The Efficacy of ADHD Therapeutic Camp on Self–Esteem, Symptoms and Functional Impairment of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

[1]*Division of Medical Nursing, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand,* [2]*Department of Psychiatry, Faculty of Medical Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.*

Siriraj Medical Bulletin 2026;19(1):17-27.

ABSTRACT

Objective: To study the efficacy of ADHD therapeutic camp on the self-esteem, symptoms, and functional impairment of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Materials and Methods: A quasi-experimental study was conducted with 56 pairs of parents and children with ADHD in the 3rd and 4th grades who volunteered for the program. The participants were divided into an experimental group (28 pairs participating in the therapeutic day camps with parent meetings for 5 days at Siriraj Hospital) and a control group (28 pairs receiving standard ADHD treatment). Data collect utilized demographic information, Rosenberg self-esteem scale, Thai ADHD Screening Scales (THASS), Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent report (WFIRS-P), and Positive Parenting Questionaire (PPQ). The assessments were conducted before and after the intervention and at 3-month and 6-month follow-ups, compared to the control group.

Results: Children with ADHD in the experimental group who participated in the therapeutic camp combined with parent meetings showed significant improvements in ADHD symptoms, including hyperactivity/impulsivity, inattention, and total scores, at the $p < .01$ level. Additionally, functional impairment among children with ADHD significantly improved in the domains of family, behavior, behavior risk, and total scores at the $p < .05$ level. However, no statistically significant differences were found in terms of children's self-esteem and positive parenting.

Conclusion: The integrative therapeutic camp for children with ADHD, which incorporated social skills training, positive reinforcement, behavioral modification, medication management, and parent meetings conducted by a multidisciplinary team, was found to be effective in improving ADHD symptoms and reducing functional impairments. Continuous implementation of such activities is recommended to further enhance children's self-esteem and comprehensive parent training in positive parenting. This approach can serve as a practical model for developing intervention programs aimed at supporting children with ADHD and their families.

Keywords: ADHD; therapeutic camp; self esteem; functional impairment

**Correspondence to: Chutima Jangjit*
Email: chutima911@gmail.com
Received: 13 August 2025
Revised: 15 September 2025
Accepted: 18 November 2025
https://dx.doi.org/10.33192/smb.v19i1.277060

ประสิทธิผลของค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อาการ และความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น

ชุติมา แจ้งจิตร[1,*], ประพิมพ์ อิงคนานุวัฒน์[2], ฐิติมา พัฒนโพธิกุล[2], พัชรียา พันธุ์จุย[2], ชาญวิทย์ พรนภดล[2]

[1]งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานครฯ 10700 ประเทศไทย, [2]ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานครฯ 10700 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อาการ และความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 - 4 สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 56 คู่ โดยสมัครเป็นกลุ่มทดลอง (ผู้ปกครองและเด็กที่เข้าร่วมโครงการค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นร่วมกับการประชุมผู้ปกครองเป็นระยะเวลา 5 วันแบบไปกลับที่โรงพยาบาลศิริราช) จำนวน 28 คู่ และกลุ่มควบคุม (ผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน 28 คู่) โดยใช้เครื่องมือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นฉบับผู้ปกครอง แบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นฉบับผู้ปกครอง แบบสอบถามวัดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก โดยประเมินก่อน - หลังเข้าร่วมโครงการ และติดตามผล 3 และ 6 เดือนเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา: เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่เข้าค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นร่วมกับประชุมผู้ปกครองมีอาการสมาธิสั้นดีขึ้น ทั้งในด้านอาการซน/วู่วาม อาการขาดสมาธิ และคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นทั้งในด้านครอบครัว พฤติกรรม พฤติกรรมเสี่ยง และคะแนนรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กและเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง

สรุป: ค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่มีการจัดกิจกรรมแบบบูรณาการ ในการฝึกทักษะทางสังคม การเสริมแรงทางบวก การปรับพฤติกรรม การกำกับการรับประทานยา และการประชุมผู้ปกครองโดยทีมสหวิชาชีพ มีประสิทธิผลทำให้อาการสมาธิสั้นและความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น ควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก และการอบรมการเลี้ยงดูเชิงบวกอย่างเต็มรูปแบบของผู้ปกครอง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือเด็ก สมาธิสั้นและครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: สมาธิสั้น; ค่ายบำบัด; การเห็นคุณค่าในตนเอง; ความบกพร่องทางหน้าที่

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อยที่สุด ทั่วโลกมีเด็กและวัยรุ่นเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.29[1] ในประเทศไทยพบความชุกของโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.1[2] ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกของเด็กสมาธิสั้นทั่วโลกเป็นอย่างมาก และจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2563-2567 พบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 52.8, 53.3, 54.9, 58.3, 58.3 ตามลำดับ โรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบรอบด้านตลอดช่วงชีวิต[3-9] หากไม่ได้รับการรักษาและการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้นด้านการเรียน มักมีปัญหาทางการเรียน ผลการเรียนไม่ดี หรือออกจากระบบการศึกษา[3-6] ด้านพฤติกรรมที่อาจใช้ความรุนแรง ละเมิดหรือกระทำผิดกฎหมาย เช่น ใช้ยาเสพติด ลักขโมย ตั้งแก๊งอันธพาล[3] หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เปลี่ยนคู่นอนบ่อย หรือตั้งครรภ์[7] นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านความสัมพันธ์และปฏิพันธ์ทางสังคมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ เล่นรุนแรง ถูกเพื่อนปฏิเสธ[3,5,6] และด้านสุขภาพจิตจากการถูกตำหนิ ทำโทษบ่อย ๆ ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ขาดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตัวเอง[3,8]

ผลกระทบต่อครอบครัวด้านสุขภาพจิต ครอบครัวมักมีความเครียดจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ขาดการสนับสนุนและการตีตราทางสังคม[9] ด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาฟื้นฟู สูญเสียรายได้และโอกาสในการทำงานของผู้ปกครอง[10] ซึ่งส่งผลต่อสถานภาพครอบครัวทำให้ทะเลาะเบาะแว้ง แยกทางหรือหย่าร้าง[11]

ผลกระทบต่อสังคมและประเทศ การรักษาโรคสมาธิสั้นใช้งบประมาณ ทรัพยากรบุคลากร และสถานพยาบาล หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจมีพฤติกรรมเกเร ก้าวร้าว ต่อต้านสังคม ทำให้สังคมขาดความสงบสุข สูญเสียงบประมาณ และขาดทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ[10]

การรักษาโรคสมาธิสั้นจึงจำเป็นต้องให้การรักษาแบบองค์รวม[5,12] ทั้งการรักษาด้วยยา การช่วยเหลือด้านการเรียน การฝึกทักษะสังคม ร่วมกับการเลี้ยงดูเชิงบวก จากการศึกษาของ Milea & Cozman (2012)[13] พบว่าเด็กที่ได้รับการรักษาแบบองค์รวมมีพฤติกรรมการเข้าสังคมดีขึ้น และการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กและผู้ปกครองทำให้มีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม อาการสมาธิสั้นดีขึ้น ลดพฤติกรรมก้าวร้าว ความสามารถทางสังคมและการแก้ไขปัญหาดีขึ้น[14] ในประเทศไทยได้มีการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นจำนวน 6 ครั้งภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ในเด็กสมาธิสั้น พบว่าสามารถลดอาการสมาธิสั้นและดื้อต่อต้านได้[15] แต่มีการเข้ากลุ่มไม่ครบและออกจากการวิจัยถึงร้อยละ 37.5 ผู้วิจัยจึงพัฒนาค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่มีการจัดกิจกรรมอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ โดยจัดแบบไปกลับเป็นเวลา 5 วัน และมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่หลากหลายในการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กร่วมกับการประชุมกลุ่มผู้ปกครอง ซึ่งยังไม่เคยมีค่ายบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อาการ ความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น และการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการร่วมกิจกรรม ติดตามผล 3 และ 6 เดือน กับกลุ่มควบคุมผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อาการ ความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น และการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งการทดลอง (quasi-experimental study) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) ภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม โดยทั้งสองกลุ่มจะเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการวันสุดท้ายของค่าย หรือ 5 วันหลังเก็บข้อมูลครั้งแรก และติดตามผลหลังเข้าร่วมโครงการ 3 และ 6 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้น มีการทำกิจกรรมในการบำบัดสำหรับเด็กร่วมกับการประชุมผู้ปกครองแบบไปกลับเป็นเวลา 5 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน การศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [075/2559 (EC3)]

กลุ่มตัวอย่าง

เด็กสมาธิสั้นที่อยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มารับบริการกับหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช และสถานพยาบาลอื่นทั้งรัฐบาลและเอกชนที่ได้รับการรักษาด้วยยาตามแนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่สมัครเข้าร่วมโครงการโดยสมัครเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คู่ และกลุ่มควบคุมจำนวน 28 คู่ โดยคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบเกี่ยวข้องกัน (ANOVA: repeated measures, within factors) ขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.25 ระดับนัยสำคัญ (Level of Significance (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) = 0.8 สามารถคำนวนกลุ่มตัวอย่าง (sample size) = 24 จึงเก็บกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน รวม 56 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมการศึกษา (inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นอย่างเดียวหรือมีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ร่วมเท่านั้น
2. ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน มีการติดตามการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. เด็กและผู้ปกครองท่านเดิมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมค่ายพัฒนาทักษะชีวิตได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมการศึกษา (exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมอื่น ๆ นอกจากภาวะบกพร่องการเรียนรู้
2. มีประวัติก้าวร้าวรุนแรง ระเบิดอารมณ์ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
3. เด็กและผู้ปกครองมีปัญหาทางสติปัญญาหรือความเข้าใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (withdrawal or termination criteria)

1. ไม่ให้ความร่วมมือในการทำหรือมาเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามการประเมินผลไม่ครบถ้วน
2. ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและการวิจัยกลางคัน

การจัดผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเข้ากลุ่ม (subject allocation)

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เชิญชวน อธิบายขั้นตอน สิ่งที่จะเกิดความเสี่ยงหรือความไม่สบาย และประโยชน์ที่จะได้รับกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง โดยมีการประเมินและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มี

คุณสมบัติตามเกณฑ์ และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ และความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้น โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีระดับชั้นเรียน ได้รับการรักษาด้วยยา และสามารถควบคุมอาการสมาธิสั้นได้ใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา และข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน และการวินิจฉัยโรค ลักษณะการตอบเป็นแบบสำรวจรายการ และคำถามปลายเปิด

2. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening Scales: THASS)16 ฉบับผู้ปกครองเด็กโต อายุ 6-12 ปี พัฒนาโดย ศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2557) มี 30 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านซน/วู่วาม 15 ข้อ ด้านขาดสมาธิ 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Likert type scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ (ทำบ่อยมาก = 3, ไม่ค่อยทำ = 0) การคิดคะแนนจะคิดคะแนนดิบของแต่ละด้านและคะแนนรวม และนำมาเปลี่ยนเป็นค่าคะแนนมาตรฐาน (T-score) ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) = 0.96

3. แบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นฉบับภาษาไทย (Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent report: WFIRS-P)[17] ซึ่ง รศ.พญ.สิรินัดดา ปัญญาภาสและคณะ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยจาก Dr. Magaret Weiss โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน ด้านครอบครัว 10 ข้อ ด้านโรงเรียน 10 ข้อ ด้านทักษะการใช้ชีวิต 10 ข้อ ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง 3 ข้อ ด้านทักษะการเข้าสังคม 7 ข้อ ด้านพฤติกรรมเสี่ยง 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert type scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (ไม่เคยเกิดขึ้น = 0, เกิดขึ้นเป็นประจำ = 3) การคิดคะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน หากด้านใดมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 1.5 คะแนน ถือว่ามีการเสียหน้าที่ในด้านนั้น ๆ ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) = 0.98

4. แบบสอบถามวัดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg self-esteem scale) พัฒนาโดย Morris Rosenberg ฉบับภาษาไทยแปลและเรียบเรียงโดยฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล[18] (อ้างในสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2545, หน้า 484–485) แบบสอบถามเป็นมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ (ordinal rating scale) แบบ 4 ระดับ (1, 2, 3, 4) จำนวน 10 ข้อคำถาม ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 7, 10 การให้คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 0, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 3) ข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 5, 6, 8, 9 การให้คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 3, เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 0) ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) = 0.67

5. แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionaire)[19] พัฒนาโดย ศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert type scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ไม่ทำเลย = 0, ทำสม่ำเสมอ = 3) จำนวน 16 ข้อ การคิดคะแนนคิดคะแนนรวม เกณฑ์การแปลผล > 30 คะแนน = มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกสูง 27-29 คะแนน = มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกปานกลาง และ < 26 คะแนน = มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกต่ำ ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) = 0.85

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นทางออนไลน์และหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกเด็กและผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย ผู้ที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการอธิบายข้อมูล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย ผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น การรับบริการทางเลือกอื่น สิทธิในการปฏิเสธ ขอความยินยอมและเซ็นหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ให้เข้าร่วมการวิจัยเลือกเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ ดังนี้

กลุ่มทดลอง (case) เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานและเข้าร่วมโครงการค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้น แบบไปกลับเป็นเวลา 5 วัน ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม ถึง 1 เมษายน พ.ศ. 2559 เวลา 7.30–16.30 น. และผู้ปกครองมาเข้าร่วมการประชุมผู้ปกครองเวลา 15.30-16.30 น.ของทุกวัน

กลุ่มควบคุม (control) เด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานด้วยการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรม โดยไม่มีการเข้ากลุ่มบำบัดสำหรับเด็กหรืออบรมผู้ปกครอง ที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งหลังจากจบโครงการมีการเสนอทางเลือกให้เด็กเข้ากลุ่มบำบัดทางจิตวิทยาและผู้ปกครองเข้าอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง

โดยทั้งสองกลุ่มจะเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการ วันสุดท้ายของค่ายหรือ 5 วันหลังเก็บข้อมูลครั้งแรก และติดตามผลหลังเข้าร่วมโครงการ 3 และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

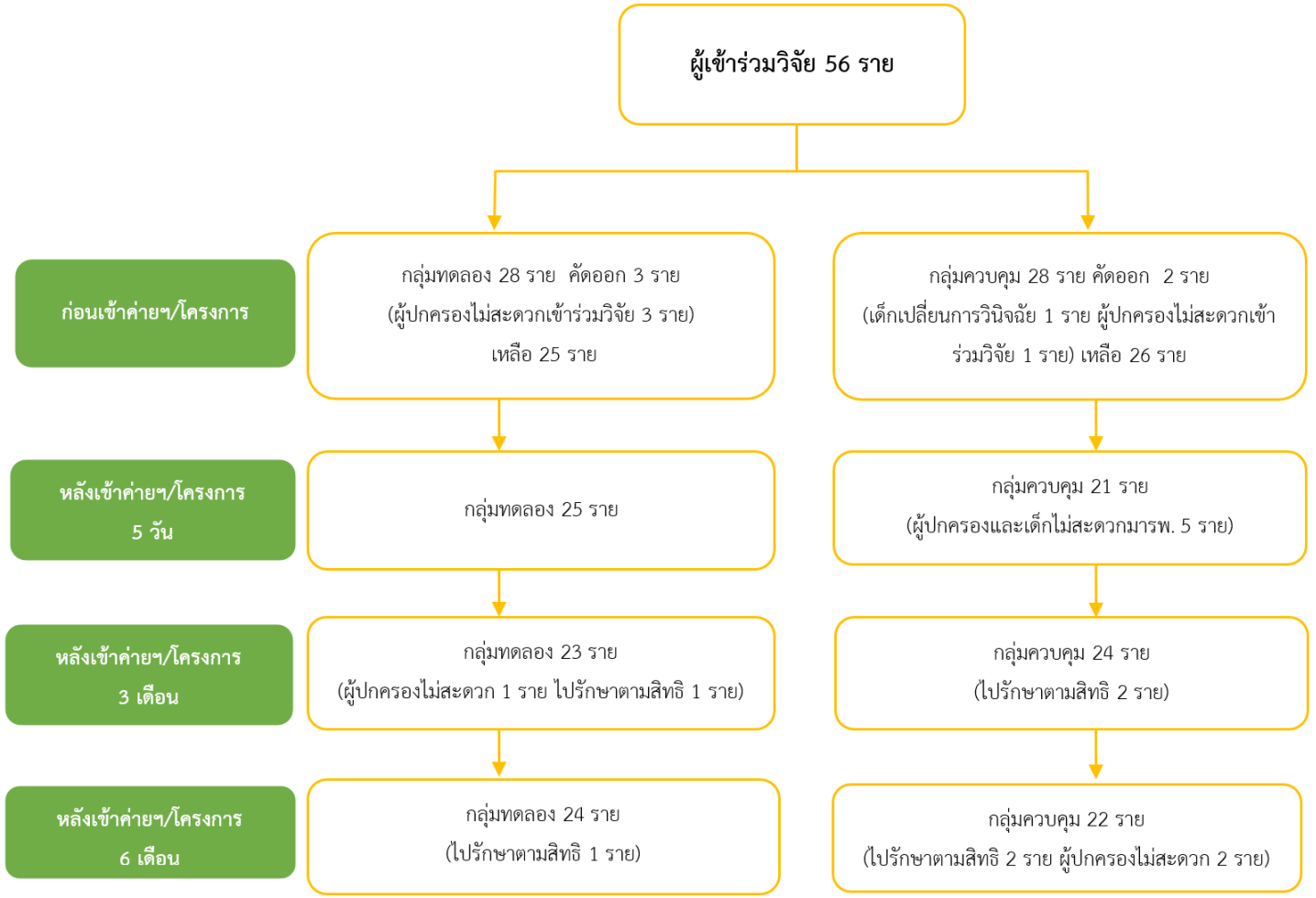
ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน (independent t test) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบเกี่ยวข้องกัน (Repeated-measures ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่ด้วย

ตาราง 1 ตารางกิจกรรมค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้น

วัน/เวลา	7.30 - 8.00	8.00 - 8.30	8.30 - 9.00	9.00 - 10.00	10.00- 10.30	10.30 – 12.00	12.00 – 13.00	13.00 – 14.30	14.30-15.00	15.00 – 15.30	15.30 – 16.30
จ. 28 มี.ค. 59	รายงานตัว	พิธีเปิดปฐมนิเทศแนะนำค่าย		กิจกรรมละลายพฤติกรรม	อาหารว่าง	แบ่งกลุ่ม ทำกฎกติกา แนะนำตนเอง ทำกล่องความดี	อาหารกลางวัน ทำสัญลักษณ์กลุ่ม	กิจกรรม”จำได้ไหมฉันเป็นอะไรบ้าง” ฝึกความจำ สมาธิ และการสื่อสาร	อาหารว่าง	กิจกรรมออกกำลังกาย /การละเล่น	
											ประชุมกลุ่มผู้ปกครอง
อ.29 มี.ค. 59		กิจกรรมเสริมสร้างสมาธิ	กิจกรรม “พิซซ่าอารมณ์” ฝึกการรู้จักเข้าใจและตระหนักในอารมณ์ตนเอง			กิจกรรม “สเกลอารมณ์ ” ฝึกความเข้าใจระดับอารมณ์ตนเองและผู้อื่น	อาหารกลางวัน / การละเล่นไทย	กิจกรรม Walk Rally I		กิจกรรมออกกำลังกาย /การละเล่น	
											ประชุมกลุ่มผู้ปกครอง
พ.30 มี.ค. 59			กิจกรรม “คนหรือเอเลี่ยน” ฝึกการสื่อสารและวางแผน			กิจกรรม ”จิ๊กซอหาคู่” ฝึกการเจรจาสื่อสารและทำงานร่วมกับผู้อื่น		กิจกรรม “เลือกได้นะรู้ยัง” ฝึกการแก้ไขปัญหาการจัดการอารมณ์		กิจกรรมออกกำลังกาย /การละเล่น	
											ประชุมกลุ่มผู้ปกครอง
พฤ.31 มี.ค. 59			กิจกรรม “หนังสือพิมพ์ปริศนา + กู้โลก” ฝึกทักษะการคิดแก้ปัญหาและการทำงานเป็นทีม			กิจกรรม “หนูดีมีเรื่องเล่า” ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง		กิจกรรม Walk Rally II		กิจกรรมออกกำลังกาย /การละเล่น	
											ประชุมกลุ่มผู้ปกครอง
ศ.1 มี.ค. 59			กิจกรรม “บ้านของเรา” ฝึกการวางแผน การทำงานร่วมกัน การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น			กิจกรรม “หนูน้อยคนเก่ง” เสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง		นิทรรศการทุกคนมีดีเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง		กล่องความดี	สรุปค่าย มอบรางวัลที่สุดของค่าย

ที่มา: สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



แผนภาพที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n = 25 คน	กลุ่มควบคุม n = 26 คน	รวม n = 51 คน	p
ผู้ป่วย				
เพศ, n (%)				
ชาย	21 (84)	22 (84.6)	43 (84.3)	.95
หญิง	4 (16)	4 (15.4)	8 (15.7)	
อายุ (ปี), mean (SD)	9.3 (0.1)	10.0 (0.2)	9.64 (0.2)	.02*
ผลการเรียน, mean (SD)	2.9 (0.6)	2.8 (0.7)	2.82 (0.6)	.49
การวินิจฉัยโรค, n (%)				
ADHD	9 (36)	11 (42.3)	20 (39.2)	.65
ADHD + LD	16 (64)	15 (57.7)	31 (60.9)	
ผู้ปกครอง				
เพศ, n (%)				
ชาย	3 (12)	3 (11.1)	6 (11.6)	.96
หญิง	22 (88)	23 (88.9)	46 (88.4)	
อายุ (ปี), mean(SD)	43.8 (1.4)	41.4 (1.6)	42.6 (7.6)	.25
อาชีพ, n (%)				
รับราชการ	4 (16)	6 (23)	10 (19.5)	.36
ธุรกิจส่วนตัว	5 (20)	7 (26.9)	12(23.5)	
รับจ้าง	6 (24)	7 (26.9)	13 (25.5)	
เกษตรกร	0	2 (7.7)	2 (3.9)	
งานบ้าน	7 (28)	4 (15.4)	11 (21.7)	
อื่นๆ	2 (8)	0	2 (4)	
ไม่ระบุ	1 (4)	0	1 (2)	
รายได้ครอบครัว(บาท/ เดือน), mean(SD)	48,909 (15,485)	29,515 (7,006)	39,438 (56,787)	.41
ระดับการศึกษา, n (%)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15 (60)	21 (81)	36 (70.5)	.11
ปริญญาตรี	7 (28)	5 (19)	12 (23.5)	
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (8)	0	2 (4)	
ไม่ระบุ	1 (4)	0	1 (2)	

ตารางที่ 3 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของอาการ ความบกพร่องทางหน้าที่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ของเด็กสมาธิสั้น และการเลี้ยงดูเชิงบวก

ตัวแปร	กลุ่มทดลองค่ายบำบัด (n = 25)							กลุ่มควบคุม (n = 26)						
	Pre-test	Post-test 1	Post 3 M.	Post 6 M.	Overall effects of Treatment			Pre-test	Post-test1	Post 3 M.	Post 6 M.	Overall effects		
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	F	P	η^2	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	F	P	η^2
THASS														
ด้านขาดสมาธิ	20.6 (6.5)	16.0 (6.2)	17.4 (8.2)	16.1 (8.1)	6.3	< .01**	.35	18.4 (8.9)	19.3 (8.7)	17.6 (7.9)	19.7 (8.3)	.39	.76	.03
ด้านซน/ วู่วาม	28.7 (8.4)	19.4 (7.8)	23.0 (9.2)	22.4 (10.3)	12.2	< .01**	.53	25.0 (11.5)	24.2 (11.7)	21.2 (10.1)	22.2 (11.0)	1.7	.05	.13
คะแนนรวม	49.3 (12.7)	35.4 (12.9)	40.3 (14.4)	38.5 (16.5)	14.2	< .01**	.55	43.5 (18.0)	43.5 (18.8)	38.9 (16.2)	40.8 (17.9)	1.1	.37	.09
WFIRS														
ด้านครอบครัว	7.7 (4.3)	5.9 (4.1)	6.0 (3.9)	5.2 (3.6)	3.63	.02*	.27	4.9 (3.1)	6.0 (4.5)	5.1 (3.7)	5.3 (3.8)	.67	.58	.07
ด้านโรงเรียน / การเรียน	6.0 (2.9)	5.1 (2.9)	5.7 (2.7)	5.8 (3.2)	1.41	.26	.11	4.9 (3.0)	4.6 (2.7)	4.7 (2.5)	4.4 (2.2)	.37	.78	.03
ด้านพฤติกรรม	2.3 (1.6)	2.0 (1.6)	1.8 (1.4)	1.3 (1.2)	3.06	.04*	.24	2.2 (2.2)	1.6 (1.3)	1.3 (1.4)	1.5 (1.6)	1.34	.28	.12
ด้านทักษะการใช้ชีวิต	10.7 (4.5)	9.0 (5.2)	9.1 (4.7)	8.8 (5.2)	.50	.69	.05	12.3 (10.1)	10.1 (4.5)	8.4 (3.3)	9.4 (5.1)	2.38	.09	.19
ด้านมุมมองต่อตนเอง	2.0 (1.9)	2.1 (1.7)	1.9 (2.1)	1.3 (1.8)	1.77	.17	.14	1.4 (1.2)	1.3 (1.3)	1.4 (1.3)	1.3 (1.2)	0.07	.98	.01
ด้านทักษะการเข้าสังคม	5.2 (3.2)	3.5 (2.1)	3.8 (2.2)	3.8 (2.0)	2.89	.052	.22	2.7 (2.5)	2.7 (2.0)	2.7 (2.8)	2.3 (2.4)	0.26	.86	.03
ด้านพฤติกรรมเสี่ยง	3.2 (1.8)	2.3 (1.7)	2.5 (2.2)	2.5 (2.1)	4.09	.02*	.28	1.9 (1.8)	1.7 (1.-)	1.7 (1.3)	1.8 (1.4)	.12	.95	.01
คะแนนรวม	36.8 (14.3)	27.7 (13.4)	30.3 (12.7)	26.9 (13.4)	4.41	.014*	.37	26.7 (13.6)	28.1 (12.3)	25.2 (11.6)	25.-3 (14.0)	.32	.81	.04
Self esteem	22.5 (4.4)	23.7 (4.3)	21.8 (5.0)	23.9 (3.7)	2.27	.09	.14	22.1 (4.0)	22.4 (3.6)	23.0 (3.5)	24.2 (3.8)	1.09	.36	.07
Positive Parenting	26.0 (4.1)	26.9 (3.4)	26.8 (3.7)	27.0 (2.8)	.75	.53	.06	28.0 (2.9)	26.7 (3.9)	27.2 (3.6)	27.8 (3.4)	1.92	.15	.14

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05,

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, n = Sample size, M = Mean, SD = Standard Deviation, F = F-test, P = P-value, η^2= Partial Eta Squared THASS =Thai ADHD Screening Scales), WFIRS =Weiss Functional Impairment Rating Scale

วิธีของ Bonferroni วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's coefficient of correlation) สถิตินอนพารามิเตอร์ Mann-Whitney U test ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้ IBM SPSS Statistics version 29

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 56 คู่ แบ่งกลุ่มตามความสมัครใจ เป็นกลุ่มทดลองเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานและผู้ปกครองเข้าร่วมประชุมผู้ปกครองจำนวน 28 คู่ ออกจากโครงการ 3 คู่ เหลือ 25 คู่ เนื่องจากผู้ปกครองไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มควบคุมเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน จำนวน 28 คู่ ออกจากการวิจัย 2 คู่ เหลือ 26 คู่ เนื่องจากเด็กเปลี่ยนการวินิจฉัย 1 ราย และผู้ปกครองไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัย 1 ราย

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 84.3) ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA) = 2.82 เป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะบกพร่องการเรียนรู้ (ร้อยละ 60.9) ยกเว้นอายุเด็กที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ยน้อยกว่า = 9.3 ปี กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย = 10ปี ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.4) อายุเฉลี่ย 42.6 ปี อาชีพรับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว ราชการและงานบ้าน รายได้และการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่า และมีระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการตารางที่ 2 พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่เข้าค่ายพัฒนาทักษะชีวิต มีอาการสมาธิสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยอาการสมาธิสั้นดีขึ้นทั้งด้านซน/วู่วาม ขาดสมาธิ และคะแนนรวม และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่าหลังจบค่ายมีอาการสมาธิสั้นดีขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือหลังเข้าค่าย 6 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ และค่า η^2 = .35-.55 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับสูง จึงสรุปได้ว่าค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นมีอิทธิพลระดับสูงต่ออาการสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของอาการสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่ความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งด้านครอบครัว พฤติกรรม พฤติกรรมเสี่ยง และคะแนนรวม เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่าความบกพร่องทางหน้าที่หลังเข้าค่าย 6 เดือนดีขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือวันที่จบค่าย และหลังเข้าค่าย 3 เดือน และ ค่า η^2 = .24-.37 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับสูง จึงสรุปได้ว่าค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นมีอิทธิพลระดับสูงต่อการบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นด้านครอบครัว พฤติกรรม พฤติกรรมเสี่ยง และคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้การเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กสมาธิสั้น และการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเพศ ผลการเรียนและการวินิจฉัย ยกเว้นอายุเด็กที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากมีการคัดเลือกเด็กจากระดับชั้นเรียนเป็นสำคัญ ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเด็กตอนกลาง (ช่วงอายุ 6-12 หรือ 13 ปี) ที่มีพัฒนาการไม่แตกต่างกัน[20] และข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเพศ อายุ อาชีพ รายได้ และการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้น สามารถลดอาการสมาธิสั้นและความบกพร่องทางหน้าที่ด้านพฤติกรรมเสี่ยงมีอิทธิพลในระดับสูง โดยพบว่าในช่วงหลังจบค่ายมีผลดีที่สุด เนื่องจากกิจกรรมมีการฝึกทักษะทางสังคมและทักษะชีวิต มีทีมสหสาขาที่มีประสบการณ์ในการดูแล มีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับอาการภายหลังการสังเกตพฤติกรรม ทำให้หลังจบค่ายมีอาการสมาธิสั้นดีขึ้นมากที่สุด แต่เมื่อกลับไปใช้ชีวิตปกติ อาการสมาธิสั้นค่อย ๆ ปรับดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนรักษาในระยะติดตามผล 3 และ 6 เดือน ซึ่งกลุ่มควบคุมคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

โดยที่มีอิทธิพลระดับสูงต่อความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัว พฤติกรรม และคะแนนรวมเช่นกัน แต่พบว่าหลังจบค่าย 6 เดือนมีผลดีขึ้นมากที่สุด ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมในค่ายฯ อาจทำให้เด็กค่อย ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลทำให้การบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นด้านครอบครัว พฤติกรรม และคะแนนรวมดีขึ้นมากที่สุดหลังเข้าค่าย 6 เดือน รองลงมาคือวันที่จบค่าย และหลังเข้าค่าย 3 เดือน ซึ่งกลุ่มควบคุมคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wolf–Dieter Gerber และคณะ[21] ที่ศึกษาผลของค่ายฤดูร้อนเด็กสมาธิสั้น พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีการควบคุมสมาธิและการควบคุมตนเองดีขึ้น การศึกษาของ Julie Hantson และคณะ[22] ที่ศึกษาค่ายบำบัดฤดูร้อนของเด็กสมาธิสั้นและการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ปกครอง พบว่าความบกพร่องทางหน้าที่ อาการสมาธิสั้น และความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น การศึกษาของ Yu-Shin Huang และคณะ[23] ที่ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมร่วมกับการอบรมผู้ปกครอง พบว่าอาการสมาธิสั้นด้านดื้อต่อ

ต้าน การควบคุมตนเอง และทักษะทางสังคมดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยแบบ RCT ของ Carolyn H Webster-Stratton และคณะ[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมอบรมผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น พบว่าอาการอยู่ไม่สุข ขาดสมาธิ พฤติกรรมต่อต้าน การควบคุมอารมณ์ และความสามารถทางสังคมของเด็ก แม่มีการเลี้ยงดูเชิงบวกเพิ่มขึ้น แต่พ่อไม่มีการเปลี่ยนแปลง และเมื่อติดตามผล 1 ปี[24] พบว่าเด็กยังคงมีพฤติกรรมต่อต้านและพฤติกรรมโดยรวมดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยนี้ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงด้านการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากการประชุมผู้ปกครองที่เน้นการสรุปกิจกรรมและการพูดคุยปรึกษาปัญหาพฤติกรรมเด็ก โดยที่ไม่ได้มีการสอนเรื่องการเลี้ยงดูเชิงบวกอย่างเต็มรูปแบบ จึงทำให้ไม่เกิดความเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

แม้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่เข้าค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้น จำนวน 5 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มดีขึ้นหลังจบค่ายและติดตามผล 6 เดือน ซึ่งแตกต่างกันกับงานวิจัยของ Hamid Omidi และคณะ[25] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกทักษะทางสังคมต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กสมาธิสั้นพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 10 ครั้งครั้งละ 1 ชั่วโมง มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาและความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงควรมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กสมาธิสั้น

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายอย่างได้แก่ 1) ผู้ร่วมวิจัยบางส่วนออกจากการศึกษา 2) จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย เนื่องจากข้อจำกัดในการจัดกิจกรรม 3) ไม่มีการสุ่มการคัดเลือกกลุ่ม เลือกตามความสะดวกของเด็กและผู้ปกครอง 4) ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมสั้น 5) การประชุมผู้ปกครองใช้เวลาน้อยและใช้รูปแบบที่ไม่ได้มุ่งเน้นปรับการเลี้ยงดูเชิงบวก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปคือ อาจปรับรูปแบบการศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ซึ่งมีมาตรฐานน่าเชื่อถือ เพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัย ปรับกิจกรรมประชุมผู้ปกครองเป็นการอบรมความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเชิงบวกที่มีแบบแผนกิจกรรม มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และเพิ่มการติดตามผลหลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 ปี เพื่อดูประสิทธิผลของค่ายบำบัดในระยะยาว

สรุป

ค่ายบำบัดเด็กสมาธิสั้นมีการจัดกิจกรรมแบบบูรณาการ ในการฝึกทักษะทางสังคม การเสริมแรงเชิงบวก การปรับพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด การกำกับดูแลการรับประทานยา และการประชุมผู้ปกครองโดยทีมสหวิชาชีพ มีประสิทธิผลช่วยให้อาการสมาธิสั้นและความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องและผู้ปกครองควรเข้ารับการอบรมการเลี้ยงดูเชิงบวกอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและครอบครัวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมทำกิจกรรม เด็กสมาธิสั้น และผู้ปกครอง ที่ให้โอกาสและสนับสนุนงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164(6):942–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17541055/

2. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ปีงบประมาณ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21(2):66-75. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/10148/46338

3. French B, Nalbant G, Wright H, Sayal K, Daley D, Groom MJ, et al. The impacts associated with having ADHD: an umbrella review. Front Psychiatry. 2024;15:1343314. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38840946/

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.

5. ชาญวิทย์ พรนภดล. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย มหิดล; 2561.

6. Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW. ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. J Learn Disabil. 2007;40(1):49-65. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17274547/

7. Flory K, Molina BS, Pelham WE Jr, Gnagy E, Smith B. Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. J Clin Child Adolesc Psychol. 2006;35(4):571-7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17007602/

8. Mazzone L, Postorino V, Reale L, Guarnera M, Mannino V, Armando M, et al. Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2013;11(9):96-102. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23878614/

9. Leitch S, Sciberras E, Post B, Gerner B, Rinehart N, Nicholson JM, et al. Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. Int J Qual Stud Health Well-being.

2019;14(1):1690091. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31713473/

10. Dodds M, Wanni Arachchige Dona S, Gold L, Coghill D, Le HND. Economic Burden and Service Utilization of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Value Health. 2024;27(2):247-264. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38043710/

11. Wymbs BT, Pelham WE Jr, Molina BS, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB. Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. J Consult Clin Psychol. 2008;76(5):735-44. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18837591/

12. Lv YB, Cheng W, Wang MH, Wang XM, Hu YL, Lv LQ. Multimodal integrated intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. World J Clin Cases. 2023;26;11(18):4267-76. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37449233/

13. MILEA SB, COZMAN D. Comparative Study of Multimodal and Pharmacological Therapy in Treating School Aged Children with ADHD. Appl Med Inform [Internet]. 2012 Sep. 12 [cited 2025 Oct. 12];31(3):55-63. Available from: https://ami.info.umfcluj.ro/index.php/AMI/article/view/382

14. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol. 2011;40(2):191-203. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21391017/

15. ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, ชัยชนะ นิ่มนวล. ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(1):19-28. เข้าถึงได้จาก: https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/57-1/02-Dutsadee.pdf

16. ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จิตราภรณ์ จิตรธร, ศิรินดา จันทร์เพ็ญ. การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3–18 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(4):335–54. เข้าถึงได้จาก: http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/59-4/02-Chanvit.pdf

17. สิรินัดดา ปัญญาภาส, ชาญวิทย์ พรนภดล, วิฐารณ บุญสิทธิ, พรรณเพชร ลิขิตเกียรติขจร. ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของแบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558;60(2):111–26. เข้าถึงได้จาก: https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/60-2/03-Sirinadda%20(1).pdf

18. ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซ็นเบิร์ก. ใน: สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, บรรณาธิการ. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัล มีเดีย; 2551. หน้า. 484–5.

19. ชาญวิทย์ พรนภดล. แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire: PPQ). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

20. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 1 แนวคิดเชิงทฤษฎีวัยเด็กตอนกลาง (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.

21. Gerber WD, Gerber-von Müller G, Andrasik F, Niederberger U, Siniatchkin M, Kowalski JT, et al. The impact of a multimodal Summer Camp Training on neuropsychological functioning in children and adolescents with ADHD: an exploratory study. Child Neuropsychol. 2012;18(3):242-55. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21824010/

22. Hantson J, Wang PP, Grizenko-Vida M, Ter-Stepanian M, Harvey W, Joober R, et al. Effectiveness of a therapeutic summer camp for children with ADHD: Phase I Clinical Intervention Trial. J Atten Disord. 2012;16(7):610-7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21856955/

23. Huang YH, Chung CY, Ou HY, Tzang RF, Huang KY, Liu HC, et al. Treatment effects of combining social skill training and parent training in Taiwanese children with attention deficit hyperactivity disorder. J Formos Med Assoc. 2015;114(3):260-7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25777975/

24. Webster-Stratton C, Reid MJ, Beauchaine TP. One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol. 2013;42(2):251-61. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23020199/

25. Omidi H, Sajedi F, Rostami R, Bakhshi E. Effectiveness of social skills training on self-esteem of students with attention deficit/hyperactivity disorder. Empowering Exceptional Children. 2018;9(2):27-37. Available from: https://www.ceciranj.ir/article_77191_en.html