

ผลของกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น

The Effect of Mindfulness-based Social Treatment Group on Family Relationships in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

สมนึก อนันตวรวงค์

Sommuek Anantavorawong

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

Prasrimahabodi Psychiatric hospital

Corresponding author e-mail: [songricd@gmail.com](mailto:songricd@gmail.com), ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1716-9502>

Received 12/07/2022

Revised 14/07/2022

Accepted 15/07/2022

บทคัดย่อ

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น เป็นปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและความสำเร็จในชีวิต วัยรุ่นมักขาดการยับยั้งชั่งใจ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ทำให้ง่ายต่อการมีขัดแย้งในเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว การศึกษาวิจัยปัจจุบันพบว่าการศึกษาสติมีผลทางบวกต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต ช่วยให้การทำงานของสมองส่วนอารมณ์ดีขึ้น แต่ในประเทศไทยไม่มีโปรแกรมที่ช่วยในการบำบัดเรื่องนี้โดยตรง การศึกษาวิจัยนี้จึงเกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น และเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ปกครองและวัยรุ่นสมาธิสั้น

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยมีวงจรการวิจัยและพัฒนา 3 รอบ 6 ขั้นตอน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน และอาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา 1 คน กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กสำหรับทดลองโปรแกรมจำนวน 10 คน ประกอบด้วย วัยรุ่นสมาธิสั้นจำนวน 5 คน และผู้ปกครองจำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองจำนวน 40 คน ประกอบด้วย เด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นจำนวน 20 คน และผู้ปกครองจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดที่ใช้สติเป็นฐาน 2) แบบสังเกตความสอดคล้องของโปรแกรม 3) แบบประเมินโปรแกรม และ 4) แบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาโปรแกรมโดยทำการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติแบบพรรณนาและสถิติแบบอ้างอิง

ผลการวิจัยพบว่า: โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะการฝึกสติหลัก 2) กิจกรรมสะท้อนคิด และ 3) ผลลัพธ์ โดยผลการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด (S-CVI) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน มีค่าเท่ากับ 0.95 ความคิดเห็นของนักสังคม

.....

สงเคราะห์จำนวน 6 คน ในภาพรวมต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด 4.75 ( $\bar{X}=4.75$ ,  $SD=0.48$ ) ผลจากการนำโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานกลุ่มไปใช้ พบว่าวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีคะแนนความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ( $F=15.6479^{**}$ ,  $p<.01$ ) และมีคะแนนความสัมพันธ์ในครอบครัวหลังการทดลองดีกว่าวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ( $t=3.0997^{**}$ ,  $p<.01$ )

สรุป: โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นสมาธิสั้น และทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้นดีขึ้น

คำสำคัญ: สติเป็นฐาน; สมาธิสั้น; สังคมบำบัด; ความสัมพันธ์ในครอบครัว

## Abstract

Family relationships in adolescents with ADHD are preventive factors and risk factors for mental health problems and succeed in life. Adolescents with ADHD often lack of inhibition and impulsivity which makes them easy to have conflict in family relationships. Current studies have found that mental training has a positive effect on mental health problems, improving emotional brain function. However, in Thailand, no program directly focuses on this issue. Thus, this study was conducted for a purpose of developing a mindfulness-based social therapy group program on family relationships among ADHD adolescents and to study the effect of a mindfulness-based social therapy group program on family relationships of parents and adolescents with ADHD.

**Materials and methods:** This study used a research and development process with 3 R&D cycles, 6 steps, and 5 stakeholders: 2 child and adolescent psychiatrists, 2 social workers, and 1 lecturer in the Department of Psychology. The experimental program consisted of 10 people, consisting of 5 adolescents with ADHD and 5 parents. The sample used in the experiment was 40 people, consisting of 20 adolescents with ADHD and 20 parents, divided into the experimental group of 20 and A control group of 20 people. The research instruments consisted of 1) a mindfulness-based social therapy group program, 2) a programmed consistency observation form, 3) a program evaluation form, and 4) a functional disability assessment questionnaire for children and adolescents. suffering from ADHD Perform data analysis to develop programs by analyzing program consistency and content validity. The

qualitative data analysis was based on the content analysis method. The quantitative data analysis used descriptive statistics and reference statistics.

**Results:** The mindfulness-based social therapy group program consisted of three key components: 1) core activities, 2) reflexive activities, and 3) outcomes. The results of the Total Conformity and Correspondence Analysis (S-CVI) were analyzed by five experts. people, the value was 0.95. The overall opinion of 6 social workers on the program was at the highest level at 4.75 ( $\bar{x}=4.75$ ,  $SD=0.48$ ). The results of the mindfulness-based group social therapy program were found. It was found that the experimental group with ADHD adolescents after using the mindfulness-based social therapy group program had a statistically significant improvement in family relationship scores at the.01 levels ( $F=15.6479^{**}$ ,  $p<.01$ ). The family relationship after the experiment was significantly better than that of the control adolescents with ADHD at the.01 levels ( $t=3.0997^{**}$ ,  $p<.01$ ).

**Conclusion** The mindfulness-based social therapy group program is content-based and appropriate for adolescents with ADHD. and improve family relationships among ADHD teenagers.

**Keywords:** Mindfulness as a Base; Stop-see-know; ADHD; Social Therapy; Family Relationships

## บทนำ

ร้อยละ 12.82 ของประชากรไทยจำนวน 66.19 ล้านคน ของประเทศไทยเป็นวัยรุ่น เป็นวัยที่กำลังค้นหาความเป็นตัวตนของตนเอง เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เป็นวัยที่มีมักพบปัญหาเชิงพฤติกรรมและอารมณ์มากที่สุดวัยหนึ่ง ดังนั้นปัญหาที่พบในวัยนี้ได้แก่ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ตั้งครรภ์วัยรุ่น ปัญหาความรุนแรงดังปรากฏให้เห็นตามสื่อต่าง ๆ ในทุก ๆ วัน ส่วนหนึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม โรคที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์โรคหนึ่งพบมาก ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (Attention deficit Hyperactivity; ADHD) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางระบบประสาทและสมอง (neurodevelopmental disorder) มีความชุกทั่วโลก ร้อยละ 5 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 7-9 (Brahmbhatt K., et al, 2016) ประเทศไทยพบร้อยละ 8.1 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2013) การศึกษาเปรียบเทียบในต่างประเทศระหว่างวัยรุ่นทั่วไปกับวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้น พบว่า วัยรุ่นสมาธิสั้นมีความเสี่ยงต่อความล้มเหลวทั้งด้านการเรียน มีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติด ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่าวัยรุ่นปกติทั่วไปมาก (Harpin V A; 2005)

อาการของโรคสมาธิสั้นและการรักษาโรคนี้นี้มีมาตรฐานคล้ายกันทั่วโลก คือการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัด อย่างไรก็ตามในประเทศไทยการเข้าถึงบริการ ณ ปัจจุบันเข้าถึงเพียง 28.97 (กระทรวง

สาธารณสุข HDC, 2564) ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนภาพควมมีระบบและกระบวนการช่วยเหลือดูแลกลุ่มโรคสมาธิสั้นอีกมาก โดยเฉพาะมิติการบำบัดรักษา ที่ปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการเลี้ยงดู เป็นหลัก อย่างไรก็ตามยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นก็ยังไม่ครอบคลุม วิธีการรักษายังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาล จิตเวชและโรงพยาบาลจังหวัดขนาดใหญ่ อีกทั้งสภาพปัญหาและความบกพร่องของโรคเองก็มีความซับซ้อน พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมักมีโรคร่วม ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (สุพร อภินันทเวช, 2559) การรักษาด้วยยาได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ แต่วัยรุ่นมักไม่ค่อยยอมรับประทาน แต่จะใช้วิธีการควบคุมตัวเองแทน ซึ่งหลายรายประสบความสำเร็จ แต่หลายรายต้องกลับมารับประทานยาใหม่ บาร์คเลย์ (Barkley R.A., 2006) ได้กล่าวถึงการพยากรณ์โรคที่ตีว่า ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาสูง ความรุนแรงของโรคน้อย ความร่วมมือระหว่างเด็กและครอบครัว และสภาพแวดล้อมของครอบครัวและโรงเรียน (สุพร อภินันทเวช, 2559) จากข้อมูลนี้จะเห็นว่า ครอบครัว มีส่วนสำคัญมากต่อการตีขึ้นหรือแย่งลงของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการต่อสู้กับโรคสมาธิสั้น ซึ่งต้องใช้เวลายาวนานหลายปีนั้น หากความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ก็จะมีผลกระทบไม่ใช่เฉพาะแต่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่หมายถึงทุกคนในครอบครัวด้วย ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมเสริมหรือปัจจัยปกป้อง (Protective factors) สัมพันธภาพในครอบครัวถือเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดอย่างหนึ่งในกระบวนการรักษาโรคสมาธิสั้น เพราะสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดชีวิต (Thomas P.A., Hui Liu, Umberson D, 2017)

การใช้สติเป็นฐานในกลุ่มบำบัดทางสังคมในวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น โดยให้ความสำคัญกับประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัว (family relationship) เป็นการสร้างโปรแกรมการบำบัดและศึกษาผลการใช้โปรแกรม ที่พัฒนาจากฐานคิดเรื่องสติ (Mindfulness) ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น และพัฒนาการวัยรุ่น โดยคำนึงถึงบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ที่ต้องทำงานกับครอบครัวผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมักจะมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่แล้ว หากเจ็บป่วยด้วยภาวะสมาธิสั้นด้วยแล้ว ปัญหานี้ก็มีความเสี่ยงสูงกว่าปกติ วัยรุ่นสมาธิสั้นนั้นจะมีปัญหาการควบคุมตัวเอง ขาดการยับยั้งชั่งใจ ด้วยพยาธิสภาพของโรคทางระบบประสาท เมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายใน หากสมองไม่เคยได้รับการฝึกฝนเรื่องการยับยั้งชั่งใจเลย ก็ง่ายที่จะทำ-พูดโดยไม่คิด ผลที่ตามมาส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเสียใจในภายหลังทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะช่วยให้ อย่างน้อยก็ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น ดำเนินงานในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด -19 ต้องมีความระมัดระวังในการออกแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มเป็นกรณีพิเศษ ตัวโปรแกรมออกแบบมา 8 ครั้ง ในยุคแห่งความกังวลนี้ เป็นไปได้ยากมากที่จะให้มีกลุ่มตัวอย่างเดินทางมาเพื่อเข้ากลุ่มให้ครบทั้ง 8 ครั้ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดกระบวนการกลุ่มเป็นแบบผสมผสาน (Hybrid) ทั้งแบบออนไลน์ (Onsite) และ แบบออนไลน์ (Online) โดยพบกับกลุ่มตัวอย่างแบบออนไลน์ 1 วัน 4 กิจกรรม ผู้ปกครองเข้าร่วมกับเด็ก และเป็นแบบผ่าน Social Media อีก 4 ครั้ง การดำเนินการในลักษณะนี้

มีงานวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่น้อยมาก ส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักเปรียบเทียบกับ การเรียนแบบ E-Learning ซึ่งผลการศึกษาดูจากการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ พบว่า การเรียนแบบ E-Learning มีประสิทธิภาพกว่าการเรียนปกติ เพราะได้อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เรียนซ้ำได้ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการเรียนแบบออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ก็พบว่ามีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ระดับมาก (รุ่งอรุณ กระแสร์สินธุ์ และคณะ, 2564) การสำรวจสภาพการเรียนการสอนแบบออนไลน์ของครู ก็พบว่า ครูส่วนใหญ่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ในการจัดการเรียนการสอนเป็นส่วนใหญ่ (มนธิชา ทองหัตถา, 2564) สำหรับวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้น การใช้รูปแบบที่ปรึกษา (Coaching model) ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต มีความจำเป็น แต่ไม่สามารถทดแทนการปรึกษาแบบพบหน้าได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น โดยเน้นการฝึกสติเพื่อปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น และใช้รูปแบบการเรียนรู้ทั้งแบบพบหน้าเป็นกลุ่มและแบบออนไลน์

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

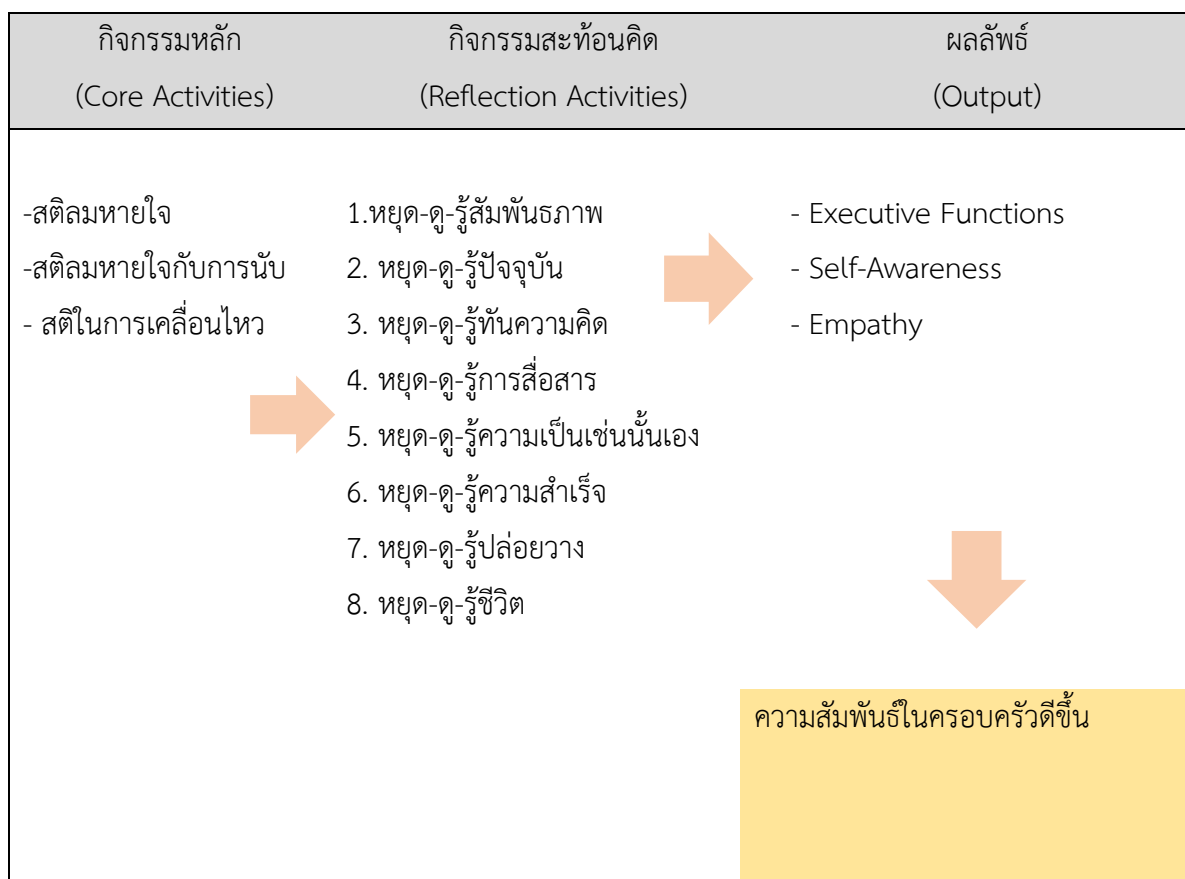
กรอบแนวคิดการพัฒนาตัวโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น ใช้ความหมายเชิงปฏิบัติของคำว่า “สติ” จากโปรแกรมสติบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น (สมนึก อนันตวรวงค์, 2559) หมายถึง การฝึกการรู้ตัวเพื่อไม่ทำอะไรตามความเคยชินที่ไม่ดี ซึ่งการออกแบบโปรแกรมเป็นการพัฒนาจากกลุ่มเด็กวัยเรียน สู่วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา พัฒนาการตามวัย ตามมาด้วยปัญหาการปรับตัวตามวัย และความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นปัญหาหลักสำคัญที่นำมาสู่การมีปัญหาลักษณะอื่น ๆ ปัญหาตามวัยเป็นความเสี่ยงของวัยรุ่นทั่วไปอยู่แล้ว ยิ่งวัยรุ่นที่มีปัญหาของอาการสมาธิสั้น หรือเป็นวัยรุ่นสมาธิสั้นยิ่งมีความเสี่ยงมากขึ้น

การให้ข้อมูลในรูปแบบของการสอน ในระบบปกติ เช่น โรงเรียน อาจไม่เพียงพอที่จะช่วยให้เด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น ปรับตัวและก้าวผ่านช่วงวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม ข้อมูลการกระทำผิดกฎหมาย การตั้งครมไม่พร้อม การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอยู่ในปัจจุบัน แม้ในระบบการให้สุขศึกษาเชิงป้องกันปัญหาที่มีอยู่ทั่วไป ก็ไม่อาจเห็นประสิทธิผลที่ชัดเจนได้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นจากพฤติกรรมจัดการความเครียด หรือความสามารถในการจัดการอารมณ์ของวัยรุ่น ปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้วัยรุ่นสมาธิสั้น สามารถจัดการกับพยาธิสภาพที่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสารเคมี

ในสมอง ไม่ใช่การรับประทานยาเพียงอย่างเดียว แต่ปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญประเด็นนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปอยู่แล้ว

การฝึกสติมีผลทางบวกต่ออาการสมาธิสั้น เพราะการฝึกสติที่มากพอมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง การออกแบบกิจกรรมโดยให้มีการฝึกสติ ในทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม ก่อน และ หลัง และการใช้กิจกรรมให้เกิดการสะท้อนคิด ช่วยเรื่องการตระหนักรู้ มีทักษะจัดการความคิด อารมณ์ และการสื่อสาร ร่วมด้วยการบันทึกในสติไดอารี่ (Sati diary) ภายใต้บรรยากาศที่สงบและเป็นมิตร ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ดีขึ้น ความรู้ตัว (Self-awareness) ความเข้าอกเข้าใจ (Empathy) นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

### ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



### ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้หัวข้อการวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น (หมายเลข 010/2564 วันที่ 20 กันยายน 2564) ใช้

กระบวนการวิจัยและพัฒนา ตามแนวคิดของ กิตติยา วงษ์จันทร์ (2561) แบ่งการศึกษาเป็น 2 กระบวนการหลัก ได้แก่ การวิจัย (Research : R) และการพัฒนา (Development: D) โดยมีวงจรการวิจัยและพัฒนา 3 รอบ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ตรวจสอบทฤษฎีและแนวคิดเรื่องสติกับสัมพันธภาพ (Research R1: Analysis)
2. การออกแบบจัดทำต้นร่าง (Prototype) ของโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น (Development D1: Design and Development) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
3. นำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครอบครัว 10 คน (Research R2: Implementation)
4. ปรับปรุงโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น (Development D2: Evaluation)
5. นำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มเข้าร่วมโครงการ (Research R3: Experiment)
6. สรุปปรับปรุงโปรแกรมจากการทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย (Development D3: Conclusion) มีรายละเอียดดังตาราง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	วิธีการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. Research R1: Analysis ตรวจสอบแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรม	เพื่อตรวจสอบแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรมสติบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น	1.1 ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 1.2 รวบรวมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ 1.3 วิเคราะห์แก้ไขปรับปรุงโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น	ได้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้พัฒนา/ออกแบบต้นร่างโปรแกรมสติบำบัดสำหรับใช้บำบัดเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น
2. Development D1: Design and Development การออกแบบและพัฒนา	เพื่อนำแนวคิดทฤษฎีหลักการที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วมาจัดทำต้นร่างโปรแกรม	2.1 ปรับปรุงแก้ไขร่างโปรแกรม 2.2 นำต้นร่างเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา	ร่างโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น
3. Research R2: Try out การใช้การทดลอง	เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมตามโปรแกรมกลุ่มสังคม	3.1 นำโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ครอบครัว 10 คน	โปรแกรมที่ผ่านการศึกษาคำความเป็นไปได้ในการใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ผ่าน

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	วิธีการ	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	บำบัดฯ กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก	3.2 ประเมินผลการฝึกอบรมด้วยแบบสังเกตความสอดคล้องความรู้ ทักษะของผู้เข้ารับการอบรมตามโปรแกรมฯ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน 3.3 ปรับปรุงให้เหมาะสม	กระบวนการหาความเป็นปรนัยและคุณภาพเชิงเทคนิคของโปรแกรม
4. Development D2: Evaluation ปรับปรุงและประเมินผล	เพื่อปรับปรุงและประเมินผลการนำโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง	4.1 วิจัยทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 5 ครอบครัว 4.2 ประเมินจาก Feedback ของกลุ่มตัวอย่าง 4.3 ปรับปรุงจากข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง	โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานที่ผ่านกระบวนการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1
5. Research R3: Experimental ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น	ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มทดสอบก่อนและหลัง	ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
6. Development-D3: Conclusion ขั้นการสรุปโปรแกรม	พัฒนาโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานฉบับทดสอบผลการศึกษาแล้ว	ทำการปรับปรุงโปรแกรมรอบสุดท้าย	ได้โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งตามขั้นตอนการวิจัยและทดสอบ เป็น 2 ระยะ ได้แก่ การทดสอบเบื้องต้น และการทดสอบครั้งที่ 2 ดังนี้

#### 1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบเบื้องต้น



**1.1 กลุ่มตัวอย่าง** เด็กวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น และผู้ดูแลหลัก 5 ครอบครัว จำนวน 10 คน ทดสอบความเข้าใจและความสอดคล้องของวิธีการ และเนื้อหา โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 6 ท่าน เป็นผู้ร่วมสังเกตการณ์และให้ความคิดเห็น

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการทดสอบครั้งที่ 2

**2.1 ประชากรเป้าหมาย (target population)** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เด็กวัยรุ่น อายุระหว่าง 13 – 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น และพ่อแม่ หรือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้น

**2.2 กลุ่มตัวอย่าง (sample size)** กลุ่มตัววัยรุ่นสมาธิสั้น อายุระหว่าง 13 – 18 ปี และผู้ดูแลหลัก จำนวน 20 ครอบครัว 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power (Haydicky j, 2013)

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด ประกอบด้วย 1) โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดที่ใช้สติเป็นฐาน 2) แบบสังเกตความสอดคล้องของโปรแกรม 3) แบบประเมินโปรแกรม และ 4) แบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (WFIRS) พัฒนาโดยสิรินัดดา ปัญญาภาส (Punyapas, S., & Boon-yasidhi, V., 2015) ฉบับภาษาไทย มี 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับประเมินตนเองและฉบับผู้ปกครองประเมิน

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาสำหรับตัวแปรลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในรูปของความถี่และร้อยละ ใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ทำการวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาโดยนำระดับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ใช้สถิติแบบอ้างอิงเพื่อทำการเปรียบเทียบผลการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มแบบอิสระ (Independent Sample t-test) และทำการเปรียบเทียบผลการทดสอบก่อนทดลอง หลังทดลองกับระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated ANOVA) และทำการทดสอบแบบรายคู่สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์ (Paired Sample t-test)

## ผลการวิจัย

ผลจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบแนวคิดทฤษฎีของโปรแกรม (R1) แนวคิดหลักที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน สำหรับสัมพันธ์ในครอบครัว ใช้หลักการของ “สติ” ในพุทธศาสนา หมายถึง การระลึกได้ การรู้ตัว โปรแกรมสติบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น (mindfulness therapy program for children with ADHD) ออกแบบกิจกรรมเพื่อลดหรือแก้ไขอาการสมาธิสั้น ซึ่ง

ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก (core activities) เป็นกิจกรรมการฝึกสติ และกิจกรรมสะท้อนคิด (reflection activities) ผ่านเนื้อหาหลัก 8 ประเด็น ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงกรอบแนวคิดของโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน

ทักษะหลัก	กิจกรรมสะท้อนคิด	ผลลัพธ์ความสัมพันธ์
- สติลมหายใจ	1. หยุด-ดู-รู้สัมพันธ์ภาพ	ความสัมพันธ์ในครอบครัว
- สติลมหายใจกับการนับ	2. หยุด-ดู-รู้ปัจจุบัน	
- สติในการเคลื่อนไหว	3. หยุด-ดู-รู้ทันความคิด	
	4. หยุด-ดู-รู้การสื่อสาร	
	5. หยุด-ดู-รู้ความเป็นเช่นนั้นเอง	
	6. หยุด-ดู-รู้ความสำเร็จ	
	7. หยุด-ดู-รู้ปล่อยวาง	
	8. หยุด-ดู-รู้ชีวิต	

ผลจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนา (D1) หลังจากได้โครงร่างและเนื้อหาครบตามหัวข้อการออกแบบโปรแกรมแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 2 ท่าน อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมตามกิจกรรมสะท้อนคิดทั้ง 8 กิจกรรม โดยกำหนดประเด็นการประเมินไว้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ 2) สาระสำคัญ 3) องค์ประกอบกลุ่ม/เวลา 4) การดำเนินกิจกรรม 5) อุปกรณ์ สื่อ ใบความรู้ ใบงาน และ 6) การประเมินผล ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด (S-CVI) มีค่าเท่ากับ 0.95 และผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ

กิจกรรมที่	หัวข้อกิจกรรม	ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ
1	หยุด-ดู-รู้สัมพันธ์ภาพ	- หัวข้อน่าจะเป็น หยุด-ดู-รู้ความสุขได้ด้วย - โดยรวมดีแล้ว แต่บางคำให้ถูกต้องมากขึ้นเท่านั้น - หนังสือเรื่อง เจ้าชายน้อย ควรใช้เป็นแค่ทางเลือก
2	หยุด-ดู-รู้เห็นปัจจุบัน	- การรู้อดีตปัจจุบัน อนาคต มีกิจกรรมที่อาจทำได้ง่ายกว่านี้ให้ลองหาดู - ภาษาที่เกี่ยวข้องกับสมอง ให้ใช้ศัพท์ให้ง่ายขึ้น

กิจกรรมที่	หัวข้อกิจกรรม	ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ
3	หยุด-ดู-รู้ทันความคิด	กิจกรรมอยากให้เห็นความคิดลบลด้วยว่ามีผลต่ออะไรอย่างไร ที่เห็นมีแต่ความคิดบวก
4	หยุด-ดู-รู้การสื่อสาร	ไม่มีข้อเสนอแนะ
5	หยุด-ดู-รู้ความเป็นเช่น นั่นเอง	- กิจกรรมค่อนข้างยาก - อยากให้เพิ่มส่วนที่เราต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลง และเปลี่ยนแปลงได้ด้วย
6	หยุด-ดู-รู้ความสำเร็จ	- กิจกรรมเชือกกระชากใจ อาจยากถ้าทำออนไลน์อาจใช้การตั้งคำถาม
7	หยุด-ดู-รู้ปล่อยวาง	- ปรับให้เหมาะกับการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์
8	หยุด-ดู-รู้ชีวิต	- เนื้อหาส่วนใหญ่ถือว่าดีแล้ว เหลือแต่การทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นถึงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่นำไปสู่การปรับปรุงโปรแกรมให้ดีขึ้น ซึ่งผู้พัฒนาได้ปรับปรุงและได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน

**ผลจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้ (R2)** การนำโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดไปใช้กับกลุ่มขนาดเล็ก จำนวน 5 ครอบครัว 10 คน ดำเนินการตามช่องทางการบำบัดที่เป็น Online และ Offline ในการฝึกอบรมมีคณะผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปฏิบัติงานกับกลุ่มผู้ปกครองและผู้ป่วยเข้าร่วมสังเกตการณ์ด้วย จำนวน 6 ท่าน เป็นนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด

**ผลจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 4 ขั้นปรับปรุงและประเมินผล (D2)** หลังจากนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กแล้วผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์จำนวน 6 ท่าน ทำการสังเกตและประเมินความเหมาะสมและทำการสนทนากลุ่มระหว่างผู้ปกครองและวัยรุ่นสมาธิสั้นจำนวน 10 คน โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 แสดงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ที่เข้าร่วมสังเกตการณ์การใช้โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	n	$\bar{X}$	S.D.	คุณภาพ
1	หยุด-ดู-รู้สัมพันธ์ภาพ	6	4.83	0.37	มากที่สุด
2	หยุด-ดู-รู้เห็นปัจจุบัน	6	4.83	0.37	มากที่สุด
3	หยุด-ดู-รู้ทันความคิด	6	5.00	0.00	มากที่สุด
4	หยุด-ดู-รู้การสื่อสาร	6	4.83	0.37	มากที่สุด

กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	n	$\bar{X}$	S.D.	คุณภาพ
5	หยุด-ดู-รู้ความเป็นเช่นนั้นเอง	6	5.00	0.00	มากที่สุด
6	หยุด-ดู-รู้ความสำเร็จ	6	4.83	0.37	มากที่สุด
7	หยุด-ดู-รู้ปล่อยวาง	6	4.00	0.58	มาก
8	หยุด-ดู-รู้ชีวิต	6	4.67	0.47	มากที่สุด
	รวม		4.75	0.48	มากที่สุด

นักสังคมสงเคราะห์ ที่เข้าร่วมอบรมและสังเกตการณ์การใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเห็นว่า โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นกิจกรรม ครั้งที่ 7 ซึ่งต้องปรับให้เหมาะสมมากขึ้น

#### ตารางที่ 4 แสดงเนื้อหาการอภิปรายในกลุ่มผู้ปกครองและเด็กที่เข้าร่วมโครงการ

ประเด็น	การสนทนากลุ่ม
เนื้อหาหลัก	“เข้าใจคำว่า สติ มากขึ้น”, “ครั้งแรกยังไม่ค่อยได้”, “การใช้คำถามเตือนสติ ทำให้รู้ตัวมากขึ้น”, “บันทึกสติใช้เวลานาน อาจต้องไปเขียนที่บ้าน”, “เป็นตัวเลือกที่จะเลือกฝึกอย่างใดอย่างหนึ่ง”, “เด็กเข้าใจได้ง่าย โดยเฉพาะการนับด้วยสติ”, “รู้เลยว่ามันเสียเคยชินที่ต้องแก้ไขมากในครอบครัว”
- สติลมหายใจ - สติลมหายใจกับการนับ - สติในการเคลื่อนไหว	
กิจกรรมสะท้อนคิด	“ขอการทำกิจกรรม และเฉลยทีหลัง”, “กิจกรรมนี้ทำให้นึกถึงอดีต” “อยากให้คนทั้งครอบครัวได้เรียนโปรแกรมนี้”, “ไปสอนพ่อแม่ได้ให้เข้าใจลูก”, “ไม่ค่อยกลัวพูด กล้าตอบ”
ภาษา	“พูดเข้าใจง่าย”, “เหมือนตอบคำถามตัวเอง”, “ไม่เหมือนการเรียนในห้องเรียน”, “บางคำถามก็กลัวว่าจะตอบไม่ถูก”, “ใช้ภาษากลางดีแล้ว”
ระยะเวลา	“เวลาเหมาะสมแล้ว ไม่ลำบากมาก”, “ช่วงโควิดต้องทำแบบนี้แหละ”
การนำเสนอ	“ดีแล้ว”, “เข้าใจง่าย”, “เป็นกันเอง”, “ตอนแรกเห็นรูปสมองคิดว่ายาก” “ขอบคุณที่ให้ข้อมูลดี ๆ ทำให้ลูกเปลี่ยนแปลง มีความตั้งใจเรียน”

ผลจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 5 ขันทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (R3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลหลังการทดลองระหว่างเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลอง

และการติดตามผลหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** แสดงค่าสถิติการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ในวัยรุ่นสมาธิสั้นก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลหลังการทดลองระหว่างเด็กกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	Sd.	Sderror	d	t	Sig.
คะแนนก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	20	41.35	18.91	4.23	2.15	0.3279	0.7448
	กลุ่มควบคุม	20	39.20	22.41	5.01			
คะแนนหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	20	23.35	14.45	3.23	17.40	3.0997**	0.0036
	กลุ่มควบคุม	20	40.75	20.53	4.59			
คะแนนติดตามผลหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	20	22.55	15.35	3.43	14.75	2.8535**	0.0070
	กลุ่มควบคุม	20	37.30	17.2874	3.87			

2.ผลการเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ในวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลหลังการทดลอง ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 จึงทำการทดสอบรายคู่เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละคู่และพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนระยะติดตามผลหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ส่วน ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองกับค่าเฉลี่ยคะแนนระยะติดตามผลหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 6 และตารางที่ 7

**ตารางที่ 6** แสดงค่าสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยการวัดซ้ำหลายครั้งของวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรผัน	df	SS	MS	f	Sig.
Between Subject	19	8,755.92	460.83	13.2626**	0.0000
Within Subject	40	10,996.67	274.92		
Between Condition	2	4,520.53	2,260.27		
Error	38	6,476.13	170.42		

ตารางที่ 7 แสดงค่าสถิติการทดสอบรายคู่คะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ของวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง

I	J	Mean Difference	Sd. Error	t	Sig.
ก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$ =41.35)	หลังการทดลอง ( $\bar{X}$ =23.35)	18.00	5.28	3.4120**	0.0029
	ติดตามหลังการ ทดลอง ( $\bar{X}$ =22.55)	18.80	4.15	4.5257**	0.0002
หลังการทดลอง ( $\bar{X}$ =23.35)	ติดตามหลังการ ทดลอง ( $\bar{X}$ =22.55)	0.80	2.46	0.3255	0.7483

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ในวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลหลังการทดลองของเด็กวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผลหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยการวัดซ้ำหลายครั้งของวัยรุ่นสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรผัน	df	SS	MS	f	Sig.
Between Subject	19	13,693.25	720.69	0.2379	0.7895
Within Subject	40	9,659.33	241.48		
Between Condition	2	119.43	59.72		
Error	38	9,539.90	251.05		

ผลจากการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 6 ขั้นการสรุปโปรแกรม (D3) โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานที่ได้รับการหาคุณภาพและทดลองใช้แล้วมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) กิจกรรมหลัก 2) กิจกรรมสะท้อนคิด และ 3) ผลลัพธ์ โดยสามารถจัดกระบวนการกลุ่มแบบผสมผสาน (Hybrid) ทั้งแบบออนไลน์และแบบออนไลน์

### สรุปผลการวิจัย

การออกแบบโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน ต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมาธิสั้น ออกแบบการเรียนรู้และการบำบัดในลักษณะกลุ่ม ใช้โครงสร้างการบำบัดกลุ่มประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ ขั้นสิ้นสุด ภายในประกอบด้วย หัวข้อการเรียนรู้ วัตถุประสงค์ สำคัญของเนื้อหาการบำบัด ความรู้ สื่อและการประเมินผลด้วยคำถามสะท้อนคิด แบ่งโครงสร้างเป็น 3 ส่วน ได้แก่



เป็นการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านสติบำบัดโดยเฉพาะ ระหว่างการบำบัดพ่อแม่และผู้ปกครองของเด็กจะได้เข้าร่วมการบำบัดในทุกครั้งด้วย เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการบำบัดและสามารถนำไปใช้ที่บ้านตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยโปรแกรมนี้จะเน้นการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมการบำบัด ให้มีการโต้ตอบกันบนพื้นฐานของความเมตตา ผลปรากฏว่าเด็กที่เข้าร่วมการบำบัดมีการอดทนต่อสิ่งกระตุ้นอารมณ์ได้ดีขึ้น มีความสนใจต่อกิจกรรมในห้องเรียนได้นานมากขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของซีเกล และ ฮาร์ทเซลล์ (Siegel and Hartzell (2003) ที่พบว่า การฝึกสติจะทำให้พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กเป็นไปในทางบวก และการจัดการกับอารมณ์เครียดได้ดีขึ้นทั้งในตัวเด็กวัยรุ่นเองและของผู้ปกครอง ซึ่งทั้งหมดที่ได้กล่าวมานั้นสอดคล้องกับการศึกษาด้วยการทบทวนเอกสารวิจัยอย่างเป็นระบบ (Meta-Analysis of Randomized Control trails) เรื่อง การใช้การฝึกสติเพื่อช่วยเรื่องการนึกคิดและปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยในเด็กและวัยรุ่น พบว่า มีผลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสมองเชิงบริหาร การตั้งใจจดจ่อ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล พฤติกรรมลบต่าง ๆ ได้ (Dunning D.L. et al, 2019)

กล่าวว่าการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ การร่วมมือกันแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างกัน ด้วยการหันหน้าเข้าหากันปรับความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยกันแก้ไขข้อบกพร่องของกัน และกัน ช่วยกันพัฒนาให้แต่ละคนสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์

การใช้สติเป็นฐานในกลุ่มบำบัดทางสังคมในวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น โดยให้ความสำคัญกับประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นการสร้างโปรแกรมการบำบัดและศึกษาผลการใช้โปรแกรม ซึ่งโปรแกรมนี้พัฒนาจากฐานคิดเรื่องสติ และคำนึงถึงบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ซึ่งปัจจุบันพบว่าปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หุนหันพลันแล่น ปรากฏให้เห็นตามสื่อสารมากมาย ทำให้กลุ่มที่เปราะบางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยพยาธิสภาพของโรคก็ยากในการควบคุมตัวเองอยู่แล้ว ยิ่งถูกกระตุ้นจากปัจจัยภายนอกหรือบริบทของครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจกัน สมอที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนเรื่องการยับยั้งชั่งใจ (Inhibitory) ก็ง่ายที่จะทำพูดโดยไม่คิด ซึ่งผลที่ตามมาจะเป็นเรื่องเสียใจในภายหลังทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจะช่วยให้ อย่างน้อยก็ทำให้ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เป็นวัยรุ่น มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แต่หากสัมพันธภาพไม่ดีวัยรุ่นไม่ผูกพันกับครอบครัว ส่วนใหญ่วัยรุ่นก็จะเชื่อเพื่อน เชื่อความคิดตัวเอง ซึ่งเหมือนการเสี่ยงโชค ถ้าดีก็ดี ถ้าไม่ดีก็จะมีผลกระทบด้านร้ายกับตนเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม ดังนั้น ประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเป็นประเด็นที่นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช ต้องเข้ามามีบทบาทเพื่อช่วยในกระบวนการแก้ไขปัญหานี้ให้กับผู้ป่วยและสังคม



## ข้อจำกัด

1. ด้านสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคระบาด: การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดค่อนข้างมากในเรื่องสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ราชการและสาธารณสุข มีกฎระเบียบเข้มงวดในการจัดประชุม กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลเรื่องการเดินทาง ดังนั้น การดำเนินการตามโปรแกรมจึงต้องปรับตามสถานการณ์ ทำให้ระยะเวลาในการฝึกสัปดาห์น้อยลง และการใช้สติไดอารี่ จึงต้องใช้ที่บ้านด้วยข้อจำกัดด้านเวลา ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่ได้ใช้

2. ข้อจำกัดด้านเครื่องมือการวิจัย: แบบสอบถามความบกพร่องทางหน้าที่ของวัยรุ่นสมารถ มีจำนวนหัวข้อมาก อาจส่งผลต่อสมาธิในการทำแบบทดสอบของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น อาจต้องหาเครื่องมือเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวที่เหมาะสมมากขึ้น ในการวิจัยครั้งต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. โปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมารถ สามารถใช้ในการฝึกอบรมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และสหวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นได้ เพราะเนื้อหาไม่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มได้

2. สามารถใช้ในลักษณะส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยการทำเนื้อหาเป็นแบบออนไลน์ (online) ทั้งหมด เผยแพร่ผ่านช่องทาง social media เพราะเนื้อหาผ่านการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีการจัดการเรียนรู้ที่ดี โดยเฉพาะการเริ่มต้นด้วยการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ โดยให้ฝึกสติ และค่อยมีกิจกรรมกระตุ้นคิด ปิดด้วยการฝึกสติ และมีการทบทวนด้วยคำถาม พร้อมทั้งมีกิจกรรมการทบทวนที่บ้านด้วยแบบบันทึกสติ ทั้งนี้ผลการทำแบบออนไลน์ก็มีประสิทธิภาพเช่นกัน และเหมาะกับยุคสมัยด้วย

3. สามารถปรับใช้ในคลินิกครอบครัว ในรูปแบบการให้การปรึกษาและบำบัดเป็นรายบุคคลหรือครอบครัวได้ โดยตัดส่วนที่เป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันออก แล้วใช้เนื้อหา ในรูปแบบของคำถามแทน

4. ปรับใช้แบบออนไซต์ (onsite) ในรูปแบบกลุ่มบำบัด และแบบชั้นเรียนได้ ซึ่งเหมาะสำหรับใช้กับเด็กและครอบครัวในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก หรือในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เด็กนักเรียนมัธยมต้น และกลางในระบบโรงเรียนปกติได้ เนื่องจากโปรแกรมมีเนื้อหาเน้นเรื่อง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว

5. โปรแกรมฯ นี้สามารถปรับเป็นการให้บริการปกติทั้งที่คลินิกและที่บ้านได้ เช่น ใช้เป็น Family counseling/Therapy หรือ Home based family counseling/Therapy โดยนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชได้

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมกลุ่มสังคมบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของวัยรุ่นสมารถ ไปศึกษาวิจัยในหลาย ๆ รูปแบบ เพื่อหาผลลัพธ์ที่หนักแน่นมากขึ้น ควรทำเป็นการวิจัยเชิงทดลองเต็ม

รูปแบบ เพื่อหาประสิทธิภาพประสิทธิผล และเป็นการยืนยันว่า การใช้สติเข้ามาช่วยในการบำบัดครอบครัว มีผลลัพธ์เชิงบวกจริง

2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดการมีสติ และเครื่องมือวัดด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ใช้เฉพาะโปรแกรมฯ นี้ จะเป็นประโยชน์การขยายผลการศึกษาอย่างมาก และตอบโจทย์ความยั่งยืนด้วย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มเด็กวัยร่นตอนต้นและวัยร่นตอนกลาง ในระบบโรงเรียน ในลักษณะชั้นเรียน หรือกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น หรือทำเป็นค่ายการเรียนรู้สำหรับครอบครัว ก็จะเป็นประโยชน์ในงานวิจัยมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อัศวิน นาคพงศ์พันธ์ อาจารย์อัญชลี ศิลาเกษ แพทย์หญิงวิริยอร์ จุมพระบุตร ดร.แสงเดือน ยอดอัญมณีวงศ์ อาจารย์ดวงพร หนองคำ ที่ช่วยประเมินความถูกต้องเชิงเนื้อหาของโปรแกรม ขอขอบคุณพี่น้องนักสังคมสงเคราะห์ สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ช่วยสนับสนุนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการนี้ทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน, การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต: ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ*. [Online] สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564 จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat\\_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=e0678b73197151b3f181edcb0ee76b97](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=e0678b73197151b3f181edcb0ee76b97)
- กิตติยา วงษ์ขันธ. (2561). *รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR)*. [Online] สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2564 จาก: [https://www.ubu.ac.th/web/files\\_up/08f2018072012262188.pdf](https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2018072012262188.pdf)
- ทวิทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ชันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. (2013). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *Journal of Mental Health Thai*. 2013, 21 (2), 66-75.
- มนธิชา ทองหัตถา. (2564). *สภาพการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของครูกลุ่มสาระการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ โรงเรียนปากพูนังจังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารลวະศรี มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี*. 5 (1), 43-52.
- รุ่งอรุณ กระแสร์สินธุ์, อารีย์ ประจวบเหมาะ, ไกลรุ่ง กระแสร์สินธุ์, วทีญญู รัศมิทัต, สุรสิทธิ์ อุดมธนวนงศ์. (2564). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนแบบออนไลน์ของคณะบริหารธุรกิจสถาบันเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น*. *วารสารนิตยบุคคลบริหารและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 7 (8), 237-252.

- .....
- วณัญญา แก้วแก้วปาน. (2560). สัมพันธภาพครอบครัวกับปัญหาการกระทำผิดในวัยรุ่น. *Veridian E-Journal Silpakorn University*, 10 (1) 361-371.
- สมนึก อนันตวรวงศ์. (2559). โปรแกรมสติบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น. บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด.
- สุพร อภินันทเวช. (2559). การรักษาโรคสมาธิสั้นและจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. *เวชบำบัดจิตศิริราช*, 9 (3), 175-181.
- Brakley, R. A., (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for Diagnosis and Treatment*. 3rd edition, The Guilford press. New York, 2006.
- Branhmbhatt, K., Hilty, D.M., Mina Hah., Jaesu Han., Angkustsiri, K. & Schweitzer J. (2016). Diagnosis and Treatment of ADHD during Adolescence in The Primary Care Setting: Review and Future Directions. *J Adoles Health*, 59 (2), 135-143. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.025
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60 (3), 244-258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>
- Harpin V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child* 2005, 90 (Suppl 1) : i2–i7. doi: 10.1136/adc.2004.059006
- Haydicky, Jillian & Shecter, Carly & Wiener, Judith & Ducharme, Joseph. (2013). Evaluation of MBCT for Adolescents with ADHD and Their Parents: Impact on Individual and Family Functioning. *Journal of Child and Family Studies*. 24 (1), 76-94, DOI: 10.1007/s10826-013-9815-1
- Punyapas, S., & Boon-yasidhi, V., (2015). Reliability and Validity of Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)-Thai version in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 60(2), 111-126.
- Saltzman, A., & Goldin, P. (2008). *Mindfulness-based stress reduction for school-age children*. In L. A. Greco & S. C. Hayes (Eds.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (pp. 139–161). New Harbinger Publications.
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out: how a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York: J.P. Tarcher/Putnam.

Thomas P.A., Hui Liu, Umberson D., (2017). Family Relationships and Well-Being. *The gerontological: Innovation in Aging*. 1 (3) 1-11. DOI:10.1093/geroni/igx025