ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

Effects of Play Therapy Program on Social Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

นิฏย์ฐา ยอดแก้ว

Nittha Yodkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing) Prince of Songkla University

2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น
ผู้เขียน นางนิฏย์ฐา ยอดแก้ว
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์

.....
(ดร.วีณา คันฉ้อง)

คณะกรรมการสอบ

…….ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตนูนท์)

…….กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

…….……กรรมการ
(ดร.วีณา คันฉ้อง)

…….กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีรัตน์ ถาน้อย)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสาง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางนิฏย์ฐา ยอดแก้ว)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางนิฏย์ฐา ยอดแก้ว)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น
ผู้เขียน นางนิฏย์ฐา ยอดแก้ว
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 7-11 ปี จำนวน 60 คน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย และวิธีการจับคู่ตามอายุและระดับความรุนแรงของโรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของแคททานัทร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง และแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล เครื่องมือทั้ง 2 ส่วนผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .93 และแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล ได้ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต 2 คน ได้ค่าเท่ากับร้อยละ 90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทีคู่ สถิติทีอิสระ สถิติ Wilcoxon Signed-ranks test และสถิติ Mann-whitney test

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (M = 66.43, SD = 3.69) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 38.76, SD = 9.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -18.57, p<.001) และค่ามัธยฐานของคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (Mdn = 30.00, ICQ = 4.00)

มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (*Mdn* = 14.50, *ICQ* =1.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z* = -4.85, *p*<.001)

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (*M* = 66.43, *SD* = 3.69) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (*M* = 36.33, *SD* = 8.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t* = -17.04, *p*<.001) และค่าเฉลี่ยอันดับของคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด (*Mean Rank* = 45.50, *Sum of Ranks* = 1365.00) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (*Mean Rank* = 15.50, *Sum of Ranks* = 465.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z* = -6.84, *p*<.001)

โปรแกรมการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้น สามารถเพิ่มทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาในคลินิกของโรงพยาบาล

Thesis Title	Effects of Play Therapy on Social Skills of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Author	Mrs Nittha Yodkaew
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2020

ABSTRACT

This quasi-experimental research, two-group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of play therapy on social skills of children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). Participants comprised 60 children, age 7-11 years, diagnosed with ADHD. The participants were assigned into matched pairs based on age and severity of the inattention symptoms and randomly allocated to one or other of 2 groups each of 30 children. The research instruments consisted of (1) the experiment, which was the play therapy program based on the concept of Cattanach and literature reviews of play therapy and included 4 sessions, each of 60 minutes, once a week; (2) the collecting data instrument, comprising the demographics data questionnaire of children with ADHD and their parents; the social skills questionnaire of children with ADHD by parents; the social skills observation of nurses. Content validity of instrument part 1-2 was verified by three experts. The reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .93, and the reliability of the social skill observation was tested using the inter-rater agreement between 2 observers, yielding a value of 90 percent. Data were analyzed using descriptive statistics, paired *t*-test, independent *t*-test, Wilcoxon signed-ranks test and Mann-whitney test.

The results showed that:

1. Mean score the social skills of children with ADHD for parents after receiving the play therapy program (M = 66.43, SD = 3.69) was higher than before receiving the program (M = 38.76, SD = 9.78) with statistical significance (t = -18.57, p <.001). The mean scores social skills of children with ADHD for nurses after receiving the therapy play program (Mdn = 30.00, ICQ = 4.00) was higher than before receiving the program (Mdn = 14.50, ICQ = 1.25) with statistical significance (t = -4.85, p <.001).

2. Mean score the social skills of children with ADHD for parents after the experiment of the group that received the play therapy program (M = 66.43, SD = 3.69) was higher than the group without the play therapy program (M = 36.33, SD = 8.93) and was statistically significant (Z = -17.04, p<.001). The social skills average score of children with ADHD for nurses the experimental group after participating the play therapy program (*Mean Rank* = 45.50, *Sum of Ranks* = 1365.00) was higher than the group that not participating the play program (*Mean Rank* = 15.50, *Sum of Ranks* = 465.00) and was statistically significant (Z =-6.84, p<.001).

The play therapy program could be increase social skills of children with ADHD. Therefore, it could be applied to improve social skills of children with ADHD children treated at clinic in hospitals.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ดร.วีณา คันฉ้อง ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจ และซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี นายแพทย์ชูเกียรติ ยงพิทยาพงศ์ และนางสาวศิวาทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือ ความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างและสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ แนวคิด และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเอื้ออำนวยสถานที่ ตลอดจนขอบพระคุณผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลา ในการให้ข้อมูลที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้ มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ และเป็นพลังคอยผลักดันให้การสนับสนุนช่วยเหลือตลอดมา ตลอดจนเพื่อน ๆ ร่วมหลักสูตรที่เป็นกำลังที่สำคัญ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วง คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยของมอบแด่บุพการี ผู้มีอุปการคุณ คณาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ทุกท่าน

นิฏย์ฐา ยอดแก้ว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....(5)
ABSTRACT .....(7)
กิตติกรรมประกาศ .....(9)
สารบัญ.....(10)
รายการตาราง .....(13)
รายการภาพประกอบ.....(14)
บทที่ 1 บทนำ.....1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....5
คำถามการวิจัย.....5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....5
สมมุติฐานการวิจัย 10
นิยามศัพท์.....10
ขอบเขตของการวิจัย 11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 12
เด็กสมาธิสั้น 13
ความหมายของโรคสมาธิสั้น.....13
สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น.....13
อาการและอาการแสดงของเด็กสมาธิสั้น 14
อาการอื่น ๆ และโรคที่พบร่วม.....15
การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น 16
การบำบัดรักษาโรคสมาธิสั้น.....16
การบำบัดโรคสมาธิสั้นตามบริบทของโรงพยาบาล 19
ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น.....20
ความหมายของทักษะทางสังคม.....20
แนวคิดและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม 21

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะทางสังคม....25
ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น....27
การเล่นบำบัด....28
ความหมายของการเล่นบำบัด....28
รูปแบบและลักษณะของการเล่นบำบัด....29
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัด....34
ประโยชน์ของการเล่นบำบัด....37
โปรแกรมการเล่นบำบัด....39
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง....47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย....48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง....48
ประชากรเป้าหมาย....48
กลุ่มตัวอย่าง....49
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง....49
ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง....50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย....51
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง....51
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล....53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ....55
การเก็บรวบรวมข้อมูล....56
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง....62
การวิเคราะห์ข้อมูล....63
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล....64
ผลการวิจัย....64
อภิปรายผลการวิจัย....74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ....79
สรุปผลการวิจัย....79

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 80
ผลการวิจัย.....80
ข้อจำกัดการวิจัย.....81
ข้อเสนอแนะ 81
เอกสารอ้างอิง.....82
ภาคผนวก.....91
ภาคผนวก ก (1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 92
ภาคผนวก ก (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....119
ภาคผนวก ก (3) แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล 123
ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 131
ภาคผนวก ค ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล 135
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....137
ประวัติผู้เขียน 138

รายการตาราง

ตาราง **หน้า**

1 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (N=60)…….. 65

2 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (N=60)…….. 68

3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) (N=30)…… 71

4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N=30)……. 71

5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) (N=30)…….. 72

6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N=30)…… 72

7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) (N=30)…… 73

8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Tes (N=30)…… 73

รายการภาพประกอบ

ภาพ **หน้า**

1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการเล่นบำบัด…….. 9

2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง…….. 51

3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง…….. 61

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม 3 ด้านคือ 1) พฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) พฤติกรรมซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) พฤติกรรมขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (วิฐารณ, 2555) อุบัติการณ์ในการเกิดโรคสมาธิสั้นของประเทศไทย พบเท่ากับร้อยละ 8.1 ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3 เท่า และพบในระดับชั้นประถมต้น (ประถมศึกษาปีที่ 1-3) ที่ร้อยละ 9.4 และระดับชั้นประถมปลาย (ประถมศึกษาปีที่ 4-5) ที่ร้อยละ 6.4 (ทวีศิลป์, พรทิพย์, ธันวรุจน์, โชษิตา, และพัชรินทร์, 2556) สำหรับสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นชายและหญิงในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 1,235 คน, 1,367 คน และ 1,479 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลอ่างทอง, 2562) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนของเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นทุกปี

สาเหตุของโรคสมาธิสั้น เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 76 ปัจจัยด้านชีววิทยาและการทำงานของสมองที่มีการหลั่งสารเคมีโดปามีน (dopamine) และนอร์แอดรีนาลีน (noradrenaline) ในสมองที่ไม่สมดุล มีการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวขึ้นทำให้เด็กมีลักษณะหุนหันพลันแล่น รวมถึงมีความจำบกพร่อง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดน้อย และนอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านการเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบ อาจไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรง แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้ (ชาญวิทย์, 2558; ทิพวรรณ, 2554; วิฐารณ, 2555) ซึ่งอาการลักษณะเด่นชัดของโรคสมาธิสั้นสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention) เป็นลักษณะอาการที่แสดงออกด้วยการวอกแวก ไม่ตั้งใจทำงานที่ต้องใช้ความพยายาม ทำงานไม่สำเร็จหรือไม่เรียบร้อย ไม่รอบคอบ การหลงลืมกิจวัตรที่ควรทำเป็นประจำ หรือทำของหายบ่อย มีปัญหาในการจัดระเบียบการทำงาน และการบริหารเวลา 2) กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) มีพฤติกรรมซุกซนมากกว่าปกติ ชอบปีนป่าย เล่นรุนแรง ขยุกขยิก นั่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน ชวนเพื่อนคุยหรือก่อกวนเพื่อนในห้องเรียน และ 3) กลุ่มอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) มีอาการใจร้อน วู่วาม ขาดการยั้งคิด

ไม่อดทนรอคอย พูดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนา หรือแทรกแซงการเล่นของผู้อื่น ซึ่งในห้องเรียนเด็กอาจตอบคำถามโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ (ศิริไชยและคมสันต์, 2555; วิฐารณ, 2555)

นอกจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นแล้ว เด็กสมาธิสั้นนั้นจะประสบปัญหาสำคัญเรื่องการขาดทักษะทางสังคม ถึงแม้ว่าปัญหาดังกล่าวไม่มีสถิติที่ยืนยันแน่ชัดแต่การขาดทักษะทางสังคมส่งผลกระทบต่อผู้อื่น คือ ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์เวลาอยู่กับผู้อื่น หรือบกพร่องด้านการสื่อสารด้วยด้วยวาจาและท่าทาง เช่น การพูดแทรก การพูดหรือแสดงท่าที่ไม่สุภาพ เป็นต้น ตลอดจนมี พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ ก้าวร้าว แกล้งผู้อื่น หงุดหงิดง่าย ไม่ตั้งใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม และการไม่เคารพกฎกติกากลุ่มจนทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้อื่น (Rich, Loo, Yang, Dang, & Smalley, 2009) ทั้งนี้เด็กสมาธิสั้นจำนวนมากมีปัญหากับเพื่อน ชอบกลั่นแกล้งหรือแหย่เพื่อน บางคนอาจมีลักษณะก้าวร้าว เพราะเด็กสมาธิสั้นจะอารมณ์เสียง่าย และไม่คิดก่อนที่จะทำบางรายอาจเรียกร้องความสนใจแบบไม่ค่อยเหมาะสม เช่น ทำเป็นตัวตลกให้คนอื่นแหย่เล่น เป็นต้น อีกทั้งเด็กยังมีปัญหาการแปลวิธีการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด ทำให้เด็กไม่สามารถรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นจากการได้เห็นเฉพาะสีหน้าท่าทาง และแววตาของคนที่ตนสัมพันธ์ด้วย ทั้งหมดนี้ทำให้เด็กไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อนไว้ได้นานพอ เด็กอาจตอบโต้เพื่อนแบบก้าวร้าวเมื่อถูกยั่วความไม่มีสมาธิ ไม่รู้เวลาทำให้เด็กปฏิบัติตามกฎเกณฑ์หรือกติกาต่างๆ ไม่ได้ การเล่นกับเพื่อนจึงมีปัญหาและไม่มีใครอยากเล่นด้วย (สถาบันราชานุกูล, 2555) ปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาล (antisocial personality disorder) ที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบข้าง และที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น (มยุรา, 2557)

ดังนั้น การเสริมสร้างทักษะทางสังคมให้เด็กสมาธิสั้นนั้น จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการพัฒนาเด็กสมาธิสั้นให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ เป็นที่ยอมรับและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ทักษะทางสังคมเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อมนุษย์ที่จะทำให้การดำรงชีวิตและการทำงานร่วมกันอยู่ได้อย่างมีความสุข เพราะบุคคลต้องสามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสามารถในการสื่อสาร มีความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน แก้ปัญหาของตนเองและสังคมได้สามารถปรับตัวได้ทุกสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่ช่วยให้มนุษย์ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (กฤษฎาภรณ์, 2555; ภิตินันท์และระวิวรรณ, 2561; วริสรา, 2553) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมที่จะช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมส่วนใหญ่นั้น พบในเด็กออทิสติก เช่น การพัฒนาแบบฝึกเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก (พัชรี, ผดุง, สมสรรและองอาจ, 2550) การศึกษาทักษะทางสังคม ด้านการรับรู้อารมณ์ของเด็ก ออทิสติกโดยการอ่านจิตใจ ที่ใช้การสอนด้วยภาพวาดลายเส้นและภาพถ่าย (ปิยฉัตร, 2551) การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคมโดยใช้เทคนิค Social Stories

ร่วมกับภาพถ่ายสำหรับเด็กออทิสติก (โสธิดา, 2554) ซึ่งยังพบการศึกษาค่อนข้างน้อยในเด็กสมาธิสั้น โดยพบการศึกษาการสร้างกิจกรรมการละเล่นเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น (ภิตินันท์และระวิวรรณ, 2561) และนอกจากนี้การศึกษาและทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นสามารถแบ่งทักษะทางสังคมได้ดังนี้ คือ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความร่วมมือ ทักษะกรกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการรับผิดชอบ ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะความเห็นอกเห็นใจ และทักษะการมีส่วนร่วม (Gresham & Elliott, 2008)

แนวทางการบำบัดรักษาและแนวทางการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้เด็กมีสมาธิดีและอยู่นิ่งได้มากขึ้น ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น ไม่ได้มีผลในการรักษาโรคให้หาย แต่จะช่วยลดอาการหลักของโรค ทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถควบคุมตนเองได้ดี มีความตั้งใจในการเรียน การทำงาน รวมทั้งมีโอกาสฝึกการมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ และทักษะทางสังคม ต่างๆ ได้ดีขึ้น (วินัดดาและคณะ, 2553) แต่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวนั้นยังไม่สามารถช่วยให้เด็กสมาธิสั้นดีขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม และการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดแบบจิตสังคม (ขจีวรรณ, 2556; วริสรา, 2553) ดังนั้นการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีคือ การรักษาแบบบูรณาการด้วยการใช้ยาและการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการเลี้ยงดู ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและวิธีปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ขั้นตอนการรักษามีหลากหลายวิธีการ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและวางแผนการรักษาต่อเนื่องแก่ผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น การปรับสิ่งแวดล้อม การปรับพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง รวมถึงการประสานงานกับครูและโรงเรียน ที่จำเป็นต้องทำควบคู่ไปกับการดูแลเด็กและครอบครัว การปรับพฤติกรรมในเด็ก เช่น การทำจิตบำบัดรายบุคคล การปรับความคิดและความประพฤติกรรม การฝึกทักษะด้านการเรียน และการฝึกทักษะทางสังคมให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก (สุพร, 2559) สำหรับวิธีการบำบัดแบบผสมผสานที่จะช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคม ได้แก่ การสอนตรง การใช้เรื่องราวทางสังคม การแสดงบทบาทสมมุติ การเรียนรู้แบบร่วมมือ การใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (วริสรา, 2553) ดังนั้นจึงควรใช้วิธีการแบบผสมผสานร่วมกันที่จะช่วยในการส่งเสริมการมีตัวตนของเด็ก เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงเด็กกับสถานการณ์ บุคคล การสื่อสาร เป็นการเตรียมความพร้อมด้านสังคม สติปัญญา การดำรงชีวิต และการแก้ปัญหา คือ การเล่นบำบัด (อุลัยวรรณ์ 2555)

การเล่นบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่นำมาใช้ในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากการเล่นคือธรรมชาติของเด็ก ซึ่งปัจจุบันการบำบัดเด็กสมาธิสั้นด้วยการเล่นบำบัดมีอย่างแพร่หลาย เนื่องจาก การเล่น เป็นกิจกรรมหลักของเด็กและเป็นพื้นฐานการเจริญเติบโต รวมถึงการเรียนรู้ของ

เด็ก ซึ่งการเรียนรู้ที่ดีที่สุดในวัยเด็กนั้น คือ การเล่น หรือกล่าวได้ว่า เด็กสามารถเรียนรู้ผ่านการเล่น (Kenny & Winick, 2000) การเล่นบำบัด เปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่แท้จริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมการเจริญเติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต (Paparella, Goods, Freeman, & Kasari, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การเล่นบำบัด เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาของฟาซัสฟาส, อัฟเด็คโฮดา, และอาบาดี (Farzadfard, Abdekhodaee, & Abadi, 2015) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผสมผสานการเล่นบำบัด และการเล่าเรื่องบำบัดในเด็กก่อนวัยเรียนที่ขาดความสนใจและขาดความตั้งใจ ผลการศึกษาเมื่อนำการเล่นบำบัดร่วมกับการเล่าเรื่องบำบัดมาศึกษา ในเด็กที่ขาดการตั้งใจและสมาธิ พบว่าเด็กมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของแฟร์ฟ็ต, เทอร่า, ซันโต, สเต็คนิททีี, และพินโต (Pfeifer,Terra, Santos, Stagnitti, & Pinto, 2011)ได้ศึกษาการเล่นในเด็กสมาธิสั้นและการศึกษาพัฒนาการของเด็กในประเทศบราซิลพบว่า การศึกษาการเล่นในเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยในกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของแกนจิ, ซาบิห์, คอดาบัขช์, และคราเก็น (Ganji, Zabihi, Khodabakhsh, & Kraskian, 2012) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการเล่นของเด็กเป็นแบบพฤติกรรมบำบัด ในการลดพฤติกรรมอาการของเด็กที่มีสมาธิสั้นพบว่า พฤติกรรมของอาการสมาธิสั้นลดลงอย่างมาก และจากการศึกษาของโรบินสัน (Robinson, 2015) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดแบบเด็กเป็นศูนย์กลางในเด็กสมาธิสั้นสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ผลจากการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมที่ลดลงในขณะที่คนอื่นๆ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีพฤติกรรมค่อนข้างคงที่ ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กอนุบาล ดังการศึกษาของญาณี (2552) ได้ศึกษา ผลของการเล่นบำบัดที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาล พบว่า หลังทำกิจกรรมการเล่นบำบัด พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาลด้านความก้าวร้าวทางกาย และความก้าวร้าวทางความสัมพันธ์ลงลดและเด็กพิเศษกลุ่มอื่นๆ เช่น เด็กออทิสติก ดังการศึกษาของเสาวนีย์ (2556) ได้ศึกษาผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลงลด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยพบการศึกษาในเด็กอนุบาลและในเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นการเล่นบำบัดแบบรายบุคคล ที่เน้นการส่งเสริมพัฒนาการ การศึกษา

ดังกล่าวข้างต้นยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม และแม้ว่าจะมีการบำบัดเด็กสมาธิสั้นในคลินิกโดยวิธีการที่หลายหลายรูปแบบ แต่ยังไม่พบว่าได้นำการเล่นบำบัดมาใช้บำบัดเต็มรูปแบบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยใช้วิธีการเล่นบำบัด เนื่องจากเป็นการบำบัดวิธีหนึ่งที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้น โดยการจัดโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เพื่อนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมแก่เด็กสมาธิสั้น ที่จะส่งผลให้เด็กสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดและเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ

คำถามการวิจัย

1. ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดหรือไม่

2. ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของแคททานัท (Cattanach, 2003) แนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (collaborative play therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนฏทางและการเล่นแบบไม่นำทาง และนำหลักการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการจัดกิจกรรมการเล่นบำบัด ตามแนวคิดของแอ็กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) โดยแนวคิดแคททานัท (2003) กล่าวว่า การเล่นเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งที่จะช่วย

ให้เด็กรับมือกับปัญหาและความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น การเล่นจะเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างเด็กและผู้บำบัด เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่แท้จริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (collaborative play therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทาง เป็นรูปแบบการเล่นที่ผู้บำบัดและเด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้อิสระกับเด็กในการเล่น ร่วมกับการที่ผู้บำบัดเสนอแนะกิจกรรมที่ช่วยสร้างสมดุลภายในใจของเด็ก โดยผู้บำบัดและเด็กร่วมมือกันกำหนดความสนใจและการทำกิจกรรม เกิดกิจกรรมการเล่นอย่างสร้างสรรค์ผ่านการเล่นในลักษณะต่าง ๆ คือ การเล่นผ่านการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัส การเล่นกับวัตถุ การเล่นเชิงสัญลักษณ์ และการเล่นบทบาทสมมุติ และหลักการเล่นบำบัดที่สอดคล้องกับแนวคิดของแคททานัท เป็นของแอ๊กไลน์ (Alline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) ที่กล่าวถึงการดำเนินการเล่นบำบัด 5 ด้าน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก 3) การเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา 4) การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และ 5) การกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง มาบูรณาการใช้กับนำแนวคิดการเล่นแบบเล่นร่วมกันโดยหลักการปฏิบัติของผู้บำบัดสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ (building the relation) เป็นหลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ที่จะนำไปสู่การยอมรับ การไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้บำบัดและสัมพันธภาพระหว่างเด็กด้วยกัน การสร้างสัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา รวมถึงคุณสมบัติของผู้บำบัด เปิดโอกาสให้เด็ก ได้มีการแนะนำตนเอง จะส่งผลให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทางอารมณ์และร่างกาย จากการที่เด็กเริ่มที่จะไว้วางใจในกระบวนการนี้ เด็กก็จะเริ่มไว้วางใจในตัวเองและผู้อื่น ความไว้วางใจนี้พัฒนาได้จากตัวเด็กเริ่มที่จะเข้าใจถึงของความรู้สึกในตนเองและเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น

2. การยอมรับและการสะท้อนความรู้สึก (empathic recognition and reflection of feelings) เป็นหลักการที่ผู้บำบัดต้องเข้าใจต่อความรู้สึกของเด็กที่แสดงออกมาและสะท้อนความรู้สึกกลับสู่เด็ก ด้วยคำพูดและท่าที ที่แสดงว่าผู้บำบัดเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เด็กได้แสดงออกมา เพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง เป็นกระบวนการที่สำคัญเนื่องจากผู้บำบัดต้องมีทักษะการฟังด้วยความเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึกของเด็ก เป็นทักษะอย่างหนึ่ง ที่ผู้บำบัดจะต้องเปิดใจยอมรับฟัง ความรู้สึก ด้วยท่าทีที่ไม่ตัดสินในตัวเด็ก การสะท้อนความรู้สึกนั้นเป็นการสะท้อนถึงคำพูดและการแสดงออกของพฤติกรรมของเด็ก ทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่

เหมาะสม ผู้บำบัดจึงมีความจำเป็นต้องมีทักษะที่ดีในการยอมรับและสะท้อนความรู้สึก และจะทำให้เกิดการยอมรับและการมีสัมพันธภาพดีระหว่างเด็กกับผู้บำบัด

3. การเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ไขปัญหา (respecting the child's ability to solve problem) เป็นหลักการที่ผู้บำบัดต้องเคารพและเชื่อมั่นในความสามารถของเด็กว่าเด็กจะสามารถแก้ไขปัญหาเองได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำ โดยเด็กเป็นผู้เลือกที่จะทำและเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง โดยผู้บำบัดจำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ จะทำให้เด็กเรียนรู้ถึงความรับผิดชอบของตนเอง

4. การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม (letting the child lead the way) เป็นหลักการที่ผู้บำบัด ให้เด็กดำเนินการกระบวนการเล่นและการดำเนินกิจกรรม และแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น เป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำ ซึ่งจะทำให้เด็กรู้สึกเป็นอิสระและจะแสดงออกถึงตัวตน

5. การกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดสอดคล้องกับความเป็นจริง (the importance of limits) เป็นหลักการที่ผู้บำบัดต้องเป็นผู้กำหนดขอบเขตที่จำเป็นเพื่อให้การบำบัดสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง ที่จะช่วยให้เด็กรู้สึกความปลอดภัยในห้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กมีความรู้สึกที่ไม่สามารถความคุมตัวเองได้ ผู้บำบัดจะช่วยเหลือและแนะนำถึงขอบเขตที่เหมาะสม เพื่อให้การบำบัดสอดคลองกับความเป็นจริงและดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติ

จากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) สามารถให้ความหมายได้ดังนี้ ทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง การรับผิดชอบการควบคุมตนเองและอารมณ์ของตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม และการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของเด็กในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น กล่าวทักทายกับผู้อื่นด้วยคำพูดที่สุภาพ และท่าทีที่เป็นมิตร การกล่าวต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม หรือเมื่อต้องการสิ่งของ สามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิด

2. ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม หมายถึง สามารถของเด็กในการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดให้สำเร็จ และแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของตนเอง และสนับสนุนให้เพื่อนในกลุ่มทำกิจกรรมจนงานกลุ่มสำเร็จ

3. ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น หมายถึง ความสามารถของเด็กในการแสดงออกถึงการเสนอความคิดเห็นเมื่อถูกซักถาม การแสดงความคิดเห็นเมื่อตนเองมีข้อสงสัยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นที่เกี่ยวของกับการเล่น

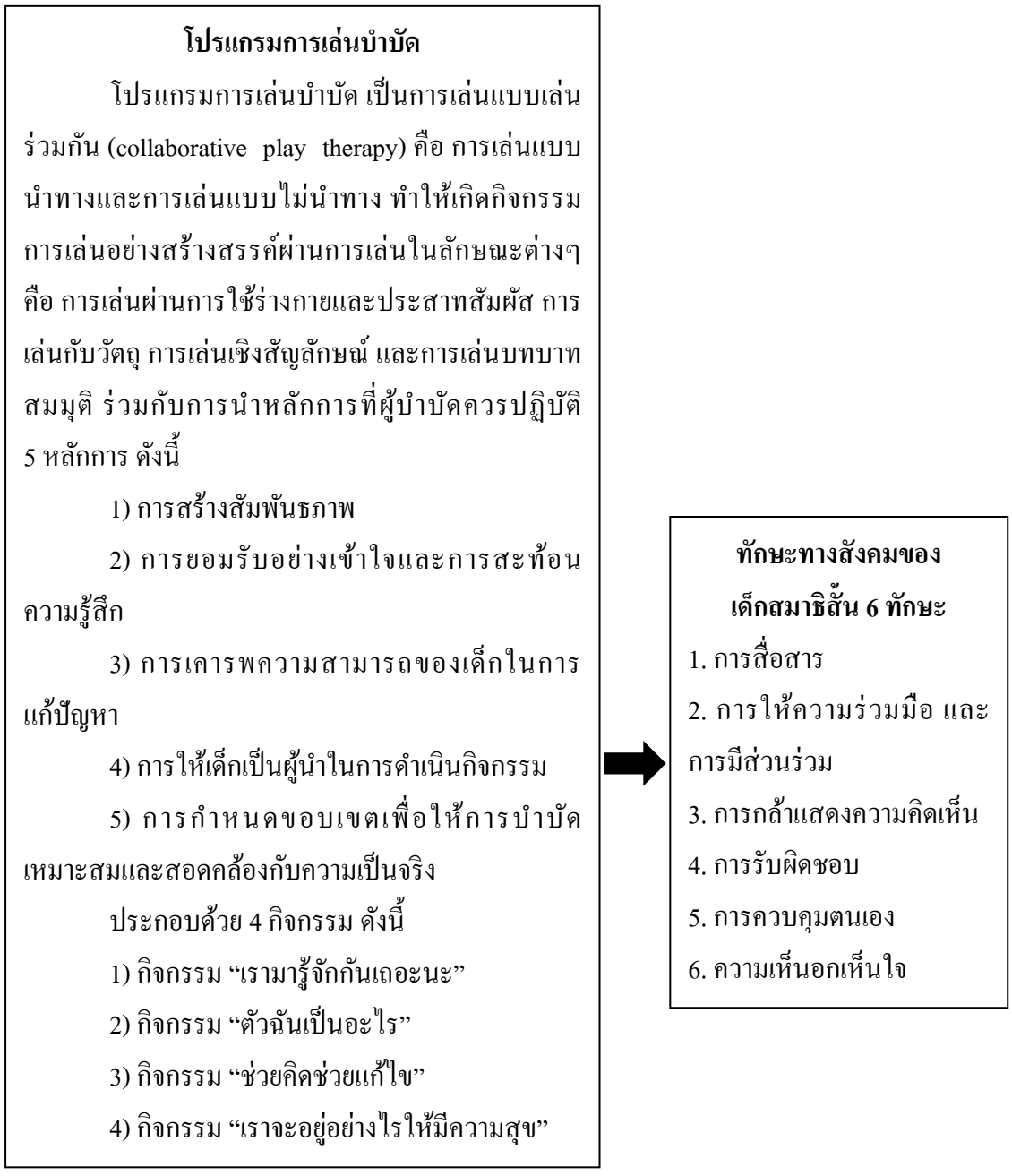
4. ทักษะการรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถของเด็กในการแสดงออกถึงความเข้าใจบทบาทของตนเองในการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย และทำกิจกรรมจนสำเร็จ การเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเล่นเสร็จให้เรียบร้อย และการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลง

5. ทักษะการควบคุมตนเอง หมายถึง สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ในการแบ่งปันสิ่งของ ของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ หรือให้ด้วยความเต็มใจ และสามารถควบคุมตนเองในการผลัดเปลี่ยนของเล่น หรืออุปกรณ์กับเพื่อน และการหยุดคอยเพื่อนเล่นก่อนจนกว่าจะถึงลำดับของตน

6. ทักษะความเห็นอกเห็นใจ หมายถึง ความสามารถของเด็กที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ มีน้ำใจช่วยเหลือเพื่อนในสิ่งที่เพื่อนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ และสามารถอาสาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ

สรุปได้ว่าโปรแกรมการเล่นบำบัด เป็นโปรแกรมการเล่นที่นำแนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกันมาใช้ในการบำบัด เพื่อเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นโดยมีกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรม “เรามารู้จักกันเถอะนะ” 2) กิจกรรม “ตัวฉันเป็นอะไร” 3) กิจกรรม “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” และ 4) กิจกรรม “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” สามารถสรุปภาพรวมกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการเล่นบำบัด

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเล่นบำบัด หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเล่นบำบัดของแคททานัท (Cattanach, 2003) แนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (collaborative play therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาบูรณาการใช้กับหลักการการเล่นบำบัดที่ผู้บำบัดควรปฏิบัติทั้ง 5 หลักการ คือ หลักการสร้างสัมพันธภาพ หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และหลักการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและนำมาสร้างเนื้อหาเป็นโปรแกรมการเล่นบำบัด รูปแบบการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรม “เรามารู้จักกันเถอะนะ” 2) กิจกรรม “ตัวฉันเป็นอะไร” 3) กิจกรรม “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” 4) กิจกรรม “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข”

ทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น คือ ความสามารถของเด็กสมาธิสั้นในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองและปฏิบัติต่อผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง การมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การปฏิบัติตามกฎกติกาของกลุ่ม ซึ่งจะทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม 3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น 4) ทักษะการรับผิดชอบ 5) ทักษะการควบคุมตนเอง 6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) โดยการประเมินทักษะทางสังคม ประเมินโดยแบบประเมินทักษะทางสังคมสำหรับผู้ปกครองและแบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การดูแลตามปกติ คือ การดูแลเด็กสมาธิสั้นตามแนวปฏิบัติของการรักษาเด็กสมาธิสั้น คือ เมื่อเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ได้รับการรักษาด้วยยา และได้รับการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด โดยเป็นการให้ความรู้รายบุคคลและรายกลุ่มสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และได้รับการดูแลจากครูการศึกษาพิเศษ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่เด็กอายุ 7-11 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th: ICD-10) และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และมีคะแนนด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Swanson Nolan and Pelham Questionnaire: SNAP-IV) มากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่คลินิกปลูกคิดโรงพยาบาลอ่างทอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการนำโปรแกรมการเล่นบำบัดไปใช้ เพื่อส่งเสริมทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ในคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาล

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้ารวบรวมและทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลเพื่อการพิจารณากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย การออกแบบเครื่องมือวิจัย โดยมีหัวข้อดังนี้

1. เด็กสมาธิสั้น
    - 1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น
    - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น
    - 1.3 อาการและอาการแสดงของเด็กสมาธิสั้น
    - 1.4 อาการอื่นๆ และโรคที่พบร่วม
    - 1.5 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
    - 1.6 การบำบัดโรคสมาธิสั้น
    - 1.7 การบำบัดโรคสมาธิสั้นตามบริบทของโรงพยาบาล
2. ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น
    - 2.1 ความหมายของทักษะทางสังคม
    - 2.2 แนวคิดทฤษฎีของทักษะทางสังคม
    - 2.3 ทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น
    - 2.4 เครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะทางสังคม
    - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางสังคม
3. การเล่นบำบัด
    - 3.1 ความหมายของการเล่นบำบัด
    - 3.2 รูปแบบของการเล่นบำบัด
    - 3.3 แนวคิดของการเล่นบำบัด
    - 3.4 ประโยชน์ของการเล่นบำบัด
4. โปรแกรมการเล่นบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น
5. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เด็กสมาธิสั้น

ความหมายของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน มีอาการแสดง คือ สมาธิสั้นหรืออาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซนหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) อาการหุนหันพลันแล่นหรือยับยั้งควบคุมตนเองไม่ได้ (impulsivity) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมองที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ที่ส่งผลต่อการเรียน การทำงาน การเข้าสังคม และการดำเนินชีวิต พฤติกรรมเหล่านี้พบก่อนอายุ 7 ปีเกิดขึ้นต่อเนื่องกันเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป (ชาญวิทย์, 2559; ทวีศิลป์และคณะ, 2556; วริสรา, 2553; วิฐารณ, 2555; สมภพ, 2551)

สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น

ในปัจจุบันสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ยังไม่มีข้อมูลระบุแน่ชัด แต่มีหลักฐานสนับสนุนสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายสาเหตุ แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1) สาเหตุทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบประสาท สารเคมีของระบบประสาท การผิดปกติของระบบประสาทสมองส่วนกลาง เช่น cerebral palsy, epilepsy และโรคของสมองอย่างอื่น (วิมลนันท์, 2557; สายฝน, จารุวรรณและนฤมล, 2559) ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมพบในญาติสายตรงได้ถึง 5 เท่า (วินัดดาและพนม, 2550) การศึกษาในคู่แฝดที่เกิดจากใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 59-92 ส่วนคู่แฝดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 29-42 (สมภพ, 2551) การศึกษาพันธุกรรมทางโมเลกุลประมาณร้อยละ 76 ยีนที่พบมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นสูงได้แก่ โดปามีน 4 รีเซปเตอร์ยีน (dopamine 4 receptor gene: DRD4) , โดปามีน 5 รีเซปเตอร์ยีน (dopamine 5 receptor gene: DRD5), โดปามีน ทรานสปอตเตอร์ยีน(dopamine transporter gene: DAT), และไซแนปโทโซเมลแอสโซซิ-เอส โปรตีน 25 (synaptosomal-associated protein 25: SNAP-25) เป็นต้น (ศิริไชยและคณะ, 2558; สมภพ, 2551) ส่วนกายวิภาคและสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีปริมาตรเนื้อสมองน้อยกว่าคนที่ไม่เป็นโรคร้อยละ 3-4 บริเวณที่พบ คือ หน้าผากส่วนหน้า (perfontal cortex) ลดลงประมาณร้อยละ 50 ของปริมาตร และพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น มีพัฒนาการของสมองช้ากว่าคนทั่วไปประมาณ 2-3 ปี (ศิริไชยและคณะ, 2558) ส่วนสารเคมีของระบบประสาท พบว่าโดปามีน

(dopamine) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (วินัดดาและพนม, 2545)

2) สาเหตุก่อนคลอด เกิดจากสาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกมีการติดเชื้อ มีการใช้สารเสพติด รวมไปถึงการมีความผิดปกติขณะคลอด (วิมลนันท์, 2557) การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด (prematurity) น้ำหนักแรกคลอดน้อย (low birth weight) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นได้ (ชาญวิทย์, 2559; วิฐารณ, 2555; ศิริไชยและคณะ, 2558; สมภพ, 2551)

3) สาเหตุทางจิตสังคม พบในครอบครัวที่ขาดความสมดุล มีปัญหาขัดแย้งกัน รวมไปถึงการเลี้ยงดูที่ขาดทักษะในการจัดการพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหา (วิมลนันท์, 2557) ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบหรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์เป็นเวลานาน อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้ (ชาญวิทย์, 2559; วิฐารณ, 2555)

4) สาเหตุทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง การที่เด็กมีความผิดปกติของระบบประสาทและมีอาการชัก รวมถึงการได้รับมลภาวะที่เป็นพิษ (วิมลนันท์, 2557) รวมทั้งทุพโภชนาการ การติดเชื้อไวรัสบางชนิดและการได้รับสารตะกั่ว (ศิริไชยและคณะ, 2558) รวมถึงเด็กที่ถูกปล่อยให้ดูโทรทัศน์เป็นเวลานานตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีปัญหาด้านสมาธิสั้นเมื่อโตขึ้น (ชาญวิทย์, 2559)

อาการและอาการแสดงของเด็กสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้น มักมีปัญหาด้านการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ทำให้เกิดความบกพร่องหลายๆ ด้าน ซึ่งลักษณะของอาการที่สำคัญในโรคสมาธิสั้นมีด้วยกัน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

1) สมาธิสั้นหรืออาการขาดสมาธิ (inattention) เด็กมักมีลักษณะวอกแวกได้ง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอย ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อย ดูเหมือนสะเพร่า ตามสิ่งเร้าได้ง่าย หลงลืมกิจวัตรที่ควรทำเป็นประจำหรือทำของหายบ่อย และมีปัญหาในการจัดระเบียบการทำงาน และการบริหารเวลาอาการขาดสมาธิมักจะเป็นต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ (ชาญวิทย์, 2559; วริสรา, 2553; วิฐารณ, 2555)

2) อาการซนหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) โดยมีพฤติกรรมซุกซนมากกว่าปกติ ชอบปีนป่าย เล่นแรงเล่นส่งเสียงดัง นั่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน แสดงอาการขยุกขยิกโดยขยับมือและเท้าบ่อยๆ หรือนั่งไม่นิ่ง ชวนเพื่อนคุยหรือก่อกวนเพื่อนในห้องเรียน อาการอยู่ไม่นิ่งมักจะลดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่น โดยอาจเหลือเพียงอาการขยุกขยิก ขยับตัวหรือแขนขาบ่อยๆ หรือ

เป็นแค่ความรู้สึกกระวนกระวายอยู่ภายในใจ (ชาญวิทย์, 2559; วิฐารณ, 2555; ศิริไชยและคณะ, 2558)

3) อาการหุนหันพลันแล่นหรือยับยั้งควบคุมตนเองไม่ได้ (impulsivity) ได้แก่ อาการใจร้อน วู่วาม ขาดการยั้งคิด อดทนรอคอยไม่ค่อยได้ มักพูดหรือกระทำที่เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทันทีทันใดโดยไม่ยั้งคิดถึงผลที่จะตามมา ใจร้อน มักมีปัญหาในการเล่นตามกติกาหรือทำงานที่ต้องร่วมมือกับคนอื่น ในห้องเรียนผู้ป่วยอาจโพล่งตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจกับการกระทำที่ไม่สามารถหยุดตนเองได้ทันอาการหุนหันพลันแล่นมักเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ (ชาญวิทย์, 2559; วิฐารณ, 2555; ศิริไชยและคณะ, 2558)

อาการอื่น ๆ และโรคที่พบร่วม

อาการอื่น ๆ และโรคที่พบความบกพร่องร่วมกับโรคสมาธิสั้น พบว่า 2 ใน 3 ของเด็กสมาธิสั้นมีโรคร่วมที่พบ ได้แก่ ร้อยละ 50-80 พบในโรคดื้อและต่อต้าน (oppositional defiant disorder) ร้อยละ 20-30 พบในพฤติกรรมเกเรอันธพาล (conduct disorder) ร้อยละ 20-25 พบในโรคบกพร่องด้านการเรียนรู้ (learning disorder) ร้อยละ 25-35 พบในโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ร้อยละ 25-30 พบในโรคซึมเศร้า (depressive disorder) และร้อยละ 5-20 พบในโรคอาการกระตุกของกล้ามเนื้อ (tic disorder) นอกจากนี้พบว่า การพูดและการสื่อความหมาย มักพบในประวัติพูดช้าในช่วงวัยเด็ก และเมื่อเติบโตขึ้นจะพูดมากและพูดเร็ว การใช้มือไม่คล่อง เด็กสมาธิสั้นจะสับสนซ้ายขวา เขียนหนังสือช้า โย้เย้ ทำงานไม่ทัน ปัญหาเรื่องพฤติกรรมและอารมณ์ โกรธง่าย เอาแต่ใจ ชอบสั่งผู้อื่น ดื้อรั้น ยืนยันต้องได้ในสิ่งที่ต้องการ อารมณ์อ่อนไหว ขาดจริยธรรม ไม่มีความสุข ถูกเพื่อนทอดทิ้ง มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ผลการเรียนไม่ดี และมีข้อขัดแย้งกับครอบครัว และครู สมรรถภาพในการทำงานซึ่งต้องการสมาธิจะบกพร่อง เด็กสมาธิสั้นจึงถูกมองว่าเป็นเด็กขี้เกียจ ขาดความรับผิดชอบ และชอบต่อต้าน ทำให้สัมพันธภาพกับครอบครัวเต็มไปด้วยความขุ่นเคืองใจและต่อต้าน โดยเฉพาะการที่เด็กสมาธิสั้นมีอาการที่แตกต่างออกไป ทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง คิดว่าเด็กจงใจสร้างปัญหา เด็กอาจได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพื่อน ๆ และไม่ประสบความสำเร็จ ในการทำหน้าที่การงาน เชาว์ปัญญามักต่ำกว่าเกณฑ์ เด็กสมาธิสั้นที่มีอาการรุนแรงจะมีผลเสียอย่างมากในการปรับตัวทางด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น บุคคลในครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีอัตราการป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน โรคในกลุ่มวิตกกังวล หรือความผิดปกติของการเรียนและการสื่อความหมาย เป็นต้น (กิจพิชา, 2556; จิรนันท์, 2557; วริสรา, 2553; ศิริไชย, 2555)

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นนั้น จำเป็นต้องมีอาการครบตามตามเกณฑ์ การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10^{th} : ICD-10) คือ การวินิจฉัยว่าเป็น กลุ่มอาการซนสมาธิสั้น (hyperkinetic disorder: F 90) โดยเกี่ยวข้องกับความผิดปกติด้านการขาดสมาธิ (inattention) การอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ซึ่งเกิดในสถานการณ์และช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และไม่ใช่เป็นมาจากสาเหตุอื่น ซึ่งต้องมีอาการซึ่งแสดงว่าขาดสมาธิ คือ 1) ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ ขาดความรอบคอบ 2) ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือเล่น 3) ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่นหรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย 4) ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่งทำให้งานไม่เสร็จ 5) ไม่สามารถรวบรวมการทำงานให้เป็นระเบียบ 6) หลีกเลี่ยง ไม่ชอบหรือลังเลการทำงานที่ต้องใช้ความคิด 7) ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายบ่อยๆ 8) เสียสมาธิ วอกแวกง่ายแม้มีเสียงรบกวนเพียงเล็กน้อย และ 9) ลืมกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ สำหรับอาการอยู่ไม่นิ่งก็ต้องมีอาการอย่างน้อย 3 ข้อ คือ 1) หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือเท้าไปมา 2) ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ 3) ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ 4) ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบๆ ได้ 5) ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่และ 6) พูดมากพูดไม่หยุด นอกจากนั้นจะมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อในกลุ่มอาการหุนหันพลันแล่นได้แก่ 1) ชอบพูดโพล่งคำตอบเวลาตอบครู หรือพ่อแม่ โดยที่ ยังฟังคำถามไม่จบ 2) มีความลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย และ 3) ชอบขัดจังหวะ สอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกันหรือแย่งเพื่อนเล่น โดยต้องมีอาการเหล่านี้ติดต่อกันมากกว่า 6 เดือน อาการต้องเกิดก่อนอายุ 7 ปี รวมทั้งความบกพร่องที่เกิดจากอาการเหล่านี้แสดงออกให้ เห็นชัดเจนอย่างน้อย 2 สถานที่ขึ้นไป เช่น โรงเรียน และที่บ้าน และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน หรือเสียหายต่อการเรียนรบกวนการใช้ ชีวิตร่วมกับผู้อื่น ทำให้คนอื่นรำคาญ ซึ่งอาการต่างๆ ไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การบำบัดรักษาโรคสมาธิสั้น

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน คือ การรักษาด้วยยา และจิตสังคมบำบัด โดยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในการมีส่วนร่วมในการรักษา ซึ่งการรักษามีดังนี้

1. การรักษาโดยการใช้ยา

1.1 ยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น (psychostimulants drug) เป็นยากลุ่มที่นิยมนำมาใช้รักษามากที่สุด ยากลุ่มนี้เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย และมีผลข้างเคียงน้อย (วินัดดาและพนม, 2550) ยาจะออกฤทธิ์ที่สมองทำให้เด็กสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีสมาธินิ่งมากขึ้น (ชาตรี, 2551) โดยเพิ่มระดับของโดปามีน (dopamine) ในสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ทำให้การทำหน้าที่ในด้านกระบวนการทางด้านความคิด (executive function) ของสมองดีขึ้นและลดอาการของผู้ป่วยทั้งใน ด้านสมาธิสั้นอยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยยาในกลุ่มนี้ (วิฐารณ, 2557) ยาที่ใช้รักษา คือ เมททิวฟินิเดท (methylphenidate) ซึ่งยามี 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดออกฤทธิ์สั้น 4 ชั่วโมง คือ ริทาริน (Ritalin^{R}) และ รูบิเฟน (Rubifen^{R}) ขนาดเม็ดละ 10 มิลลิกรัม และ ชนิดออกฤทธิ์ยาว 12 ชั่วโมง คือ คอนเซอร์ต้า (Concerta^{R}) ขนาดเม็ดละ 18 มิลลิกรัมและ 36 มิลลิกรัม (วินัดดาและพนม, 2551; วิฐารณ, 2557) ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เบื่ออาการ น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อารมณ์เศร้าหงุดหงิด งอแง อาการข้างเคียงอาจลดลงเองหลังได้รับยาประมาณ 1-2 สัปดาห์ หรือการลดขนาดยาลง กรณีไม่ดีขึ้นแพทย์จะหยุดยา ซึ่งอาการข้างเคียงจะหาไปในเวลาอันรวดเร็ว (ชาตรี, 2551; ชาญวิทย์, 2559; วิฐารณ, 2557)

1.2 ยาต้านซึมเศร้า (antidepressants) เป็นยาในกลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic antidepressant: TCA) ในผู้ป่วยบางรายที่ทนผลข้างเคียงไม่ได้ หรือไม่ตอบสนองต่อยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น เป็นยากลุ่มที่นิยมใช้รองลงมา จากกลุ่มแรกที่ใช้ในการรักษา คือ อิมมิพามีน (imipramine) ซึ่งได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 60-70 ขนาดที่ใช้ 3 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน วันละ 1-2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว และท้องผูก (ชาญวิทย์, 2559; วินัดดาและพนม, 2545; วินัดดาและพนม, 2550) และอาการข้างเคียงที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ คือ มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ต้อหินและไทรอยด์เป็นพิษ (ชาญวิทย์, 2559; สมภพ, 2551)

1.3 ยาแอลฟา-อะดรีเนอร์จิก อะโกนิสต์ (alpha-adrenergic agonist) ช่วยลดอาการซนและหุนหันพลันแล่น แต่ไม่ช่วยให้สมาธิยาวนานขึ้น ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ โคลนิดีน (clonidine) ยานี้จะให้ในกรณีที่มีโรคกล้ามเนื้อกระตุก (tourette's disorder) ร่วมกับโรคสมาธิสั้น ขนาดที่ให้ 0.05 มิลลิกรัม/วัน โดยจะเพิ่มยาครั้งละ 4-5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ อาการง่วงนอน เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า (ชาญวิทย์, 2559; วินัดดาและพนม, 2550)

1.4 ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drug) ใช้ในกรณีที่เด็กสมาธิสั้นมีความก้าวร้าวรุนแรง เด็กที่มีพฤติกรรมเกเร หรืออาจมีโรคกล้ามเนื้อกระตุก (tourette's disorder)

ร่วมด้วยยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ริสเพอริโดน (risperidone), ยาไทโอริดาซีน (thioridazine), ฮาโลเพอริดอล (haloperidol) การใช้ยากลุ่มนี้ควรอยู่ในความดูแลของผู้เชี่ยวชาญ (วินัดดาและพนม, 2550)

2. การรักษาโดยจิตสังคมบำบัด

2.1 จิตสังคมบำบัดสำหรับเด็ก เป็นการช่วยเหลือโดยปรับพฤติกรรมที่ตัวเด็กโดยตรง (child focused intervention)

2.1.1 การให้คำปรึกษาและการให้สุขภาพจิตศึกษา (counseling & psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคสมาธิสั้น และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในผลของยาที่รับประทานและเข้าใจปัญหาที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับโรคสมาธิสั้น ในกรณีที่มีความบกพร่องในทักษะการเรียน (learning disorders) รวมถึงการเรียนรู้วิธีการเรียนในรูปแบบอื่นแทนการอ่านหนังสือ เช่น วีดีทัศน์ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น (วินัดดาและพนม, 2550)

2.1.2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผิดปกติ และการควบคุมตัวเองโดยผ่าน การพูดกับตัวเอง (สมภพ, 2551) เพื่อฝึกให้เด็กเข้าใจปัญหา เข้าใจตนเอง ติดตามพฤติกรรมของตนเองได้ทันที (self-monitoring) สั่งตัวเองได้ (self-instruction) ให้รางวัลตัวเองได้ (self-reward) (วินัดดาและพนม , 2550)

2.1.3 การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) เด็กสมาธิสั้นมักขาดทักษะทางสังคม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ง่าย การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการฝึกให้เด็กสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลอื่น รู้จักรอคอย รับฟัง เอาใจเขามาใส่ใจเรา รับรู้ว่าอะไรเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมที่จะแสดงออกเมื่ออยู่ในสังคม (วินัดดาและพนม, 2550)

2.2 จิตสังคมบำบัดสำหรับบิดามารดา

2.2.1 การให้คำปรึกษาและการให้สุขภาพจิตศึกษา (counseling & psychoeducation) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบิดามารดา เพื่อจะได้เป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ให้เข้าใจธรรมชาติของโรคสมาธิสั้น ความผิดปกติของการทำงานของสมอง พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาของเด็กสมาธิสั้น ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้น และเน้นย้ำว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้และผลดี ผลเสียจากการให้ยาเพิ่มสมาธิ รวมถึงการเปิดโอกาสให้บิดามารดาพูดคุยระบายความรู้สึกคับข้องใจ (วินัดดาและพนม, 2550)

2.2.2 การฝึกสอนบิดามารดา ให้เรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องและได้ผล (parent management training) รวมถึงการรู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรม

ที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างถูกต้อง (behavioral approaches) เพื่อให้บิดามารดา มีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับและเห็นใจในอาการ รวมถึงข้อจำกัดต่างๆ ของเด็ก (ชาตรี, 2551; วินัดดาและพนม, 2550)

2.2.3 ครอบครัวบำบัด (family therapy) ในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นนั้นมักมีข้อขัดแย้งกัน อาจเป็นเพราะความพกพร่องของทักษะการทำหน้าที่ของบิดามารดา ที่มีความเครียดเนื่องจากการเลี้ยงดูบุตรที่มีปัญหา วิธีการของครอบครัวบำบัด คือ การแก้ไขโครงสร้างครอบครัว ฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยลดปัญหาข้อขัดแย้งในครอบครัว อารมณ์โกรธขณะมีข้อขัดแย้ง การสื่อสารทางลบและอาการไม่สบายทางจิตเวช (สมภพ, 2551)

2.2.4 การสนับสนุนกลุ่มผู้ปกครอง (parental group support) เป็นการให้โอกาสบิดามารดาและญาติที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตัวเอง และให้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ ได้รับกำลังใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มบิดามารดา มีกิจกรรมทำและมีประโยชน์ต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (วินัดดาและพนม, 2550)

2.2.5 การช่วยเหลือประสานงานกับทางโรงเรียน (school-focused intervention) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ให้คำแนะนำในการปรับสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน เป็นการประสานงานกับครูเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก นำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค และทราบถึงแนวทางการปฏิบัติของครูต่อเด็ก ซึ่งคำแนะนำที่ให้กับครูเพื่อช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การจัดให้เด็กนั่งหน้าชั้น หรือใกล้ครูให้มากที่สุดเพื่อง่ายต่อการตักเตือนเด็กให้กลับมาตั้งใจเรียน การชมเชยหรือให้รางวัล เมื่อเด็กปฏิบัติตัวดี หรือทำในสิ่งที่มีประโยชน์ การจัดกิจกรรมที่เปลี่ยนอิริยาบถเมื่อเด็กขาดสมาธิ เช่น การช่วยแจกสมุดให้เพื่อนในห้อง การลบกระดาน เป็นการมองหาจุดดีของเด็ก สนับสนุนให้เด็กได้แสดงความสามารถ และช่วยให้เพื่อนยอมรับ (วินัดดาและพนม, 2545)

การบำบัดโรคสมาธิสั้นตามบริบทของโรงพยาบาล

การบำบัดโรคสมาธิสั้นตามบริบทของโรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลอ่างทองมีคลินิกปลูกคิด เป็นคลินิกที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกโรคโดยจะเปิดทุกวันราชการ สำหรับการให้บริการเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น ปัญหาเรื่องพัฒนาการล่าช้า และปัญหาการเรียน จะให้บริการทุกวันจันทร์และอังคารในเวลาราชการ โดยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษาโรค เด็กที่เข้ารักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลจะได้รับการซักประวัติอย่างละเอียด และคัดกรอง

โรคเบื้องต้นด้วยแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Swanson Nolan and Pelham Questionnaire: SNAP-IV) โดยพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นเด็กจะได้ตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวันรุ่น โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10) เมื่อเด็กสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ จิตแพทย์จะให้การรักษาด้วยยา โดยยาที่นิยมใช้คือ กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น (psychostimulant medications) คือ เมททิลฟินิเดท (methylphenidate) ซึ่งยาที่นิยมใช้ในการรักษาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดออกฤทธิ์สั้น 4 ชั่วโมง คือ ริทาริน (Ritalin) และชนิดออกฤทธิ์ยาว 12 ชั่วโมง คือ คอนเซอร์ต้า (Concerta)

นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วทางคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง มีการรักษาแบบจิตสังคมบำบัด โดยเป็นการให้ความรู้รายบุคคลและรายกลุ่มสำหรับผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยให้ความรู้เกี่ยวโรคสมาธิสั้น อุบัติการณ์การเกิดโรคสมาธิสั้น การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น การสังเกตอาการที่แสดงถึงการเป็นโรคสมาธิสั้น สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น วิธีการรักษาโรคสมาธิสั้น ความรู้เกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงเมื่อรับประทานยารักษาโรคสมาธิสั้น การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองเมื่อลูกเป็นโรคสมาธิสั้น การช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น วิธีการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในเรื่องต่างๆ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่รักษาอย่างทันถ่วงที รวมถึงแหล่งสนับสนุนของโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีการให้บริการทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแก่ผู้ปกครอง และนอกจากนี้เด็กกลุ่มนี้จะมีการดูแลเพิ่มเติมจากครูการศึกษาพิเศษที่จะให้การดูแลเด็กในขณะที่เด็กรอพบแพทย์อีกด้วย

ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

ความหมายของทักษะทางสังคม

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความหมายของทักษะทางสังคม มีผู้ให้ความหมายหลากหลาย ดังนี้

กฤษฎาภรณ์ (2555) กล่าวว่า ทักษะทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองและปฏิบัติต่อผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตภายในสังคมได้อย่างมีความสุข

พรพรรณ (2555) กล่าวว่า ทักษะทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้มีการแสดงออกถึงความสามารถในการหาวิธีการจัดการและหลีกเลี่ยงอุปสรรคหรือลดความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลให้มีการดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ไกรสร (2553) กล่าวว่า ทักษะทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น โดยอาศัยความสามารถ ความกล้าที่จะสบตาเวลาพูดคุย กล้าเริ่มสนทนาก่อน การรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเอง สามารถที่จะทำงานร่วมกันกับบุคคลอื่นได้ดี รับรู้อารมณ์ของบุคคลอื่นได้ และแสดงบทบาทที่ถูกต้อง ถูกกาลเทศะเมื่ออยู่ในสังคม

วริสรา (2553) กล่าวว่า ทักษะทางสังคม คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

นพรัตน์ (2551) กล่าวว่า ทักษะทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งโดยการใช้ถ้อยคำ (verbal) และไม่ใช้ถ้อยคำ(non - verbal) ซึ่งครอบคลุมในการรับ การส่ง และการควบคุมการสื่อสารระหว่างบุคคล

ริกจิโอ (Riggoi, 1986) กล่าวว่า ทักษะทางสังคม หมายถึง ทักษะในการติดต่อสื่อสารทางสังคมในด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งได้แก่ ทักษะในการรับสาร ทักษะในการสื่อสาร และทักษะในการควบคุมการสื่อสารระหว่างบุคคล

ดังนั้นสรุปได้ว่า ทักษะทางสังคม คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง การรับผิดชอบ การควบคุมตนเองและอารมณ์ของตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม และการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

แนวคิดและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด และองค์ประกอบของทักษะทางสังคม ส่วนใหญ่พบว่า มีผู้สรุปองค์ประกอบของทักษะทางสังคมโดยการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีตั้งแต่ 3-6 องค์ประกอบ ดังนี้

วริสรา (2553) ได้สรุปองค์ประกอบของทักษะทางสังคมมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ทักษะการจัดการกับความขัดแย้งหรือความโกรธ คือ ความสามารถในการควบคุมความไม่พอใจต่อคำพูดหรือการกระทำของครูและเพื่อน หรือความไม่ลงรอยกันกับเพื่อนได้อย่างเหมาะสม ขณะอยู่ในชั้นเรียนหรือทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน

2) ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คือ ความสามารถในการสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ตอบกลับที่ดีกับครูและเพื่อนในขณะอยู่ในชั้นเรียน หรือทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน ได้แก่ การกล่าวทักทายครูและเพื่อนด้วยสีหน้ายิ้มแย้มและท่าทางที่เหมาะสม การใช้คำพูดและน้ำเสียงที่สุภาพ การไม่พูดแทรกในขณะที่ครูหรือเพื่อนกำลังพูดการขอโทษเมื่อตนเองทำผิด การรับฟังความคิดเห็นของและเพื่อนและการอดทนรอคอย

3) ทักษะการทำงานในห้องเรียน คือ ความสามารถในการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ร่วมกับเพื่อนในขณะนั่งเรียนหนังสือหรือทำกิจกรรมร่วมกลุ่มกับเพื่อนในชั้นเรียน ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องเรียนการยกมือก่อนถามและตอบ นั่งฟังครูในขณะสอน การทำงานร่วมกับเพื่อนอย่างสงบ การเก็บสิ่งของที่นำมาใช้ไว้ในสถานที่เดิมที่หยิบมาการขอ

สมาคมนักจิตวิทยาโรงเรียนแห่งชาติ (National Association of School Psychologists อ้างตามวริสรา, 2553) แบ่งทักษะทางสังคมออกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ

1) ทักษะเพื่อความอยู่รอด (survival skills) เช่น การฟังการปฏิบัติตามคำสั่ง ไม่สนใจต่อสิ่งรบกวน การพูดด้วยความกล้าหาญและเหมาะสม การให้รางวัลตนเอง เป็นต้น

2) ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interpersonal skills) เช่น การแบ่งปัน การขออนุญาต การเข้าร่วมกิจกรรม การรอคอยผลัดเปลี่ยน เป็นต้น

3) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem-solving skills) เช่น การขอความช่วยเหลือ การขอโทษ การยอมรับผลที่เกิดขึ้น การตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น

4) ทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง (conflict resolution skills) เช่น การจัดการกับการถูกล้อเลียน การสูญเสีย การใส่ความ การออกไปจากสถานการณ์เมื่อได้รับความกดดันจากเพื่อน เป็นต้น

ริกจิโอ (Riggoi, 1986 อ้างตาม ไกรสร, 2553; ดาราวรรณ, 2546; นพรัตน์, 2551; พรรณกนก, 2557; อาภรณ์, 2556) นำแนวคิดเกี่ยวกับทักษะทางสังคมของ มาใช้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ (emotional expressivity) หมายถึง ความ สามารถที่แสดงออกในการสื่อความกับคนอื่นโดยไม่ใช่ถ้อยคำ เป็นการสื่อความด้วยอารมณ์ รวมทั้งการแสดงทัศนคติและการแสดงระหว่างบุคคลโดยไม่ใช่ถ้อยคำ

2) ทักษะความไวในการรับรู้อารมณ์บุคคลอื่น (emotional sensitivity) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และแปลความหมายอารมณ์ของผู้อื่น โดยบุคคลนั้นไม่ต้องใช้คำพูด

3) ทักษะการควบคุมทางอารมณ์ของตนเอง (emotional control) หมายถึง ความสามารถในการสะกดกลั้นอารมณ์ของตนเอง เมื่อการควบคุมอารมณ์นั้นเป็นสิ่งจำเป็น หรือการแสดงอารมณ์ที่ไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริงของตน

4) ทักษะการแสดงออกทางสังคม (social expressivity) หมายถึง ความสามารถในการแสดงถ้อยคำหรือการสนทนากับบุคคลอื่นอย่างคล่องแคล่ว และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้อย่างดี

5) ทักษะความไวในการรับรู้ทางสังคม (social sensitivity) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อความที่ผู้อื่นพูด มีความรู้ทั่วๆ ไปเกี่ยวกับปทัสถานทางสังคม

6) ทักษะการควบคุมทางสังคม (social control) หมายถึง ความสามารถในการแสดงบทบาททางสังคม มีทักษะในการแสดงตน และการแนะนำผู้อื่น

ชิงเก และกิลคริสต์ (Schinke, & Gilchrist อ้างตาม จุลมณี, 2554; พรพรรณ, 2555; วรพจน์, 2546) ศึกษาองค์ประกอบของทักษะทางสังคม ซึ่งประกอบได้ด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1) ทักษะการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ความสามารถของเด็กในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการกระทำความผิด การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจาก แหล่งข้อมูลต่าง ๆ

2) ทักษะการเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถของเด็กในการประเมินสถานการณ์ของปัญหาสามารถเลือกรูปแบบในการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ใช้ประสบการณ์เดิมเมื่อต้องการเผชิญปัญหา หรือเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งพิจารณาจากการเลือกแนวทางการจัดการกับปัญหา โดยมุ่งเน้นการใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์

3) ทักษะการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของเด็กเกี่ยวกับกระบวนการคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากการรับรู้ปัญหา ระบุสาเหตุของปัญหา หาทางเลือก วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ประเมินทางเลือก และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4) ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของเด็กในการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสารความรู้สึกนึกคิด และความต้องการของตนเองกับผู้อื่น โดยใช้ถ้อยคำหรือไม่ใช่ถ้อยคำก็ได้ เพื่อให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจตรงกัน

5) ทักษะการสอนตนเอง หมายถึง ความสามารถของเด็กในการบอกและเตือนตนเอง รวมถึงการรู้จักตนเองว่าสิ่งใดควรกระทำหรือควรละเว้นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสียหายหรือกระทำความผิด เช่น การลักทรัพย์ของผู้อื่น เป็นต้น

6) ทักษะเพื่อการได้มาซึ่งแรงสนับสนุน หมายถึง ความสามารถของเด็กในการขอความช่วยเหลือหรือขอรับการสนับสนุน หรือการได้รับการส่งเสริม เช่น การขอการสนับสนุน คำแนะนำ กำลังใจ การส่งเสริมจากบุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน และบุคคลในสังคม เมื่อต้องเผชิญปัญหาเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม

เกรสชัม และเอลเลียต (Gresham & Elliott, 2008) ศึกษาทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นสามารถแบ่งทักษะทางสังคมได้ดังนี้ คือ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะการให้ความร่วมมือ 3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น 4) ทักษะการรับผิดชอบ 5) ทักษะการควบคุมตนเอง 6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ และ 7) ทักษะการมีส่วนร่วม

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาและทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นและทักษะทางสังคมของเด็กทั่วไปมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาจึง ใช้องค์ประกอบของทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น 6 องค์ประกอบ (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของเด็กในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น กล่าวทักทายกับผู้อื่นด้วยคำพูดที่สุภาพ และท่าทีที่เป็นมิตร การกล่าวต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม หรือเมื่อต้องการสิ่งของ และสามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิด (พรพรรณ, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008)

2. ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม หมายถึง สามารถของเด็กในการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดให้สำเร็จ และสามารถให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมปฏิบัติตามข้อตกลง ในการทำกิจกรรมจนงานกลุ่มสำเร็จ (กฤษฎาภรณ์, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008)

3. ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น หมายถึง ความสามารถของเด็กในการแสดงออกถึงการเสนอความคิดเห็นเมื่อถูกซักถาม การแสดงความคิดเห็นเมื่อตนเองมีข้อสงสัยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นที่เกี่ยวของกับการเล่น (Gresham & Elliott, 2008)

4. ทักษะการรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถของเด็กในการแสดงออกถึงความเข้าใจบทบาทของตนเองในการทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย และทำกิจกรรมจนสำเร็จ การเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเล่นเสร็จให้เรียบร้อย และการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลง (กฤษฎาภรณ์, 2555; Gresham & Elliott, 2008)

5. ทักษะการควบคุมตนเอง หมายถึง สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ ในการแบ่งปันสิ่งของ ของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ หรือให้ด้วยความเต็มใจ และสามารถ

ควบคุมตนเองในการผลัดเปลี่ยนของเล่น หรืออุปกรณ์กับเพื่อน และการหยุดคอยเพื่อนเล่นก่อนจนกว่าจะถึงลำดับของตน (Gresham & Elliott, 2008)

6. ทักษะความเห็นอกเห็นใจ หมายถึง ความสามารถของเด็กที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ มีน้ำใจช่วยเหลือเพื่อนในสิ่งที่เพื่อนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ และสามารถอาสาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ (Gresham & Elliott, 2008)

เครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะทางสังคมที่ใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ที่มีการแปลมาจากต่างประเทศแล้วนำมาปรับใช้ให้เหมาะสม กับลักษณะของงานวิจัยของตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบประเมินโปรแกรมทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติก (ณัฐวัฒน์, 2554) เป็นแบบประเมินทักษะทางสังคมโดยประเมินทักษะทางสังคม 5 ด้าน คือ ทักษะเกี่ยวกับภาษาท่าทาง ทักษะ เกี่ยวกับการเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทักษะการสนทนาโต้ตอบกับบุคคลอื่น ทักษะ การจัดการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ตัวเอง และทักษะการปรับตัวเข้ากับกลุ่ม ซึ่งมีการวัดทักษะทางสังคม 2 ครั้ง คือ ก่อนที่จะเข้าฝึกในโปรแกรม และหลังจากจบโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน โดยวัดทักษะทางสังคมในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปรับตัวในการเข้าสังคม ซึ่งประเมินโดยผู้ปกครองและผู้ให้การบำบัดรักษา และนอกจากนี้มีการสัมภาษณ์ในเชิงลึกกับเด็กและผู้ปกครองเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม และการนำทักษะทางสังคมที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2. แบบบันทึกทักษะทางสังคมจากการสังเกตของนักเรียนระดับชั้นปฐมวัย (กฤษฎาภรณ์, 2555) เป็นแบบประเมินประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านการรู้จักช่วยเหลือ ด้านการเล่นรวมกับผู้อื่น และด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยแต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามละ 3 ข้อ มีลักษณะเป็น 3 ระดับ คือ 2, 1 และ 0 โดยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Coefficient Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

3. แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก (พัชรี, 2550) เป็นแบบประเมินทักษะทางสังคมพื้นฐาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 แบบประเมิน คือ 1) แบบตรวจสอบทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก 2) แบบเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก และ 3) แบบประเมินทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก เป็นแบบสังเกตและบันทึก

พฤติกรรมสำหรับเด็กออทิสติก นำผลการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสำหรับเด็กออทิสติกของนักเรียนแต่ละคนมาหาค่าความสอดคล้องของผู้สังเกตทั้ง 2 คน โดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความเชื่อมั่นในการสังเกต (Interobserver Reliability: IOR) มีค่าดัชนีความเชื่อมั่นในการสังเกตเท่ากับ 0.80

4. แบบประเมินทักษะทางสังคมสำหรับเด็กและเยาวชนชาย (ไกรสร, 2553) ซึ่งประเมินทักษะทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แบบสอบถามแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ ความไวในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ การแสดงออกทางสังคม ความไวในการรับรู้ทางสังคม การควบคุมทางสังคม โดยแบบสอบถามนำมาหาค่าความเชื่อมั่น มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคได้เท่ากับ 0.98

6. แบบสังเกตประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองและแบบประเมินทักษะระหว่างการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะทางสังคม (วริสรา, 2553) โดยใช้ประเมินทักษะทางสังคม 2 ชุด คือ 1) แบบประเมินทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลองเป็นแบบสังเกต ซึ่งประเมินโดยผู้สังเกต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และ 2) แบบประเมินทักษะระหว่างการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะทางสังคม เป็นแบบสังเกต ซึ่งประเมินโดยผู้สังเกต มีความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 โดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความเชื่อมั่นในการสังเกต (Interobserver Reliability: IOR) มีค่าดัชนีความเชื่อมั่นในการสังเกตเท่ากับ 0.80

7. แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก (อัจจิมา, 2552) ซึ่งแบบสังเกตที่ใช้ในการบันทึกการเกิดพฤติกรรมทางสังคมคลอบคลุมเนื้อหาทักษะทางสังคมด้านต่างๆ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการร่วมมือในการทำกิจกรรม 2) ด้านการแบ่งปัน 3) ด้านการปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่ม แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติก นำไปใช้สังเกตเด็กปฐมวัยออทิสติกที่รับบริการงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 15 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตโดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (RAI : Rater Agreement Index) ของผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของผู้สังเกตได้ค่า RAI เท่ากับ 0.98

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในการวิจัยครั้งนี้มี 2 แบบ ดังนี้คือ

1) แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) ใช้ในการประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งจะประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นจากการสังเกตในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการเล่น โดยจะใช้ประเมินทุกครั้งที่จัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง รายละเอียดแบบประเมินประกอบด้วยทักษะทางสังคม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการ

สื่อสารมีจำนวน 2 ข้อ 2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม มีจำนวน 3 ข้อ 3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น มีจำนวน 3 ข้อ 4) ทักษะการรับผิดชอบ มีจำนวน 3 ข้อ 5) ทักษะการควบคุมตนเอง มีจำนวน 2 ข้อ 6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ มีจำนวน 2 ข้อ

2) แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) ใช้ในการประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ประเมินก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานกล่าวทักทายด้วยคำพูดที่สุภาพ 2) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถกล่าวขอโทษได้เมื่อรู้ตัวว่าทำผิด 3) ได้ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ 4) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถกล้าแสดงออกและยอมรับฟังความคิดเห็น 5) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานกล้าแสดงออกความคิดเห็นเมื่อมีข้อสงสัย เมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ 6) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานไม่โต้เถียงและซักถามข้อสงสัยด้วยคำพูดที่สุภาพ 7) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ 8) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย 9) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถเก็บอุปกรณ์ของเล่น เมื่อเล่นเสร็จได้ 10) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานปฏิบัติตามกฎและข้อตกลงที่กำหนดไว้ 11) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถความคุมตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ 12) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถควบคุมอารมณ์ ในการหยุดคอยทำกิจกรรม หรือหยุดคอยจนกว่าจะถึงลำดับของตนเองได้ 13) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานมีการอาสาช่วยเหลือทำงาน โดยไม่ต้องร้องขอได้ 14) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานทำกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของตนเองได้สำเร็จ และ 15) ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัวจนงานสำเร็จ

ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการบกพร่องทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น มีหลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยจากตัวเด็ก โดยลักษณะของปัญหาพฤติกรรมหลักของเด็กสมาธิสั้นนอกจากเกิดจากกลุ่ม 3 อาการหลัก คือ อาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซนหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) อาการหุนหันพลันแล่นหรือยับยั้งควบคุมตนเองไม่ได้ (impulsivity) ปัจจัยหนึ่งคือลักษณะบุคลิกภาพของตัวเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน (พนม, 2552)

2. ปัจจัยจากผู้ดูแลและครอบครัว การบกพร่องทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นเป็นอาการที่ส่งผลรบกวนต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ยากต่อการเลี้ยงดู ทำให้เกิดปฏิกิริยา

ทางด้านลบจากผู้ปกครอง เกิดปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การถูกตำหนิ การถูกตามใจ การช่วยเหลือเด็กมากเกินไปและที่สำคัญ คือ การปล่อยเด็กเป็นอิสระมากเกินไป ทำให้ขาดการควบคุมตนเอง ตัดสินใจโดยไม่ยั้งคิด ตัดสินใจด้วยอารมณ์ ไม่ปรับตัวเข้าหาผู้อื่น ไม่อยู่ในกรอบกติกาของสังคม ทำให้เป็นปัจจัยต่อการขาดทักษะส่วนตัวและรวมถึงทักษะทางสังคมอีกด้วย (พนม, 2552)

3. ปัจจัยจากสภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม จากลักษณะของปัญหาพฤติกรรมหลักของเด็กสมาธิสั้นที่กล่าวมาข้างต้น ปัญหาการควบคุมตัวเอง ไม่เข้าใจระเบียบกฎเกณฑ์ ทำให้หลายพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับจากเพื่อน เด็กสมาธิสั้นจำนวนมากไม่มีเทคนิควิธีการในการเล่นกับเพื่อน ไม่รู้จักวิธีการทำให้ผู้อื่นพอใจด้วยวิธีการที่ถูกต้อง เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมเกเร ชอบกลั่นแกล้งผู้อื่น รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว อันเนื่องมาจากไม่พอใจที่เพื่อนไม่ยอมรับ เป็นปัจจัยส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพกพร่องทักษะทางสังคมตามมา (วริสรา, 2553)

การเล่นบำบัด

ความหมายของการเล่นบำบัด

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมความหมายของการเล่นบำบัด มีผู้ให้ความหมายหลากหลาย ดังนี้

แอ็คไลน์ (Axline, 1990) กล่าวว่า การเล่นบำบัด คือ กระบวนการที่ช่วยให้เด็กแก้ปัญหาได้ด้วยตัวเอง การเล่นบำบัดที่พื้นฐานมาจากการเล่นซึ่งเป็นเครื่องมือธรรมชาติที่ใช้แสดงออกลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก จึงเป็นโอกาสให้เด็กได้เล่นเพื่อแสดงออกความรู้สึกและปัญหาเหมือนกับที่ผู้ใหญ่ใช้การพูดระบายปัญหาของตนออกมา

แคททานัท (Cattanach, 2003) กล่าวว่า การเล่นเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยให้เด็กรับมือกับปัญหาและความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น การเล่นจะเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างเด็กและผู้บำบัด เป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่แท้จริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต

อุลัยวรรณ์ (2555) กล่าวว่า การเล่นเป็นสิ่งที่ส่งเสริมการมีตัวตนของเด็ก เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงเด็กกับสถานการณ์ บุคคล การสื่อสาร เป็นการเตรียมความพร้อมด้านสังคม สติปัญญา การดำรงชีวิต และการแก้ปัญหา

ญาณี (2552) การเล่น หมายถึงประสบการณ์สมมุติ ที่เด็กสร้างขึ้น โดยมีแรงบันดาลใจจากประสบการณ์ในชีวิตจริงของเด็ก เด็กสามารถตัดสินใจทุกอย่างเกี่ยวกับการเล่นได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาเด็กอย่างหนึ่ง

สรุปได้ว่า การเล่นบำบัด หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการ ที่ส่งเสริมทักษะทางสังคมผ่านการเล่นบำบัด โดยเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่แท้จริง ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ที่จะส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม มีการแบ่งปัน และมีการปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่ม

รูปแบบและลักษณะของการเล่นบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาตำราพบว่ามีผู้แบ่งรูปแบบและลักษณะของการเล่นอย่างหลากหลายโดยมีการจำแนกรูปแบบและลักษณะการเล่นดังนี้

แคททานัท (Cattanach, 2003) กล่าวว่า รูปแบบของการเล่นมี 3 แบบ ดังนี้ การเล่นแบบไม่นำทาง การเล่นแบบนำทาง และการเล่นแบบร่วมมือระหว่างแบบไม่นำทางและแบบนำทาง

1. การเล่นแบบไม่นำทาง (Non – directive play therapy) การบำบัดด้วยการเล่นแบบไม่นำทาง เป็นวิธีการให้คำปรึกษาที่ใช้เพื่อช่วยให้เด็กสื่อสารประสบการณ์ภายในของตนเองผ่านการเล่นของเล่น การบำบัดด้วยการเล่นแบบไม่นำทางเรียกอีกอย่างหนึ่ง คือ การบำบัดด้วยการเล่นแบบเด็กเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีการที่ไม่ใช้ความวิตกกังวลโดยอาศัยความเชื่อที่ว่าเด็กทุกคนมีแรงขับเคลื่อนภายในตัวของเด็กที่จะทำให้มีสุขภาวะที่ดี กระบวนการบำบัดด้วยการเล่นแบบไม่นำทาง ผู้บำบัดจะได้รับการฝึกอบรมให้เชื่อมั่นว่าเด็ก มีความสามารถในการกำกับกระบวนการเล่นของตนเอง แทนที่จะเป็นผู้บำบัดที่ใช้ความคิดของผู้บำบัด เป็นสิ่งที่เด็กต้องการจะทำในการบำบัดเพื่อให้กระบวนการบำบัดสามารถผ่านไปได้ ถึงแม้ว่าอาจมีความท้าทายที่อาจเผชิญ ในบำบัดแบบไม่นำทางผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความเข้าใจในตัวเด็ก เพื่อเข้าสู่โลกอารมณ์ของเด็ก เล่นบำบัดแบบไม่นำทางอาจเปรียบเทียบกับทฤษฎีได้ว่า บทละครเปรียบเสมือนภาษาของเด็ก ของเล่นในห้องเด็กเล่นเปรียบเสมือนคำที่เด็กใช้ในการแสดงประสบการณ์ภายในของตัวเด็ก และวิธีที่พวกเขารับรู้และสัมผัสกับโลก ของเล่นในห้องเด็กเล่นจะถูกใช้โดยเด็กเพื่อพูดคุยกับผู้บำบัดและสื่อสารความคิดและความรู้สึกภายในของตัวเอง ภายในกิจกรรมการเล่นและในช่วงเวลาและรูปแบบที่เกิดขึ้นในการเล่นของเด็กให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดโรคในประสบการณ์ของเด็กความคิดความรู้สึกและการตีความของโลกของพวกเขา การเล่นแบบไม่นำทางประกอบด้วยดังนี้

1.1 การเล่นบำบัดแบบเด็กเป็นศูนย์กลาง (child centered play therapy) การเล่นแบบเด็กเป็นศูนย์กลาง เป็นการบำบัดรักษาเด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ตามแนวคิดการเล่นของเด็กเป็นศูนย์กลาง เป็นการให้เด็กเรียนรู้แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์โดยธรรมชาติของตัวเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีความสามารถและความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น แนวทางการเล่นแบบเด็กเป็นศูนย์กลางจะไม่มีการกำหนดเงื่อนไขการเล่น ซึ่งผู้บำบัดจะต้องยอมรับในตัวเด็กและยอมรับในการเล่นของเด็ก ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เด็กเกิดความความไว้วางใจ

1.2 การเล่นแบบปล่อย (release play therapy) เป็นวิธีการรักษาด้วยการเล่นที่มีโครงสร้างที่พัฒนา สำหรับเด็กที่มีประสบการณ์เฉพาะเหตุการณ์ที่เจ็บปวดในการบำบัดเล่นปล่อย การบำบัดให้บรรยากาศของการรักษาความปลอดภัยและการสนับสนุนโดยครั้งแรกที่ช่วยให้เด็กมีส่วนร่วมในการเล่นอย่างอิสระ ต่อมาแพทย์แนะนำวัสดุการเล่นที่จำเป็นในการสร้างเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจมักจะอยู่ในขนาดเล็ก เพื่อให้เด็กอาจประมวลผลความคิดเชิงลบและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Venfleet, Sywulak, & Sniscak, 2010)

1.3 การเล่นทรายบำบัด (sand play therapy) การเล่นทรายบำบัดเป็นการเล่น ซึ่งมีวัสดุอุปกรณ์ คือ วัสดุที่จำลองหาดทราย ทราย และน้ำ เด็กจะมีการเล่นโดยการเคลื่อนย้ายหรือทำรูปแบบต่างๆ ด้วยทราย อย่างอิสระ ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถปลดปล่อยพฤติกรรม ซึ่งการเล่นด้วยทรายเป็นการเล่นที่เกิดอันตรายน้อย และมีความปลอดภัย (Venfleet, Sywulak, & Sniscak, 2010)

2. การเล่นแบบนำทาง (Directive play therapy) เป็นการเล่นที่ผู้บำบัดเป็นผู้กำหนดกิจกรรม ระเบียบวิธีการเล่นแบบนำทางมุ่งเน้นบำบัดเพื่อการบรรเทาอาการ และรูปแบบพื้นฐานของปัญหาที่นำเสนอของเด็ก การเล่นแบบนำทางได้รับการพัฒนาสำหรับหลากหลายของวัยเด็กปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการใช้คำสั่งในการเล่นบำบัด ใช้สื่อการเล่นต่างๆ เพื่อสอนทักษะเด็กและพฤติกรรมของแบบจำลองหรือทัศนคติ ผู้บำบัดจะกำหนดกิจกรรม ด้วยจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ของผู้บำบัด กิจกรรมที่ใช้ในการเล่นแบบนำทางได้แก่ การเล่นบทละคร เป็นต้น การบำบัดด้วยการเล่นแบบนำทางหรือการเล่นแบบคำสั่ง มีความสำคัญต่อการเข้าใจแนวคิดเล่นเทคนิคการบำบัด ผู้บำบัดควรออกแบบเฉพาะกิจกรรมโครงสร้างที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเล่นที่เหมาะสมกับเป้าหมายของการบำบัด และของเด็กประเด็นปัญหาและระดับพัฒนาการ ผู้บำบัดการเล่นแบบนำทางต้องมีเหตุผลสำหรับการดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรมที่ได้รับเลือกมาโดยเฉพาะเด็ก ดังนั้นผู้บำบัดต้องมีความรู้และเคารพของความพร้อมของเด็กที่จะเข้าถึงหัวข้อและกิจกรรมบางอย่าง หนึ่งในข้อกังวลหลักเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการเล่นคำสั่ง คือการที่ผู้บำบัดบังคับให้เด็กกิจกรรมใน

ประเด็นที่เขาเป็นไม่พร้อมที่จะเผชิญ ดังนั้นผู้บำบัดจึงจำเป็นต้องกำหนดกิจกรรมตามความเหมาะสมของเด็ก นอกจากนี้การเล่นแบบนำทางมีผู้กำหนดโครงสร้าง เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Jones et al., 2003) ขั้นตอนที่ 1 การระดมสมองหัวข้อและกิจกรรมที่เหมาะสมกับเด็ก ขั้นตอนที่ 2 ประเมินขอบเขตที่กิจกรรมที่จะมุ่งเน้นไปที่ความรู้สึกทำให้เกิดความวิตกกังวลท้าทายเด็กที่จะเปิดเผยตัวเอง เพิ่มการรับรู้ด้วยตนเองทำให้เกิดความวิตกกังวลให้ความสนใจกับที่นี่และตอนนี้และมุ่งเน้นประเด็นที่น่ากลัว ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมที่เน้นการทำความรู้จักกับเด็กทำให้เขารู้สึกปลอดภัยและสร้างความสัมพันธ์ในการรักษา ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมในขั้นตอนการทำกิจกรรมที่จะมุ่งเน้นไปที่เป้าหมายของการบำบัด เพื่อให้เด็กสามารถรับรู้และแสดงความรู้สึกได้หลากหลาย และกระตุ้นความเต็มใจในเด็กเพื่อเสี่ยงต่อการสัมผัสและการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นอันตราย และขั้นตอนที่ 5 กิจกรรมขั้นตอนการยุติการการทำกิจกรรม การสิ้นสุดการรักษา โดยสามารถการเล่นแบบนำทางแบ่งได้ดังนี้

2.1 การเล่นบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral play therapy) การเล่นบำบัดแบบการปรับพฤติกรรมและความคิด โดยการใช้ของเล่นซึ่งการเล่นเป็นวิธีที่จะเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเด็กโดยตรง วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้เล่นขึ้นอยู่กับการนำเสนอปัญหา และหมายถึงการตอบสนองความต้องการของเด็กแต่ละคน จากสมมุติฐานของการเล่นบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรมนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์ร่วมกันเรื่องความคิด สถานการณ์ อารมณ์และพฤติกรรม ทฤษฎีองค์ความรู้ที่อ้างว่าความคิดของแต่ละคนมาประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคคล และจะเกิดพฤติกรรมตามมา ในการรักษา ผู้บำบัดต้องมีความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมการเล่นของเด็ก และสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่ดี ที่จะช่วยให้พวกเขาจัดการกับความรู้สึกรบกวนและเพื่อลดอาการ รวมถึงการควบคุมการเรียนรู้ และความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กได้

2.2 การเล่นบำบัดแบบมีทิศทางแบบอื่น ๆ (other directive therapy approaches) เป็นการบำบัดรักษาด้วยการเล่นที่มีการนำแนวคิดทางจิตวิทยามาเชื่องโยงกับการบำบัดรักษา ซึ่งรูปแบบของการเล่นนั้นมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การเล่าเรื่อง ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด การเล่นแบบบทบาทสมมุติ และการเล่นบำบัดกับการรักษาสัตว์ ซึ่งเป็นการเล่นที่เด็กจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. การเล่นแบบร่วมมือระหว่างแบบไม่นำทางและแบบนำทาง (Collaborative play therapy) เป็นการเล่นที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบไม่นำทางและแบบนำทาง หรืออาจเรียกว่าการเล่นแบบคู่ขนาน การเล่นประเภทนี้จะสอนทักษะทางสังคมที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้เด็กเติบโตในระหว่างการเล่นในชีวิตประจำวัน ในการเล่นร่วมกันเด็กๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหา การทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ไม่เหมือนการแข่งขันที่เกี่ยวข้องกับผู้ชนะ การเล่นร่วมกันเป็น

ส่วนสำคัญอย่างมากในการพัฒนา เป็นวิธีที่เด็กเรียนรู้และพัฒนาทักษะ เพื่อพัฒนาความสามารถทางอารมณ์ ความรู้สึกทางสังคม และทางสติปัญญาของเด็ก นอกจากนี้ทักษะที่เด็กจะได้รับจากการเล่นร่วมกัน ได้แก่ การแบ่งปันสิ่งของต่างๆ การปฏิบัติตามกฎระเบียบของตกลง การทำงานเป็นทีม การเจรจาต่อรอง เป็นต้น

นอกจากนี้การศึกษาของแจ่มจันทร์ (2552) กล่าวว่า ลักษณะการเล่นของเด็กแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การเล่นเพื่อพัฒนาสติปัญญา และการเล่นเพื่อนสังคม

2.1 การเล่นเพื่อพัฒนาสติปัญญา (cognitive play) เป็นการเล่นที่สะท้อนถึงความคิด ความเข้าใจ และประสบการณ์พื้นฐานของเด็ก การเล่นเพื่อสติปัญญาสามารถแบ่งได้ดังนี้

2.2.1 การเล่นฝึกหัด (function play/ practice play) เป็นการเล่นของเด็กวัยแรกเกิดถึง 2 ปี ลักษณะการเล่นเป็นแบบเรียบง่าย เป็นการเคลื่อนไหวหรือเล่นตามวัตถุของเล่น ตามบุคคลหรือภาษา มีผลต่อประสาทสัมผัส การฝึกหัดและการออกกำลังกายของเด็ก

2.2.2 การเล่นสมมุติ (symbolic play) เป็นการเล่นที่เด็กสมมุติขึ้นโดยเลียนแบบบทบาทหรือการกระทำของผู้ใหญ่ บุคคลอื่นหรือสัตว์ ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่เป็นจริง หรือนำมาดัดแปลงแก้ไขขึ้นใหม่ การเล่นสมมุตินั้น สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก พัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจ พัฒนาด้านภาษาและสติปัญญา ตลอดจนความสามารถในการแก้ปัญญา รูปแบบการเล่นได้แก่ การเล่นขายของ การเล่นครูกับนักเรียน การเล่นพ่อแม่ลูก หรือการเล่นบทบาทของบุคคลที่เด็กชอบหรือใกล้ชิด

2.2.3 การเล่นสร้าง (construction play) เป็นกิจกรรมสร้างสรรค์ที่พบในเด็กปฐมวัย การเล่นสร้าง หมายถึง การที่ผู้เล่นสร้างสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมในลักษณะต่าง ๆ การเล่นสร้างเป็นการวางแผนในการกำหนดโครงสร้างของบางสิ่งตามที่คิดหรือจินตนาการให้เกิดเป็นรูปร่างปรากฏตามที่ต้องการ ความคิดในการสร้างได้มาจากการเลียนแบบสิ่งต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมที่พบในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจมาจากประสบการณ์ตรงหรือจากภาพยนตร์ เช่น เด็กอาจนำบล็อกไม้สร้างเป็นตึกหรือเป็นบ้านตามที่เขาต้องการ และจิตนาการกิจกรรมในการเล่นสร้าง ได้แก่ เด็กอาจนำบล็อกไม้สร้างเป็นตึกหรือเป็นบ้านตามที่เขาต้องการและจิตนาการกิจกรรมในการสร้าง ได้แก่ การเขียนภาพระบายสี การปั้นดินน้ำมัน การประดิษฐ์วัสดุอุปกรณ์ การเล่นบล็อกไม้

2.2.4 การเล่นเกม (games play) เป็นการเล่นที่มีกฎเกณฑ์ กฎเกณฑ์นั้นอาจจะเกิดขึ้นขณะเล่นหรือถูกกำหนดมาก่อน และผู้เล่นทุกคนต้องยอมรับ เด็กสามารถเล่นเกมที่มีกฎง่าย ๆ ได้ เด็กวัยเรียนจะสนใจการเล่นที่มีกฎกติกา การเล่นเกมเป็นการฝึกให้เด็กรู้จักวางแผนการกระทำและวางกำหนดการภายใต้กติกา สามารถเข้าใจความติดและทัศนของผู้อื่น เกมที่เล่นฝึก

ทักษะกล้ามเนื้อ เช่น มอญซ่อนผ้า เก้าอี้ดนตรี เตะบอล วิ่ง กระโดด และเกมการศึกษาช่วยฝึกด้านความคิดและการแก้ปัญหา เช่น เกมบิงโก เกมเศรษฐี

2.2 การเล่นเพื่อสังคม (social play) เป็นความสามารถของเด็กที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มวัยเดียวกันและสามารถพัฒนาไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม การเล่นเพื่อสังคมแบ่งได้เป็น 6 แบบ ดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมไม่ยึดครอง (unoccupied behavior) ลักษณะของเด็กจะดูคนอื่นเล่น เล่นกับตัวเอง พฤติกรรมอยู่กับที่ได้ไม่นาน เดี๋ยวลุก เดี๋ยวนั่ง เหมือนไม่มีจุดหมายอะไร

2.2.2 พฤติกรรมเป็นคนดู (onlooker behavior) เด็กจะสังเกตตั้งคำถามพูดคุยกับเด็กคนอื่น หรือพูดอยู่ใกล้ ๆ กับผู้เล่นคนอื่นๆ บางครั้งอาจมีการร้องเชียร์ ตบมือแต่ไม่ได้เข้าไปเล่นด้วย

2.2.3 การเล่นคนเดียว (solitary play) เป็นการเล่นที่เด็กเล่นอิสระและไม่เล่นร่วมกับเด็กคนอื่น ๆ

2.2.4 การเล่นคู่ขนาน (parallel play) เป็นการเล่นที่เด็กจะเล่นของเล่นอยู่คนเดียวหรือใกล้เด็กคนอื่น โดยต่างคนต่างเล่นอิสระไม่แบ่งของ และไม่เล่นด้วยกัน

2.2.5 การเล่นร่วมกับคนอื่น (associative play) เด็กจะเล่นกับคนอื่นอาจใช้ของเล่นด้วยกันมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนของเล่นกัน

2.2.6 การเล่นร่วมมือกัน (cooperative play) ลักษณะการเล่นเป็นการจัดการทางสังคม ด้วยการแลกเปลี่ยนวัตถุประสงค์ มีบทบาทร่วมกัน และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของหรืออาจไม่เป็นเจ้าของ มีการจัดระเบียบในกลุ่มเพื่อจุดประสงค์ในการทำร่วมกัน หรือมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้นำวิธีการเล่นแบบเล่นร่วมกัน ที่ผสมผสานระหว่างแบบไม่นำทางและแบบนำทางมาใช้ในการวิจัย การเล่นแบบเล่นร่วมกันจะมีการสอดแทรกกิจกรรมที่ทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมที่สำคัญซึ่งจะช่วยให้เด็กเติบโตในระหว่างการเล่นในชีวิตประจำวัน ในการเล่นร่วมกันเด็ก ๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหา การทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน นอกจากนี้เด็กสามารถได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และแสดงศักยภาพที่แท้จริง ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต การเล่นจะให้ความสำคัญที่ตัวเด็ก เด็กจะเรียนรู้ร่วมกัน โดยการเชื่อมโยงกิจกรรมและเกมต่างๆ ซึ่งจะทำให้ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ของเด็ก ทำให้เกิดการเรียนรู้กฎเกณฑ์ของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัด

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัดและการเล่นบำบัดสามารถอธิบายได้ดังนี้

แคททานัท (Cattanach, 2003) การเล่นบำบัด เป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยเหลือเด็กในการรับมือกับความทุกข์ โดยการเล่นจะเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างเด็กและผู้บำบัด ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่แท้จริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมการเจริญเติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต มีแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างการให้อิสระกับเด็กในการเล่นและการที่ผู้บำบัดเสนอแนะกิจกรรมที่ช่วยสร้างสมดุลภายในใจเด็ก โดยมีแนวทางการปฏิบัติคือการที่ผู้บำบัดและเด็ก ร่วมมือกันกำหนดความสนใจและการทำกิจกรรมและการเล่นอย่างสร้างสรรค์ผ่านการเล่น 3 ลักษณะ คือ การเล่นผ่านการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัส การเล่นกับวัตถุ การเล่นเชิงสัญลักษณ์ และการเล่นบทบาทสมมุติ

แจ่มจันทร์ (2552) การเล่นเป็นธรรมชาติของเด็ก การเล่นเป็นกิจกรรมและมีความสำคัญยิ่งในวัยเด็กเพราะการเล่นเป็นการสนองความต้องการทางจิตใจ เด็กจะได้รับความสนุกความพอใจและเกิดการเรียนรู้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเด็กในปัจจุบันและอนาคต ถ้าเด็กถูกสกัดกั้นไม่ให้เล่น เด็กจะกลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและสังคมได้ การเล่นจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา และผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโดยการจัดของเล่นและการเล่นที่เหมาะสมตามวัยของเด็ก และตามความต้องการของเด็ก ตลอดจนเปิดโอกาสให้เด็กได้รับประสบการณ์จากสิ่งที่เด็กพอใจ การเล่นจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กทั้งด้านด้านสติปัญญา ด้านภาษา การอ่านและการเขียน ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการและตลอดจนถึงพัฒนาการทางด้านสังคมอีกด้วย

จีนอส (Ginott, 1961) กล่าวถึง บทบาทของผู้บำบัด คือ การสร้างบรรยากาศที่เด็กจะถูกจูงใจให้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกของเด็ก ผู้บำบัดต้องสร้างบรรยากาศแห่งการเยียวยาโดยยอมรับเด็กในแบบที่เด็กเป็น และสื่อสารการยอมรับดังกล่าวให้เด็กรับรู้ อีกหน้าที่ที่สำคัญ คือ การฟังอย่างใคร่ครวญ เพื่อให้สามารถตอบสนองและเข้าใจถึงความรู้สึกที่ถูกกดดันไว้และแสดงออกมา นักบำบัดจำเป็นต้องเป็นอิสระจากความรู้สึกผิดและความวิตกกังวล นักบำบัดควรจะกำหนดขอบเขตแต่ไม่ใช่ในฐานะกฎที่บังคับให้ต้องทำ แต่ในฐานะหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการ

ดำเนินกระบวนการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแอ๊กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) กล่าวถึงข้อความปฏิบัติของนักบำบัด 8 หลักการดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (building the relation) คือ การสร้างสัมพันธภาพ ที่จะนำไปสู่การยอมรับ การไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้บำบัดและสัมพันธภาพระหว่างเด็กด้วยกัน เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา รวมถึงคุณสมบัติของผู้บำบัด ที่ไม่เป็นที่ไม่ตัดสินหรือกำหนด ปล่อยให้เด็กได้มีการชี้นำตนเอง จะส่งผลให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทางอารมณ์และร่างกาย จากการที่เด็กเริ่มที่จะไว้วางใจในกระบวนการนี้ เด็กก็จะเริ่มไว้วางใจในตัวเองและผู้อื่น ความไว้วางใจนี้พัฒนาได้เนื่องจากเด็กเริ่มที่จะเข้าใจอำนาจของความรู้สึกในตนเอง และการพิจารณาในเชิงบวกไปพร้อมๆ กัน ซึ่งทำให้สามารถดำเนินไปได้อย่างเป็นธรรมชาติ

2. การยอมรับเด็กในตัวเด็ก (acceptance of the child) เป็นกระบวนการที่ผู้บำบัด มีความยอมรับในตัวของเด็ก ยอมรับการกระทำเด็ก ในขณะดำเนินกิจกรรมการเล่น ผู้บำบัดมีความจำเป็นต้องตระหนักว่า การยอมรับที่แท้จริง คือ การที่ตัวของผู้บำบัดมีความรู้สึกกลับไปในช่วงวัยเด็ก

3. การสร้างความรู้สึกยอมรับ เพื่อให้เด็กรู้สึกอิสระที่จะแสดงความรู้สึกออกมาได้อย่างเต็มที่ (establishing a sense of permissiveness) เป็นกระบวนการที่คงความสนใจที่แท้จริงในการเล่นของเด็ก โดยการไม่ชี้นำ ซึ่งเด็กสามารถจะทำอะไรก็ได้ แต่ในขณะเดียวกันนั้นอาจนำกฎต่างๆ ที่ถูกบังคับมาใช้ในเวลาที่เหมาะสม สำหรับลักษณะของการเล่นบำบัดนั้น

4. การรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก (empathic recognition and reflection of feelings) ผู้บำบัดต้องรับรู้ความรู้สึกของเด็กที่แสดงออกมาและสะท้อนความรู้สึกกลับสู่เด็ก ด้วยคำพูดและท่าที ที่แสดงว่าผู้บำบัดเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เด็กได้แสดงออกมาเพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้บำบัดต้องมีทักษะการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นใจ และการสะท้อนความรู้สึกของเด็ก การฟังอย่างเข้าใจเป็นทักษะอย่างหนึ่ง ซึ่งเริ่มด้วยการเปิดใจยอมรับฟัง ความรู้สึก ด้วยท่าทีที่ไม่ตัดสินในตัวเด็ก การสะท้อนความรู้สึกของคำและการแสดงความรู้สึกของพฤติกรรม ที่อยู่ในกระบวนการเล่นของเด็ก ซึ่งการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก จะทำให้เกิดการยอมรับและการมีสัมพันธภาพดีระหว่างเด็กกับผู้บำบัด

5. การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก (respecting the child's ability to solve problem) ผู้บำบัดต้องเคารพในความสามารถของเด็กอย่างแท้จริงว่าเด็กสามารถแก้ไขปัญหาเองได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำ โดยเด็กเป็นผู้เลือกที่จะทำและเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง เป็นกระบวนการที่กล่าวว่า หากคนเราอยู่ในสภาพบรรยากาศที่เหมาะสม พวกเขา

ก็จะสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งในแนวคิดการเล่นแบบเด็กเป็นศูนย์กลาง เชื่อว่าเด็กมีความสามารถ ในการแก้ปัญหาด้วยตัวของพวกเขาเองผ่านทางการเล่น หากมีสภาพบรรยากาศในการบำบัดด้วยการเล่นที่เหมาะสม จะทำให้เด็กเรียนรู้ว่าเขาต้องรับผิดชอบตนเอง และพฤติกรรมของตนเอง

6. การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม (letting the child lead the way) เป็นหลักการที่ผู้บำบัด ให้เด็กดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น เป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำหรือ การแนะนำตามขั้นตอน จะทำให้เด็กรู้สึกเป็นอิสระและจะแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก

7. การบำบัดการเล่นโดยการให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างโดยไม่เร่งรัด (treating play therapy as a gradual process the cannot be hurried) ผู้บำบัดต้องไม่เร่งรัด ควรปล่อยให้ดำเนินไปอย่างช้า ๆ ภายใต้การดูแลของตนเอง เป็นหลักการที่ผู้บำบัดปล่อยให้เด็กมีการเล่นบำบัดแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ผลักดันหรือชี้แนวทาง และไม่รีบที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ยากลำบากต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อีกทั้งไม่คาดหวังว่าจะต้องทำสำเร็จภายในเวลาที่กำหนด ควรปล่อยให้เด็กมีความสุขกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้เด็กได้เปิดประสบการณ์อิสระอย่างแท้จริง

8. การกำหนดขอบเขตของกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริง (the importance of limits) ผู้บำบัดต้องเป็นผู้กำหนดขอบเขตที่จำเป็นเพื่อให้การบำบัดสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง และผู้บำบัดแสดงความรับผิดชอบต่อสัมพันธภาพที่มีต่อเด็ก จะช่วยให้เด็กรู้ว่าผู้บำบัดจะรักษาบรรยากาศของความปลอดภัยในห้องเล่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กรู้สึกออกจากการควบคุมของความรู้สึกของตัวเอง ผู้บำบัดจำเป็นต้องกำหนดขอบเขตที่เหมาะสมเพื่อให้การบำบัดสอดคลองกับความเป็นจริงและดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติ

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการนำแนวคิดการเล่นบำบัดโดยใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของของแคททานัทเป็นภาพหลัก และนำหลักการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการจัดกิจกรรมการเล่นบำบัด ตามแนวคิดของแอ๊กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) โดยนำหลักปฏิบัติของผู้บำบัดมาใช้ในการวิจัย 5 หลักการดังนี้ คือ 1) หลักการสร้างสัมพันธภาพ 2) หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก 3) หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา 4) หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และ 5) หลักการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง

ประโยชน์ของการเล่นบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเล่นบำบัด ประโยชน์ของการเล่นบำบัด สามารถอธิบายประโยชน์ของการเล่นได้ ดังนี้ การเล่นสามารถส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ เช่น สัมพันธภาพกับผู้อื่น ลดความที่เป็นปัญหา เช่น ก้าวร้าว เกเร และส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รอบตัว อีกทั้งยังส่งเสริมทักษะทางด้านสังคมอีกด้วย

จากการศึกษาเอกสารตำราพบว่า นิตยา (2546) ได้สรุปประโยชน์ของการเล่นไว้ดังนี้ คือ

1. การเล่นเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้เด็กได้เรียนรู้การแก้ปัญหา เด็กอาจเลือกของเล่นที่เป็นตัวแทนสิ่งที่เขากลัวหรือเกลียด การเล่นเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของตัวเด็ก เช่น ถ้าต้องการความรักความเอาใจใส่ เด็กจะเล่นโดยสมมุติตัวเองเป็นทารก เพราะถ้าเล่นสมมุติเป็นทารกแล้ว เด็กจะได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างทะนุถนอม

2. การเล่นของเด็กแสดงถึงลักษณะนิสัยของเด็ก ถ้าเราสังเกตเด็กขณะเล่น จะเห็นว่า เด็กมีทั้งสนุก หวาดกลัว และมีความหวัง ดังนั้นการสังเกตขณะเด็กเล่นจะช่วยให้ผู้ใหญ่ได้เข้าใจลักษณะนิสัยของเด็กแต่ละคน

3. การเล่นช่วยให้เด็กมีความคิดสร้างสรรค์และคิดค้นเล่นอะไรใหม่ๆ จะช่วยให้เด็กเป็นคนคิดอย่างนิรนัย หรือคิดอย่างกว้างไกลในภายหน้า

4. การเล่นช่วยให้เด็กได้เรียนรู้หลายอย่าง มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักใช้เครื่องเล่นและของเล่นกับเพื่อน รู้จักผลัดเปลี่ยนกันเล่น รู้จักเป็นผู้นำและผู้ตาม รู้จักขอร้องหรือบอกความประสงค์ของตนเองรู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนเอง

5. การเล่นช่วยสร้างเด็กให้มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ในตัวผู้อื่นและในสิ่งแวดล้อม เมื่อเด็กเล่นและทำอะไรได้เสร็จ เด็กจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกพึงพอใจและมั่นใจในตนเอง แต่ในบางสถานการณ์เมื่อเด็กเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือเกิดความกลัวขึ้นมา เด็กจะลดความเชื่อมั่นในตัวเอง

แจ่มจันทร์ (2552) กล่าวว่า ประโยชน์ของการเล่นจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการทางสติปัญญา (cognitive development) การเล่นทำให้เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ชีวิต พฤติกรรมการเล่นของเด็กจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกที่เด็กมีต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว โดยการสังเกต ค้นคว้า สำรวจ ทดลอง เลียนแบบ ดังนั้น การเล่นจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความคิด ความเข้าใจที่มีต่อสิ่งแวดล้อมให้ตรงกับความเป็นจริง

2. พัฒนาการด้านภาษา การอ่าน และการเขียน (language and literacy development) ในการเล่นจะมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้เล่นทำให้เด็กเรียนรู้คำศัพท์เพิ่มขึ้น การเล่นบทบาทสมมุติทำให้เด็กได้ฝึกการใช้ภาษาและช่วยให้เขาคิด เพื่อที่จะสามารถใช้คำต่างๆ ในการตั้งคำถาม ตอบคำถาม แสดงความคิดเห็น อธิบาย ออกคำสั่ง หรือพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กัน

3. พัฒนาการด้านสังคม (social development) ในระหว่างการเล่นเด็กได้ฝึกทักษะการสื่อสาร มีความพยายามที่จะหาวิธีการให้การเล่นดำเนินต่อไปหรือเข้าใจความรู้สึกของคนอื่นรู้จักรอคอย แลกเปลี่ยนของเล่น และประสบการณ์รู้จักใช้ยุทธวิธีเพื่อลดความขัดแย้ง การเล่นจึงเป็นการสอนเด็กให้รู้จักเหตุผล รู้จักกฎเกณฑ์ของสังคม รู้จักให้อภัยซึ่งกันและกัน รู้จักการอยู่ร่วมกัน ฝึกให้รู้จักความสามัคคี รู้จักเสียสละ ซึ่งทำให้สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นอย่างมีความสุข

4. พัฒนาการด้านอารมณ์ (emotional development) เด็กทุกคนอาจมีความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น กลัว อิจฉาริษยา โมโห คับข้องใจ เครียด เป็นต้น อารมณ์เหล่านี้จะถูกระบายออกมาทางการเล่น เมื่อเด็กได้ระบายอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ออกมาจากการเล่นจะช่วยให้เด็กคลายความขุ่นมัวและเด็กจะมีความสุข นอกจากนี้การเล่นจะช่วยสร้างความมั่นใจในตนเองซึ่งจะช่วยพัฒนาเด็กไปสู่ความสำเร็จในอนาคต

5. พัฒนาการความคิดสร้างสรรค์และจิตนาการ (creatively and imagination development) การเล่นทำให้เด็กสามารถสร้างสรรค์ความคิดและจินตนาการได้อย่างอิสระ ความสามารถของเด็กในการใช้สัญลักษณ์ขึ้นอยู่กับการเล่นและการสร้างสรรค์ และนอกจากนี้ความสร้างสรรค์สามารถแสดงออกให้เห็นถึงการแก้ไขปัญหา

6. พัฒนาการด้านร่างกาย (physical development) การเล่นจะช่วยพัฒนากล้ามเนื้อทุกส่วนของรางกาย ดังจะเห็นว่าขณะที่เด็กเคลื่อนไหว ทุกส่วนของร่างกาย มีการทำงานประสานกันระหว่างกล้ามเนื้อต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเล่น ดังเช่น การศึกษาของ Wilkes, Cordier, Bundy, Docking, & Munro (2011) ได้นำการเล่นบำบัด มาใช้ในเด็กสมาธิสั้น พบว่า การเล่นบำบัดสามารถส่งเสริมทักษะทางสังคม ในเด็กสมาธิสั้นทำให้มีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น ส่วนการศึกษาของ Farzadfard et al. (2015)ได้นำการรักษาผสมผสาน ได้แก่ การเล่นบำบัดและการเล่าเรื่องบำบัดในเด็กก่อนวัยเรียนที่ขาดความสนใจและขาดความตั้งใจ เมื่อนำการเล่นบำบัดร่วมกับการเล่าเรื่องบำบัดมาศึกษา ในเด็กที่ขาดการตั้งใจและสมาธิ พบว่าเด็กมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มอื่น ส่วนการศึกษาของ Ganji et al. (2012) ศึกษาโดยนำการบำบัดการเล่นด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มาใช้ลดพฤติกรรมอาการของเด็กที่มีสมาธิสั้น พบว่า พฤติกรรมของอาการสมาธิสั้นลดลงอย่างมาก

โปรแกรมการเล่นบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเล่นบำบัดในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า โปรแกรมการเล่นบำบัด มีการศึกษาในกลุ่มเด็กออทิสติกเป็นส่วนใหญ่ และนอกจากนี้พบการศึกษาในเด็กชั้นอนุบาล ดังนี้

การศึกษาของอุลัยวรรณ์ (2555) ได้ศึกษาผลของการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ในผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่รับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยประถัมภ์ อายุ 3-6 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จัดกิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 7 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการเล่นบำบัดรายบุคคล 2 เกม จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที โดยใช้เกมมารู้จักกันเถอะ และเกมตัวของฉัน ขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด ในสัปดาห์ที่ 2-7 มี 4 เกม จัดกิจกรรมจำนวน 11 ครั้ง แบ่งเป็นการเล่นบำบัดรายบุคคล 3 เกม จำนวน 9 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที สัปดาห์ที่ 2-3 การบำบัดรายบุคคล จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาทีขั้นตอนที่ 2 ระยะบำบัด 3 ครั้ง/สัปดาห์ รายละ30 นาที โดยใช้กิจกรรม เกมหนูทำได้ สัปดาห์ที่ 3-4 การบำบัดรายบุคคล โดยใช้กิจกรรม เกมสิ่งที่หนูทำ สัปดาห์ที่ 4-6 การบำบัดรายบุคคล โดยใช้กิจกรรม เกมใครสูงกว่า สัปดาห์ที่ 7 การบำบัดรายกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมเกมกินขนม ซึ่งภายหลังจากการใช้การเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเด็กออทิกสติก มีพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษา พบว่าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษาของอัจจิมา (2552) ศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติกที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นแบบร่วมมือ ในผู้ป่วยออทิสติกที่รับการรักษาสถาบันราชานุกูล จำนวน 10 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ๆ ละ 3 วันๆ ละ 20 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 24 ครั้ง โดยกิจกรรมที่จัดมีดังนี้ กิจกรรมป้ายชื่อร่วมใจ เล่นสมมติกลุ่มแบบร่วมมือ ส่งลูกปิงปองกันดีกว่านะ ห่วงหรรษาพาเพลิน เล่นร่วมมือต่อภาพตัดต่อกุ๊กไก่ เล่นร่วมมือจับคู่ของใช้ ร่วมมือกันสร้างบ้านแห่งความรัก เล่นร่วมมือต่อภาพใบหน้าอารมณ์ จับคู่ลูกปัด ต่อกระดาษปริศนา เล่นร่วมมือจับคู่ใบหน้าอารมณ์ ถ้อยทีถ้อยอาศัย เล่นร่วมมือช่วยกันแต่งตัว เล่นร่วมมือหยิบของจากกล่องปริศนา ตกแต่งขวดสวยเราช่วยกัน ซึ่งพบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นแบบร่วมมือ มีทักษะทางสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

การศึกษาของญาณี (2552) ได้ศึกษา ผลของการเล่นบำบัดที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาล ในด้านความก้าวร้าวทางกายและความสัมพันธ์ โดยทดลองแบบย้อนกลับ แบ่งเป็น 4 ระยะ ใช้ระยะเวลา 14 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กอนุบาล 5 ปี ซึ่งมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จำนวน 8 คน จัดกิจกรรมการเล่นบำบัด 2 ขั้นตอน คือ 1) การสนับสนุน

การเล่น กิจกรรมการทักทายและอบอุ่นร่างกาย กิจกรรมฟังนิทาน กิจกรรมการเล่นภายใต้การชี้นำ และ 2) การต่อยอดการเล่นด้วยละคร ประกอบด้วยกิจกรรม การทักทายและอบอุ่นร่างกาย กิจกรรมฟังนิทาน กิจกรรมการแสดงละครและกิจกรรมอำลา ผลการศึกษาพบว่า หลังทำกิจกรรมการเล่นบำบัด พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาลด้านความก้าวร้าวทางกาย และความก้าวร้าวทางความสัมพันธ์ลงลด และพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางกายที่พบสูงสุด คือ การผลัก ดันหรือดึงเด็กคนอื่นๆ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านความก้าวร้าวทางความสัมพันธ์ที่พบสูงสุด คือ การบอกเพื่อนว่าจะไม่แบ่งของเล่นหรือของกินให้ถ้าเพื่อนไม่ทำในสิ่งที่ตนต้องการ

การศึกษาของเสาวนีย์ (2556) ศึกษาผลของการเล่นกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่าง คือเด็ก ออทิสติกอายุ 3-6 ปี และผู้ปกครอง ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลไวทโยปถัมป์ จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งกิจกรรมการเล่นประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างความคุ้นเคยและกิจกรรมเรียนรู้ตัวตน 2) ระยะการบำบัด กิจกรรมเล่นเลียนแบบ กิจกรรมเล่นของเล่น กิจกรรมเล่นกับสื่อ กิจกรรมเธอกันฉัน กิจกรรมเล่นตามกติกากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหา หลังจากได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดและ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกที่ได้การเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษาของปัทมา (2548) ได้ศึกษาศึกษาทักษะทางสังคมด้านการเล่นกับเพื่อนของเด็กออทิสติก โดยจัดกิจกรรมการเล่นพื้นบ้านของไทยประกอบกับสื่อด้วยภาพกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็ก ออทิสติก 1 คน อายุ 8 ปี ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมด้านการเล่นกับเพื่อนโดยการจัดกิจกรรมการเล่นพื้นบ้านของไทยประกอบกับการสื่อด้วยภาพมีทักษะทางสังคมด้านการเล่นกับเพื่อนสูงขึ้น

การศึกษาของวิมล (2548) ได้ศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่นบำบัดที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแบบ day care ของโรงพยาบาล ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่าพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาของพีรยา (2551) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความสามารถด้านสังคมและภาษาของเด็ก ออทิสติกก่อนและหลังการใช้การเล่นบำบัด โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็ก ออกทิสติกมีอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

จำนวน 20 คน ผลการศึกษาที่สำคัญ คือ ความสามารถด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติกหลังการใช้การเล่นบำบัดสูงกว่าก่อนการใช้การเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การศึกษาของติชิลา (2559) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นอายุ 9 -11 ปี จำนวน 60 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ด้วยการรับประทานยากลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม ร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการดูแลตามปกติเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งสร้าง ขึ้นจากแนวคิดการเรียนรู้ ผ่านตัวแบบตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมเรารู้จักกันหรือ กิจกรรมเด็กดีรู้จักรักษาสิ่งของ กิจกรรมฉันเป็นคนพูดเพราะ และกิจกรรมเด็กดีชอบช่วยเหลือผู้อื่น ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมก้าวร้าว ของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ซึ่งโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กชายสมาธิสั้นสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นได้จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาล

การศึกษาของกนกวรรณ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด น้อยกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านขาดสมาธิ (Z= -4.87, p<.001) ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (Z= -4.86, p<.001) และด้านดื้อ ต่อต้าน (Z= -4.87, p<.001) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ลดลงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติที่ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านขาดสมาธิ (Z= -6.77, p<.001) ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (Z= -6.78, p<.001) และด้านดื้อต่อต้าน (Z= -6.74, p<.001) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ซึ่งโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด สามารถลดภาวะสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้นได้

การศึกษาของขัตติยา (2559) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลยุวประสารทไวทโยบถัมภ์ จำนวน 40 คน จับคู่อายุและเพศ จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดที่มีการจัดลำดับจากง่ายไปยากโดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบำบัดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการเล่นบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับการเล่นบำบัดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไดรับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบการศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้น และเด็กชั้นอนุบาล ดังนี้

การศึกษาของ Wilkes et al. (2011) ซึ่งได้ศึกษานำร่องเรื่อง การใช้การเล่นในเด็กสมาธิสั้น ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 5-11 ปี จับคู่อายุและพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ผลการศึกษาพบว่า เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้นเมื่อนำทักษะการเล่นมาใช้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

การศึกษาของ Farzadfard et al. (2015) ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผสมผสานระหว่างการเล่นบำบัดและการเล่าเรื่องบำบัด ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-6.5 ปี พบว่า เมื่อนำการเล่นบำบัดร่วมกับการเล่าเรื่องบำบัดมาใช้ในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004)

การศึกษาของ Pfeifer et al. (2011) การศึกษานำร่อง การเล่นในเด็กสมาธิสั้นและการศึกษาพัฒนาการของเด็กในประเทศบราซิล ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-12 ปี จำนวน 32 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน ผลการศึกษา พบว่า การเล่นในเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยในกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

การศึกษาของ Ganji et al. (2012) ศึกษาผลกระทบของการบำบัดด้วยการเล่นของเด็กเป็นศูนย์กลาง ในการลดพฤติกรรมอาการของเด็กที่มีสมาธิสั้นในประเทศอิหร่าน พบว่าพฤติกรรมของอาการสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) และการรักษาด้วยการเล่นของเด็กเป็นศูนย์กลาง สามารถนำไปใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

การศึกษาของคราเซค (Kascsak, 2012) ได้ศึกษาผลของการเล่นแบบเด็กเป็นศูนย์กลาง ต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมในเด็กอนุบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ในเด็กอนุบาลอายุ 3-5 ปี โดยพบว่า เด็กอนุบาลที่ได้รับการรักษาด้วยการเล่นของเด็กเป็นศูนย์กลางของกลุ่มได้รับการทดลองโดยครู มีทักษะทางสังคมมากกว่าเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วม และเด็กอนุบาลที่ได้รับการรักษาด้วย

การเล่นของเด็กเป็นศูนย์กลางของกลุ่มได้รับการทดลอง โดยพ่อแม่ สูงขึ้นมีทักษะทางสังคมมากกว่าเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วม

อย่างไรก็ตามการศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยมีการศึกษาน้อยมาก พบงานวิจัยที่ศึกษาเพียงเรื่องเดียว คือการศึกษาการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี (ขัตติยา, 2559) เป็นการเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT โดยนำแนวคิดของ Ebrahim et al. (2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม ผ่านองค์ประกอบพื้นฐานของการทำ CBT โดยใช้เทคนิคกลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา โดยเน้นการพัฒนาทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับสภาพปัญหาต่างๆ ได้ โดยการพัฒนาทักษะมี 2 เทคนิค คือ เทคนิคการเสนอตัวแบบ และเทคนิคการจัดการเงื่อนไง แล้วนำมากำหนดโครงสร้างของการเล่นบำบัดโดยประยุกต์ให้เป็นการเล่นแบบกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลอง 20 คนออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 4 คน มีการเล่นทั้งหมด 10 ครั้ง ระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์ นัดหมายกลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 4 ชั่วโมง โดยนัดหมายครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์

สรุปผลจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเล่นบำบัด ผู้วิจัยจึงนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเล่นบำบัด โดยนำแนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (collaborative play therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทาง เป็นรูปแบบการเล่นที่ผู้บำบัดและเด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้อิสระกับเด็กในการเล่น ร่วมกับการที่ผู้บำบัดเสนอแนะกิจกรรมที่ช่วยสร้างสมดุลภายในใจของเด็ก โดยผู้บำบัดและเด็กร่วมมือกันกำหนดความสนใจและการทำกิจกรรมเกิดกิจกรรมการเล่นอย่างสร้างสรรค์ผ่านการเล่นในลักษณะต่างๆ คือ การเล่นผ่านการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัส การเล่นกับวัตถุ การเล่นเชิงสัญลักษณ์ และการเล่นบทบาทสมมุติ นอกจากนี้ผู้วิจัยนำหลักการ การเล่นบำบัดที่ผู้บำบัดควรปฏิบัติในการเล่นบำบัด 5 หลักการ ซึ่งได้แก่ 1) หลักการสร้างสัมพันธภาพ 2) หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก 3) หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา 4) หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และ 5) หลักการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) มาบูรณาการใช้กับนำแนวคิดการเล่นแบบเล่นร่วมกัน โดยลักษณะของกิจกรรมของโปรแกรมการเล่นบำบัด ประกอบด้วยกระบวนในแต่ละกิจกรรมซึ่งได้แก่ กระบวนการขั้นนำ กระบวนการเล่นแบบไม่นำทาง กระบวนการเล่นแบบนำทาง และกระบวนการขั้นสรุปกิจกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการทั้ง 5 กระบวนการมีการศึกษาและมีข้อมูลสนับสนุนที่สอดคล้องดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (building the relation) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น เพื่อนำไปสู่การไว้วางใจในกระบวนการเล่นบำบัดที่จะทำให้เด็กยอมรับและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ซึ่งจากการศึกษาวิจัยของอุลัยวรรณ์ (2555) เรื่อง ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญาและภาษาของเด็กออทิสติก มีการจัดกิจกรรม ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยการเล่นแบบสร้างสัมพันธภาพ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โดยใช้กิจกรรม เกมมารู้จักกันเถอะ และเกมตัวของฉัน เช่นเดียวกับการศึกษาของเสาวนีย์ (2552) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาล มีการจัดกิจกรรมในระยะเตรียมการและสร้างสัมพันธภาพ 2 ครั้ง เวลา 30-45 นาที โดยเป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการเล่นบำบัดในเด็กออทิสติกกับครอบครัว และการเล่นแบบเรียนรู้ตัวตน และงานวิจัยของติชิลา (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น มีการจัดกิจกรรม เรารู้จักกันหรือยัง เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้เรื่องอารมณ์ เช่นเดียวกับงานวิจัยของกนกวรรณ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีการจัดกิจกรรม สานสัมพันธ์สร้างสรรค์ลายเส้น ซึ่งเป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กสมาธิสั้น

สำหรับกิจกรรมในโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมาเป็นกิจกรรมหนึ่ง ก่อนการเริ่มกิจกรรม ซึ่งในขั้นการสร้างสัมพันธภาพดำเนินกิจกรรมโดยใช้ระยะเวลา 5-10 นาที เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะทำให้เด็กได้มีการสื่อสารพูดคุยกับเพื่อน และผู้บำบัด ทำให้เด็กเกิดความกล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อถูกซักถามหรือเมื่อมีข้อสงสัย จึงทำให้เด็กมีทักษะการสื่อสารและทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น

2) การรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก (empathic recognition and reflection of feelings) คือ การสะท้อนความรู้สึกถึงการกระทำหรือพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่ปฏิบัติกิจกรรมเป็นสิ่งที่ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งจากการศึกษา พบว่าจากการศึกษาพบว่า แฮนเซน, มิสเลอร์และโอเวน (Hansen, Meissler, & Oven, 2000) กล่าวว่า แนวคิดเรื่องความรู้สึกควรเริ่มต้นสร้างความรู้สึกที่ทำให้เด็กได้ตระหนักรู้ในสิ่งที่คิดหรือกระทำ ซึ่งจะทำให้เด็กได้กล้าแสดงออกทางความคิดในทิศทางที่เหมาะสมกิจกรรมที่เหมาะกับการสะท้อนถึงความรู้สึก เช่น การแสดงบทบาทสมมุติ การใช้ดนตรีในการบำบัด การใช้สีในการบำบัด รวมถึงการพูดแสดงความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของติชิลา (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ลักษณะของการดำเนินกิจกรรม คือ จัดกิจกรรม 4 ครั้งมีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรม

ผู้วิจัยมีการพูดคุย ซักถามให้เด็กแสดงความคิดเห็นและการสะท้อนความรู้สึกในกิจกรรม ความรู้สึกเมื่อเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษางานวิจัยของญาณี (2552) จัดกิจกรรมการเล่นอิสระภายใต้การชี้นำ ลักษณะกิจกรรมจัดให้ครูเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม และพูดคุยสะท้อนสิ่งที่เด็กพูดและเล่นออกมา ซึ่งจะทำให้เด็กได้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองพูดและกระทำกิจกรรม

สำหรับกิจกรรมในโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ผู้วิจัยจัดกิจกรรมในขั้นตอนสรุปกิจกรรมทุกครั้ง โดยดำเนินการซักถามถึงการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง กิจกรรมการสะท้อนความรู้สึกจะทำให้เด็กได้สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดของเด็ก สะท้อนถึงความรู้สึกในการทำกิจกรรม ซึ่งจะทำให้เด็กมีทักษะการสื่อสารกับเพื่อนและผู้บำบัด และทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรม

3) การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก (respecting the child's ability to solve problem) ผู้บำบัดต้องเคารพในความสามารถของเด็กอย่างแท้จริงว่าเด็กสามารถแก้ไขปัญหาเองได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำ โดยเด็กเป็นผู้เลือกที่จะทำและเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและตำรา พบว่า งานวิจัยของอัจจิมา (2552) ที่ศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติกที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นแบบร่วมมือ พบว่ากิจกรรมที่ทำให้เด็กสามารถแก้ไขปัญหาได้แก่ กิจกรรม จิกซอร์ มหัศจรรย์ สอดคล้องกับคู่มือการเรียนการสอนเด็กสมาธิสั้น (Wolf, 2008) กล่าวว่า กิจกรรมบิงโก สามารถทำให้เด็กแก้ไขปัญหาได้ และกิจกรรมโดมิโน (ศรีเรือน, 2558) เช่นเดียวกับการศึกษาของแจ่มจันทร์ (2552) กล่าวว่ากิจกรรมการเล่นเกมเป็นกิจกรรมที่ฝึกให้เด็กรู้จักวางแผนการกระทำและวางแผนการภายใต้กฎกติกา สามารถทำให้เข้าใจถึงความคิดและทัศนะของผู้อื่น นอกจากนี้ยังช่วยฝึกด้านความคิดสติปัญญา เช่น เกมบิงโก เกมเศรษฐี เป็นต้น นอกจากนี้การเล่นเป็นการวางแผนในการกำหนดโครงสร้างของบางสิ่งตามที่ติดหรือจินตนาการให้เกิดเป็นรูปร่างปรากฏตามที่ต้องการ เช่น เด็กอาจนำบล็อกไม้สร้างเป็นตึกหรือบ้านตามที่เขาต้องการ การเขียนภาพระบายสี การปั้นดินน้ำมัน การประดิษฐ์วัสดุ เป็นต้น

สำหรับกิจกรรมในโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้นำกิจกรรมเกมการเล่น คือ กิจกรรมจิกซอร์ และเกมบิงโก มาใช้จัดกิจกรรมการเล่น เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาการเล่นด้านสติปัญญาและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ซึ่งนอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการรับผิดชอบ ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ

4) การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม (letting the child lead the way) เป็นหลักการที่ผู้บำบัด ให้เด็กดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น เป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำหรือ การแนะนำตามขั้นตอน จะทำให้เด็กรู้สึก

เป็นอิสระและจะแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก ซึ่งจากการศึกษาของแฮนเซน, มิสเลอร์และโอเวน (Hansen, Meissler, & Oven, 2000) กล่าวว่า ผู้บำบัดควรเริ่มต้นสร้างความรู้สึกที่ทำให้เด็กรับรู้ว่าไม่มีการเปรียบเทียบความแตกต่าง เด็กทุกคนควรได้รับโอกาสและสิทธิที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เด็กได้รับรู้ถึงอิสระและกล้าแสดงออกในทิศทางที่เหมาะสมซึ่งการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ กิจกรรมสถานการณ์จำลอง กิจกรรมการวาดภาพและระบายสี เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจจิมา (2552) ที่ดำเนินการจัดกิจกรรมการเล่นสมมุติแบบร่วมมือ และสอดคล้องกับการศึกษาของญาณี (2552) ที่ดำเนินการจัดกิจกรรมการแสดงละคร ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่ให้เด็กได้สามารถดำเนินการเล่นและแสดงออกถึงตัวตนของเด็กได้

สำหรับกิจกรรมในโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้นำกิจกรรม คือ กิจกรรม เราจะอยู่อย่างไร ให้มีความสุข มาใช้จัดกิจกรรมการเล่น เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมการเล่นแบบการเล่านิทาน ที่สะท้อนถึงพฤติกรรมของตัวละคร จะทำให้เด็กสามารถตระหนักถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของตัวละคร เป็นกิจกรรมที่ทำให้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก พัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจ พัฒนาด้านภาษาและพัฒนาการเล่นด้านสติปัญญาตลอดจนความสามารถในการแก้ไขปัญหา ซึ่งนอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม และทักษะการควบคุมตนเอง

5) การกำหนดขอบเขตของกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริง (the importance of limits) ผู้บำบัดต้องเป็นผู้กำหนดขอบเขตที่จำเป็นเพื่อให้การบำบัดสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง การศึกษาของแจ่มจันทร์ (2552) กล่าวว่า ในการเล่นของเด็กแต่ละคน ความใช้เวลาการเล่นในระยะเวลา 30 นาทีต่อการเล่นแต่ละครั้ง สำหรับเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไปสามารถอยู่ในขั้นตอนการบำบัดได้ 50 นาที สำหรับระยะเวลาในการบำบัด เด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์เล็กน้อยสามารถได้รับการบำบัดเพียง 3-4 ครั้ง ก็สามารถทำให้เด็กสามารถสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้เป็นปกติ หรือในเด็กบางคนที่มีความผิดปกติทางจิตค่อนข้างรุนแรงอาจต้องได้รับการบำบัดถึง 8 ครั้งหรือมากกว่าดังนั้นการกำหนดระยะเวลาจึงขึ้นอยู่กับลักษณะและอาการของเด็ก จากการทบทวนวรรณกรรมและตำรา พบว่า กำหนดขอบเขตที่จำเป็นเพื่อให้การบำบัดสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง พบในกิจกรรม กิจกรรมเล่นของเล่น การเล่นกับสื่อ การเล่นสลับบทบาทตามกติกา (เสาวนีย์, 2556) ซึ่งในโปรแกรมการเล่นบำบัด เป็นการกำหนดระยะเวลา 30 นาที

สำหรับกิจกรรมในโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเล่นที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทาง มาบูรณาการร่วมกับกระบวนการที่ผู้บำบัดความปฏิบัติ และกำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมใช้เวลาสัปดาห์ละ1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ในทุกกิจกรรมการเล่นบำบัด ก่อนและหลังทำการกิจกรรมการเล่นบำบัด ผู้วิจัยจัดเวลาสำหรับ การเล่นอย่างอิสระ (free play)

ประมาณ 15 นาที เพื่อให้เด็กมีอิสระในการเล่น โดยการนำของเล่น เช่น ตัวต่อบล็อกไม้ ตัวต่อเลโก้ มาใช้ในกิจกรรมการเล่นอย่างอิสระ

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคสมาธิสั้น มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน มีอาการแสดง คือ สมาธิสั้นหรืออาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซนหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) อาการหุนหันพลันแล่นหรือยับยั้งควบคุมตนเองไม่ได้ (impulsivity) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมองที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ที่ส่งผลต่อการเรียน การทำงาน การเข้าสังคม และการดำเนินชีวิต พฤติกรรมเหล่านี้พบก่อนอายุ 7 ปีเกิดขึ้นต่อเนื่องกันเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป สาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากด้าน ทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบประสาท สารเคมีของระบบประสาท สาเหตุก่อนคลอด สาเหตุทางจิตสังคม สาเหตุทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน คือ การรักษาด้วยยา และจิตสังคมบำบัด โดยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในการมีส่วนร่วมในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาในการควบคุมตนเองเพราะไม่สามารถที่จะบังคับตัวเองได้ การทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนและก็จะถูกปฏิเสธออกจากกลุ่ม ปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นขาดทักษะทางสังคม ซึ่งพฤติกรรมการแสดงออกที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของแคททานัท (Cattanach, 2003) แนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (collaborative play therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทาง และนำหลักการที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการจัดกิจกรรมการเล่นบำบัด ตามแนวคิดของแอ๊กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) โดยนำหลักปฏิบัติของผู้บำบัดมาใช้ในการวิจัย 5 หลักการดังนี้ คือ 1) หลักการสร้างสัมพันธภาพ 2) หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก 3) หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา 4) หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และ 5) หลักการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและนำมาสร้างเนื้อหา เป็นโปรแกรมการเล่นบำบัด รูปแบบการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง โดยกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม ผู้วิจัยจะประเมินทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 6 ด้าน ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด และเพื่อเปรียบเทียบทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดและเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติโดยแบบกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดแบบเด็กเป็นศูนย์กลางและได้รับการจัดการตามปกติ

กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่รับการจัดการตามปกติ มีแบบแผนการทดลองดังนี้

O_1	x_1	O_2	กลุ่มทดลอง
O_3		O_4	กลุ่มควบคุม

O_1 O_3 หมายถึง คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

O_2 O_4 หมายถึง คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

x_1 หมายถึง โปรแกรมการเล่นบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กสมาธิสั้นมีช่วงอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงเดือนมีนาคม 2560 จำนวน 150 คน (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลอ่างทอง, ข้อมูล ณ วันที่ 3 มีนาคม 2562)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก ที่มีอายุ 7-11 ปี โดยมารับการรักษาที่คลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 60 คน โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10)

2. เด็กมีอายุระหว่าง 7 -11 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. ไม่มีโรคทางจิตเวชและโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน จากความเจ็บป่วยทางกายอื่นร่วม ได้แก่ ลมชัก หอบหืด เป็นต้น

4. คัดกรองจากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น โดยมีคะแนนด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Swanson Nolan and Pelham Questionnaire: SNAP-IV) โดยมีคะแนนข้อ 10-18 ได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป ซึ่งหมายถึง มีความเสี่ยงของอาการซน อยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. เด็กมีปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย

2. เด็กเข้าร่วมทำกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอนตามที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการหาขนาดตัวอย่างของงานวิจัย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent sample) ซึ่งการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของโพลิสและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาได้แก่งานวิจัยของอุลัยวรรณ์ (2555) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก ซึ่งคำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 2.24 ซึ่งในงานวิจัยทางการพยาบาลหากมีค่าขนาดอิทธิพล

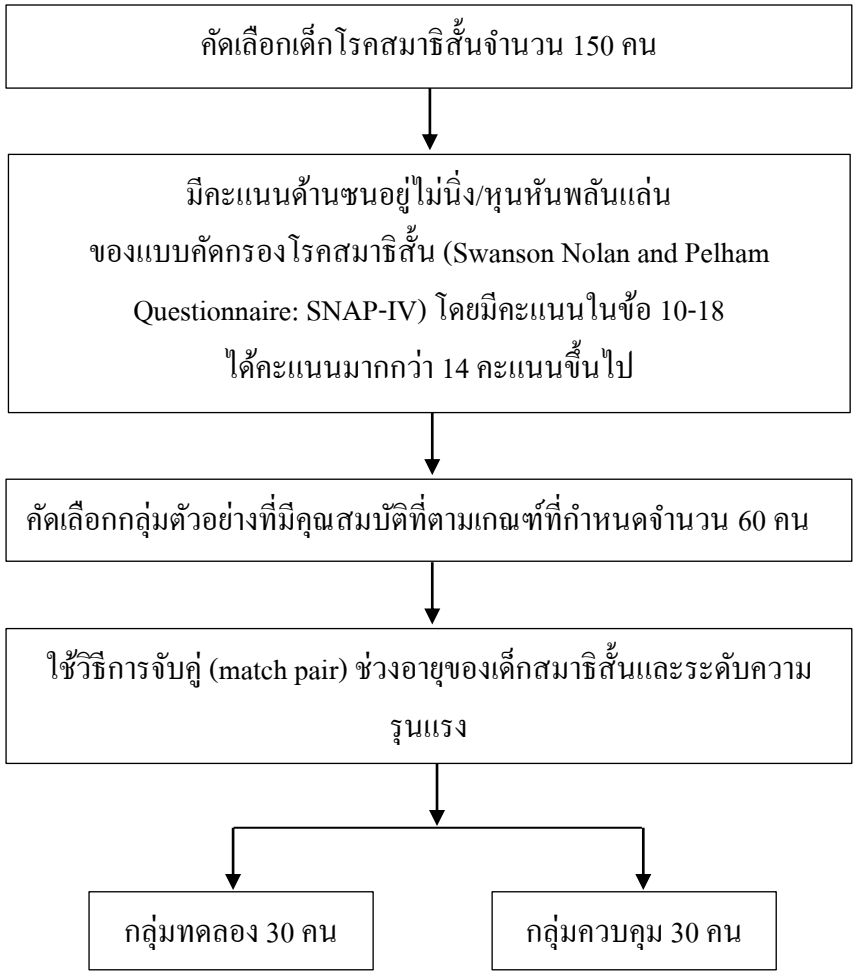
ของกลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่า .30 มีผลทำให้อำนาจการทดสอบต่ำ (บุญใจ, 2553) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .60 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในงานวิจัยกึ่งทดลอง ที่ทำให้มีโอกาสเกิดการผิดพลาดในการศึกษาน้อยที่สุดควรมีขนาดกลุ่มละ 25 คน (Polit & Beck, 2012) เพื่อคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดการสูญหายผู้วิจัยจึงเพิ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 30 คน

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ากลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (purposive sampling) จำนวน 60 คน ดังนี้

1. เด็กโรคสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น ที่มีคะแนนด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Swanson Nolan and Pelham Questionnaire: SNAP-IV)โดยมีคะแนน ข้อ 10-18 ได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป ซึ่งหมายถึง มีความเสี่ยงของอาการซน อยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น

2. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ ให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันและเป็นไปได้มากที่สุดโดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (match pair) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าได้จำนวน 150 คน แล้วจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และแบ่งเกณฑ์การจับคู่ ในเรื่อง อายุของเด็กสมาธิสั้นและระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โดยมีคะแนนด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น ที่มีคะแนนในข้อ 10-18 โดยได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป ซึ่งหมายถึง มีความเสี่ยงของอาการซน อยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น



ภาพ 2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการเล่นบำบัด เป็นโปรแกรมที่เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเล่นบำบัดของแคททานัท (Cattanach, 2003) แนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (collaborative play therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาบูรณาการใช้กับหลักการการเล่นบำบัดที่ผู้บำบัดควรปฏิบัติทั้ง 5 หลักการ คือ หลักการสร้างสัมพันธภาพ หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และหลักการกำหนด

ขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และนำมาสร้างเนื้อหา เป็นโปรแกรมการเล่นบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรม “เล่นเกมส์ สนุกกัน” 2) กิจกรรม “เรียนรู้ แบ่งปันเล่น” 3) กิจกรรม “เล่นเกมส์ สุขสันต์” และ 4) กิจกรรม “สถานการณ์ ช่วยกันคิด”รูปแบบการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เรามารู้จักกันเถอะนะ” ดำเนินกิจกรรม 60 นาที

กิจกรรมเรามารู้จักกันเถอะนะ เป็นกิจกรรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “หุ่นมือสัตว์น้อย” โดยผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้เด็กทำหุ่นมือสัตว์ชนิดต่างๆ ให้เด็กเลือกทำตามความต้องการ และใช้จินตนาการสร้างสรรค์ผลงาน และให้นำเสนอผลงานของตนเอง โดยให้เล่าประวัติของตนเองผ่านการเล่นเชิงสัญลักษณ์ด้วยหุ่นมือสัตว์น้อย หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความคิดเห็นและความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาใช้แบบผสมผสาน

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ตัวฉันเป็นอะไร” ดำเนินกิจกรรม 60 นาที

กิจกรรม ตัวฉันเป็นอะไร เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “บิงโก อารมณ์ของฉัน” ผู้วิจัยให้เด็กเล่นเกมส์บิงโก ซึ่งอุปกรณ์คือ ตัวบิงโกเป็นบิงโกที่แสดงรูปอารมณ์ต่าง ๆ โดยผู้วิจัยให้เด็กสุ่มจับตัวบิงโก พร้อมบอกลักษณะอารมณ์ ว่าตนเองเคยมีอารมณ์ดังภาพหรือไม่ ให้เด็กเล่นเกมส์ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีผู้ชนะ คือ ผู้ที่สามารถวางตัวบิงโกได้ตามแนวที่กำหนด เช่น แนวตั้ง แนวนอน แนวทแยงได้ก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยและสอบถามความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” ดำเนินกิจกรรม 60 นาที

กิจกรรม ช่วยคิดช่วยแก้ไข เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” ผู้วิจัยให้เด็กทำกิจกรรมต่อจิ๊กซอร์โดยช่วยกันทำเป็นคู่ ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและแนะนำวิธีการต่อจิ๊กซอร์ และให้เด็กช่วยกันต่อจิ๊กซอร์จนเสร็จ จากนั้นให้เด็กนำเสนอผลงานของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” ดำเนินกิจกรรม 60 นาที

กิจกรรม เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้เด็กทำกิจกรรม “นิทานแสนสนุก” โดยผู้วิจัยให้เด็กเลือกนิทานที่อยากฟัง โดยผู้วิจัยเล่านิทานให้เด็กหลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยและสอบถามความคิดเห็นของเด็ก ถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่ตัวและครแสดงออกมา และฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมุติ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ในทุกกิจกรรมการเล่นบำบัด ก่อนและหลังทำการกิจกรรมการเล่นบำบัด ผู้วิจัยจัดเวลาสำหรับ การเล่นอย่างอิสระ (free play) ประมาณ 15 นาที เพื่อให้เด็กมีอิสระในการเล่นโดยการนำของเล่น เช่น ตัวต่อบล็อกไม้ ตัวต่อเลโก้ มาใช้ในกิจกรรมการเล่นอย่างอิสระ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก สมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ประวัติสุขภาพ ประวัติพัฒนาการ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น และข้อมูลผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัว

2. แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) มีจำนวน 15 ข้อ โดยมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

5 หมายถึง มีความถี่ของการแสดงทักษะทางสังคมบ่อยมาก
4 หมายถึง มีความถี่ของการแสดงทักษะทางสังคมบ่อย
3 หมายถึง มีความถี่ของการแสดงทักษะทางสังคมบางครั้ง
2 หมายถึง มีความถี่ของการแสดงทักษะทางสังคมไม่บ่อย
1 หมายถึง มีความถี่ของการแสดงทักษะทางสังคมไม่ปรากฏ

3. แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) ซึ่งประกอบด้วยทักษะทางสังคม 6 ด้าน ได้แก่

1) ทักษะการสื่อสาร มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ สามารถสื่อสารทักทายกับเพื่อนด้วยคำพูดที่สุภาพและท่าทีที่เป็นมิตร และสามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิด

2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ สามารถให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรม มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของตนจนงานกลุ่มสำเร็จ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เพื่อนในกลุ่มทำกิจกรรมจนงานกลุ่มสำเร็จ

3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้วิจัยให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถาม มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อตนเองมีข้อสงสัย ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และมีการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในการทำกิจกรรม

4) ทักษะการรับผิดชอบ มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ มีความรับผิดชอบในร่วมทำกิจกรรมจนสำเร็จ มีความรับผิดชอบในการเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเลิกเล่น และมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงของกลุ่ม

5) ทักษะการควบคุมตนเอง มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ ในการแบ่งปันของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ หรือเต็มใจให้เอง และสามารถควบคุมตนเองในการผลัดเปลี่ยนของเล่น หรืออุปกรณ์กับเพื่อน และการหยุดคอยเพื่อนเล่นก่อนจนกว่าจะถึงลำดับของตน

6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือเพื่อนเมื่อเพื่อนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ และสามารถอาสาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ

แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เป็นการบันทึกในรูปแบบระดับคุณภาพของทักษะทางสังคม จำแนกออกเป็น 3 ระดับคะแนน คือ

ช่องระดับ 0 คะแนน	บันทึกเมื่อเด็กไม่แสดงทักษะสังคมหรือปฏิเสธที่จะทำ
ช่องระดับ 1 คะแนน	บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมภายใต้การช่วยเหลือของผู้วิจัย
ช่องระดับ 2 คะแนน	บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมด้วยตนเอง

ช่วงเวลาที่ใช้ในการสังเกต เป็นช่วงเวลาที่ใช้ตั้งแต่เริ่มดำเนินกิจกรรมจนสิ้นสุดกิจกรรม ระยะเวลา 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 แล้วนำคะแนนทั้ง 4 ครั้งมารวมกันและแปลผลระดับคะแนน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนและเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนน ดังนี้

ระดับ 00.00 - 10.00 คะแนน หมายถึง เด็กมีทักษะทางสังคมระดับน้อย

ระดับ 11.00 – 20.00 คะแนน หมายถึง เด็กมีทักษะทางสังคมระดับปานกลาง

ระดับ 21.00 – 30.00 คะแนน หมายถึง เด็กมีทักษะทางสังคมระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น และข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง 2) แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง และ 3) แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานทางด้านการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวชเด็ก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับเนื้อหาในกิจกรรมการเล่นบำบัดให้มีความชัดเจน ในส่วนของแบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองและแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ได้มีการแก้ไขเนื้อหาในข้อคำถามบางหัวข้อที่มีลักษณะคำถามที่สอดคล้องกันรวมกันเป็นข้อเดียว ปรับภาษาให้กระชับและมีความชัดเจนมากขึ้น โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่าได้เท่ากับ .86

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือใหม่ เนื่องจากเป็นการนำมาใช้สังเกตเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างและอายุแตกต่างจากงานวิจัยเดิม การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือนำไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตโดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Inter-rater reliability: IRR) โดยหาค่าเปอร์เซ็นต์ของความสอดคล้อง (Agreement) ระหว่างผู้สังเกต 2 คน พบว่าได้เท่ากับร้อยละ 90 ซึ่งเป็นค่าที่มีความสอดคล้องมาก (บุญใจ, 2555) ส่วนแบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะขอผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจของภาษาและความเที่ยงของแบบประเมิน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

3. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการเล่นบำบัด

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเด็กสมาธิสั้นในคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 10 คน เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหา วิธีการ ระยะเวลาที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในการทดลอง ซึ่งพบว่า เนื้อหาและวิธีการมีความเหมาะสม ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมแต่ละครั้งความอยู่ที่ 60 นาที จึงนำโปรแกรมมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมและทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเล่นบำบัดของแคททานัท (Cattanach, 1994) และ

การศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมการเล่นบำบัด โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองกับเด็กสมาธิสั้นจำนวน 10 คน โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อนำไปสู่การวิจัยที่ถูกต้อง

1.2 ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวเองในเรื่องความรู้ในการเล่นบำบัด (Play Therapy) และวิธีการจัดกิจกรรม โดยไปศึกษาและสังเกตการจัดกิจกรรมในเด็กสมาธิสั้นกับพยาบาลบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และนักกิจกรรมบำบัดที่โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และโรงพยาบาลอ่างทองเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อเรียนรู้ทักษะและวิธีการจัดกิจกรรม

1.3 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อตรวจสอบด้านจริยธรรมในการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เสนอต่อคณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลอ่างทอง และข้อความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวชมีความยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในทุกขั้นตอนของการดำเนินโปรแกรมผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในการให้โปรแกรม

1.7 ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ ที่ใช้ในการทำกิจกรรม โดยใช้ห้องทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดของคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและจำนวนของกลุ่มประชากรทั้งหมด แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 60 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า

จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับความรุนแรงของเด็กสมาธิสั้น และจับคู่เหมือน (match pair) โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ คือเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองจะได้รับการรักษา ได้รับคำแนะนำ และกิจกรรมที่พยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพให้การรักษา ได้แก่ การซักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องยา คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด ในคลินิกปลูกคิดโรงพยาบาลอ่างทอง และการทดลองในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง แนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงในการยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาเด็กสมาธิสั้น

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ประวัติสุขภาพ ประวัติ พัฒนาการ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น และข้อมูลผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัวและประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งแบ่งกลุ่มควบคุมออกเป็น กลุ่มละ 5-6 คน จำนวน 6 กลุ่ม โดยผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยร่วมกันกำหนดวัน เวลา ที่สะดวก ได้แก่ วันอังคาร เวลา 08.00 - 09.00 น. และ เวลา 13.00 -14.00 น.

3. ผู้วิจัยนัดผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลังสิ้นสุดการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งแต่ละกลุ่มจะประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลอง ห่างกัน 4 สัปดาห์

4. เด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม ในขณะที่ผู้ปกครองทำการประเมินแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะมีการจัดกิจกรรมการเล่นอย่างอิสระ (free play) เพื่อประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในขณะทำกิจกรรม โดยใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล ซึ่งจะประเมินก่อนและหลังเช่นเดียวกับการทำแบบประเมินทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ซึ่งทำการทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละ 60 นาทีและได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับคำแนะนำ และกิจกรรมที่พยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพให้การรักษา ได้แก่ การซักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องยา คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด ในคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง และการทดลองในกลุ่มทดลองผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง แนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงในการยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาเด็กสมาธิสั้น

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ประวัติสุขภาพ ประวัติ พัฒนาการ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น และข้อมูลผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัวและประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

3. ผู้วิจัยทำการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น กลุ่มละ 4-5 คน รวมจำนวน 7 กลุ่ม แต่ละกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที กำหนดเวลาในการทำกลุ่ม คือ ทุกวันจันทร์และวันพุธ เวลา 08.00 - 09.00 น. และเวลา 13.00-14.00 น. สถานที่ในการทำกิจกรรม คือ ห้องกิจกรรมบำบัดในคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง กิจกรรมแต่ละครั้งมีดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “ เรามารู้จักกันเถอะนะ ”

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ ตัวฉันเป็นอะไร ”

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ ช่วยคิด ช่วยแก้ไข ”

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “ เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข ”

ซึ่งแต่ละกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีสมาชิก 5 คน เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองครบทั้งโปรแกรม

กลุ่มที่ 2 มีสมาชิก 5 คน เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 1 คน คงเหลือสมาชิก 4 คน

กลุ่มที่ 3 มีสมาชิก 5 คน เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองครบทั้งโปรแกรม

กลุ่มที่ 4 มีสมาชิก 5 คน เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 1 คน คงเหลือสมาชิก 4 คน

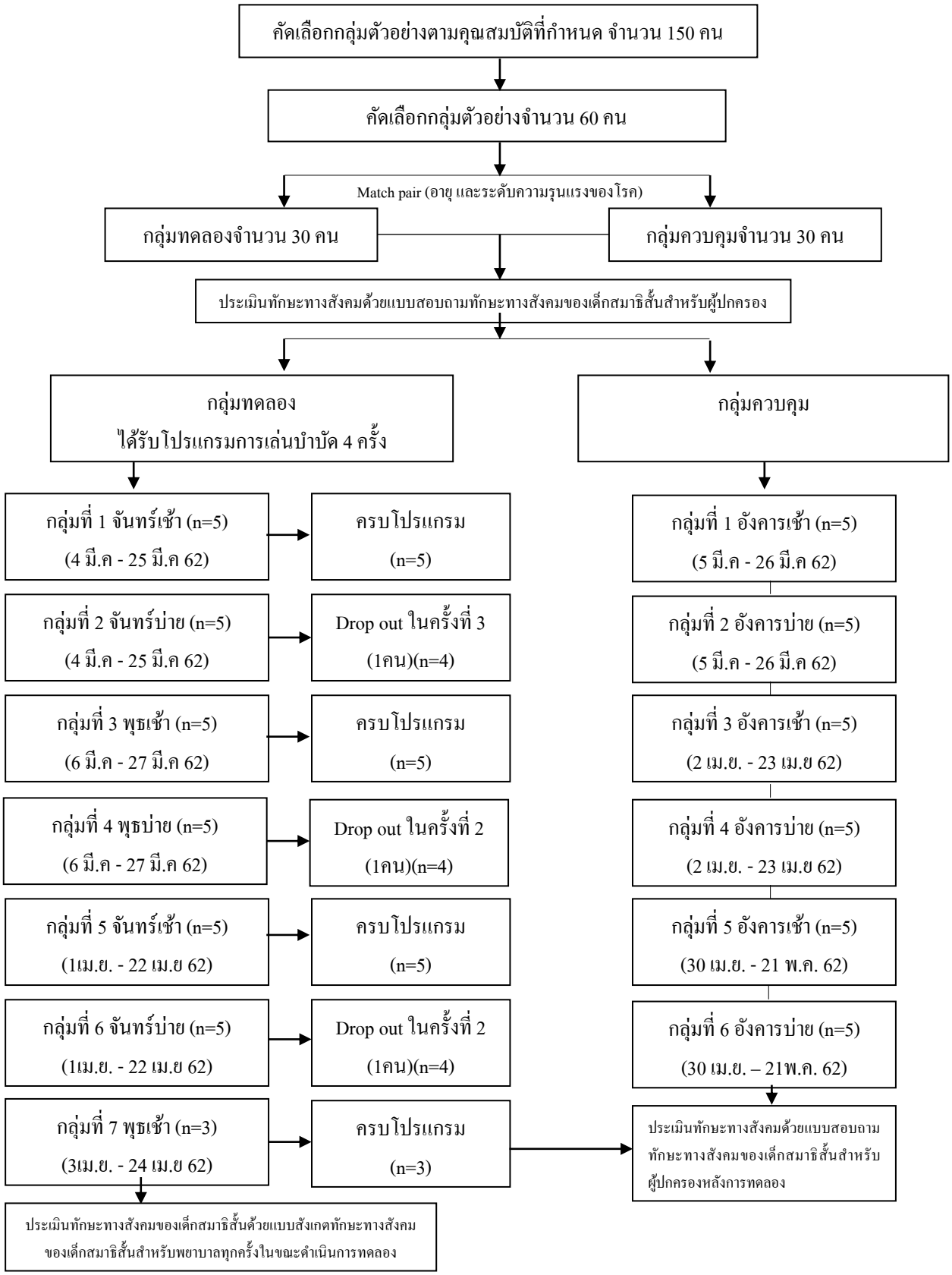
กลุ่มที่ 5 มีสมาชิก 5 คน เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองครบทั้งโปรแกรม

กลุ่มที่ 6 มีสมาชิก 5 คน เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 1 คน คงเหลือสมาชิก 4 คน

ซึ่งสมาชิกที่เข้าร่วมในการทดลองทั้งหมด 6 กลุ่ม รวม 27 คน ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมการทดลองเพิ่มอีก 1 กลุ่ม โดยมีสมาชิกที่เข้าร่วมการทดลอง 3 คน ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองครบทั้งโปรแกรม จึงมีกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน

5. ระหว่างการทดลองในทุกกิจกรรมพยาบาลสังเกตการณ์ที่เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยจะประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในขณะทำกิจกรรมทุกครั้งรวม 4 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล จากนั้นนำคะแนนทั้ง 4 ครั้งมารวมกันและแปลผลระดับคะแนน

6. ผู้วิจัยนัดผู้ปกครองของกลุ่มทดลอง ประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง หลังสิ้นสุดการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง



หมายเหตุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การบำบัดตามการรักษาของแพทย์ตลอดการทดลอง

ภาพ 3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิและการเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยขออนุมัติต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศธ 0521.1.05/2090 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลอ่างทอง เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2562 การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างกระทำโดยผ่านพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ของคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง แนะนำและเชิญชวนผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ขณะที่มีรับการรักษาและเชิญชวนทางโทรศัพท์ โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด เมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นและกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว อธิบายขั้นตอน วัตถุประสงค์ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา การตอบรับ หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้น อีกทั้งข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การทะเลาะเบาะแว้งในเด็กในขณะทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขโดยการแยกเด็กออกจากกลุ่มและให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวซ้ำ รวมถึงการสอบถามความรู้สึกที่ได้แสดงพฤติกรรมดังกล่าวออกมา เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงเหตุผลของการกระทำและการแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ผลต่อให้บริการใดๆ จากเจ้าหน้าที่ และระหว่างดำเนินวิจัย หากเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือทันทีในระยะแรกและดูแลต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น หากมีอาการมากขึ้นกว่าเดิม ผู้วิจัยจะส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านทันที และในส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะทำการดำเนินการจัดการทดลองให้แก่กลุ่มควบคุมที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการทะเลาะเบาะแว้งโดยปากเสียงแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บในขณะทำกิจกรรมบางกิจกรรม แต่ผู้วิจัยสามารถให้การดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีโดยการแยกเด็กออกจากกันและสลับกลุ่มกัน และเด็กสามารถดำเนินกิจกรรมได้จนเสร็จสิ้นกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมจากการทดลองโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ประวัติสุขภาพ ประวัติ พัฒนาการ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น และการรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที โดยการตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงดังนี้

2.1 ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรที่อยู่ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ตัวแปรตามมีระดับการวัดเป็นอันตรภาคชั้นหรืออัตราส่วน

2.2 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยคำนวณ skewness/standard error และ kurtosis/standard error พบว่า คะแนนทักษะทางสังคมสำหรับผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ parametric ส่วนคะแนนทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลที่ไม่เป็นโค้งปกติโดยมีค่ามากกว่า +/-3 ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สถิติ non-parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล (ภาคผนวก ค)

2.3 ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของข้อมูลคะแนนทักษะทางสังคม ทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ค่าความแปรปรวนของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ภาคผนวก ค)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมประเมินโดยผู้ปกครองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (pair t-test) และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมประเมินโดยพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมประเมินโดยผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมประเมินโดยพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-whitney u test

บทที่ 4
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้น มีช่วงอายุระหว่าง 7-11 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ในระหว่างการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดร่วมกับการรักษาพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรักษาพยาบาลตามปกติ โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

1. สมมุติฐานข้อที่ 1 เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะทางสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด
2. สมมุติฐานข้อที่ 2 เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะทางสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. **ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น**

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ประวัติสุขภาพ ประวัติ พัฒนาการ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง *(n=30)*	กลุ่มควบคุม *(n=30)*	χ^2	*p*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี) (I: Mean = 8.60, SD = 1.47, Min= 7, Max= 11)			2.24	.655
(C: Mean = 8.50, SD = 1.22, Min= 7, Max= 11)				
7 – 9 ปี	17 (56.7)	18 (60)		
9 ปี 1 วัน – 11 ปี	13 (43.3)	12 (40)		
เพศ			1.00	.317
เพศชาย	23 (76.7)	26 (86.7)		
เพศหญิง	7 (23.3)	4 (13.3)		
ระดับความรุนแรงของโรค			2.11	.834
(I: Mean = 16.13, SD = 1.54, Min= 14, Max= 19)				
(C: Mean =15.70, SD = 1.39, Min= 14, Max= 19)				

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง *(n=30)*	กลุ่มควบคุม *(n=30)*	χ^2	*p*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา			10.06	.039
ประถมศึกษาตอนต้น	22 (73.3)	19 (63.3)		
ประถมศึกษาตอนปลาย	8 (26.7)	11 (36.7)		
ประวัติสุขภาพ			.218	.640
สุขภาพแข็งแรง	27 (90)	28 (93.3)		
มีโรคประจำตัว	3 (10)	2 (6.7)		
ประวัติพัฒนาการ			1.17	.278
ปกติ	24 (80)	27 (90)		
มีปัญหาด้านพัฒนาการ	6 (20)	3 (10)		
ระยะเวลาการป่วย (Mean = 2.10, SD = .969, Min= 1, Max= 4)			5.81	.121
1 ปี	12 (40)	5 (16.7)		
2 ปี	10 (33.3)	18 (60)		
มากกว่า 2 ปี	8 (26.7)	7 (23.3)		

จากตาราง 1 พบว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 7-9 ปี ร้อยละ 56.7 อายุ 9 ปี 1 วัน - 11 ปี ร้อยละ 43.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 และเพศหญิง ร้อยละ 23.3 ส่วนระดับการศึกษาพบว่า กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 73.3 กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.7 ประวัติด้านสุขภาพพบว่า มีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวร้อยละ 10 ส่วนประวัติพัฒนาการ มีพัฒนาการปกติเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีปัญหาด้านพัฒนาการ ร้อยละ 20 ส่วนการได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นใน 1 ปี ร้อยละ 40 ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นใน 2 ปี ร้อยละ 33.3 ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 26.7

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม มีอายุ 7 - 9 ปี ร้อยละ 60 อายุ 9 ปี 1 วัน - 11 ปี ร้อยละ 40 เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.7 และเพศหญิง ร้อยละ 13.3 ระดับการศึกษาพบว่า กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.3 กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.7 ประวัติด้านสุขภาพ พบว่า มีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 93.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 6.7 ประวัติพัฒนาการ มีพัฒนาการปกติเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีปัญหาด้านพัฒนาการ ร้อยละ 10 ส่วนการได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นใน 1 ปี ร้อยละ 16.7 ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นใน 2 ปี ร้อยละ 60 และได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 23.3

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า เด็กสมาธิสั้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ในด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติสุขภาพ ประวัติพัฒนาการ และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อทักษะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (N=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง *(n=30)*	กลุ่มควบคุม *(n=30)*	χ^2	*p*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี) (I: Mean = 40.60, SD = 9.40, Min= 25, Max= 67)			16.01	.915
(C: Mean =39.73, SD = 6.88, Min= 29, Max= 55)				
21-40 ปี	19 (63.3)	18 (60)		
41-60 ปี	10 (33.3)	12 (40)		
60 ปีขึ้นไป	1 (3.3)	0		
เพศ			.00	1.00
เพศชาย	2 (6.7)	2 (6.7)		
เพศหญิง	28 (93.3)	28 (93.3)		
ศาสนา			.00	1.00
พุทธ	30 (100)	30 (100)		
สถานภาพ			1.05	.589
โสด	1 (3.3)	0		
สมรส	21 (70)	21 (70)		
หม้าย/หย่า/แยก	8 (26.7)	9 (30)		
ระดับการศึกษา			3.15	.532
ประถมศึกษา	8 (26.7)	6 (20)		
มัธยมศึกษา	17 (56.7)	16 (53.3)		
อาชีวศึกษา	4 (13.3)	5 (16.7)		
ปริญญาตรี	1 (3.3)	3 (10)		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง *(n=30)*	กลุ่มควบคุม *(n=30)*	x^2	*p*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ			2.10	.910
รัฐวิสาหกิจ	1 (3.3)	0		
รับจ้าง	10 (33.3)	9 (30)		
ธุรกิจส่วนตัว	3 (10)	6 (20)		
เกษตรกรรม	3 (10)	3 (10)		
ค้าขาย	10 (33.3)	9 (30)		
ไม่ได้ทำงาน	2 (6.7)	2 (6.7)		
อื่น ๆ	1 (3.3)	1 (3.3)		
รายได้ (Mean = 10808.33, SD = 7498.07, Min= 0, Max= 50,000)			2.40	.998
ไม่มีรายได้	2 (6.7)	2 (6.7)		
3,000 - 10,000 บาท	19 (63.3)	19(63.3)		
10,001 - 20,000 บาท	8 (26.7)	8 (26.7)		
20,001 - 30,000 บาท	0	1 (3.3)		
30,001 - 40,000 บาท	1 (3.3)	0		
ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น			.132	.936
บิดา	1 (3.3)	1 (3.3)		
มารดา	24 (80)	25 (83.3)		
ญาติ เช่น ตา, ยาย, น้า	5 (16.7)	4 (13.3)		
สัมพันธภาพในครอบครัว			.00	1.00
สัมพันธภาพดี	12 (40)	12 (40)		
ขัดแย้งกันเล็กน้อย	18 (60)	18 (60)		

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุระหว่าง 21-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 33.3 ด้านศาสนา พบว่า ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ100 ด้านสถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 26.7 ระดับการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีการประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาเกษตรกรรมและธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนรายได้ของครอบครัวมีรายได้อยู่ในช่วง 3,000 - 10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมา 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.7 ด้านความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็ก คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมามีความสัมพันธ์เป็นญาติ คิดเป็นร้อยละ 16.7 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า มีขัดแย้งกันเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 60 และมีสัมพันธภาพดี คิดเป็นร้อยละ40

ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ปกครองเด็กของสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.3 มีอายุระหว่าง 21- 40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาอายุระหว่าง 41- 60 ปี ร้อยละ40 ด้านศาสนาพบว่า ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านสถานภาพพบว่า มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20 มีอาชีพรับจ้างและค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนรายได้ของครอบครัวมีรายได้อยู่ในช่วง 3,000 - 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมา 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.7 ในส่วนด้านความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็กมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมามีความสัมพันธ์เป็นญาติ คิดเป็นร้อยละ 13.3 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า มีขัดแย้งกันเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 60 และมีสัมพันธภาพดี คิดเป็นร้อยละ 40

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ในด้านอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นและสัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

สำหรับการทดสอบสมมุติฐาน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน คือ คะแนนทักษะทางสังคมจากการประเมินโดยผู้ปกครอง และคะแนนทักษะทางสังคมจากการประเมินโดยพยาบาล ดังนี้

1. สมมุติฐานข้อที่ 1 เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะทางสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) (N=30)

	n	คะแนนทักษะทางสังคม		*t*	*p*
		M	*SD*		
ก่อนการทดลอง	30	38.76	9.78	-18.57	.000
หลังการทดลอง	30	66.43	3.69		

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ประเมินโดยผู้ปกครอง หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (M=66.43, SD=3.69) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=38.76, SD=9.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-18.57, p<.001)

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N=30)

	n	คะแนนทักษะทางสังคม		*Z*	*p*
		Mdn	*ICQ*		
ก่อนการทดลอง	30	14.50	4.00	-4.85	.000
หลังการทดลอง	30	30.00	1.25		

จากตาราง 4 พบว่าค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (*Mdn*=30.00, *ICQ*=4.00) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (*Mdn*=14.50, *ICQ*=1.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z*=-4.85, *p*<.001)

ตาราง 5

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) (N=30)

	n	คะแนนทักษะทางสังคม		*t*	*p*
		M	*SD*		
ก่อนการทดลอง	30	36.56	9.40	1.045	.305
หลังการทดลอง	30	36.33	8.93		

จากตาราง 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม ประเมินโดยผู้ปกครอง ก่อนการทดลอง (*M*=36.56, *SD*=9.40) และหลังการทดลอง (*M*=36.33, *SD*=8.93) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t*=1.045, *p*>.05)

ตาราง 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (N=30)

	n	คะแนนทักษะทางสังคม		*Z*	*p*
		Mdn	*ICQ*		
ก่อนการทดลอง	30	13.00	5.00	-2.54	.101
หลังการทดลอง	30	12.00	5.25		

จากตาราง 6 พบว่าค่ามัธยฐานคะแนนของทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม ประเมินโดยพยาบาล ก่อนการทดลอง (*Mdn*=13.00, *ICQ*=5.00) หลังการทดลอง (*Mdn*=12.00, *ICQ*=5.25) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z*=-2.54, *p*>.05)

2. สมมุติฐานข้อที่ 2 เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะทางสังคม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด มากกว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

ตาราง 7

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) (N=30)

	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*t*	*p*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนทดลอง	30	38.76	9.78	36.56	9.40	.888	.793
หลังทดลอง	30	66.43	3.69	36.33	8.93	17.04	.000

จากตาราง 7 พบว่า คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นประเมินโดยผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง (*M*=-38.76, *SD*=9.78.69) ส่วนกลุ่มควบคุม (*M*=36.56, *SD*=9.40) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t*=-.888, *p*>.05) ส่วนคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง (*M*=66.43, *SD*=3.69) มากกว่ากลุ่มควบคุม (*M*=36.33, *SD*=8.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t*=-17.04, *p*<.001)

ตาราง 8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test (N=30)

	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*Z*	*p*
		Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนทดลอง	30	32.58	977.50	28.42	852.50	-.967	.334
หลังทดลอง	30	45.50	1365.00	15.50	465.00	-6.84	.000

จากตาราง 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นประเมินโดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง (Mean Rank=32.58, Sum of Ranks=977.50) กลุ่มควบคุม (Mean Rank=28.42, Sum of Ranks=852.50) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-.967, p>.05) ส่วนค่าเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นประเมินโดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง (Mean Rank=45.50, Sum of Ranks=1365.00) มากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank=15.50, Sum of Ranks=465.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-6.84, p<.001)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการทดสอบสมมุติฐาน

สมมุติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสติ (p>.05) สามารถอธิบายได้ดังนี้

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ได้เห็นผลว่ามีทักษะทางสังคมมากขึ้น จากกิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3-5 คนต่อกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “หุ่นมือสัตว์น้อย” โดยให้เด็กเลือกหุ่นมือรูปสัตว์รูปต่างๆ ทำตามความต้องการและใช้จินตนาการสร้างสรรค์ผลงาน เป็นการสร้างความสนใจและทำให้กิจกรรมกลุ่มมีบรรยากาศเป็นกันเอง ช่วยให้เด็กมีความไว้วางใจ ยอมรับฟัง และเข้าใจสมาชิกภายในกลุ่ม จากนั้นให้เด็กนำเสนอผลงานของตนเอง โดยให้เล่าประวัติของตนเองผ่านการเล่นเชิงสัญลักษณ์ด้วยหุ่นมือสัตว์น้อย แล้วผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความคิดเห็นและความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทาง ช่วยทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมในทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น และทักษะการรับผิดชอบ (กฤษฎาภรณ์, 2555; พรพรรณ, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) นอกจากนี้เป็นกิจกรรมที่เน้นถึงเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแอ๊กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) ที่กล่าวเกี่ยวกับเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ ว่าการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่การยอมรับ การไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้บำบัดและสัมพันธภาพระหว่างเด็กด้วยกัน เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา รวมถึงคุณสมบัติของผู้บำบัด ที่ไม่เป็นผู้กำหนด ซึ่งจะส่งผลให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทางอารมณ์และร่างกาย และสอดคล้องกับแนวคิดแคททานัท (Cattanach, 2003) กล่าวว่าสิ่งที่ต้องคำนึงถึงการเล่นบำบัด คือ การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้บำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีพื้นที่เชื่อมโยงระหว่างเด็กและผู้บำบัด เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาของแฮนเซน, มิสเลอร์ และโอเวน (Hansen, Meissler, & Oven, 2000) กล่าวว่า ผู้บำบัดควรเริ่มต้นสร้างความรู้สึกที่ทำให้เด็กรับรู้ว่า ไม่มีการเปรียบเทียบความแตกต่าง เด็กทุกคนควรได้รับโอกาสและสิทธิที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เด็กได้รับรู้ถึงอิสระและกล้าแสดงออกในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุลัยวรรณ์ (2555) ได้ศึกษาการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพัฒนาการด้านสังคมของเด็กออทิสติก จัดกิจกรรมการเล่นบำบัดโดยใช้กิจกรรมมารู้จักกันเถอะ ซึ่งเป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างเด็กและผู้บำบัด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของขัตติยา (2560) จัดกิจกรรมการเล่นโดยใช้กิจกรรมยินดีที่ได้รู้จัก ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันและกับพยาบาลผู้บำบัด

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมตัวฉันเป็นอะไร เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรม “บิงโก อารมณ์ของฉัน” ผู้วิจัยให้เด็กสุ่มจับตัวบิงโก พร้อมบอกลักษณะของอารมณ์ ว่าตนเองเคยมีอารมณ์ดังภาพหรือไม่ โดยให้เด็กเล่นเกมส์ไปเรื่อยๆ จนกว่าจะมีผู้ชนะ สำหรับผู้ชนะคือผู้ที่สามารถวางตัวบิงโกได้ตามแนวที่กำหนด เช่น แนวตั้ง แนวนอน แนวทแยงได้ก่อน และสอบถามความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด กิจกรรมนี้ช่วยทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมในทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (กฤษฎาภรณ์, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของแอ๊กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) กล่าวว่า การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก ผู้บำบัดต้องเคารพในความสามารถของเด็กอย่างแท้จริงว่าเด็กสามารถแก้ไขปัญหาเองได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำ โดยเด็กเป็นผู้เลือกที่จะทำและเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง สอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มจันทร์ (2552) กล่าวว่า กิจกรรมการเล่นเกมเป็นกิจกรรมที่ฝึกให้เด็กรู้จักวางแผนการกระทำและวางแผนการภายใต้กฎกติกา สามารถทำให้เข้าใจถึงความคิดและทัศนะของผู้อื่น นอกจากนี้ยังช่วยฝึกด้านความคิด

สติปัญญา เช่น เกมบิงโก เกมเศรษฐี เป็นต้น และสอดคล้องกับคู่มือการเรียนการสอนเด็กสมาธิสั้น (Wolf, 2008) กล่าวว่า กิจกรรมบิง-โก สามารถทำให้เด็กแก้ไขปัญหาได้

กิจกรรมที่ 3 “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” ลักษณะกิจกรรม ช่วยคิดช่วยแก้ไข เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” ผู้วิจัยให้เด็กทำกิจกรรมต่อจิ๊กซอร์ โดยให้เลือกรูปภาพจิ๊กซอร์ที่ชอบและจับคู่กับเพื่อนสมาชิกร่วมกันต่อจิ๊กซอร์ จากนั้นให้เด็กนำเสนอผลงานของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบไม่นำทางมาใช้ในการบำบัด นอกจากนี้กิจกรรมจิกซอร์ ซึ่งกิจกรรมนี้ช่วยพัฒนาการเล่นด้านสติปัญญาและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ซึ่งนอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการรับผิดชอบ ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (กฤษฎาภรณ์, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) และยังสอดคล้องกับหลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม ตามแนวคิดของแอ๊กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) กล่าวว่าการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมนั้น เป็นการทำให้เด็กดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น เป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำหรือ การแนะนำตามขั้นตอน จะทำให้เด็กรู้สึกเป็นอิสระและจะแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก สอดคล้องกับงานวิจัยของอัจจิมา (2552) ที่ศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติกที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นแบบร่วมมือ พบว่ากิจกรรมที่ทำให้เด็กสามารถแก้ไขปัญหาได้แก่ กิจกรรม จิกซอร์ มหัศจรรย์ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของขัตติยา (2560) จัดกิจกรรมการเล่นโดยใช้กิจกรรมจิ๊กซอร์พาเพลิน เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เด็กมีสมาธิ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดให้

กิจกรรมที่ 4 “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” ลักษณะกิจกรรม เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรม “นิทานแสนสนุก” โดยผู้วิจัยให้เด็กเลือกนิทานที่อยากฟัง โดยเล่านิทานให้เด็ก และสอบถามความคิดเห็นของเด็ก ถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่ตัวละครแสดงออกมา และฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมุติ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางและไม่นำทางมาใช้ในการบำบัด ช่วยทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมในทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (กฤษฎาภรณ์, 2555; พรพรรณ, 2555; วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกระบวนการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมและการรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก ตามแนวคิดของแอ๊กซ์ไลน์ (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) กล่าวว่า กระบวนการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมเป็นหลักการที่ผู้บำบัด ให้เด็กดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิด

และรู้สึกในขณะนั้น เป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำหรือ การแนะนำตามขั้นตอน จะทำให้เด็กรู้สึกเป็นอิสระและจะแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก และการรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก (Empathic recognition and reflection of feelings) เป็นการสะท้อนความรู้สึกถึงการกระทำหรือพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่ปฏิบัติกิจกรรม เป็นสิ่งที่ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษา พบว่าจากการศึกษาพบว่าแฮนเซน, มิสเลอร์และโอเวน (Hansen, Meissler, & Oven, 2000) กล่าวว่า แนวคิดเรื่องความรู้สึก ควรเริ่มต้นสร้างความรู้สึกที่ทำให้เด็กได้ตระหนักรู้ในสิ่งที่คิดหรือกระทำ ซึ่งจะทำให้เด็กได้กล้าแสดงออกทางความคิดในทิศทางที่เหมาะสมกิจกรรมที่เหมาะกับการสะท้อนถึงความรู้สึก เช่น การแสดงบทบาทสมมุติ การใช้ดนตรีในการบำบัด การใช้สีในการบำบัด รวมถึงการพูดแสดงความรู้สึก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอัจจิมา (2552) ที่ดำเนินการจัดกิจกรรมการเล่นสมมุติแบบร่วมมือ และการศึกษาของญาณี (2552) ที่ดำเนินการจัดกิจกรรมการแสดงละคร ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่ให้เด็กได้สามารถดำเนินการเล่นและแสดงออกถึงตัวตนของเด็กได้

สมมุติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมีคะแนนมากกว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) อธิบายได้ว่า

โปรแกรมการเล่นบำบัด โดยนำแนวคิดการเล่นบำบัดที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทาง เป็นรูปแบบการเล่นที่ผู้บำบัดทำให้เด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีการยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และให้อิสระกับเด็กในการเล่นโดยผู้บำบัดและเด็กสมาธิสั้นร่วมกันทำกิจกรรม เกิดกิจกรรมการเล่นอย่างสร้างสรรค์ผ่านการเล่นในลักษณะต่าง ๆ คือ การเล่นผ่านการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัส การเล่นกับวัตถุ การเล่นเชิงสัญลักษณ์ และการเล่นบทบาทสมมุติ และได้นำหลักการเล่นบำบัดที่ผู้บำบัดควรปฏิบัติมาใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวเด็กเพิ่มมากขึ้น โดยกิจกรรมในโปรแกรมทั้ง 4 กิจกรรมมีส่วนช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด มีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น โดยการทำกิจกรรมการการเล่นบำบัดประกอบไปด้วยกิจกรรมในโปรแกรมทั้ง 4 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 60 นาที รูปแบบการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยทำให้เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น แตกต่างกับเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จึงทำให้คะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มควบคุมยังไม่เปลี่ยนแปลงหรือทักษะทางสังคมไม่เพิ่มขึ้น

การวิจัยข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ (2556) ศึกษาผลของการเล่นกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังการได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่าก่อนการได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<.05) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติกที่ได้รับการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ลดลงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ ได้แก่ ด้านขาดสมาธิ (Z= -6.77, p<.001) ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (Z= -6.78, p<.001) และด้านดื้อ ต่อต้าน (Z= -6.74, p<.001) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของแวค, คอร์ดเดอร์, บัลดี้, ด็อคกิ้งและมัลโล (Wilkes, Cordier, Bundy, Docking, & Munro, 2011) ซึ่งได้ศึกษาการใช้กิจกรรมการเล่นในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้นสมาธิสั้นอายุ 5-11 ปี ผลการวิจัยพบว่า เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีการปรับตัวทางสังคมมากกว่า (t=8.1, p<0.01) และกลุ่มควบคุม (t=6.9, p<0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของฟาซัสฟาส, อัฟเด็คโฮดา และอาบาดี (Farzadfard, Abdekhodaee, & Abadi, 2015) ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการเล่นบำบัดและการเล่าเรื่องบำบัดในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง พบว่า เมื่อนำการเล่นบำบัดร่วมกับการเล่าเรื่องบำบัดมาใช้ พบว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมมีส่วนช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นได้

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the protest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเล่นบำบัด

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและมารับการรักษาที่คลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง มีอายุระหว่าง 7-11 ปี จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในรายที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเล่นบำบัดของแคททานัท (Cattanach, 2003) แนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (collaborative play therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาบูรณาการใช้กับหลักการการเล่นบำบัดที่ผู้บำบัดควรปฏิบัติทั้ง 5 หลักการ คือ หลักการสร้างสัมพันธภาพ หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และหลักการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและนำมาสร้างเนื้อหา เป็นโปรแกรมการเล่นบำบัด รูปแบบการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง 2) แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) มีจำนวน 15 ข้อ และ 3) แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) ซึ่งประกอบด้วยทักษะทางสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการ

ให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการรับผิดชอบ ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทั้งโปรแกรมการเล่นบำบัด แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง และแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

2. ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability: IRR) โดยใช้ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต 2 คน ได้ค่าเท่ากับร้อยละ 90

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยดำเนินการทดลองที่คลินิกปลูกคิดโรงพยาบาลอ่างทอง โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลอ่างทองแล้ว

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (M=66.43, SD=3.69) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=38.76, SD=9.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-18.57, p<.001) และคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (Mdn=30.00, ICQ=4.00) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mdn=14.50, ICQ=1.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-4.85, p<.001)

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (M=66.43, SD=3.69) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (M=36.33, SD=8.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-17.04, p<.001) และคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด (*Mean Rank*=45.50, *Sum of Ranks*=1365.00) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (*Mean Rank*=15.50, *Sum of Ranks*=465.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-6.84, p<.001)

ข้อจำกัดการวิจัย

การสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล สังเกตได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมการเล่นบำบัด ไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

1.2 ผู้บำบัดควรผ่านการฝึกอบรมการเล่นบำบัด (play therapy) ก่อนการนำโปรแกรมไปใช้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น เพื่อดูความยั่งยืนของโปรแกรม

2.2 ควรทำการศึกษาโปรแกรมการเล่นบำบัด ในเด็กกลุ่มอื่นๆ เช่น เด็กบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disabilities) และเด็กพฤติกรรมเกเร (conduct disorder) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กฤษฎาภรณ์ ทิพใส. (2555). *การพัฒนาทักษะทางสังคมของนักเรียนระดับปฐมวัย โรงเรียนบ้านตูม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศรีสะเกษ เขต 4 จ.ศรีสะเกษ โดยใช้การจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์.* วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (การวิจัยการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

กัญญาวีร์ บุญเสนันท์. (2554). *ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น* . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

กิจพิชชา สร้อยคำ. (2556). *ปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

ไกรสร ขันทจร. (2553). *ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กและเยาวชนชายผู้กระทำความผิด ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน จังหวัดอุบลราชธานี.* ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาแนะแนว) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

ขจีวรรณ ศิวะมาศ. (2556). Transient Tic Disorder ที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นในเด็ก: รายงานผู้ป่วย. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร, 28*(1), 74-80.

ขัตติยา ยืนยง. (2559). *ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี.*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลอ่างทอง. (2562). *รายงานสถิติเด็กสมาธิสั้น.* โรงพยาบาลอ่างทอง. อ่างทอง: ฝ่ายสถิติ โรงพยาบาลอ่างทอง

จิรนันท์ วีรกุล. (2557). โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็ก. *พุทธชินราชเวชสาร*, *31*(1), 65-75.

จุลมณี สุระโยธิน. (2554). *ผลของการจัดกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันทางอินเตอร์เน็ตด้วยการเขียนสะท้อนคิดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มีต่อทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย.* ปริญญานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต (เทคโนโลยีการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.

แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร. (2552). *การเล่นในเด็กป่วย.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ชาตรี วิฑูรชาติ. (2551). *โรคสมาธิสั้น*. สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว. ค้นจาก http://www.cf.mahidol.ac.th/autopage/file/MonAugust2008-12-32-45-Copy% 20of %203.pdf.

ชาญวิทย์ พรนภดล. (2559). โรคสมาธิสั้น. ในนันทวัช สิทธิรักษ์และคณะ. (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. (หน้า 469-484). มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.

ญาณี เหล่าวิริยะรัตน์. (2552). *ผลของการเล่นบำบัดที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กอนุบาล*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ณัฐวัฒน์ งามสมุทร. (2554). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคมของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อฝึกทักษะสังคมสำหรับผู้ป่วยออทิสติก. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา*, *12*, 9-21.

ดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง. (2546). *การสร้างแบบวัดทักษะทางสังคมสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น*. ปริญญานิพนธ์.กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2557). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย (อิเล็กทรอนิกส์). *วารสารกรมสุขภาพจิต*, *21*(2), 66-75.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิลก, ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, และพัชรินทร์ อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *21*(2), 66-75.

ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย. (2554). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

นพรัตน์ นาชาสิงห์. (2552). *ศึกษาการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดสุโขทัย ที่มีระดับการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมด้านพรหมวิหารสี่ และประสบการณ์ทางสังคมแตกต่างกัน*. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร

นิตยา ประพฤติกิจ. (2536). *การพัฒนาเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพมหานคร: ภาคพัฒนาตำราและเอกสารวิชาการ หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมการฝึกหัดครู.

วินัดดา ปียะศิลป์, พนม เกตุมาน, วิฐารณ บุญสิทธิ, ศิริไชย หงส์สงวนศรี, ปราโมทย์ สุคนิชย์, ทัศนวัต สมบุญธรรม, พิสาส์น เตชะเกษม, ณัทธร พิทยรัตนเสถียร, จอม ชุมช่วย, ปราณี เมืองน้อย. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัด สำหรับกุมารแพทย์. (2553). ค้นจาก http://www. thaipediatrics. org/Media/media-20161208151415.pdf

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2555). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ปิยฉัตร ไทยสมบูรณ์. (2551). *การศึกษาทักษะทางสังคม ด้านการรับรู้อารมณ์ของเด็กออทิสติกโดยการอ่านจิตใจ ที่ใช้การสอนด้วยภาพวาดลายเส้นและภาพถ่าย.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาพิเศษ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

พนม เกตุมาน. (2552). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น.* กรุงเทพมหานคร: เรือนปัญญา.

พนม เกตุมาน. (2548). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น คู่มือคุณพ่อคุณแม่ และครูสำหรับการฝึกเด็ก.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท คัลเลอร์ฮาร์โมนี่ จำกัด.

พรพรรณ มากบุญ. (2555). *บทบาทที่มีอิทธิพลต่อทักษะทางสังคมของเด็กและเยาวชนชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 2 จังหวัดราชบุรี.* วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาแนะแนว) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม

พรรณกนก รักศรีอักษร, และณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. (2557) ระดับทักษะทางสังคมของวัยรุ่นอายุ 18-24 ปี ที่เล่นเกมส์ออนไลน์โดยใช้บริการที่ร้านอินเตอร์เนตในกรุงเทพมหานคร. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย, 57*(5), 639-651.

พัชรี จิ๋วพัฒนกุล, ผดุง อารยะวิญญู, สมสรร วงษ์อยู่น้อยและองอาจ นัยพัฒน์. (2550). การพัฒนาแบบฝึกเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติก. *วารสารการศึกษาศาสตร์*, *8*(2), 31-39.

พีรยา นันทนาเนตร์. (2551). *การศึกษาการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ.* ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ภิตินันท์ อะภัย และระวิวรรณ วรรณวิไชย.(2561). การสร้างกิจกรรมการละเล่นเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, *11*(1), 847-864.

มยุรา ชัยเดช, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิศา สุขตระกูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(2), 100-113.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.

วรพจน์ สมานมิตร. (2546). *ทักษะทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.

วริสรา จุ้ยดอนกลอย. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 1 ที่มีภาวะสมาธิสั้น.* ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การศึกษาพิเศษ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *57*(4), 373-386.

วินัดดา ปียะศิลป์, และพนม เกตุมาน. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (เล่ม 2). กรุงเทพมหานคร: พิมพลักษณ์.

วิมล เนติวิธรวรกุล. (2548). *การศึกษาการใช้การเล่นบำบัดต่อพัฒนาการด้านสังคมและภาษาของเด็กออทิสติก.* ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงศ์. (2557). การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคซน-สมาธิสั้น. ในอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร, วารีรัตน์ ถาน้อย. (บรรณธิการ). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์.* (หน้า 315-334). กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2558). *จิตวิทยาบุคลิกภาพร่วมสมัยและจิตบำบัด.* กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

ศิริไชย หงส์สงวนศรี, และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. (2558). โรคสมาธิสั้น. ในมาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.* (หน้า 541-552). มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.

สถาบันราชานุกูล. (2555). *เด็กสมาธิสั้น คู่มือสำหรับครู*. ค้นจากhttp://rajanukul.go.th/new/_admin /download/5-4563-1472796439.pdf.

สายฝน เอกวรางกูร, จารุวรรณ ประดา, และนฤมล ทีปะปาล. (2559). จิตเวชเด็กและวัยรุ่นกับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวรางกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเนช และ สุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 207-237). สงขลา: สามลดา.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision Thai Modification.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชนูปถัมภ์.

สุพร อภินันทเวชส. (2559). การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา และจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. *Siriraj Medical Bulletin*, *9*(3), 175-181.

สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.* กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวนีย์ บัวลา. (2556). *ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

เสาวนีย์ บัวลา. (2558). *ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ. (2549). *การศึกษาการใช้ พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

โสธิดา ผุฏฐธรรม. (2554). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคมโดยใช้เทคนิค Social Stories ร่วมกับภาพถ่ายสำหรับเด็กออทิสติก.* วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

อัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล. (2552). *ทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติก ที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเล่นแบบร่วมมือ.* ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (การศึกษาปฐมวัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

อาภรณ์ พิทธิยะกุล. (พฤษภาคม *2556*). *ผลการใช้วิธีการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดการสร้างความรู้ร่วมกับเทคนิคผังกราฟิกที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทักษะทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 กลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม.* บทความวิจัย เสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย. ครั้งที่ 4, สงขลา, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

อุลัยวรรณ์ โกสาเสนา และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2556). *ผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคม สติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

Axline, V.M. (1969). *Play therapy: The inner dynamics of childhood* (2nd ed.). Cambridge, MA: Riverside Press.

Beyer, J., & Gammeltoft, L. (2001). *Autism and play*. Philadelphia: Jessica Kings Lay Publishers.

Carpenter-Rich. E., Loo, S.K., Yang, M., Dang, J., Smalley, S.L. (2009). Social Functioning Difficulties in ADHD: Association with PDD Risk. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *14*(3), 329-344.

Carrizales, K. E., (2015). *Transcendence through play: Child-centered play therapy and young children with autism.* Colorado: University of Northern Colorado.

Cattanach, A. (2003). *Introduction to play therapy.* New York: Brunner-Routledge.

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Identified prevalence of attention deficit/ hyperactivity disorder.* Retrieved from Http://www.cdc.gov/ncbddd/ADHD/data. Html.

Connor, D. F., Edwards, G., Fletcher, K. E., Baird, J., Barkley, R. A., & Steingard, R.J. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 193–200.

Farzadfard, S. A., Abdekhodaee, M. S., & Ghenaeechaman, A. A. (2015). Effectiveness of combined purposeful play therapy and narrative therapy on pre-school children's attention and concentration. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 17*(5), 222-228.

Hansen, S., Meissler, K., Ovens, R. (2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symtomalogy. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10*(3), 191-211.

Ganji, K., Zabihi, R., Khodabakhsh, R., & Kraskian, A. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on behavioral symptoms of disobedient students. *Journal of Clinical Psychology, 3*(4), 15-25.

Ginott, H. G. (1961). *Group psychotherapy with children: The theory and practice of play therapy.* New York: McGraw-Hill Book.

Gol, D., & Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attentiondeficit–hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology, 47*, 539-545.

Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social skills improvement system (SSIS) Rating Scales Manual.* Minneapolis: Pearson.

Hansen, S., Meissler, K., Ovens, R. (2000). Kids Together: A group play therapy model for children with ADHD symptomalogy. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10*(3), 191-211.

Judith, S. N., Ruud, B. M., Jan, K. B., Aisling, M., Catharina, A. H., & Pieter, J. H. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review, 28*, 692–708.

Kascsak, T. M. (2012). *The impact of child-centered group play therapy on social skills development of kindergarten children*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Counseling, Charlotte: the faculty of The University of North Carolina.

Kenny, M. C., & Winick, C. B. (2000). An integrative approach to play therapy with an autistic girl. *International Journal of Play Therapy, 9*(1), 11–33.

Paparella, T., Goods, S. K., Freeman, S., & Kasari, C. (2011). The emergence of nonverbal attention and requesting skills in young children with autism. *Journal of Communication Disorders, 44*, 569-583.

Pfeifer, L. I., Terra, L. N., dos Santos, J. L., Stagnitti, K. E., & Panúncio-Pinto, M. P. (2011). Play preference of children with ADHD and typically developing children in Brazil: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal, 58*(6), 419-28.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Klower/Lippincott Williams & Wilkins.

Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psycho logy, 51*(3), 649 – 660.

Robinson, A. M. (2015). *The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of elementary school students with ADHD.* Texas: A&M University Commerce.

Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B.G., Hebebrand, J., Daum, I., Wiltfang, J., & Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 34*, 734–743.

Venfleet, R., Sniscak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-Centered Play Therapy.* New York: The Guilford Press.

Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal, 58*(4), 231-40.

Wolf, B. (2008). *Teaching children with ADHD : Instruction strategies and practices.* Retrieved https://www2 .ed.gov/rschstat/research/pubs/adhd/adhd-teaching-2008.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก (1)
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเล่นบำบัด

คำชี้แจง

โปรแกรมการเล่นบำบัด เป็นโปรแกรมการเล่นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเล่นบำบัดของแคททานัท (Cattanach, 2003) โดยนำแนวคิดการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทาง บูรณาการใช้กับหลักการการเล่นบำบัดที่ผู้บำบัดควรปฏิบัติ คือ การสร้างสัมพันธภาพ, การยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก, การเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับโลกแห่งความจริง (Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak, 2010) การทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (วริสรา, 2553; Gresham & Elliott, 2008) และทักษะทางสังคม (กฤษฎาภรณ์, 2555; ไกรสร, 2553; พรพรรณ, 2555) ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น, ทักษะการรับผิดชอบ, ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ รูปแบบการเล่นบำบัดเป็นการเล่นแบบกลุ่ม โดยดำเนินการครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม เรามารู้จักกันเถอะนะ เป็นกิจกรรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “หุ่นมือสัตว์น้อย” โดยผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้เด็กทำหุ่นมือสัตว์ชนิดต่าง ๆ ให้เด็กเลือกทำตามความต้องการและใช้จินตนาการสร้างสรรค์ผลงาน และให้นำเสนอผลงานของตนเอง โดยให้เล่าประวัติของตนเองผ่านการเล่นเชิงสัญลักษณ์ด้วยหุ่นมือสัตว์น้อย หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความคิดเห็นและความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาใช้แบบผสมผสาน

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม ตัวฉันเป็นอะไร เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “บิงโก อารมณ์ของฉัน” ผู้วิจัยให้เด็กเล่นเกมส์บิงโก ซึ่งอุปกรณ์ คือ ตัวบิงโกเป็นบิงโกที่แสดงรูปอารมณ์ต่าง ๆ โดยผู้วิจัยให้เด็กสุ่มจับตัวบิงโก พร้อมบอกลักษณะอารมณ์ ว่าตนเองเคยมีอารมณ์ดังภาพหรือไม่ ให้เด็กเล่นเกมส์ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีผู้ชนะ คือ ผู้ที่สามารถวางตัวบิงโกได้ตามแนวที่กำหนด เช่น แนวตั้ง แนวนอน แนวทแยงได้ก่อน

หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยและสอบถามความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 กิจกรรม ช่วยคิดช่วยแก้ไข เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” ผู้วิจัยให้เด็กทำกิจกรรมต่อจิ๊กซอร์โดยช่วยกันทำเป็นคู่ ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและแนะนำวิธีการต่อจิ๊กซอร์ และให้เด็กช่วยกันต่อจิ๊กซอร์จนเสร็จ จากนั้นให้เด็กนำเสนอผลงานของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 กิจกรรม เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้เด็กทำกิจกรรม “นิทานแสนสนุก” โดยผู้วิจัยให้เด็กเลือกนิทานที่อยากฟัง โดยผู้วิจัยเล่านิทานให้เด็ก หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยและสอบถามความคิดเห็นของเด็ก ถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่ตัวและครแสดงออกมา และฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมุติ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ในทุกกิจกรรมการเล่นบำบัด ก่อนและหลังทำการกิจกรรมการเล่นบำบัด ผู้วิจัยจัดเวลาสำหรับ การเล่นอย่างอิสระ (free play) ประมาณ 15 นาที เพื่อให้เด็กมีอิสระในการเล่นโดยการนำของเล่น เช่น ตัวต่อบล็อกไม้ ตัวต่อเลโก้ มาใช้ในกิจกรรมการเล่นอย่างอิสระ

แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัด

ครั้งที่ 1 กิจกรรม เรามารู้จักกันเถอะนะ

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้เด็กมีสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและเพื่อนสมาชิก

2. เพื่อให้เด็กสามารถทำกิจกรรมหุ่นมือสัตว์น้อยได้เสร็จและสามารถนำเสนอได้

อุปกรณ์ 1. ถุงกระดาษเพื่อทำเป็นตัวหุ่น จำนวน 6 ถุง 2. ภาพวาดรูปสัตว์จำนวน 10 รูป 3. กาวติดกระดาษหรือกาวสองหน้า

4. กรรไกร 5. อุปกรณ์เครื่องเขียน 6. วัสดุตกแต่งหุ่นให้สวยงาม เช่น ริบริ้นโบว์, ตาปลอม, กระดาษสี

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม **ขั้นนำ** 1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และพูดคุยสนทนากับเด็กในเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเริ่มทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยเริ่มเข้าสู่กิจกรรมการให้เด็กแนะนำตัวเอง โดยให้เด็กเล่าประวัติดังนี้ ชื่อ-สกุล, ชื่อเล่น, โรงเรียนที่ศึกษา, ระดับชั้นที่ศึกษา, โดยให้เด็ก	5 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้บำบัด	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
แต่ละคนบอกประวัติส่วนตัวของตนเองจนครบ				
ขั้นปฏิบัติกิจกรรม **กิจกรรมเรามารู้จักกันเถอะนะ** 1. ผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ ซึ่งประกอบไปด้วย ถุงกระดาษเพื่อทำเป็นตัวหุ่น, ภาพวาดรูปสัตว์, กาวติดกระดาษหรือกาวสองหน้า, กรรไกร, อุปกรณ์เครื่องเขียน, วัสดุตกแต่งหุ่นให้สวยงาม เช่น ริบริ้นโบว์, ตาปลอม, กระดาษสี 2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกอุปกรณ์ และวิธีการทำหุ่นมือและให้เด็กซักถามข้อสงสัย ซึ่งขั้นตอนการทำมีดังนี้ 2.1 ให้เด็กเลือกภาพวาดรูปสัตว์ตามที่ชอบ 2.2 ให้เด็กตัดกระดาษภาพวาดที่จะทำหุ่นมือตามชิ้นส่วน เช่น ส่วนหัว, ส่วนปาก, ส่วนเท้า	25 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริง	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการรับผิดชอบ, ทักษะการควบคุมตนเอง

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
2.3 ให้เด็กนำชิ้นส่วนที่ตัดแล้วมาติดกาวหรือกาวสองหน้าลงบนถุงกระดาษที่จัดเตรียมไว้ 2.4 ให้เด็กทำจนเสร็จและตกแต่งด้วยวัสดุตกแต่งหุ่นตามความต้องการ				
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที				
3. ผู้วิจัยให้เด็ก ตั้งชื่อผลงาน เพื่อเตรียมตัวนำเสนอผลงาน 4. ผู้วิจัยให้เด็กนำเสนอผลงาน 5. ผู้วิจัยซักถามความรู้สึกขณะทำกิจรรม	20 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริง	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการรับผิดชอบ, ทักษะการควบคุมตนเอง

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นสรุป 1. ผู้วิจัยซักถาม พูดคุย และสะท้อนความรู้สึกกับเด็ก ถึงความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ชื่นชมในการร่วมมือทำกิจกรรมทุกกิจกรรม และนัดหมายการพบครั้งต่อไป	10 นาที		การรับรู้และสะท้อนความรู้สึก	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น

แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัด

ครั้งที่ 2 กิจกรรม ตัวฉันเป็นอะไร

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้เด็กสามารถบอกอารมณ์ต่าง ๆ ได้

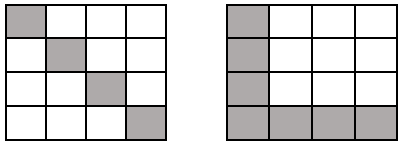
2. เพื่อให้เด็กสามารถเข้าใจถึงอารมณ์ที่ตนเองเป็นและบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์ได้

อุปกรณ์ 1. แผ่นบิงโกที่มีพื้นลายเป็นอารมณ์ต่าง ๆ 2. บัตรบิงโกรูปอารมณ์ต่าง ๆ 3. ฝาขวดน้ำสำหรับวางลงบนแผ่นบิงโก 4. กล่องใส่บัตรบิงโก

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม **ขั้นนำ** 1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และพูดคุยสนทนากับเด็กในเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเริ่มทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยเริ่มเข้าสู่กิจกรรมการให้เด็กแนะนำตัวเอง โดยให้เด็กแต่ละคนบอกประวัติส่วนตัวของตนเองจนครบ	5 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้บำบัด	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นปฏิบัติกิจกรรม **กิจกรรม ตัวฉันเป็นอะไร** โดยเล่นในรูปแบบเกมส์ “บิงโก อารมณ์ของฉัน” 1. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเกมส์ “บิงโก อารมณ์ของฉัน” โดยแนะนำ วิธีการเล่นเกมส์ กติกาของเกมส์ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่นเกมส์ ได้แก่ แผ่นบิงโกที่มีพื้นลายเป็นอารมณ์ต่าง ๆ, บัตรบิงโกรูปอารมณ์ต่าง ๆ, ฝาขวดน้ำสำหรับวางลงบนแผ่นบิงโก, กล่องใส่บัตรบิงโก 2. ผู้วิจัยแจกแผ่นบิงโกที่มีพื้นลายเป็นรูปอารมณ์ต่าง ๆ ให้เด็กคนละ 1 แผ่น พร้อมทั้งแจกฝาขวดน้ำให้เด็กคนละ 6 อัน 3. ผู้วิจัยเริ่มหยิบบัตรบิงโกรูปอารมณ์ต่าง ๆ ขึ้นมา 1 ใบ แล้วแสดงให้เด็กดูว่าเป็นรูปอารมณ์อะไร บอกให้เด็กทราบ	20 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริง	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น, ทักษะการควบคุมตนเอง, ทักษะความเห็นอกเห็นใจ และทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
4. ให้เด็กแต่ละคนสังเกตรูปอารมณ์ ในแผ่นบิงโกที่มีพื้นลายเป็นรูปอารมณ์ต่าง ๆ ในแผ่นบิงโกของตนเอง ว่าเป็นรูปที่ตรงกับของผู้วิจัยหรือไม่ ถ้าตรงกันให้นำฝาขวดน้ำตั้งบนรูปนั้น 5. ผู้วิจัยผลัดให้เด็กคนต่อไปเป็นตัวแทนจับบัตรขึ้นมาครั้งละ 1 ใบ เมื่อเด็กหยิบขึ้นมาแล้ว ให้เด็กบอกว่าหยิบได้รูปอารมณ์อะไร ตนเองเคยมีอารมณ์แบบนี้หรือไม่ จะมีอารมณ์แบบนี้ตอนไหน แล้วสามารถบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์ได้ 6. ให้เด็กที่มีรูปอารมณ์ ในแผ่นบิงโกอารมณ์ตรงกับบัตรคำที่หยิบ วางฝาขวดน้ำบนรูปที่อยู่ในแผ่นกระดาษ และให้เด็กเล่นเกมส์ไปเรื่อย ๆ 7. เด็กคนใดสามารถวางได้ตามแนวที่กำหนด เช่น แนวตั้ง แนวนอน แนวทแยงได้ก่อน ถือว่าเป็นผู้ชนะ พร้อมขาน ดัง ๆ ว่า “บิงโก”				

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
 ภาพแสดงแนวทแยง แนวนอนและแนวตั้ง 8. ผู้วิจัย สรุปกิจกรรมโดย ซักถามถึงความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรมบิงโกอารมณ์ของฉัน และประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรม				
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที				
ขั้นปฏิบัติกิจกรรม **กิจกรรม ตัวฉันเป็นอะไร** โดยเล่นในรูปแบบเกมส์ “บิงโกอารมณ์ของฉัน” (ต่อ) 9. ผู้วิจัยให้เด็กเล่นเกมส์ซ้ำอีกครั้ง โดยหาผู้ที่ชนะมากที่สุด	15 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และ	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น, ทักษะการควบคุมตนเอง, ทักษะความเห็นอกเห็นใจ และทักษะการให้ความ

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
10. ผู้วิจัยซักถามความรู้สึกขณะทำกิจรรม และมอบรางวัลให้กับผู้ชนะในเกมส์และเด็กทุกคน			การกำหนดขอบเขตของกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริง	ร่วมมือและมีส่วนร่วม
ขั้นสรุป 1. ผู้วิจัยซักถาม พูดคุย และสะท้อนความรู้สึก กับเด็ก ถึงความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ชื่นชมในการร่วมมือทำกิจกรรม และนัดหมายการพบครั้งต่อไป	10 นาที		การรับรู้และสะท้อนความรู้สึก	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น

แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัด

ครั้งที่ 3 กิจกรรม ช่วยคิด ช่วยแก้ไข

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้เด็กสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับเพื่อนได้

2. เพื่อให้เด็กสามารถทำกิจกรรมต่อจิ๊กซอร์ได้สำเร็จ

อุปกรณ์ 1. ตัวต่อจิกซอร์ ลายต่าง ๆ จำนวน 3 ชุด 2. แผ่นรองจิ๊กซอร์ จำนวน 3 แผ่น

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม **ขั้นนำ** 1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และพูดคุยสนทนากับเด็กในเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเริ่มทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยเริ่มเข้าสู่กิจกรรมการให้เด็กแนะนำตัวเอง โดยให้เด็กแต่ละคนบอกประวัติส่วนตัวของตนเองจนครบ	5 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบไม่นำทาง	สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้บำบัด	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม
ขั้นปฏิบัติกิจกรรม **กิจกรรมช่วยคิด ช่วยแก้ไข** โดยเล่นในรูปแบบกิจกรรม จิ๊กซอร์	20 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบไม่	การเคารพความสามารถในการแก้ไข	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการควบคุม

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ที่หายไป 1. ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” โดยแนะนำวิธีการเล่นเกมส์ กติกา และอุปกรณ์ ได้แก่ ชุดจิ๊กซอร์ และภาพตัวอย่าง 2. ผู้วิจัยแจกอุปกรณ์ชุดจิ๊กซอร์ ภาพตัวอย่าง และแผ่นรองภาพต่อจิ๊กซอว์ 1 ชุดต่อเด็ก 2 คน โดยให้ช่วยกันทำกิจกรรม 3. ผู้วิจัยแนะนำการต่อจิ๊กซอร์ โดยคัดแยกตัวต่อจิ๊กซอว์ที่เป็นด้านขอบ ออกมาไว้ในถาดหรือกล่อง และแยกตัวต่อจิ๊กซอว์ตามโทนสีหรือลวดลายที่คล้าย ๆ กัน ให้อยู่ในถาดเดียวกัน 4. ให้เด็กเริ่มการต่อจิ๊กซอร์ โดยการสังเกตจากภาพจากตัวอย่าง และเริ่มจากจุดที่มีลักษณะเด่นที่สุดให้เด็กต่อจนเสร็จ		นำทาง	ปัญหาของเด็ก, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริง	ตนเอง, ทักษะความเห็นอกเห็นใจ,ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที				

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
5. ผู้วิจัยให้เด็กต่อจิ๊กซอร์จนเสร็จตรวจสอบความเรียบร้อยของผลงาน และเมื่อเสร็จแล้วให้เตรียมตัวนำเสนอผลงานของตนเอง	15 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบไม่นำทาง	การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริง	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการควบคุมตนเอง, ทักษะความเห็นอกเห็นใจและทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น
ขั้นสรุป 1. ผู้วิจัยให้เด็กแต่ละคู่แสดงผลงานที่แต่ละคู่ทำเสร็จสมบูรณ์ ซักถามถึงความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน 2. ผู้วิจัยซักถาม พูดคุย และสะท้อนความรู้สึก กับเด็กถึงความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม 3. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ชื่นชมในการร่วมมือทำกิจกรรมทุกกิจกรรม และนัดหมายการพบครั้งต่อไป	10 นาที		การรับรู้และสะท้อนความรู้สึก	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น

แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัด
ครั้งที่ 4 กิจกรรม เราจะอยู่อย่างไร ให้มีความสุข

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้เด็กเข้าใจถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมของตัวละคร
2. เพื่อให้เด็กสามารถนำความรู้จากนิทานไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

อุปกรณ์ 1. สื่อนิทานจำนวน 4 เรื่อง

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม **ขั้นนำ** 1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และพูดคุยสนทนากับเด็ก ในเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อนเริ่มทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยเริ่มเข้าสู่กิจกรรมการให้เด็กแนะนำตัวเอง โดยให้เด็กแต่ละคนบอกประวัติส่วนตัวของตนเองจนครบ	5 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้บำบัด	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นปฏิบัติกิจกรรม **เราจะอยู่อย่างไร ให้มีความสุข** 1. ผู้วิจัยให้สมาชิกลงความคิดเห็นว่า อยากฟังนิทานเรื่องไหน เพราะอะไรและผู้วิจัยเล่านิทานให้สมาชิกฟัง 2. ผู้วิจัยเล่านิทานให้สมาชิกฟังจนจบ 3. ให้เด็กแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของตัวละคร 4. ให้เด็กแสดงบทบาทสมมุติ กล่าวชื่นชมเมื่อเด็กสามารถแสดงบทบาทได้ถูกต้อง ตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 5. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเล่านิทานและการแสดงบทบาทสมมุติ	30 นาที	แนวคิดการเล่นบำบัดแบบนำทาง	การเคารพความสามารถในการแก้ไขปัญหาของเด็ก, การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมและการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมให้สอด คล้องกับความเป็นจริง	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการควบคุมตนเอง,ทักษะความเห็นอกเห็นใจ, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที				

แผนการจัดกิจกรรม	เวลา	แนวคิดการเล่นบำบัด	หลักการบำบัดสำหรับผู้บำบัด	ทักษะทางสังคม
ขั้นสรุป 1. ผู้วิจัยซักถาม พูดคุย และสะท้อนความรู้สึก กับเด็ก ถึงความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ชื่นชมในการร่วมมือทำกิจกรรม สรุปการทำกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม และกล่าวสิ้นสุดการทำกิจกรรม	15 นาที		การรับรู้และสะท้อนความรู้สึก	ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม, ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 4 เราจะอยู่อย่างไร ให้มีความสุข

เนื้อหานิทานแสนสนุก

เรื่องที่ 1 นิทาน เรื่อง หมาป่าจอมโกหก

กาลครั้งหนึ่งนานมาแล้วมีหมาป่าตัวหนึ่งอาศัยอยู่ในป่าใหญ่ หมาป่าตัวนี้ มีนิสัยชอบโกหกและแกล้งเพื่อน ๆ สัตว์ป่าเสมอ จนไม่ในเพื่อนสัตว์ป่าตัวใดชอบ และตัวเองชอบคิดว่าตัวเองเป็นใหญ่ที่สุดในป่าแห่งนั้น วันหนึ่งหมาป่าเดินเล่น สำรวจป่าเหมือนเช่นในทุก ๆ วัน หมาป่าเดินไปเรื่อย ๆ จนพบกับกระต่ายตัวหนึ่งที่พลัดตก หลงฝูงมา หมาป่าจึงพูดคุยกับกระต่าย ว่า

หมาป่า “สวัสดีเจ้ากระต่ายน้อย ตัวข้าเองก็อยู่ในป่านี้มานานแสนนาน ทำไมข้าไม่เคยเห็นเจ้าในป่าแห่งนี้เลย เจ้ามาจากที่ใดหรือ”

กระต่าย “สวัสดีจร้า ฉันหลงมาจากฝูงของฉัน หลงทางมาหลายวันแล้ว ฉันคิดว่าตรงนี้คงจะเป็นป่าอีกฝั่งหนึ่ง แต่ฉันคงกลับไปไม่ถูกแล้ว ”

หมาป่า “แล้วเจ้ากำลังจะไปที่ไหน จะไปที่ใด เหรอ เจ้ามีอะไรให้ข้าช่วยบอกข้าได้นะ ข้าเป็นเจ้าถิ่นของป่าแห่งนี้ ป่าแห่งนี้ข้าเป็นใหญ่ที่สุด” หมาป่าตอบไปด้วยความโอ้อวดตัวเอง แต่ในใจนั้นคิดแผนการจะจับกระต่ายตัวนี้กินเสีย

กระต่าย “ท่านใจดีกับข้าเหลือเกิน ถ้าอย่างนั้นข้าขอถามท่านแล้วกัน แถวนี้มีต้นผลไม้บ้างหรือไม่ ข้าหิวเหลือเกินท่านหมาป่า ”

ในทันใดนั้น หมาป่า ก็ตอบไปอย่างรวดเร็ว “มีสิ มีเยอะด้วย แต่เจ้าจะต้องขึ้นไปบนภูเขา ฝั่งทางโน่น จะมีผลไม้มากมายหลายชนิดให้เจ้าได้กินเลยทีเดียว” ในใจของหมาป่านั้นกำลังใช้กลอุบายในการหลอกล่อให้กระต่ายติดกับดักไปยังที่พักของตน

ด้วยความดีใจ กระต่าย จึงตอบไปว่า “ข้าของคุณท่านมาก ที่ท่านบอกทางข้า ข้าจะรีบไปเดี๋ยวนี้เลย หาอดอาหารมาหลายวันแล้ว ข้าหิวเหลือเกิน” หมาป่า ยิ้มอยู่ในใจและตอบกลับไปว่า “ไม่เป็นไรหรอก ข้ายินดี”

ทันใดนั้นกระต่ายก็รีบวิ่งและกระโดดขึ้นเขาด้วยความรวดเร็ว เพื่อหาผลไม้กินเป็นอาหาร แต่ทว่า หมาป่าก็มีแผนการจะจับกระต่ายตัวนั้นกินเสีย หมาป่าจึงรีบวิ่งกลับที่พักของตนเอง โดยกลับไปในทางลัดอีกทางหนึ่ง เพื่อรอให้กระต่ายตัวนั้น ติดกับดักของตน เวลาผ่านไป หมาป่ากลับมาถึงบ้านของตนแล้ว ในขณะที่กระต่ายรีบวิงและกระโดด ขึ้นเขา แต่ก็ยังไม่เจอผลไม้สักต้น กระต่ายวิ่งขึ้นมาจนสุดทางถึงเชิงเขา สังเกตเห็นบ้านหลังหนึ่ง จึงแวะเข้าไปดูเพื่อถามทางที่จะไปเอาผลไม้ แต่ทันใดนั้น กระต่ายก็พบกับหมาป่าตัวเดิมที่บอกทางให้กับตน กระต่ายเริ่มสงสัยในตัวหมาป่า และคิดในใจว่าจะต้องเป็นเหยื่อของหมาป่า จึงรีบวิ่งและกระโดดออกจากบ้านอย่าง

รวดเร็ว ทำให้ไม่เป็นเหยื่อของหมาป่า ทางด้านหมาป่า พยายามจะวิ่งตามกระต่าย แต่ก็วิ่งไม่ทัน เนื่องจากกระต่ายตัวเล็กสามารถหลบซ่อนตามซอกหิน จึงปลอดภัยและรอดชีวิตจากหมาป่าในที่สุด

วันต่อมา หมาป่าออกเดินเล่นเช่นเดิม ในใจกำลังคิดว่าวันนี้ใครจะเป็นเหยื่อของมัน และวันนี้หมาป่าได้เจอกับหมีน้อย ที่กำลังเดินหาอาหารอยู่ ในใจของหมาป่ากำลังคิดแผนการชั่วร้ายเหมือนเช่นทุก ๆ วัน จึงเข้าไปพูดคุยทักทายกับหมีน้อยว่า “สวัสดีเจ้าหมีน้อย แล้วเจ้ากำลังจะไปที่ไหนเหรอ เจ้ามีอะไรให้ข้าช่วยไหม ”

หมีน้อยตอบว่า “สวัสดีท่านหมาป่า ข้ากำลังหาน้ำผึ้ง ในป่าแถวนี้ ข้าไม่ค่อยได้มาเที่ยวบ่อยนัก ท่านพอจะท่านไหมว่ามีรังผึ้งอยู่ใกล้ ๆ แถวนี้บ้างไหม ท่านหมาป่า” หมีน้อยถามหมาป่า

และในทันใดนั้น หมาป่า ก็ตอบไปอย่างรวดเร็ว “มีสิ ๆ มีเยอะด้วย เมื่อตะกี้ข้าเดินผ่านมา เจอรังผึ้งเต็มไปหมดเลย แต่เจ้าจะต้องขึ้นไปบนภูเขา ฝั่งทางโน่น ” หมาป่าชี้ไปและในใจของหมาป่านั้น กำลังใช้กลอุบายในการหลอกล่อให้เจ้าหมีน้อยติดกับดักไปยังที่พักของตนเหมือนอย่างเคย

ด้วยความดีใจ หมีน้อยจึงตอบไปว่า “ข้าของคุณท่านมาก ที่ท่านบอกทางข้า ข้าจะรีบไปเดี๋ยวนี้เลย ตอนนี้ข้าหิวน้ำผึ้งเหลือเกิน”

หมีน้อยจึงรีบเดินทางไปยังที่หมายอย่างรวดเร็ว ระหว่างทางบังเอิญได้เจอกับสิงโตตัวหนึ่งที่กำลังเดินออกหาอาหาร สิงโตจึงพูดคุยทักทายกับหมีน้อยว่า “สวัสดีเจ้าหมีน้อย เจ้ากำลังเดินทางไปไหนเหรอ”

หมีน้อย ก็ตอบทันใด “ข้ากำลังจะไปหาน้ำผึ้ง บนภูเขา ฝั่งทางโน่น ท่านสิงโต”

สิงโตจึงพูดต่อว่า “ใครเป็นคนบอกเจ้าหล่ะ ว่าที่นั่นมีน้ำผึ้งที่เจ้าต้องการอยู่”

หมีน้อย ตอบว่า “ก็ท่านหมาป่าไงหล่ะ เมื่อตะกี้ข้าเจอ แล้วข้าก็ถามทาง ท่านหมาป่าบอกว่าบนภูเขาฝั่งโน่น จะมีรังผึ้งมากมายเลยทีเดียว ข้าจะต้องรีบไปแล้วท่านสิงโต ข้าลานะ”

สิงโต จึงรีบพูดไปว่า “เดี๋ยวก่อนเจ้าหมีน้อย เจ้าคงไม่ได้อาศัยในป่าแถวนี้ ในป่าแถวนี้จะมีหมากป่าจอมโกหกอยู่ตัวหนึ่ง จะคอยหลอกล่อเหยื่อให้ไปยังที่พักของตน แล้วก็จับสัตว์เหล่านั้นกินเสีย และไม่คอยมีสัตว์ตัวใดที่จะรอดชีวิตกลับมาได้ ข้าจะเล่าให้ฟังนะ ล่าสุดเมื่อวานนี้ข้าเจอกับกระต่ายน้อยตัวหนึ่ง วิ่งลงมาจากภูเขาด้วยความหวาดกลัว กระต่ายน้อยเจอกับข้าระหว่างทางและบอกกับข้าว่า กำลังจะโดนหมาป่ากิน ดีนะ ที่เจ้าข้าเสียก่อน ข้าจึงรีบบอกทางให้กระต่ายกลับบ้านของมันไป และข้าคิดว่า ตัวเจ้าเองคงจะโดนหลอกเหมือนกับสัตว์อย่าง ๆ แน่นอน เจ้ารู้ไหมว่าทางที่เจ้าจะไปนั้น มีแต่ฝูงหมาป่าที่อาศัยอยู่ และไม่มีรังผึ้งที่เจ้าต้องการหรอกนะ ข้าคิดว่าเจ้าควรจะกลับไปยังป่าที่เจ้าอาศัยอยู่เถิด”

หมีน้อยเมื่อได้ฟังเรื่องดังกล่าว ก็ตกใจ จึงรีบกลับลงจากภูเขาอีกทางหนึ่งทันที ระหว่างทางกลับ ก็ได้เจอกับรังผึ้งรังหนึ่ง หมีน้อยจึงเข้าไปเก็บและพารังผึ้งกลับไปยังบ้านของตน แต่ระหว่างทางเกิดเจอกับเจ้าหมาป่าอีกครั้ง ครั้งนี้หมาป่า มีท่าทางโกรธ เพราะกลับไปรอเจ้าหมีน้อยที่บ้าน แต่เจ้าหมีน้อยก็ไม่มาสักที จึงไปออกตามหา และเจอกับเจ้าหมีน้อย ด้วยความโกรธจึงรีบวิ่งเข้าไปจะจับเจ้าหมีน้อยเพื่อจะกินเป็นอาหาร แต่ทันใดนั้น หมีน้อยที่ถือรังผึ้งอยู่ในมือ ได้ขอความช่วยเหลือจากผึ้งว่า “เจ้าผึ้งน้อยทั้งหลาย ข้าขอโทษที่ข้าเก็บรังของเจ้ามา ข้าไม่ได้จะทำร้ายพวกเจ้า ข้าแค่ต้องการกินน้ำผึ้งเท่านั้น ตอนนี้ข้าเดือดร้อน ข้ากำลังจะถูกเจ้าหมาป่าจับกินเป็นอาหาร พวกเจ้าช่วยข้าด้วยเถอะนะ”

ทันใดนั้น ผึ้งทั้งฝูงก็ไม่รอช้า ตรงเข้าไปต่อยเจ้าหมาป่าอย่างรวดเร็ว จนทำให้เจ้าหมาป่าโดนผึ้งต่อยทั้งตัว หมาป่าร้องครวญคราง เนื้อตัวบวมแดงเต็มไปด้วยรอยผึ้งต่อย หมาป่าทนไม่ไหวจึงรีบวิ่งหนีฝูงผึ้งกลับไปยังที่พักของตนเอง ไม่สามารถที่จะกินหมีน้อยเป็นอาหารได้ ส่วนหมีน้อยก็ขอบคุณผึ้งทั้งหลายที่ได้ช่วยชีวิตของตนเอาไว้ และรีบกลับไปยังป่าของตนโดยเร็ว

เรื่องที่ 2 นิทาน เรื่อง ปกป้องจอมซน

เช้าวันหยุดสุดสัปดาห์ วันที่อากาศสดใส ณ หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ปกป้อง เด็กชายคนหนึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งนั้น กำลังเดินเล่นและมองหาเพื่อน ๆ ปกป้องคิดอยู่ว่าเพื่อน ๆ ของตนเองหายไปไหนกันหมด ปกป้องก็เลยเดินไปตามที่ต่างๆ เพื่อตามหาเพื่อน ๆ มาเล่นด้วยกัน

ปกป้อง “นั่นไงเจอแล้ว ต้นกล้า กำลังทำอะไรอยู่ไปวิ่งเล่นด้วยกันกับฉันไหม” ปกป้องถามต้นกล้า ตอบกลับมาว่า “ไม่หรอก ๆ ฉันต้องรีบกลับบ้านแม่ฉันรออยู่”

ต่อไปปกป้องก็เดินไปเรื่อย ๆ เจอกับแก้ว และพูดกับแก้ว ว่า “แก้ว ไปเล่นของเล่นบ้านฉันไหมบ้านฉันมีของเล่นเยอะแยะเลย ” แก้วตอบกลับไปว่า “ไม่หรอกฉันมีนัดกับก้อยแล้ว”

จากนั้นปกป้องก็เดินไปจนถึงสนามฟุตบอล และไปเจอกับเอก จึงพูดกับเอกว่า “เอกไปเล่น ฟุตบอลด้วยกัน” เอกจึงตอบกลับไปว่า “ไม่หรอกวันนี้เราต้องรีบกลับไปทำการบ้าน”

จากนั้นปกป้องก็เดินไปที่ร้านขายขนม เจอกับ ฝน ปกป้องจึงพูดกับฝนว่า “ฝน ๆ วันนี้เราไปกินขนมกับอีกไหม” ฝนจึงตอบกลับไปว่า “ไม่หรอก วันนี้ฉันอิ่มแล้ว”

จากนั้นปกป้องก็ได้เดินไปเรื่อย ๆ เจอ มุกกับหยก ที่กำลังยืนพูดคุยกันอยู่ ปกป้องชวนทั้งสองคนไปปั่นจักรยานกันเถอะ มุกกับหยก และแล้วมุกกับหยก ก็ตอบไปว่า “เราออกมาเล่นนานแล้วเราจะต้องรีบกลับบ้านแล้ว แม่เรารออยู่”

ในขณะเดินกลับบ้าน มุกกับหยกได้พูดคุยกันระหว่างทางกลับบ้าน มุกถามหยกว่า “ทำไมเธอถึงไม่ยอมเล่นกับปกป้องหล่ะ” หยกตอบว่า “ปกป้องชอบแกล้งคนอื่นเมื่ออาทิตย์ก่อน ปกป้อง ไปวิ่งเล่นกับต้นกล้า ก็ดักขาต้นกล้าล้มลงขณะที่วิ่งเล่นด้วยกัน เมื่อสามวันก่อนแก้วกำลังเล่นของเล่นอยู่ อยู่ดี ๆ ปกป้องก็แย่งของเล่นไปโดยไม่ขอเล่นด้วยสักคำ ยังมีอีกนะวันก่อนปกป้องเล่นฟุตบอล อยู่กับเอกก็แย่งฟุตบอลไปเฉยเลย ยังมีอีกนะวันก่อนฝนกำลังยืนต่อแถวซื้อขนม ปกป้องเดินมาจะซื้อขนมด้วยแต่ก็กลับแซงคิวฝนด้วย ส่วนฉันเองเมื่อวานฉันกำลังนั่งอ่านหนังสือการ์ตูนอยู่ดี ๆ อยู่ปกป้องก็มาแย่งหนังสือของฉันไปเลย ฉันเลยไม่อยากเล่นกับปกป้องไง” มุกพูดต่อ “ส่วนฉันก็เจอเหมือนกันนะ วันก่อนที่ในห้องเรียน ปกป้องมาขอยืมยางลบของฉันไป แต่พอฉันจะไปขอกลับสรุปว่า ยางลบของฉันก็หายไปแล้ว”

ด้านปกป้องรีบเดินกลับบ้านไปอย่างคอตก เพราะไม่มีใครเล่นด้วย เมื่อไปถึงบ้านเจอคุณแม่ที่กำลังรออยู่

คุณแม่ถามว่า “ปกป้องเป็นอะไรเหรอลูก”

ปกป้องตอบว่า “วันนี้ผมออกไปข้างนอกจะไปเล่นกับเพื่อน ๆ แต่ไม่มีใครเล่นกับผมเลยครับคุณแม่”

คุณแม่พูดต่อ “เมื่อวันก่อน หนูไปแกล้งเพื่อน ๆ มาใช่ไหม เห็นไหมแม่บอกกับหนูแล้วว่า หนูอย่าซน หนู่อย่าแกล้งเพื่อน ๆ บทเรียนครั้งนี้ทำให้เพื่อน ๆ ไม่อยากเล่นกับหนู” แม่ถามปกป้องต่อ “ปกป้องคิดว่าจะต้องทำอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหล่ะลูก”

ปกป้องบอกแม่ว่า “ผมจะต้องไปขอโทษเพื่อนๆ ครับ เพราะผมทำผิดครับ”

แม่พูดต่อ “ถูกต้องแล้วลูกเราทำผิดเราต้องยอมรับความผิด ไปขอโทษเพื่อนนะลูก และต้องสัญญาด้วยว่าจะไม่แกล้งเพื่อน ๆ อีก การที่เราแกล้งเพื่อน หรือแสดงความรุนแรงกับเพื่อนหากเกิดจากเพราะความโกรธ ลูกจะต้องควบคุมความโกรธให้ได้ วิธีการควบคุมความโกรธ เช่น การสีสติแล้วนับ 1-10 ในใจ ก็จะทำให้เราใจเย็นขึ้น แต่หากปกป้องการแกล้งโดยไม่มีสาเหตุ ผลเสียที่จะตามมาก็คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับปกป้อง คือเพื่อนๆ จะไม่เล่นกับปกป้องใช่ไหมลูก”

ปกป้อง “ใช่ครับ แม่ครับพรุ่งนี้ ผมจะไปขอโทษเพื่อนๆ และผมก็จะไม่ซน ไม่แกล้งเพื่อนๆ ครับ” ปกป้องตอบ

วันต่อมาขณะที่ทุกคนไปโรงเรียน ปกป้องก็เจอเพื่อน ๆ ไม่ว่าจะเป็น ต้นกล้า แก้ว เอก ฝน มุกและหยก ปกป้องจึงเข้าไปขอโทษเพื่อน ๆ “เพื่อน ๆ ทุกคน เราขอโทษนะที่แกล้งพวกเธอ เราสัญญาว่า ต่อไปนี้เราจะไม่แกล้งพวกเธออีก พวกเธอยกโทษให้เรานะ” เพื่อน ๆ ทุกคนต่างก็ตอบเป็นเสียงเดียวกับว่า “เรายกโทษให้ เราไม่โกรธเธอหรอก” จากนั้นปกป้องและเพื่อน ๆ ทุกคนก็เล่นด้วยกันอย่างมีความสุข

เรื่องที่ 3 นิทานชาดก เรื่อง สัจจังกิรชาดก

กาลครั้งหนึ่งนานมาแล้ว ในเมืองพาราณสี พระเจ้าพรหมทัต มีพระราชโอรสผู้มีสันดานกักขฬะ หยาบคายอยู่พระองค์หนึ่งนามว่า ทุฏฐกุมาร พระกุมารจะมีนิสัยที่ไม่ดี หากไม่ได้ทุบตีใครแล้วจะไม่ยอมตรัสกับใคร หากใครทำอะไรที่ไม่ได้ดั่งใจแล้ว จะโวยวายอาละวาด จึงทำให้ไม่เป็นที่ชอบใจต่อคนภายในและภายนอกพระราชวัง

วันหนึ่ง ท้าวเธอปรารถนาจะเล่นน้ำในแม่น้ำ จึงไปที่แม่น้ำด้วยขบวนบริวารหมู่ใหญ่ ขณะทรงเล่นน้ำ ปรากฏว่า วันนั้นมีพายุฝนตกอย่างหนัก ทำให้พวกทาสจึงพากันทิ้งพระองค์ให้ลอยไปตามลำน้ำ และพวกทาสก็หนีกลับเข้าเมือง แล้วกราบทูลพระราชาว่าไม่พบพระกุมาร

ทางด้านพระราชาจึงรับสั่งให้ทหารออกติดตาม ค้นหาพระราชโอรสให้ทั่วทุกบริเวณแต่ก็ไม่พบพระโอรส

ฝ่ายพระกุมาร ที่ลอยไปตามลำน้ำได้เกาะขอนไม้ลอยไปตามแม่น้ำ ไม่นานก็มีงู มีหนูและมีนกแขกเต้า หนีตายมาอาศัยเกาะขอนไม้นั้นตามลำดับ สัตว์ทั้ง 4 ชนิดก็ได้อาศัยบนขอนไม้ลอยไปตามแม่น้ำนั้น ที่ใกล้ฝั่งแม่น้ำนั้น มีอาศรมของฤาษีอยู่ตนหนึ่ง ท่านกำลังเดินจงกรมในเวลาเที่ยงคืน ได้ยินเสียงพระกุมารร้องไห้ จึงไปที่ฝั่งน้ำ พบเห็นสัตว์ทั้ง 4 ชนิดจึงได้ช่วยขึ้นฝั่งมา ฤาษีได้ก่อไฟให้สัตว์ที่อ่อนแอกว่าผิงไฟก่อน และให้พระกุมารผิงไฟทีหลัง เวลาต่อมาเมื่อจะให้อาหารก็ให้สัตว์ทั้ง 3 ชนิดก่อน ให้พระกุมารทีหลัง

พระกุมารผูกโกรธในฤาษี คิดว่าไม่ให้เกียรติตนเอง พอผ่านไปสองสามวัน น้ำเหือดแห้งแล้ว สัตว์ทั้งสามก็ร่ำลาฤาษี พร้อมบอกที่อยู่ของตน หากฤาษีเดือดร้อนอะไรให้จงบอก ส่วนพระกุมารก็ร่ำลาฤาษีเช่นกัน กลับไปถึงเมืองของพระองค์ ในเวลาต่อมาไม่นานพระองค์ก็ได้ขึ้นครองราชสมบัติ

ฝ่ายฤาษี ต้องการจะทดสอบสัตว์ทั้ง 4 ชนิด จึงไปที่อยู่ของงู หนูและนกแขกเต้าตามลำดับ สัตว์เหล่านั้นต่างก็ยินดีให้การต้อนรับและให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี ฤาษีจึงเข้าเมืองเพื่อมาพักอยู่ที่สวนหลวง เพื่อต้องการทดสอบพระราชา รุ่งเช้าจึงออกเที่ยวภิกขาจาร

ฝ่ายพระราชา ในขณะนั้น กำลังประทับบนหลังช้างออกตรวจเมือง ทอดพระเนตรไปเห็นฤาษีแต่ไกลก็จำได้ รับสั่งให้ทหารจับฤาษีไปเฆี่ยนตีทุก 4 แยกเมือง แล้วนำไปตัดศีรษะเสีย พวกทหารได้ทำเช่นนั้น ฤาษีไม่สะทกสะท้านอ้อนวอนอะไร เมื่อถูกเฆี่ยนตีทุก 4 แยกเมือง กลับกล่าวคาถาว่า “ ได้ยินว่า คนบางพวกในโลกนี้ ได้กล่าวความจริงไว้อย่างนี้ว่า ไม้ลอยน้ำยังดีกว่า ส่วนคนบางคนที่ประทุษร้ายมิตรไม่ดีเลย ”

พวกราชบัณฑิตได้ฟังคำนั้นทุก 4 แยก จึงถามเหตุผลว่า เหตุใดท่านจึงกล่าวดังนั้น ฤาษีจึงเล่าความจริง พอฤาษีเล่าความจริงให้ฟังแล้ว เกิดความสลด จึงพากันกบฏจับพระราชาสำเร็จโทษเสียบคอช้างนั้นเอง ทำการยกฤาษีขึ้นเป็นพระราชาแทน ฤาษีครั้นขึ้นครองราชย์แล้วต้องการ

ทดสอบสัตว์อีกครั้ง จึงไปที่อยู่ของงูและหนู สัตว์ทั้งสองได้มอบสมบัติจำนวน 70 โกฏิให้พระราชา ส่วนนกแขกเต้าก็จะนำข้าวสาลีมาให้ในฤดู พระราชานำสัตว์ทั้งสามเข้าเมืองบำรุงเลี้ยงอย่างดี ครองราชโดยธรรม ประสบความร่มเย็นเป็นสุขตลอดอายุขัย

เรื่องที่ 4 นิทาน เรื่องหมูแดงขี้โมโห

หมูแดงเป็นเด็กสาวที่สดใสน่ารัก กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเวลาที่อารมณ์ดี หมูแดงจะยิ้มเหมือนนางฟ้า แต่เวลาที่โมโหหรือโกรธขึ้นมาหมูแดง ก็จะกรี๊ดเสียงดังแสบแก้วหู จนทุกคนต้องเดินหนี เรื่องที่ทำให้หมูแดงโมโห มีมากมาย เช่น

ในวันหยุดสุดสัปดาห์ หมูแดงกำลังมีความสุขกับการดูการ์ตูนช่องโปรดอยู่ สักพักหนึ่งหมูแดงแล้วลุกขึ้นไปเข้าห้องน้ำ ทันใดหมูหวานน้องสาวของหมูแดงก็มาเปลี่ยนช่องทีวี ทำให้หมูแดงไม่พอใจกรี๊ด เสียงดังใสหมูหวาน

วันก่อนที่โรงเรียนขณะพักเที่ยง เพื่อนๆ ของหมูแดงมานั่งเล่นใกล้ ๆ กับโต๊ะเรียนที่หมูแดงนั่งเพื่อน ๆ เล่นกับไปเล่นกันมา แล้วบังเอิญทำสมุดที่อยู่บนโต๊ะของหมูแดงตกลงบนพื้น หมูแดงไม่พอใจ โมโห กรี๊ดเสียงดังใส่เพื่อนๆ ทำให้เพื่อนๆ ตกใจจึงวิ่งหนีกันไปหมด

และเมื่อวานนี้ หมูแดงเดินออกไปเดินเล่นนอกบ้าน ขณะเดินเล่นอยู่นั้น ก็มีลูกบอลตกลงมาใส่หัว ซึ่งเป็นลูกบอลที่เพื่อน ๆ กำลังเล่นกันอยู่ หมูแดงโกรธ โมโหที่ลูกบอลตกใส่หัว จึงกรี๊ดเสียงดังจนเพื่อน ๆ ตกใจวิ่งหนีแยกย้ายไปคนละทาง

วันนี้เป็นอีกวันหนึ่งที่อากาศแจ่มใส แต่ทำไมหมูแดงนั่งอยู่ในสวนหน้าบ้านด้วยสีหน้าที่ไม่สดใส คุณแม่จึงเดินเข้ามาถาม “หมูแดงวันนี้ไม่ไปเล่นกับเพื่อน ๆ เหรอจ๊ะลูก”

หมูแดงตอบว่า “ ไม่มีใครอยากเล่นกับหนูเลยคะ เมื่อตะกี้หนูเข้าไปขอเล่นด้วยกับเพื่อน ๆ แต่เพื่อน ๆ เค้าวิ่งหนีลงไปหมดเลย ”

คุณแม่ “หมูแดงบอกแม่ได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้น”

หมูแดง “วันก่อนหนูเดินเล่นอยู่แล้วลูกบอลตกใส่หัว หนูจึงโมโห กรี๊ดเสียงดังคะ”

คุณแม่ลูบหัวหมูแดงและพูดต่อว่า “แม่ดีใจที่หนูรู้สาเหตุที่เกิดขึ้น แล้วหนูคิดว่าเรื่องที่เกิดขึ้นนั้น เพื่อน ๆ ของหนูตั้งใจให้เกิดไหมลูก”

หมูแดง “หนูรู้คะว่าเพื่อน ๆ ไม่ได้ตั้งใจ แต่หนูโมโหนิคะ คุณแม่”

คุณแม่ “ถ้าเป็นแบบนี้ก็จะไม่มีเพื่อนคนไหน จะมาเล่นด้วยกับเรานะคะ หมูแดงก็อยากกรี๊ดอย่าโมโหสิลูก”

หมูแดง “หนูก็ไม่อยากทำหรอกค่ะแต่หนูทนไม่ไหวทุกที ”

คุณแม่ “ความโมโหหรือความโกรธ เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน มักมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ ความหงุดหงิดรำคาญจากการถูกรบกวน ถูกคุกคาม คนที่ชอบโกรธหรือโมโหอยู่เสมอ หน้าตาจะบูดบึง ไม่น่ารัก และไม่มีใครอยากจะ อยู่ใกล้และเล่นกับเราด้วย ใจเราเองก็จะเป็นทุกข์ เดี๋ยวแม่จะสอนวิธีการระงับความโกรธให้นะ เมื่อหนูรู้สึกโกรธ ให้หนูลองหายใจเข้าออกลึกๆ แล้วนับ 1 ถึง 10 ช้าๆ ระหว่างนับ ก็ให้นึกถึงความดีของคนที่เรากำลังโกรธไป

ด้วย เมื่อเรานึกถึงความดีของเขาเราก็จะให้อภัยเขา ได้แต่ถ้ายังไม่หายโกรธก็ให้นับซ้ำอีกจนกว่าจะหาย แม่อยากให้หมูแดงลองพยายามทำดูนะลูก”

ในวันต่อมาหมูแดงก็กำลังพบกับบททดสอบแรก หมูหวานน้องสาวของหมูแดงกำลังเปลี่ยนช่องทีวีที่หมูแดง กำลังดูอยู่อีกตามเคย

หมูแดง อยากจะกรี๊ดออกมาดัง ๆ แต่นึกถึงคำพูดของคุณแม่ จึงเริ่มนับ 1 ถึง 10 ในใจแล้วนึกถึงความดีของน้อง ในใจก็คิดว่า ยังเด็กอยู่น้องยังไม่รู้เรื่องอะไรเลย เราก็ต้องแบ่งให้น้องดูด้วย ดูด้วยกันก็สนุกดีนิ หลังจากนับ 1 ถึง 10 ในใจครบ หมูแดงก็ใจเย็นขึ้นและหายโกรธน้อง หลังจากนั้นหมูแดงก็นั่งดูทีวีกับน้องอย่างมีความสุข

วันต่อมา ขณะไปโรงเรียน ช่วงพักเที่ยง เหตุการณ์เดิมก็เกิดขึ้นอีกตามเคย เพื่อนๆ ก็ได้มานั่งเล่นที่ใกล้ๆ กับโต๊ะของหมูแดง และทำของบนโต๊ะของหมูแดงตก หมูแดงอยากจะกรี๊ดเสียงดัง แต่ก็นึกขึ้นได้กับคำสอนของคุณแม่ หมูแดงเริ่มนับ 1 ถึง 10 ในใจ นึกถึงความดีของเพื่อน ๆ ในใจก็คิดว่า เพื่อน ๆ ก็มีน้ำใจชอบช่วยเหลือ แบ่งปันของให้หมูแดงเสมอ ของตกแค่นี้ก็เก็บขึ้นมาไม่เห็นจะเป็นไรเลย เมื่อนับเสร็จครั้งนี้ หมูแดงไม่กรี๊ดและโมโห แต่กลับเข้าไปเก็บของที่ตกและบอกกับเพื่อน ว่าไม่เป็นไรพวกเธอนั่งเล่นกันไปต่อเธอนะ

เมื่อวานนี้หมูแดงออกไปวิ่งเล่นนอกบ้านก็มีเพื่อน ๆ กำลังเล่นอยู่ลูกบอล อยู่แล้วลูกบอลกระเด็นมาโดนแขนของหมูแดง หมูแดงอยากจะกรี๊ดออกมาเสียงดังด้วยความเจ็บ แต่หมูแดงก็นึกขึ้นได้กับคำสอนของคุณแม่จึงนับ 1 ถึง 10 ในใจ และคิดในใจว่า เพื่อนๆ ไม่ได้ตั้งใจจะทำให้เราเจ็บนิ มันเป็นอุบัติเหตุ หลังจากนับ 1 ถึง 10 ในใจครบ หมูแดงไม่โกรธและนำลูกบอลไปคืนเพื่อนๆ เพื่อนๆ ก็กล่าวขอโทษหมูแดง และหมูแดงก็พูดตอบกลับไปว่าไม่เป็นไร ฉันไม่ได้เจ็บมาก จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เพื่อน ๆ ชวนหมูแดงมาเล่นด้วยกัน หมูแดงดีใจมากที่เพื่อนๆ ชวนตนเองเล่นด้วยและยอมรับตนเข้ากลุ่ม

จากนั้นหมูแดงฉันกลับไปบอกคุณแม่ “คุณแม่คะวันนี้หมูแดงได้ไปเล่นโยนลูกบอลกับเพื่อน ๆ ด้วยคะ การที่เราไม่โกรธ ไม่โมโหก็ดีเหมือนกันนะคะคุณแม่”

คุณแม่ถามหมูแดงต่อ “ไหนหนูแดงลองบอกแม่สิว่าการที่เราไม่โมโหและไม่โกรธมีข้อดีอย่างไรบ้าง ”

หมูแดงตอบ “ทำให้เราใจเย็นขึ้นคะ และทำให้เรามีเพื่อนเหมือนเดิมคะ”

คุณแม่สอนหมูแดงต่อ “การโมโหหรือการโกรธก็เหมือนกับการจุดไฟเผาตัวเองนะลูก ในทางพระพุทธศาสนาได้สอนไว้ว่า การโมโหหรือการโกรธเป็นความรู้สึกเหมือนไฟเผา ความหมายก็คือตัวเราเองมักจะรู้สึกกระวนกระวาย ไม่สบายใจ ไม่ชอบใจ เพียงเพราะว่ามีใครมาสร้างความเดือดร้อนให้เรา ทั้งจากเหตุการณ์ที่เกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม เพราะฉะนั้นการที่หมูแดง

สามารถควบคุมการโกรธและการโมโหได้ เราจะเกิดความรู้สึกให้อภัยต่อผู้ที่เรากำลังโกรธอยู่ ไม่เพียงแต่ทำให้คนอื่นรู้สึกดีขึ้น ยังทำให้เหตุการณ์ทุกอย่างราบรื่นขึ้น และที่สำคัญไปกว่านั้น คือเป็นการแก้ปัญหาได้ตรงจุดหรือดับไฟได้ถูกกองนั่นเอง ไม่เพียงแต่เราจะรู้สึกสบายใจที่ทุกอย่างมันจบลงด้วยดี มีความเข้าใจกันมากขึ้น แต่เรายังได้สุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น และทำให้คนรอบข้างที่อยู่ใกล้ขึ้นเรามีความสุขตามมา

ภาคผนวก ก (2)
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล **เลขที่แบบสอบถาม ☐☐**

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง (ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม)

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็ก และตัวท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่างและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

1. อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
2. จำนวนพี่-น้อง.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....
3. กำลังศึกษาอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....
4. สุขภาพโดยทั่วไป ☐ แข็งแรง ☐ มีโรคประจำตัว (ระบุ) .....
5. ประวัติพัฒนาการ ☐ ปกติ ☐ มีปัญหาด้านพัฒนาการ (ระบุรายละเอียด)
6. เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นมา.....ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ปกครอง

1. ปัจจุบันอายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริส ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
4. การศึกษา
   - ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
   - ☐ อาชีวศึกษา/อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี
   - ☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

5. อาชีพ

☐ รับราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ รับจ้าง ☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ เกษตรกรรม ☐ ไม่ได้ทำงาน

☐ ค้าขาย ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

7. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส/อยู่ด้วยกัน

☐ หย่า/หม้าย/แยก ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

8. ท่านเกี่ยวข้องกับเด็กอย่างไร

☐ บิดา ☐ มารดา

☐ ญาติ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

9. สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว

☐ สัมพันธภาพดี แทบไม่เคยทะเลาะกัน

☐ มีปัญหาขัดแย้ง ทะเลาะกันเล็กน้อย (เดือนละ 1-2 ครั้ง)

☐ มีปัญหาทะเลาะกันบ่อย (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง)

☐ มีปัญหาทะเลาะกันแทบทุกวัน

2. แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเขียนเครื่องหมาย ☐ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความถี่ของทักษะทาง สังคมของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในการดูแลของท่าน โดยมีระดับการให้คะแนน ดังนี้

5 หมายถึง ระดับทักษะทางสังคมบ่อยมาก
4 หมายถึง ระดับทักษะทางสังคมบ่อย
3 หมายถึง ระดับทักษะทางสังคมบางครั้ง
2 หมายถึง ระดับทักษะทางสังคมไม่บ่อย
1 หมายถึง ระดับทักษะทางสังคมไม่ปรากฏ

ข้อที่	ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น	ความถี่ของทักษะทางสังคม				
		5	4	3	2	1
1.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานกล่าวทักทายด้วยคำพูดที่สุภาพ					
2.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถกล่าวขอโทษได้เมื่อรู้ตัวว่าทำผิด					
3.	ได้ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ					
4.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถกล้าแสดงออกและยอมรับฟังความคิดเห็น					
5.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานกล้าแสดงออกความคิดเห็นเมื่อมีข้อสงสัย เมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ					
6.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานไม่โต้เถียงและซักถามข้อสงสัยด้วยคำพูดที่สุภาพ					
7.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลในครอบครัวเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ					
8.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย					
9.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถเก็บอุปกรณ์ของเล่นเมื่อเล่นเสร็จได้					
10.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานปฏิบัติตามกฎและข้อตกลงที่					

ข้อที่	ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น	ความถี่ของทักษะทางสังคม				
		5	4	3	2	1
	กำหนดไว้					
11.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถความคุมตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้					
12.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานสามารถควบคุมอารมณ์ ในการหยุดคอยทำกิจกรรม หรือหยุดคอยจนกว่าจะถึงลำดับของตนเองได้					
13.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานมีการอาสาช่วยเหลือทำงานโดยไม่ต้องร้องขอได้					
14.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานทำกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของตนเองได้สำเร็จ					
15.	ท่านรู้สึกว่าบุตร/หลานมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัวจนงานสำเร็จ					

ภาคผนวก ก (3)
แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล

คู่มือการใช้เกณฑ์ให้คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง

1. ทักษะที่สังเกตและบันทึกลงในแบบสังเกตประกอบด้วยทักษะทางสังคม 6 ด้าน ได้แก่
    1) ทักษะการสื่อสาร
    2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม
    3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น
    4) ทักษะการรับผิดชอบ
    5) ทักษะการควบคุมตนเอง
    6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ
2. แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เป็นการบันทึกในรูปแบบระดับคุณภาพของทักษะจำแนกออกเป็น 3 ระดับคะแนน
3. ช่วงเวลาที่ใช้ในการสังเกต คือ ช่วงเวลาก่อนการดำเนินกิจกรรมการเล่นบำบัด และหลังการดำเนินกิจกรรมการเล่นบำบัด ในสัปดาห์ ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 ช่วงเวลาที่ใช้ในการสังเกตตั้งแต่เริ่มกิจกรรมจนสิ้นสุดกิจกรรม รวมเวลา 60 นาที

ข้อควรปฏิบัติในการสังเกต

1. เขียนชื่อผู้สังเกต ผู้ถูกสังเกต วัน เดือน ปี ที่ทำการสังเกต
2. ผู้สังเกตและบันทึกมี 2 คน ทำการสังเกตทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร โดยผู้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเล่นบำบัดแบบเด็กเป็นศูนย์กลางด้วย

การบันทึกแบบสังเกต

สังเกตทักษะสังคมทีละข้อ เมื่อพฤติกรรมเด็กในข้อนั้นตรงกับระดับคะแนนใด ให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องนั้น ดังนี้

ช่องระดับ 0 คะแนน	บันทึกเมื่อเด็กไม่แสดงทักษะสังคมด้านการสื่อสาร หรือปฏิเสธที่จะทำ
ช่องระดับ 1 คะแนน	บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมด้านการสื่อสาร ภายใต้การช่วยเหลือของผู้บำบัด
ช่องระดับ 2 คะแนน	บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมด้านการสื่อสาร ด้วยตนเอง

การเตรียมการสังเกต

1. ผู้สังเกตต้องศึกษาคู่มือในการสังเกตให้เข้าใจกระบวนการในการสังเกตทั้งหมดเพื่อให้เกิดความชำนาญในการใช้แบบสังเกต
2. จัดเตรียมสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมไว้ล่วงหน้าให้เรียบร้อย
3. จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการสังเกต ได้แก่ คู่มือการใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารของเด็กสมาธิสั้น และแบบสังเกตทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารของเด็กสมาธิสั้น
4. ผู้สังเกตควรซักซ้อมความเข้าใจกับครูผู้ช่วยที่ช่วยในการสังเกตเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และลดความคลาดเคลื่อนจากการสังเกตพฤติกรรม

รายการทักษะทางสังคม (Domain)	คะแนน	รายละเอียดพฤติกรรม
1. ทักษะการสื่อสาร		
1.1 สามารถสื่อสารทักทายกับเพื่อนด้วยคำพูดที่สุภาพ และท่าทีที่เป็นมิตร	0	ไม่สามารถสื่อสารทักทายกับเพื่อนด้วยคำพูดที่สุภาพ และท่าทีที่เป็นมิตร
	1	สามารถสื่อสารทักทายกับเพื่อนด้วยคำพูดที่สุภาพ และท่าทีที่เป็นมิตร โดยมีผู้วิจัยคอยตักเตือนหรือควบคุม
	2	สามารถสื่อสารทักทายกับเพื่อนด้วยคำพูดที่สุภาพ และท่าทีที่เป็นมิตร
1.2 สามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิด	0	ไม่สามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิด
	1	สามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิดโดยต้องมีการเตือนหรือควบคุม
	2	สามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิด
2. ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม		
2.1 สามารถให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรม	0	ไม่สามารถให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรม
	1	สามารถให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรมโดยต้องมีการเตือนหรือควบคุมหรือช่วยเหลือ
	2	สามารถให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง
2.2 มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของตนจนงานกลุ่มสำเร็จ	0	เด็กไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วนที่เป็นหน้าที่ของตน เช่น ไม่สนใจทำ รบกวนกลุ่ม เป็นต้น
	1	เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วนที่เป็นหน้าที่ของตนจนงานกลุ่มสำเร็จแต่ต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือ
	2	เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วนที่เป็นหน้าที่ของตนจนงานกลุ่มสำเร็จ
2.3 มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เพื่อนในกลุ่มทำกิจกรรมจนงาน	1	เด็กมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เพื่อนในกลุ่มทำกิจกรรมจนงานกลุ่มสำเร็จ เช่น ช่วยส่ง

รายการทักษะทางสังคม (Domain)	คะแนน	รายละเอียดพฤติกรรม
กลุ่มสำเร็จ		ของช่วยถือของ เป็นต้น ภายใต้การช่วยเหลือ
	1	มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้วิจัยให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถาม โดยต้องมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น
	2	มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้วิจัยให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถาม
3. ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น		
3.1 มีความกล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อผู้บำบัดให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถาม	0	ไม่มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้บำบัดให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถาม
	1	มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้บำบัดให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามโดยต้องมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น
	2	มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้บำบัดให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถาม
3.2 มีความกล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อตนเองมีข้อสงสัย ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	0	ไม่มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อตนเองมีข้อสงสัย ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
	1	มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อตนเองมีข้อสงสัย ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยต้องมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น
	2	มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อตนเองมีข้อสงสัย ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
3.3 มีการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในการทำกิจกรรม	0	ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในการทำกิจกรรม
	1	ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในการทำกิจกรรม โดยต้องมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น
	2	ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในการทำกิจกรรม
4. ทักษะการรับผิดชอบ		
4.1 มีความรับผิดชอบในร่วมทำ	0	เด็กไม่มีความรับผิดชอบในร่วมทำกิจกรรมจน

รายการทักษะทางสังคม (Domain)	คะแนน	รายละเอียดพฤติกรรม
กิจกรรมจนสำเร็จ		สำเร็จ
	1	เด็กมีความรับผิดชอบในร่วมทำกิจกรรมจนสำเร็จภายใต้การช่วยเหลือผู้วิจัย
	2	เด็กมีความรับผิดชอบในร่วมทำกิจกรรมจนสำเร็จด้วยตนเอง
4.2 มีความรับผิดชอบในการเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเลิกเล่น	0	ไม่มีความรับผิดชอบในการเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเลิกเล่น
	1	ความรับผิดชอบในการเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเลิกเล่น ภายใต้การช่วยเหลือผู้วิจัย
	2	ความรับผิดชอบในการเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเลิกเล่นด้วยตนเอง
4.3 มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงของกลุ่ม	0	ไม่มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงของกลุ่ม ภายใต้การกระตุ้นของผู้วิจัย
	1	มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงของกลุ่ม ภายใต้การกระตุ้นของผู้วิจัย
	2	มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงของกลุ่ม
5. ทักษะการควบคุมตนเอง		
5.1 สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ ในการแบ่งปันของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ หรือเต็มใจให้เอง	0	ไม่สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ในการแบ่งปันของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ หรือเต็มใจให้เอง
	1	สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ ในการแบ่งปันของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ โดยมีผู้วิจัยคอยเตือน หรือคอยต่อรอง
	2	สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ ในการแบ่งปันของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ หรือเต็มใจให้เอง ด้วยตนเอง
5.2 สามารถควบคุมตนเองในการผลัดเปลี่ยนของเล่น หรืออุปกรณ์กับเพื่อน และการหยุดคอยเพื่อน	0	ไม่ผลัดเปลี่ยนของเล่น หรืออุปกรณ์กับเพื่อน แย่งของกับเพื่อน และไม่ยอมหยุดคอยเพื่อนเล่น แย่งเพื่อนเล่นก่อนจะถึงลำดับของตน

รายการทักษะทางสังคม (Domain)	คะแนน	รายละเอียดพฤติกรรม
เล่นก่อนจนกว่าจะถึงลำดับของตน	1	ผลัดเปลี่ยนของเล่น หรืออุปกรณ์กับเพื่อนด้วยตนเอง โดยต้องมีครูเป็นคนเตือน หรือคอยต่อรอง และหยุดคอยเพื่อนเล่นก่อนจนกว่าถึงลำดับของตนโดยต้องมีครูเป็นคนเตือน หรือคอยต่อรอง
	2	ผลัดเปลี่ยนของเล่น หรืออุปกรณ์กับเพื่อนด้วยตนเอง โดยไม่มีการแย่งกันและหยุดคอยเพื่อนเล่นก่อนจนกว่าจะถึงลำดับของตน
6. ทักษะความเห็นอกเห็นใจ		
6.1 สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือเพื่อนเมื่อเพื่อนไม่สามารถทำกิจกรรมได้	0	ไม่สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือเพื่อน เมื่อไม่เพื่อนมาสามารถทำกิจกรรมได้
	1	สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือเพื่อน เมื่อไม่เพื่อนมาสามารถทำกิจกรรมได้ โดยมีผู้วิจัยคอยเตือน
	2	สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือเพื่อน เมื่อไม่เพื่อนมาสามารถทำกิจกรรมได้ ด้วยตนเอง
6.2 สามารถอาสาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ	0	ไม่อาสาช่วยเหลือผู้อื่น
	1	สามารถอาสาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ แต่มีผู้วิจัยคอยเตือน
	2	สามารถอาสาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ

แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

ชื่อเด็ก.....สกุล.....

อายุ.....ปี วันที่ประเมิน.....

ทักษะทางสังคม	คะแนน			หมายเหตุ
	0	1	2	
1. ทักษะการสื่อสาร				
1.1 สามารถสื่อสารทักทายกับเพื่อนด้วยคำพูดที่สุภาพและท่าทีที่เป็นมิตร				
1.2 สามารถกล่าวขอโทษขณะทำผิด				
2. ทักษะการให้ความร่วมมือ				
2.1 สามารถให้ความร่วมมือปฏิบัติตามข้อตกลงในการทำกิจกรรม				
2.2 มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นหน้าที่ของตนจนงานกลุ่มสำเร็จ				
2.3 มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เพื่อนในกลุ่มทำกิจกรรมจนงานกลุ่มสำเร็จ				
3. ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น				
3.1 มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้วิจัยให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถาม				
3.2 มีความกล้าแสดงความคิดเห็น เมื่อตนเองมีข้อสงสัยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ				
3.3 มีการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในการทำกิจกรรม				
4. ทักษะการรับผิดชอบ				
4.1 มีความรับผิดชอบในร่วมทำกิจกรรมจนสำเร็จ				
4.2 มีความรับผิดชอบในการเก็บของหรืออุปกรณ์เมื่อเลิกเล่น				
4.3 มีการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงของกลุ่ม				

ทักษะทางสังคม	คะแนน			หมายเหตุ
	0	1	2	
5. ทักษะการควบคุมตนเอง				
5.1 สามารถควบคุมตนเองและควบคุมอารมณ์ ในการแบ่งปันของเล่นให้เพื่อนเมื่อถูกขอ หรือเต็มใจให้เอง				
5.2 สามารถควบคุมตนเองในการผลัดเปลี่ยนของเล่นหรืออุปกรณ์กับเพื่อน และการหยุดคอยเพื่อนเล่นก่อนจนกว่าจะถึงลำดับของตน				
6. **ทักษะความเห็นอกเห็นใจ**				
6.1 สามารถแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือเพื่อนเมื่อเพื่อนมาสามารถทำกิจกรรมได้				
6.2 สามารถอาสาช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ต้องร้องขอ				

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ด้วยดิฉันนางนิฏย์ฐา ยอดแก้ว นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง **ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น** เพื่อประกอบการศึกษาในหลักสูตร

เด็กในปกครองของท่านเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ การศึกษาเกิดผลประโยชน์สูงสุดจากการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าหากท่านยินดี ให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้รายละเอียดโดยย่อของการวิจัยมีดังนี้

ชื่อเรื่องการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดและเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ

ขั้นตอนการวิจัย

เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กที่มีอายุ 7-11 ปี โดยมารับการรักษาที่คลินิกปลูกคิดโรงพยาบาลอ่างทอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

สำหรับในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองจะได้รับบริการ ได้รับคำแนะนำ และกิจกรรมที่พยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพ คลินิกปลูกคิดโรงพยาบาลอ่างทอง จัดให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นรายบุคคล ได้แก่ การซักประวัติ การให้

คำแนะนำเรื่องยา คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนัด และหากประสงค์ได้รับการฝึกตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง จะได้รับการฝึกหลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว

ความเสี่ยงและผลประโยชน์

การวิจัยครั้งนี้อาจมีความเสี่ยง เช่น เกิดการทะเลาะกับเพื่อนในระหว่างการเข้ากลุ่มกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยจะควบคุมดูแลระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่มอย่างเต็ม ความสามารถ ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบต่อการได้รับบริการหรือการดูแลรักษาเด็กในปกครองของท่านและครอบครัวแต่ประการใด ผลประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมการวิจัย คือ เด็กในปกครองของท่านและตัวท่านจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาอาการสมาธิสั้นให้ดีขึ้นต่อไป

การเก็บรักษาความลับ

ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด ผลการประเมินด้านต่าง ๆ ของเด็กในปกครองของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบต่อเด็กในปกครองของท่านและครอบครัวของท่านแต่ประการใด

การยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากเด็กในปกครองของท่านเกิดความลำบากใจหรือไม่สะดวกใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการรับการบริการและการรักษาพยาบาลที่เด็กในปกครองของท่านจะได้รับต่อไปในอนาคต

กรณีมีข้อสงสัยใด ๆ ในระหว่างการศึกษาวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรง คือนางนิฏย์ฐา ยอดแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 085-654-3085 เพื่อรับทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

การเข้าร่วมการศึกษาโดยความสมัครใจและเอกสารยินยอม

การลงรายมือชื่อในเอกสารให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) แสดงว่าท่านได้รับข้อมูลต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ และยินดีให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยความสมัครใจ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุ ประสงค์ ของการวิจัยเรื่อง ผล

ของโปรแกรมการเล่นบำบัดแบบเด็กเป็นศูนย์กลาง ต่อทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารของเด็กสมาธิสั้น ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....) (นางนิฎย์ฐา ยอดแก้ว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง /นางสาว)…….....……นามสกุล……..……

อายุ……...ปี อยู่บ้านเลขที่ ……หมู่ ….....ตำบล…….....อำเภอ.....จังหวัด……..

เป็นบิดา /มารดา /ผู้ปกครองของ (ด.ญ./ด.ช.)…..……..……...อายุ ……ปี

ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

โดยข้าพเจ้าได้ อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยรวมทั้งได้รับฟังคำอธิบายจาก นางนิฎย์ฐา ยอดแก้ว และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัยขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัว ที่ข้าพเจ้าหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้า จะได้รับและข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้น แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ เด็กในปกครองของข้าพเจ้า สามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการบริการและการรักษาพยาบาลที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้า จะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางนิฎย์ฐา ยอดแก้ว ที่เบอร์โทรศัพท์ 085-654-3085

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา /แจ้งเรื่อง /ร้องเรียน ได้ที่ คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....) (นางนิฎย์ฐา ยอดแก้ว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ของค่าเฉลี่ย คะแนนทักษะทางสังคม โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ ค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic skewness & Statistic kurtosis) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรายละเอียดดังตาราง ค 1-5

ตาราง ค 1

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองกลุ่มควบคุม (n=30)

ทักษะทางสังคม	skewness			kurtosis		
	statistic	SE	skewness value	statistic	SE	kurtosis value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.068	.427	0.15	-1.341	.833	1.60
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.561	.427	1.31	-.992	.833	1.19

ตาราง ค 2

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองกลุ่มทดลอง (n=30)

ทักษะทางสังคม	skewness			kurtosis		
	statistic	SE	skewness value	statistic	SE	kurtosis value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.219	.427	0.51	-1.40	.833	1.68
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.383	.427	0.89	-.444	.833	0.53

ตาราง ค 3

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาลกลุ่มควบคุม (n=30)

ทักษะทางสังคม	skewness			kurtosis		
	statistic	SE	skewness value	statistic	SE	kurtosis value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.561	.427	1.31	-.992	.833	1.19
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.459	.427	1.07	-1.132	.833	1.35

ตาราง ค 4

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาลกลุ่มทดลอง (n=30)

ทักษะทางสังคม	skewness			kurtosis		
	statistic	SE	skewness value	statistic	SE	kurtosis value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-1.414	.427	3.31	.740	.833	0.88
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-1.735	.427	4.06	1.912	.833	2.29

ตาราง ค 5

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene's test (N=60)

ทักษะทางสังคม	*Levene's test*	*df*	*p-value*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.069	58	.793
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.15	58	.000

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธรังษี	ผู้อำนวยการสำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นายแพทย์ชูเกียรติ ยงพิทยาพงศ์	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
3. นางสาวศิวาทิตย์ สุวัฒน์พัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา