

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น
Developing a Nursing Program Using Motivational Interviewing
to Improve Clinical Outcomes in Adolescent Patients with
Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

อารีย์ ชุศักดิ์* ภัทรบูลย์ นาคสุสุข** เสาวลักษณ์ หมั่นสุนทร*
Aree Chusak* Patrabol Naksusuk** Saowaruk Meundsontron*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นใช้กระบวนการพัฒนาโปรแกรมของไมเจลและคณะ 5 ระยะ ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรมการทดลอง 4) การตรวจสอบความตรง การประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 62 ราย และผู้ปกครอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 ราย ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (ความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 0.84) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้น (ค่าความเชื่อมั่น = 0.76, 0.82 ตามลำดับ) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U-test

Received: December 12, 2024

Revised: July 22, 2025

Accepted: August 26, 2025

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10270.

E-mail: jijchu@hotmail.com, saowaluknok51@gmail.com

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Yuwaprasart Waithayopathum Chilid Psychiatric Hospital, Samutprakan, Thailand 10270. E-mail: jijchu@hotmail.com, saowaluknok51@gmail.com

** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10520. E-mail: patrabolptt@gmail.com

** Corresponding Author, Assistant Professor, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok, Thailand 10520. E-mail: patrabolptt@gmail.com

ผลการวิจัย 1) การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น เกิดจากการสำรวจปัญหาและการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 กิจกรรม 2) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U-test พบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทั้งสองตัวแปร สรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับรายบุคคล แม้ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และในระยะเวลาดิตตามผลที่ยาวนานขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในกลุ่มประชากร

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ความร่วมมือในการใช้ยา สมาธิสั้น วัยรุ่น

Abstract

This study aimed to develop and study the effects of a nursing program using motivational interviewing to improve clinical outcomes in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The program was developed following the five-step framework of Majjel et al., including: (1) problem identification; (2) needs assessment for program content and activities; (3) experimental program design; (4) content validation, feasibility, and acceptability assessment; and (5) outcome evaluation. The participants included 62 adolescents diagnosed with ADHD and their caregivers, who were randomly assigned to an experimental group or a control group, with 31 participants in each. Research instruments included: the Nursing Program for Motivational Interviewing (Content Validity Index, CVI = 0.84), the Medication Adherence Assessment Scale, and the ADHD Behavior Assessment Scale (reliability = 0.76, 0.82 respectively). Data were collected before and after the participants entered the intervention and analyzed using the Wilcoxon Signed Ranks Test and the Mann-Whitney U-test.

The study found that (1) the nursing program was developed based on problem assessment and literature review and consisted of 7 activities. (2) After receiving the intervention, the experimental group showed a statistically significant improvement in medication adherence and a significant reduction in ADHD behaviors ($p < .001$) (3). Comparison of post-test scores between the experimental and control groups using the Mann-Whitney U-test revealed no statistically significant differences in either variable ($p > .05$).

Conclusion: The nursing program utilizing motivational interviewing was effective in improving medication adherence and reducing ADHD behaviors in adolescents with ADHD at the individual level. However, no significant difference was observed between the

experimental and control groups. Further studies with larger sample sizes and longer follow-up periods are recommended to confirm the effectiveness of outcomes in adolescents with ADHD.

Keywords: nursing program, motivational interviewing, medication adherence, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), adolescent

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: ADHD) กำลังเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีแนวโน้มความชุกเพิ่มขึ้นทั่วโลก ร้อยละ 8.1¹ ในเอเชียพบร้อยละ 12.4² ขณะที่ประเทศไทยพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 8.1 จากการสำรวจทั่วประเทศในปี 2556³ และพบสถิติในปี พ.ศ. 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่และความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี อยู่ที่ร้อยละ 2.3⁴ อายุ 12-18 ปี อยู่ที่ร้อยละ 5.6⁵ เป็นกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการของระบบประสาท มีลักษณะสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านสมาธิ ด้านทุนหันพลันแล่น ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยวัยรุ่น จากงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ การเรียนรู้ที่ไม่เหมาะสมหรือลดลง ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือครอบครัว และคุณภาพชีวิตในระยะยาวโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย^{6,7} โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม มีแนวโน้มใช้สารเสพติดสูงขึ้น⁸ ครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น การก้าวร้าว การต่อต้าน และการหยุดยาด้วยตนเอง^{8,9} ซึ่งต้องการการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด¹⁰ ปัญหานี้ยังสร้างภาระต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจจากการรักษาระยะยาวและการพึ่งพิงบริการสุขภาพจิต

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยสมาธิสั้น ระดับนานาชาติส่วนใหญ่มีการแนะนำให้ใช้ยา (medical treatment) เป็นลำดับแรก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาด้วยยาในปัจจุบัน คือ ยาเมทิลเฟนิเดต ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาอาการสมาธิสั้น¹¹ กล่าวคือ ลดอาการทุนหันพลันแล่นและปัญหาด้านพฤติกรรม การต่อต้านสังคมลดลง^{12,13} ความร่วมมือการใช้ยาสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่ดีขึ้น การควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น และพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมมากขึ้น¹⁴ แต่อย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือการนอนไม่หลับ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลในการใช้ยา หรือหยุดยาเองได้ง่าย ทั้งนี้จากการศึกษาโดย Lo และคณะ¹⁵ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดตมีอาการไม่พึงประสงค์โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 66 ขณะที่อาการเบื่ออาหารพบมากที่สุดร้อยละ 33 รองลงมา คือ นอนไม่หลับร้อยละ 15 และปวดศีรษะร้อยละ 14 ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการที่เน้นความร่วมมือ ความเข้าใจ และการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และสามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างเหมาะสม¹⁶⁻¹⁸

ผลลัพธ์ในการรักษาและการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการให้โปรแกรมการให้การปรึกษาและการรักษา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสมาธิสั้น ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการสุขภาพในการใช้ยารักษาโรค ทั้งในแง่ของระยะเวลา ปริมาณ วิธีการใช้ และความสม่ำเสมอ¹⁸ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น

และความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านการเรียน มีพฤติกรรม การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และเสี่ยงต่อการกระทำผิดทางกฎหมาย ซึ่งมีการประมาณการว่าผู้ป่วยสมาธิสั้น ถึงร้อยละ 50 เลือกที่จะหยุดการใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่นและการใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องพบว่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญ¹⁹

จากการสำรวจข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย วัยรุ่นสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่ากลุ่มอายุ 13-17 ปี มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 44²⁰ สาเหตุหลักคือ ลืมรับประทานยา (ร้อยละ 49.5) ปรับขนาดยาเอง (ร้อยละ 20.3) หยุดยาเอง (ร้อยละ 16.8) และปฏิเสธรับประทานยา (ร้อยละ 13.4) ผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนเอง ดีขึ้น (ร้อยละ 20) หรือรู้สึกอายเพื่อน (ร้อยละ 10.8) ความไม่ร่วมมือ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ แบบไม่ตั้งใจ เช่น ลืมยา และแบบตั้งใจ เช่น ปรับยาเอง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือมักมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและมารับ บริการก่อนวันนัด

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วย วัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง และเป็นการจัดกระทำแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนหลังได้รับโปรแกรม ผลลัพธ์คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย²¹ งานวิจัยดังกล่าวไม่สามารถนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในแผนก ผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ได้เนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกัน

โปรแกรมหรือแนวปฏิบัติของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้บูรณาการการ ให้คำปรึกษาระหว่างพยาบาล เภสัชกร และแพทย์เจ้าของไข้ โดยเริ่มจากการประเมินระดับความร่วมมือใน การใช้ยา หาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา รวมถึงการประเมินผลข้างเคียงจากยาและปัจจัยส่วน บุคคลอื่น ๆ จากนั้นจึงให้คำปรึกษารายกรณี อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนบริบทของโรงพยาบาลยุวประสาท ไวทโยปถัมภ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบว่า ยังไม่มีการใช้ กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และการติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการ ดูแลและการนิเทศทางการพยาบาล การให้คำปรึกษา ด้วยการตรวจทานบันทึกการพยาบาลและสัมภาษณ์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 8 คน สะท้อนความกังวลและไม่มั่นใจในการใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากขาดแนวทางที่ชัดเจนและทักษะเฉพาะในการสื่อสารกับวัยรุ่นและผู้ปกครอง และรูปแบบการให้ คำปรึกษาสำหรับพยาบาล ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยบทบาทของพยาบาลที่ต้องดูแลแบบองค์รวม จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือและแนวทางเฉพาะเพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการให้คำปรึกษาแบบเน้นแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ลังเลหรือขาดแรงจูงใจในการใช้ยา

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของ ปัญหาที่เกิดจากการดูแลและให้คำปรึกษาที่มีความแตกต่างกัน จึงเลือกแนวทาง Motivational Interviewing (MI) ของ Miller และ Rollnick ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมแบบเป็นระบบของ Van Meijel และคณะ มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมพยาบาล เพื่อเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อ ต่อการเปลี่ยนแปลง กระตุ้นแรงจูงใจภายใน และกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกับวัยรุ่นอย่างมีทิศทางชัดเจน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์สำคัญคือการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมพฤติกรรมสมาธิสั้นอย่าง ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น
2. ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสมาธิสั้นของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
 - 2.2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นของระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลปกติ

คำถามวิจัย

1. โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีสมาธิสั้นและได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกด้านความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
3. ผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีสมาธิสั้นและได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจมีผลลัพธ์ทางคลินิกด้านความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นแตกต่างจากผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นกลุ่มทดลองซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิก มีคะแนนด้านความร่วมมือในการใช้ยาและด้านพฤติกรรมสมาธิสั้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น มีคะแนนด้านความร่วมมือในการใช้ยา และด้านพฤติกรรมสมาธิสั้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ แวน ไมเจล (Van Meijel) และคณะ²² เป็นโครงสร้างหลักในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล โดยครอบคลุม 5 ระยะ ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรม 4) การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม วางเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในวัยรุ่น โปรแกรมบูรณาการเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์ (Miller) และ โรลนิกค์ (Rollnick)²³

ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการการสร้างความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกัน (engaging) การมุ่งเน้น (focusing) การกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยเรื่องการเปลี่ยนแปลง (evoking) และการวางแผนปฏิบัติ (planning) และใช้เทคนิคหลัก ได้แก่ คำถามปลายเปิด (open-ended questions) การยืนยัน affirmations) การฟังอย่างสะท้อน (reflective listening) และ การสรุป (summaries) (OARS) และการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ "จิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เชิงใจ" (spirit of MI) โดยมีการอบรมพยาบาลให้ใช้โปรแกรมบูรณาการเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ และทำหน้าที่สนับสนุนแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังยึดการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพแห่งความเข้าใจและการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของวัยรุ่น

มีงานวิจัยซึ่งสนับสนุนผลลัพธ์ของโปรแกรมให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมุ่งเน้นความร่วมมือในการใช้ยาในฐานะตัวแปรตามที่สำคัญและนำไปสู่การลดลงของพฤติกรรมสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิอยู่ไม่นิ่ง และดื้อรั้น การบูรณาการแนวคิดดังกล่าว เกิดโครงสร้างโปรแกรมที่มีความเป็นระบบ ใช้งานได้จริง และส่งเสริมสัมพันธภาพที่เกื้อหนุนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นอย่างยั่งยืน^{14,20,24}

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ระยะพัฒนาโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์คัดเลือก 1) พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่มีประสบการณ์ดูแลวัยรุ่นสมาธิสั้นมากกว่า 3 ปี 2) พยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นมากกว่า 5 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมและให้ข้อมูลในการวิจัย

2. ระยะทดสอบโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

2.1 วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ คู่มือการวินิจฉัยและสถิติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 ฉบับปรับปรุง (DSM-5-TR)²⁵ และได้รับการรักษาด้วยเมทิลฟิเนต มีพฤติกรรมความร่วมมือการใช้ยาไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด

2.2 ผู้ปกครองของผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นอายุ 13-17 ปี ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ซึ่งเป็นผู้ดูแลโดยตรงของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) และมีพฤติกรรมการใช้ยาเมทิลฟิเนต (methylphenidate) ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ในปีงบประมาณ 2566 ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ และผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน รวมทั้งดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 65 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน²⁶ ดังนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาสถิติผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 13-17 ปี ที่พบปัญหาไม่ร่วมมือในการใช้ยาของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในปี 2566 จำนวนทั้งสิ้น 65 คน คำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จรูปในสูตรของเครซีและมอร์แกน ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)}$$

คำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จรูปในสูตรของเครซีและมอร์แกน (27) ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 65 \times 0.5 \times 0.5}{(0.5^2) \times (65-1) \times 3.841 \times 0.5 \times 0.5} = 56$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน และป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (drop out) ระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10^{27} จำนวน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 62 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าแล้ว โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก กำหนดเลขคู่เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 31 คน เลขคี่เข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบบันทึก สำหรับค้นหาแนวทางพัฒนาโปรแกรมด้วยการตั้งคำถามกับพยาบาล ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการอิงแนวคิดการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (motivational Interviewing) ของ มิลเลอร์ (Miller) และโรลนิก (Rollnick)^{28,23} ซึ่งเน้นการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและการสะท้อนความคิดของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้วิธีสัมภาษณ์พยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและความต้องการในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น แนวทางการสัมภาษณ์ เช่น “ท่านพบอุปสรรคอะไรบ้างในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง” “ในมุมมองของท่าน ควรมีเนื้อหาอะไรในโปรแกรมจึงจะช่วยให้วัยรุ่นสมาธิสั้นร่วมมือในการใช้ยา” เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง เป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิการรักษา

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Morisky medication adherence scale-8: MMAS-8) พัฒนาโดย มอริสกีและอัง (Morisky and Ang)²⁹ นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พรพนทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ³⁰ มาจากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา MMAS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 8 ข้อ มาตราวัดเป็นแบบให้เลือกตอบว่า “ใช่” และ “ไม่ใช่” ข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามเชิงลบ โดยมีกรกลับค่าคะแนนในบางข้อ เพื่อสะท้อนระดับความร่วมมือที่แท้จริง แบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 3 ระดับ 1) ความร่วมมือในการใช้ยาสูง = 8 คะแนน 2) ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง = 6 ถึง <8 คะแนน 3) ความร่วมมือในการใช้ยาดำ < 6 คะแนน

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale-Version IV: Short Form) พัฒนาโดย สวอนสัน (Swanson) และคณะ³¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และคณะ³² ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้นโดยผู้ปกครอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบประเมิน เนื่องจากมีความใกล้ชิดและสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง แบบประเมิน ประกอบด้วย 26 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะขาดสมาธิ ภาวะซน/หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมต่อต้าน ใช้มาตราวัด 4 ระดับ 3 = มาก 2 = ค่อนข้างมาก 1 = เล็กน้อย 0 = ไม่เลย พร้อมเกณฑ์แปลผลเฉพาะสำหรับผู้ปกครองในการระบุความรุนแรงของอาการ ดังนี้ อาการขาดสมาธิ ≥ 16 คะแนน อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ≥ 14 คะแนน อาการดื้อ/ต่อต้าน ≥ 12 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ แวน ไมเจล และคณะ²² ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรม 4) การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยอิงข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ปกครอง เพื่อออกแบบกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้แนวทางการให้คำปรึกษาใช้เทคนิค Motivational Interviewing (MI) ตามแนวคิดของ Miller และ Rollnick²³ และยึดหลักการสื่อสารแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในวัยรุ่น

การดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ของแวน ไมเจล และคณะ²² 5 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การกำหนดปัญหา

1.1 ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ จากนั้นสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 8 คน ผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น 5 คน และผู้ปกครอง 5 คน

1.2 สำรวจเนื้อหา และกิจกรรมที่เหมาะสม โดยทบทวนองค์ความรู้ และสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 8 คน ผู้ป่วย 5 คน และผู้ปกครอง 5 คน พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.3 วิเคราะห์ความต้องการ โดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 5 คน ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา 3 คน และสนทนากลุ่มกับผู้ปกครอง 6 คน พยาบาลผู้ดูแล 5 คน

1.4 วิเคราะห์แนวทางปฏิบัติเดิมของพยาบาล จากเอกสารแนวทางการดูแลและการสนทนากลุ่มกับพยาบาล 8 คน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการถอดความและวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ซึ่งบันทึกไว้ จัดกลุ่มประเด็นซ้ำ เพื่อนำไปกำหนดแนวทางพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทจริงของหน่วยบริการ

ระยะที่ 2 การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรมด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ คือ

2.1 กำหนดทีม เพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม

2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น

2.3 กำหนดผลลัพธ์ คือ ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมสมาธิสั้น

2.4 กำหนดคำค้น ใช้กรอบแนวคิด PICO ในการคัดเลือกงานวิจัย คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นและสมาธิสั้น ความร่วมมือในการใช้ยา การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมสมาธิสั้น คำค้นภาษาอังกฤษ คือ Adolescent and ADHD and Medication Adherence, Motivation interviewing

2.5 การเข้าถึงแหล่งงานวิจัยหรือฐานข้อมูลงานวิจัย (electronic database) เพื่อสืบค้น และทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ Google Scholar, PubMed Central (PMC), ThaiJO (Thai Journals Online), ScienceDirect, PsycINFO

2.6 หลังจากดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่ 2.1-2.5 พบการวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ดังนี้ การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในวัยรุ่นป่วยด้วยโรคทางกายพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 1 เรื่อง²⁴ การปรึกษาแบบ

สร้างแรงจูงใจวัยรุ่นปัญหาพฤติกรรมและใช้สารเสพติด 2 เรื่อง^{8,33} และการปรึกษาสร้างแรงจูงใจวัยรุ่นสมาธิสั้นกับปัญหาความร่วมมือใช้ยาและปัญหาพฤติกรรม 3 เรื่อง^{14,17,20} และการนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปผลการวิจัยให้ออกมาอยู่ในรูปของโปรแกรม พบบางงานวิจัย ดังนี้ วัยรุ่นสมาธิสั้นที่พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและปัญหาพฤติกรรมโดยใช้การบำบัดรูปแบบการปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งช่วยให้สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการใช้ยา ร่วมกับลดปัญหาพฤติกรรมได้จริง ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ ร่วมกับข้อมูลที่พบจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ช่องว่างการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นของพยาบาล ในขั้นตอนที่ 1 มาบูรณาการและกำหนดขอบเขต เนื้อหา รายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรม

ระยะที่ 3 การออกแบบโปรแกรม ยกร่างโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ทีมวิจัยได้ทำการยกร่างโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลที่มุ่งเสริมแรงจูงใจภายในและลดพฤติกรรมต่อต้านการรักษา 2) เทคนิคกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและพฤติกรรมของผู้ป่วย และ 3) กลไกการให้คำปรึกษาที่สนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างยั่งยืน โปรแกรมมุ่งเน้นให้ใช้งานได้จริงในคลินิก จึงจัดทำคู่มือสำหรับพยาบาล อธิบายขั้นตอนการให้คำปรึกษาอย่างชัดเจนตามแนวทาง MI พร้อมตัวอย่างการสนทนาและแนวทางปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์ ทั้งหมดประกอบด้วย 7 กิจกรรม ทั้งนี้กิจกรรมที่ 1-3 และ 6-7 สำหรับผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมที่ 4 และ 5 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการกับผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 1: สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ค้นหาสิ่งสำคัญและการจูงใจตนเอง “สำรวจตัวเอง” ใช้กระบวนการ engaging สร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่าง สะท้อนความรู้สึกและทัศนคติของผู้รับการปรึกษา สร้างบรรยากาศที่ไม่ตัดสิน (non-judgmental atmosphere) และส่งเสริมความไว้วางใจต่อพยาบาลในขณะให้การปรึกษา ตัวอย่างคำถาม เช่น “รู้สึกกับตนเองในขณะนี้อย่างไร” “มีความคาดหวังต่อการรักษาอย่างไร”

กิจกรรมที่ 2: ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ “แรงผลักดัน” ใช้เทคนิค develop discrepancy โดยให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับสิ่งที่ตนเองให้คุณค่า เพื่อให้เห็นแรงผลักดันจากภายใน ตัวอย่างคำถามปลายเปิด เช่น “สาเหตุอะไรที่ทำให้ไม่อยากรับประทานยา” “มีอะไรอะไรบ้างก่อนมาพบแพทย์และพยาบาล”

กิจกรรมที่ 3: ฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายและการวางแผน “เส้นทางสู่ฝัน” กำหนดเป้าหมายและวางแผนเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ใช้การสรุปย่อเพื่อสร้างความมั่นใจ ตัวอย่างคำถามในการกำหนดเป้าหมาย เช่น “หากต้องเริ่มต้นดูแลตนเองวันนี้ จะเริ่มจากอะไร” “ถ้าเจออุปสรรค จะจัดการอย่างไร”

กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมสำหรับผู้ปกครอง “เข้าใจ เข้าถึง ลูกสมาธิสั้น” เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ปกครอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและหลักการ MI เพื่อช่วยลดแรงต้านจากผู้ปกครอง เปิดพื้นที่ให้ผู้ปกครองสะท้อนความรู้สึกต่อการดูแลบุตร ตัวอย่างคำถามปลายเปิด เช่น “ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับลูกของตนเองในขณะนี้อย่างไร” “ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อลูกไม่รับประทานยา” “ท่านคิดว่าลูกต้องการความช่วยเหลือเรื่องอะไรบ้าง”

กิจกรรมที่ 5: ฝึกทักษะผู้ปกครองในการสื่อสารกับผู้ป่วย “สื่อสารเติมฝัน” เน้นทักษะการฟังแบบสะท้อน และการยืนยันเชิงบวก เพื่อให้ผู้ปกครองส่งเสริมการสื่อสารแบบสร้างสรรค์กับผู้ป่วย ตัวอย่าง “แม่เห็นนะว่าหนูพยายามเตือนตัวเองเรื่องกินยาอยู่ทุกวัน” “แม่เห็นว่าลูกพยายามมากขึ้นนะ”

กิจกรรมที่ 6: การรับรู้ความสามารถตนเอง “สร้างความเชื่อมั่น” ใช้หลักการ enhance self-efficacy กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนความสำเร็จที่ผ่านมา พร้อมยืนยันจุดแข็งของตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจภายใน ตัวอย่างคำถาม “คนอื่นเคยบอกว่าเราเก่งเรื่องอะไร” “มีเรื่องไหนที่รู้ดีกว่าเราเก่งมากที่เราทำได้”

กิจกรรมที่ 7: การติดตามเยี่ยม “ติดตาม ถามไถ่” ใช้กระบวนการ evoking และ planning อย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะทบทวนความคืบหน้า ติดตามการใช้ยา และเสริมแรงการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างคำถาม เช่น “มีอะไรบ้างที่เปลี่ยนไปตั้งแต่ครั้งที่แล้ว” “มีเรื่องใดที่อยากลองทำเพิ่มเติมในสัปดาห์หน้า”

ระยะที่ 4 การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม

4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น จำนวน 2 คน จิตแพทย์ 1 คน

4.2 ทดสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลา ขั้นตอน สื่อในโปรแกรม โดยนำโปรแกรม (ฉบับร่าง) ไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น จำนวน 3 คน พร้อมกับให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับปรับปรุง)

4.3 ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม โดยนำโปรแกรม (ฉบับปรับปรุง) ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน นำไปฝึกปฏิบัติและทำการประเมินภายหลังปรับปรุงโปรแกรมแล้ว ก่อนดำเนินการปฏิบัติ ผู้วิจัยประชุมชี้แจงและอบรม พยาบาลในทีมผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติ ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องการปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งฝึกทักษะการสื่อสารแบบสะท้อนความคิด การตั้งคำถามแบบปลายเปิด และเทคนิค DARE (Desire, Ability, Reason, Need) 2) ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมของโปรแกรม 3) ประเมินความเข้าใจโดยผู้วิจัยได้จัดให้มีการฝึกซ้อม (role-play)

ระยะที่ 5 การทดสอบโปรแกรม คือ การดำเนินการทดลองแบบรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40-45 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ การนัดหมายขึ้นอยู่กับผู้ปกครองและผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ด้วยการให้เลือกเวลาที่สะดวก รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1-3 และ 6-7 สำหรับผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมที่ 4 และ 5 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการกับผู้ปกครอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 3 คน) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .82

2. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Morisky Medication Adherence Scale-8: MMAS-8) ฉบับภาษาไทย ของพรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ³¹ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรหลัก จำนวน 30 ราย พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

3. แบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้น (SNAP-IV: short form) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย ภัทธรพิทยรัตน์เสถียร³³ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการศึกษามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2567 รหัสโครงการวิจัย 004/67 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสำรวจปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI) สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น

2. ในขั้นตอนการทดสอบโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การคัดเข้า ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม ออกแบบกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยแบบรายบุคคลตามในช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกที่ห้องให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่ให้มีการพบปะหรือรบกวนกันของผู้เข้าร่วมจากทั้งสองกลุ่ม เพื่อความเที่ยงตรงของการเปรียบเทียบผลการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (8-19 ก.ค. 2567) และภายหลังการทดลอง (16-30 ก.ย. 2567) เป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมิน SNAP-IV (short form) ใช้เวลาประเมิน 15-20 นาทีต่อราย

2.2 การควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม ด้วยการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยแบบรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม ในช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกไม่มีการกำหนดวันเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ที่ห้องให้คำปรึกษาซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่ให้มีการพบปะหรือรบกวนกันของผู้เข้าร่วมจากทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยถอดคำพูด รหัสข้อมูล จัดกลุ่มหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก

2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

3. การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

4. การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ ($p < 0.01$) จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น

1.1 การสัมภาษณ์ พบประเด็นสำคัญ 3 ด้าน 1) พยาบาลขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแนว MI เช่น “พูดแนะนำแล้วเขาก็พยักหน้า แต่กลับบ้านก็ไม่กินยา” และ “ต้องมีวิธีพูดให้เขาคิดด้วยตัวเองที่ไม่ใช่แค่บอกให้ทำ” 2) ความยากลำบาก และคาดหวังของผู้ปกครอง ในการสนับสนุนบุตรที่เริ่มรับผิดชอบการใช้ยาเอง แต่ขาดทักษะการสื่อสาร “ลูกโตแล้ว เรบอกเขาให้กินยา แต่ถ้าเขาไม่กิน เราก็ไม่รู้จะพูดอย่างไรต่อ” “ลูกบอกว่ากินแล้วใจสั้น แม่ก็ไม่อยากบังคับ” 3) ความต้องการโปรแกรมที่ชัดเจนและมีแนวทางเทคนิคเฉพาะทาง ทั้งพยาบาลและผู้ปกครองเสนอแนะให้มีโปรแกรมที่สามารถสร้างแรงจูงใจภายในของวัยรุ่นและช่วยเสริมการสื่อสารในครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นที่ต้องรับผิดชอบตนเอง ตัวอย่างคำพูดของพยาบาล เช่น “บางครั้งเราก็ไม่แน่ใจว่าเราพูดถูกหรือยัง ถ้ามีแนวทางหรือเทคนิคที่เป็นขั้นตอน จะช่วยให้มั่นใจขึ้น” “ต้องการแนวทางที่ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจและสื่อสารกับลูกได้ดีขึ้น”

1.2 งานวิจัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์ สังเคราะห์ ได้โปรแกรมซึ่งประกอบด้วยแผนการสอน ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1: สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กิจกรรมที่ 2: ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ “แรงผลักดัน” กิจกรรมที่ 3: ฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายและการวางแผน “เส้นทางสู่ฝัน” กิจกรรมที่ 4: สุขภาพจิตศึกษา ผู้ปกครอง “เข้าใจ เข้าถึง ลูกสมาธิสั้น” กิจกรรมที่ 5: ฝึกทักษะผู้ปกครองในการสื่อสารกับผู้ป่วย “สื่อสารเติมฝัน” กิจกรรมที่ 6: การรับรู้ความสามารถตนเอง “สร้างความเชื่อมั่น” และกิจกรรมที่ 7: การติดตาม เยี่ยม “ติดตาม ถามไถ่”

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลของผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น						
เพศ					2.69 ^a	0.10
ชาย	22	71	17	54.8		
หญิง	9	29	14	45.2		
อายุ (Mean $\pm$ S.D.)	14.80 $\pm$ 1.42 ปี		14.90 $\pm$ 1.42 ปี		t = 0.32	0.05
ข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น						
เพศ					0.31 ^a	0.57
ชาย	2	6.5	4	12.9		
หญิง	29	93.5	27	87.1		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					5.82 ^a	0.75
พ่อ	3	9.7	1	3.2		
แม่	19	61.3	21	67.7		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปู่ย่า/ตายาย	4	12.9	6	19.4		
ลุงป้า/น้าอา	5	16.1	3	9.7		
อายุ (Mean $\pm$ S.D.)	43.8 $\pm$ 7.6 ปี		เท่ากับ 42.1 $\pm$ 7.8 ปี		t = -0.81	0.05
รายได้ของครอบครัว					8.15 ^a	0.94
< 10,000 บาท	1	3.2	1	3.2		
10,001 – 20,000 บาท	2	6.5	3	9.7		
20,001 – 30,000 บาท	3	9.7	1	3.2		
30,001 – 40,000 บาท	9	29	9	29		
> 40,000 บาท	16	51.6	17	54.8		

a = chi-square

2. ผลของโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น

2.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุของผู้ป่วยสมาธิสั้น และเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ รายได้ของครอบครัว ผู้ป่วย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลฟิเนดัต (methylphenidate) ของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) เท่ากับ 16 และผลรวมอันดับ (sum of ranks) เท่ากับ 496 โดยมีค่า Z เท่ากับ -5.008 แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยวัยรุ่นในกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) เท่ากับ 16 และผลรวมอันดับ (Sum of Ranks) เท่ากับ 496 โดยมีค่า Z เท่ากับ -4.867 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นก่อนและภายหลังโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test

	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
ความร่วมมือในการใช้ยา	16	496	-5.008 ^b	.000
พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้น	16	496	-4.867 ^b	.000

^aBased on Negative Ranks = ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนทดลอง < ความร่วมมือในการใช้ยาหลังทดลอง
= พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้นหลังการทดลอง < พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้นก่อนการทดลอง

* Wilcoxon signed-rank test

2.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในทั้งสองตัวแปร

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test

	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
ความร่วมมือในการใช้ยา					
กลุ่มทดลอง	1.50	1.50	.500	.000	1.000
กลุ่มควบคุม	1.00	1.00	.000	-1.000	.317
พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้น					
กลุ่มทดลอง	2.00	2.00	.000	-1.000	.317
กลุ่มควบคุม	1.50	1.50	.500	.000	1.000

* Mann-Whitney U-test

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปราย ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์หรือสมมติฐาน ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ผลการศึกษานี้ พบขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมของ Van Meijel et al.²² มีโครงสร้าง 5 ระยะ ประกอบด้วย 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรม 4) การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้

และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม เป็นแนวทางที่ช่วยให้สามารถพัฒนาโปรแกรมได้อย่างเป็นระบบและมีโครงสร้างชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวทาง PICO เพื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 6 เรื่อง ทั้งในและต่างประเทศ ด้วยการศึกษาขั้นตอนและผลลัพธ์ของการใช้ MI ต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับงานวิจัยของ Sibley และคณะ^{17,20} ที่ประยุกต์ใช้ MI ร่วมกับพฤติกรรมบำบัดในกลุ่มวัยรุ่น ADHD ในชุมชน และงานในประเทศไทยของ เนตรชนกและคณะ²⁴ รวมทั้งสิรินาถ และคณะ²⁹ ที่แสดงถึงขั้นตอนและผลลัพธ์ของ MI จึงนำมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick)³⁴ ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และเวชระเบียน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งพบปัญหาหลัก เช่น แรงจูงใจภายในต่ำ ความเข้าใจเรื่องยาน้อย และการสื่อสารในครอบครัวไม่เหมาะสม จึงออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะพยาบาลในการสื่อสารที่มีทิศทางและขั้นตอน กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในทีมพยาบาล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวและเพิ่มความร่วมมือของวัยรุ่นในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ คาน และอัสลาน (Khan & Aslani)³⁵ พูดถึงบทบาทสำคัญของผู้ปกครองในกระบวนการตัดสินใจและความร่วมมือในการใช้ยา ADHD และสอดคล้องกับแนวคิดของ สิบเลย์ และกราเซีย (Sibley & Graziano)²⁰ อธิบายถึงบทบาทของผู้ปกครองในระบบสนับสนุนทักษะการจัดการตนเองของวัยรุ่น ADHD นอกจากนี้ผลลัพธ์ของโปรแกรมขึ้นอยู่กับระดับความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ กล่าวคือ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากผู้มีใบอนุญาตวิชาชีพ (licensed clinicians) มีผลลัพธ์ดีกว่าผู้ให้บริการทั่วไป ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมนี้อธิบายถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาให้มีทักษะ MI ทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูง สามารถใช้เทคนิคหลักของ MI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้คำพูดสะท้อนกลับ การฟังอย่างตั้งใจและการตั้งคำถามเชิงสร้างแรงจูงใจ

2. ผลของประสิทธิผลโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กระบวนการของโปรแกรมหากล่าวทำให้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และลดพฤติกรรมสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมชน ไม่นิ่ง พฤติกรรมขาดสมาธิ และพฤติกรรมต่อต้าน อภิปรายว่า โปรแกรมดังกล่าวซึ่งออกแบบตามแนวคิดของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick)²³-ที่เน้นการกระตุ้นการตระหนักรู้ในตนเองผ่านเทคนิค OARS ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจภายใน และร่วมมือใช้ยาเพิ่มขึ้น อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพในทีม ซึ่งผ่านการอบรม MI ช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาและส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ พาลาซิโอ และกาเรย์ (Palacio & Garay)²¹ ที่ว่าการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยการช่วยลดความลังเลใจและเพิ่มแรงจูงใจภายในของกลุ่มตัวอย่างในการรับประทานยา

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = 1.000$) ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความท้าทายในการปรับปรุงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาราช (Charach) และคณะ³⁶ ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มี ADHD เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและต้องใช้แนวทางหลายมิติในการแก้ไข การที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ขนาดตัวอย่างที่อาจไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการติดตามผลที่อาจสั้นเกินไป หรือลักษณะของการแทรกแซงที่อาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ทักษะชีวิตของผู้ป่วย

ต่อยา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนจากครอบครัว ตามที่ ก้าว (Gau) และคณะ³⁷ ได้ชี้แจงไว้ว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา สำหรับคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่น แม้ว่าจะพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean Rank = 2.00) และกลุ่มควบคุม (Mean Rank = 1.50) อย่างชัดเจน แต่การทดสอบทางสถิติยังไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.317$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บาร์คเลย์ (Barkley) และคณะ³⁸ ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาและแนวทางที่เหมาะสม

สรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ผลการวิจัย สรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับรายบุคคล แม้ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และในระยะเวลาดิตตามผลที่ยาวนานขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในระดับประชากร

ข้อจำกัดของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและคัดเลือกจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวจึงไม่สามารถนำผลวิจัยไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรวัยรุ่นสมาธิสั้นในบริบทอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการให้การปรึกษา

2. ควรมีระบบการนิเทศติดตามคุณภาพการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และนำข้อมูลที่พบมาปรับปรุงให้คุณภาพการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

ด้านการวิจัย

ควรมีการประเมินผลระยะยาว เพื่อศึกษาความยั่งยืนของความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้น รวมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ เช่น อาการของโรค ความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือผลการเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แหล่งเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือกับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: an umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord* 2023;339:860-6. doi: 10.1016/j.jad.2023.07.071.
2. Cénat JM, Kokou-Kpolou CK, Blais-Rochette C, Morse C, Vandette MP, Dalexis RD, et al. Prevalence of ADHD among black youth compared to white, Latino and Asian youth: a meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2024;53(3):373-88. doi: 10.1080/15374416.2022.2051524.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2):66-75. (in Thai)
4. Department of Mental Health. Incidence and prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Thai children aged 6-15 years, fiscal years 2023–2024 (January–November): Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health Knowledge Repository; 2024 [cited 2025 Apr 8]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1802>
5. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* 2023;49(1):48. doi: 10.1186/s13052-023-01456-1.
6. Austgulen A, Skram NKG, Haavik J, Lundervold AJ. Risk factors of suicidal spectrum behaviors in adults and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic review. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):612. doi: 10.1186/s12888-023-05099-8.
7. Powell V, Riglin L, Hammerton G, Eyre O, Martin J, Anney R, et al. What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29(11):1581-91. doi: 10.1007/s00787-019-01463-w.
8. Upadhyay N, Chen H, Mgbere O, Bhatara VS, Aparasu RR. The impact of pharmacotherapy on substance use in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: variations across subtypes. *Subst Use Misuse* 2017;52(10):1266-74. doi: 10.1080/10826084.2016.1273955.
9. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381.

10. Alghamdi T, Helou M, Jeyaseelan L, Sultan MA. Stress level of parents of children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Dubai, United Arab Emirates. *Emirates Med J* 2023;4(2): e170323214707. doi: 10.2174/04666230317110616.
11. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018;5(9):727-38. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
12. Johnson M, Åsberg Johnels J, Östlund S, Cederger K, Omanovic Z, Hjalmarsson K, et al. Long-term medication for ADHD and development of cognitive functions in children and adolescents. *J Psychiatr Res* 2021;142:204-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.055.
13. Peterson BS, Trampush J, Maglione M, Bolshakova M, Rozelle M, Miles J, et al. Treatments for ADHD in children and adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2024;153(4):e2024065787. doi: 10.1542/peds.2024-065787.
14. Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, Waxmonsky JG, Smith BH. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2014;34(3):218-32. doi: 10.1016/j.cpr.2014.02.001.
15. Ching C, Eslick GD, Poulton AS. Evaluation of methylphenidate safety and maximum-dose titration rationale in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2019;173(7):630-9. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0905.
16. Rashid MA, Lovick S, Llanwarne NR. Medication-taking experiences in attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Fam Pract* 2018;35(2):142-50. doi: 10.1093/fampra/cmz088.
17. Sibley MH, Graziano PA, Coxe SJ, Bickman L, Martin P. Effectiveness of motivational interviewing-enhanced behavior therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized community-based trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60(6):745-56. doi: 10.1016/j.jaac.2020.07.907.
18. Kamimura-Nishimura KI, Brinkman WB, Froehlich TE. Strategies for improving ADHD medication adherence. *Curr psychiatr* 2019;18(8):25-38.
19. Rosenau PT, Dietrich A, van den Hoofdakker BJ, Hoekstra PJ. ADHD medication adherence reduces risk of committing minor offenses in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2024;65(11):1478-85. doi: 10.1111/jcpp.13997.
20. Sibley MH, Graziano PA, Coxe S, Page TF, Martin P. Three-year effects of motivational interviewing-enhanced behavior therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized community-based trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2024:S0890-8567(24)01948-8. doi: 10.1016/j.jaac.2024.10.009.

21. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta analysis. *J Gen Intern Med* 2016;31(8):929–40. doi: 10.1007/s11606-016-3685-3.
22. Van Meijel B, Gamel C, van Swieten-Duijfjes B, Grypdonck MHF. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *J Adv Nurs* 2004;48(1):84-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x.
23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
24. Raksawong N, Buala S, Mueansunthon S. The effect of motivational interviewing on medication adherence of patients and families in the use of ADHD medication. In: Dechkong T, editor. *Proceedings of 23rd Annual International Mental Health Conference 2024*; 2024 Jul 30-31, Aug 1; Bangkok, Thailand. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2024. p.125. (in Thai)
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., text rev. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
26. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308.
27. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
28. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
29. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
30. Sakthong P, Chabunthom R, Charoenvisuthiwongs R. Psychometric properties of the Thai version of the 8-item morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Ann Pharmacother* 2009;43(5):950-7. doi: 10.1345/aph.1L453.
31. Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools: lessons from the MTA study. *Pediatr Clin North Am* 1999;46(5):993-1009. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70168-1.
32. 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)

33. Boontavee S, Sethabouppha H, Thamthai K. Effect of the motivational interviewing program with parental participation on game addiction behaviors of adolescents with attention deficit hyperactivity disorders. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2024;38(1):1-14. (in Thai)
34. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change and grow*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2023.
35. Khan MU, Aslani P. Exploring factors influencing medication adherence from initiation to discontinuation in parents and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Pediatr (Phila)* 2020;59(3):285-96. doi: 10.1177/0009922819900973.
36. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(5):559-67.
37. Gau SS, Shen HY, Soong WT, Gau CS. An open-label, randomized, active-controlled equivalent trial of osmotic release oral system methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16(4):441-55. doi: 10.1089/cap.2006.16.441.
38. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002;111(2):279-89.