ในส่วน 2 ด้าน คือ ด้านการขาดสมาธิ และด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น มีลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 18 ข้อ ด้านการขาดสมาธิ 9 ข้อ และ ด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ด้านการขาดสมาธิ คะแนนเท่ากับ หรือ มากกว่า 16 คะแนน ถือว่า ขาดสมาธิ และ ด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เท่ากับ หรือมากกว่า 14 คะแนน ถือว่ามีอาการชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น²⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมศิลปะบำบัดหาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ โดยการทดลองใช้ (try out) กับเด็กสมาธิสั้น จำนวน 10 คน พบว่า เนื้อหามีความเหมาะสม กิจกรรมทำให้เด็กสนใจและร่วมมือ

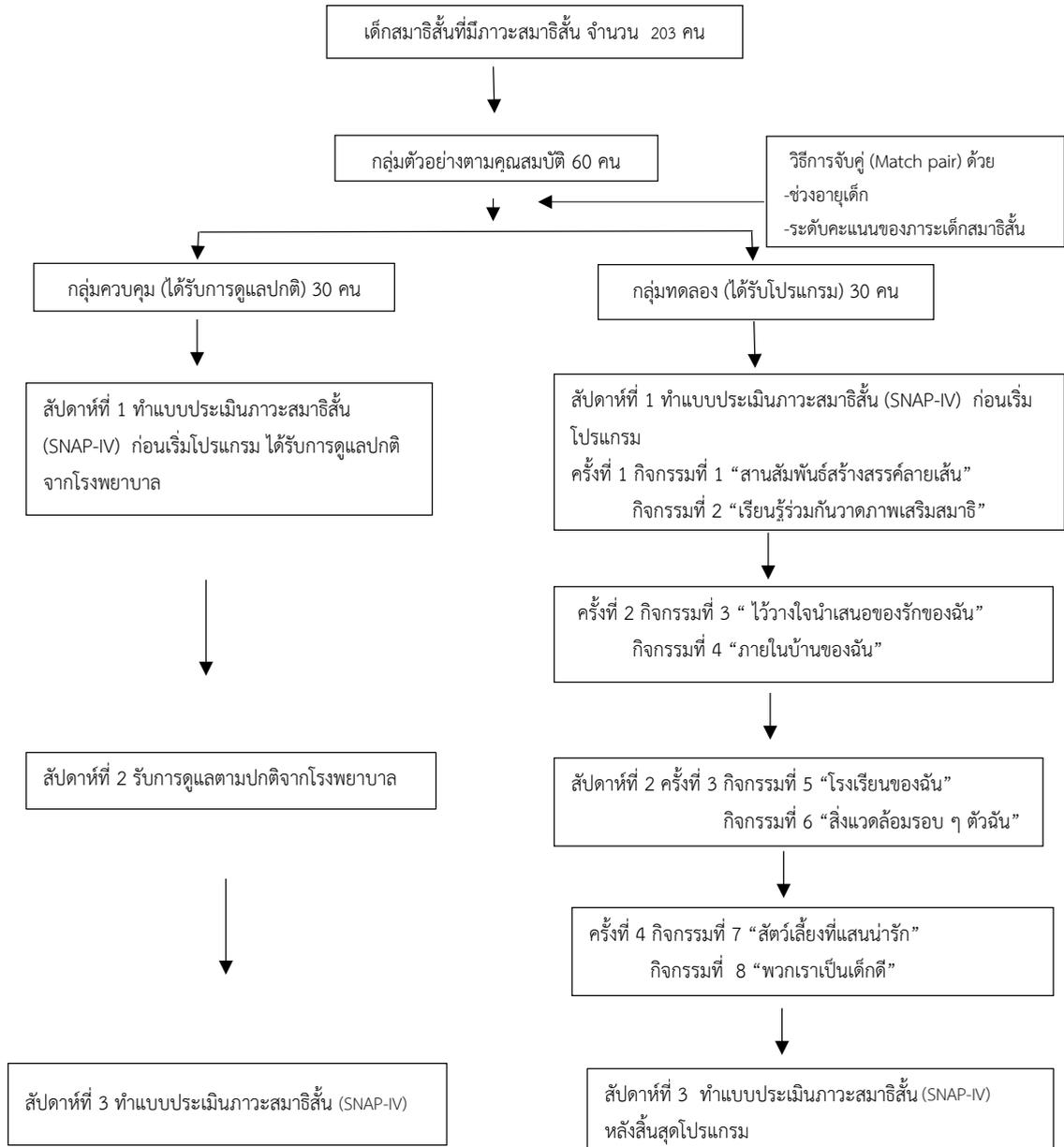
สำหรับแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน²⁵ นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้น จำนวน 20 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 ด้านขาดสมาธิ เท่ากับ .81 และด้านชนอนุ้ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เท่ากับ .65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมข้อมูล ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวชเด็ก และมีความรู้เกี่ยวกับแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV)

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเพื่อขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการเป็นอาสาสมัคร และดำเนินโปรแกรมโดยแบ่งเด็กที่ได้รับโปรแกรมเป็น 5 กลุ่ม ๆ

6 คน แต่ละกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 35-40 นาที สรุปลักษณะที่ 2



ภาพที่ 2 สรุปลักษณะและขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยจริยธรรมของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ PSU/IRB2018-Nst 023 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ SSR REC 12/2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไควส์แคร์

2. วิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของภาวะสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

3. วิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 10.47 ปี ผลการเรียนรู้เฉลี่ย เท่ากับ 2.80 และได้รับยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ร้อยละ 93.3 สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 10.50 ปี ผลการเรียนรู้เฉลี่ย เท่ากับ 2.83 และได้รับยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ร้อยละ 90.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแคร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X ²	p
	(n=30)	(n=30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	25(83.3)	25 (83.3)	.00	1.00
หญิง	5(16.7)	5(16.7)		
อายุ (ปี) (I: M = 10.47, SD =.86, Min =9, Max =12; C: M = 10.50, SD =.82, Min =9, Max =12)				
9 ปี-10 ปี	13(43.3)	11(36.7)	.78	.67
10 ปี 1 วัน - 11 ปี	15(50.0)	18(60.0)		
11 ปี 1 วัน - 12 ปี	2(6.7)	1(3.3)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		X ²	p
	กลุ่มควบคุม (n=30)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ผลการเรียนเฉลี่ย (I: M = 2.80, SD = .46, Min =2 Max =3; C : M =2.83, SD = .53, Min = 2, Max =4)				
2.00-2.99	6(20.0)	7(23.3)	3.05	.21
3.00-3.99	24(80.0)	21(70.0)		
4.00	0	2(6.7)		
ยาที่ได้รับ				
กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น	28(93.3)	27(90.0)	.22	.63
กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นร่วมกับยารักษา	2(6.7)	3(10.0)		
อาการทางจิต				

I: intervention (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) C: control (กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้านของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละกลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลอง ค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้าน (คือ คะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอน้อย)

ไม่นั่ง/หุนหันพลันแล่น) ของเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-4.87, p<.001; Z=-4.86, p<.001) ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอน้อยไม่นั่ง/หุนหันพลันแล่น ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-1.73, p>.05; Z=-1.41, p>.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสมาธิสั้น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)		Z	p
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
	กลุ่มทดลอง					
ขาดสมาธิ	24.57	2.52	6.40	2.02	-4.87	.000
ชนอน้อย/ไม่นั่ง/หุนหันพลันแล่น	24.53	2.04	6.57	1.97	-4.86	.000
กลุ่มควบคุม						
ขาดสมาธิ	24.60	2.45	24.50	2.44	-1.73	.83
ชนอน้อย/ไม่นั่ง/หุนหันพลันแล่น	24.60	1.97	24.53	1.96	-1.41	.15

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นรายด้านคือ ด้านการขาดสมาธิ ด้านชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-.025, p>.05$; $Z=-.216, p>.05$) แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า อันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้น ด้านการขาดสมาธิ ด้านชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.75, p<.001$; $Z=-6.77, p<.001$) ตามลำดับดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด

คะแนนภาวะสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
ขาดสมาธิ	30.45	913.50	30.55	916.50	-.025	.980
ชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	30.05	901.50	30.95	928.50	-.216	.829
ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม						
ขาดสมาธิ	15.50	465.00	45.50	1365.00	-6.75	.000
ชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	15.50	465.00	45.50	1365.00	-6.77	.000

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด พบว่า คะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอนุญไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การระบุปัญหา แก้ไขปัญหา และสรุปผล²² โดยโปรแกรมศิลปะบำบัด เริ่มด้วยการสร้างความไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่สำคัญ การแนะนำตัวและร่วมกันร้องเพลงและเต้น เพื่อช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย และมี

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันเกิดความรู้สึกเข้ากันได้ (rapport) โดยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการวาดภาพลายเส้นง่าย เด็กสมาธิสั้นสามารถวาดภาพต้นไม้ บ้าน ตามแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain รวมทั้งการวาดภาพลายเส้นง่าย ๆ ตามพัฒนาการของเด็ก และตามความสนใจของเด็ก¹⁹ จะทำให้เด็กมีสมาธิจดจ่อในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงของ Lee & Liu ศึกษาการใช้ศิลปะบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการทางการพิเศษ โดยมีกิจกรรมการวาดภาพ ตามความสนใจ และเพิ่มสมาธิ ในเด็กสมาธิสั้น²¹ สำหรับการ

ระบุปัญหา เป็นการค้นหาปัญหาและสาเหตุ และทำความเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พยาบาลมีความเข้าใจเด็ก ยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข และมองเด็กในแง่ดี การให้เด็กวาดภาพที่สื่อถึงสิ่งที่ตนเองรัก และบอกเล่ากับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม เพื่อทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (trust) เด็กมุ่งมั่นวาดภาพที่ตนรักจนสำเร็จ เป็นลักษณะของการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดของ Peplau²² นอกจากนั้นพยาบาลยังเป็นผู้ให้การสนับสนุน (resource person) ด้วยการพูดเสริมความมั่นใจแก่เด็ก ช่วยเหลือเด็กโดยการเพิ่มเวลาให้กำลังใจ จนวาดภาพได้สำเร็จ กิจกรรมให้เด็กวาดภาพบ้านของตนเองและ ระบายสีภาพ หลังจากนั้นเด็กเล่าถึงพฤติกรรมที่บ้านให้กลุ่มฟัง ช่วยประเมินปัญหาของเด็กจากสิ่งที่เด็กเล่า และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่เด็ก ๆ วาดภาพบ้านและสมาชิกในครอบครัว และตนเอง แสดงให้เห็นว่าเด็กได้เข้าใจตนเอง รวมทั้งช่วยให้เด็กมีสมาธิมากขึ้นกับการวาดภาพ และการใช้ระบายสีน้ำช่วยให้เด็กรู้จักการควบคุมตนเอง และการรอคอยระหว่างสีแห้ง ช่วยให้เด็กได้ฝึกพฤติกรรมการมีสมาธิ และสามารถรอคอยได้ ร่วมกับกระบวนการสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pomtharaphong et al. ศึกษาการออกแบบชุดอุปกรณ์สำหรับการระบายสีเพื่อเพิ่มสมาธิ มีความตั้งใจ จดจ่ออยู่หนึ่งได้ของเด็กสมาธิสั้น¹⁷ และการศึกษาของ Alrzaïn เรื่องผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน พบว่า คะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ ($z = -2.20; p < .05$) อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ($z = -2.21; p < .05$) ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรม¹⁸

สำหรับโปรแกรมศิลปะบำบัดนี้เป็นการช่วยให้เด็กเข้าใจตนเองและเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของ

ตนเอง โดยผู้วิจัยได้มีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาเด็กสมาธิสั้น ด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขและรับความคิดเห็นของเด็กโดยไม่โต้แย้ง ทั้งสนับสนุนสิ่งที่เด็กตัดสินใจพร้อมทั้งการให้คำแนะนำ ตามแนวคิดของ Peplau²² และการให้วาดภาพและระบายสีน้ำ เด็กจะอยู่หนึ่งขึ้นจากการวาดภาพ มีสมาธิ และจากการใช้สีน้ำทำให้เด็กมีการรอคอย ให้สีแห้งเพื่อให้ผลงานของตนเองออกมาสวยงาม การพิมพ์ภาพจากวัสดุธรรมชาติ คือ ใบไม้ ก้านกล้วย ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในระหว่างทำกิจกรรมให้เด็กเล่าพฤติกรรมของเด็กเมื่อเล่นกับเพื่อน ๆ แล้วมีพฤติกรรมควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น พยายามยอมรับในสิ่งที่เด็กเล่าโดยไม่ตัดสิน และสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ตามมา พยาบาลช่วยให้เด็กได้เข้าใจและเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของตนเองสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกำหนดเป้าหมายให้เด็ก พิมพ์ ภาพจากวัสดุจากธรรมชาติ คือ ก้านมะละกอ และก้านกล้วย ให้เป็นรูปดอกไม้ รูปบ้านตามที่กำหนด ด้วยความสม่ำเสมอ ทำให้เด็กคุ้นเคย ไว้วางใจ และวาดภาพตามภาพต้นแบบกำหนด จะทำให้เด็กมีความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดโดยไม่มีภาวะต่อต้าน อีกทั้งฝึกการรอคอย เพื่อให้ได้ภาพที่สวยงาม มีการผ่อนคลายอารมณ์ดีขึ้น หากเด็กบางรายวาดภาพไม่เหมือนต้นแบบ ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการวาดถึงแม้ว่าจะไม่เหมือนต้นแบบก็ให้กำลังใจแก่เด็กและเพื่อน ๆ ช่วยกันส่งเสริมให้เวลา รอคอยในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ รวมทั้งให้การสนับสนุนเด็กอย่างสม่ำเสมอ ตามแนวคิดของของ Peplau²² ที่ผู้วิจัยมีการให้การยอมรับ รวมทั้งพูดเสริมความมั่นใจและกำลังใจแก่เด็กสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กเชื่อมั่นใน

ตนเอง ปรับตัวเข้ากับคนอื่น ช่วยให้ลดภาวะติดต่อด้านของเด็ก รวมทั้งการเข้าใจตนเอง และสามารถแก้ปัญหาได้แล้ว ดังนั้นเด็กมองตนเองเป็นเด็กดีหรือเด็กเกเร ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต โดยเด็กทุกคนบอกว่าตนเองอยากเป็นเด็กดี และตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หลังจากนั้นทุกคนวาดภาพลงบนกระดาษแผ่นใหญ่ร่วมกัน โดยทุกคนมีส่วนร่วม มีสมาธิในการวาดภาพ และคอยช่วยเหลือกัน เด็กมีการแบ่งปันอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Liu ที่นำศิลปะบำบัดมาใช้สำหรับเด็กการศึกษาพิเศษ ได้แก่ เด็กสมาธิสั้น เพื่อเพิ่มสมาธิ และลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลง²¹ และการศึกษาของ Toemthong Wattanakul และ Plengnut ที่ใช้ศิลปะบำบัดสำหรับเด็กบกพร่องพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า กิจกรรมศิลปะบำบัดช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ส่งเสียงโวยวาย ขว้างของทำลายของ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶

ส่วนผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติพบว่า คะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้านคือ ด้านการขาดสมาธิ ด้านสนใจไม่ตั้งใจ/หุนหันของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัด ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า ก่อนเข้ารับการเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติตามแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคใต้ ได้แก่ การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์เด็ก และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและเด็กเน้นในเรื่องการให้คำแนะนำการรักษาด้วยยา และการปฏิบัติตัวของเด็กสมาธิสั้น สำหรับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัด เน้นการนำศิลปะบำบัด เช่น การวาดลายเส้น วาดภาพบ้าน ภาพที่ตนเองรัก และ

การระบายภาพด้วยสีน้ำ ตามแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ ร่วมกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้น ช่วยปรับเปลี่ยนและปรับปรุงพฤติกรรม โดยเฉพาะคุณลักษณะของพยาบาท ด้วยทฤษฎีนี้คือ การสร้างความไว้วางใจ เข้ากันได้มองโลกในแง่ดียอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ เป็นต้น²² ช่วยส่งเสริมสมาธิของเด็กเพิ่มขึ้น และการลดการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น รู้จักการรอคอย ช่วยส่งเสริมสมาธิของเด็กเพิ่มขึ้น และการลดการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น รู้จักการรอคอย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wetwichanan และ Chanvirat พบว่า การใช้ชุดกิจกรรมศิลปะทำให้การจัดจ้อตั้งใจทำงานของเด็กนักเรียนที่บกพร่องด้านการเรียนรู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Alrzain เรื่องผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน พบว่า คะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.51, p < .05$)¹⁸

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ได้ว่า โปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อบำบัดทางการพยาบาล ต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยมีกิจกรรมศิลปะและสัมพันธภาพบำบัด มีส่วนช่วยให้ลดภาวะสมาธิสั้นของเด็ก ร่วมกับการดูแลปกติได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมศิลปะบำบัดไปใช้เพื่อการบำบัดทางการพยาบาลโดยบูรณาการกับการพยาบาลแบบปกติในการลดภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวชเด็ก

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

17. Pomtharaphong Y, Siripitchtrakul A, Ruengsombat M, Thongsuphon M. Art educational media design to promotion development and training concentration for children with ADHD. RMUTP sci J 2012; 6(2): 138-44. (In Thai)
18. Alrazain, B. Developing and evaluating an art therapies programme for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary schools in the Kingdom of Saudi Arabia (KSA) [Dissertation]. Edinburgh: Queen Margart Univ; 2016.
19. Lowenfeld, V, Brittain, WL. Creative and mental growth. 4th ed. New York (NY): The Macmillan company; 1964.
20. Rodrigo S. Art therapy and attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenological exploration. The Paulinian Compass 2016; 4(1):27-33.
21. Lee S-L, Liu H-L.A. A pilot study of art therapy for children with special educational needs in Hong Kong. The Arts in Psychotherapy 2016; 51:24-9.
22. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York (NY): Spring Publishing;1991.
23. Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W. The effects of an aggressive behavior management program on behaviors of children suffering from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): A preliminary study. SCNJ 2017; 4(special issues): S214-29. (In Thai)
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods. 9th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2012.
25. 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). J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59 (2): 97-110. (In Thai)