

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น โดยการรักษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส

ธิดา พลรักษา¹ เพ็ญภา กุลนาคดล² และ ระพีพันธ์ ฉายวิมล²

¹โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ²ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นโดยการรักษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส **เครื่องมือและวิธีการวิจัย** วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นบิดาและมารดา ที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นและได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 20 ครอบครัวที่มีคะแนนจากแบบวัดการทำหน้าที่ครอบครัวต่ำกว่าเปอร์เซนไทล์ที่ 25 ผู้วิจัยสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการรักษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสจำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการแนะนำตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดการทำหน้าที่ครอบครัวสำหรับบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นและโปรแกรมการรักษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส แบ่งการศึกษาก่อออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในและทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธีทดสอบรายคู่แบบนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Procedure) **ผลการวิจัย** บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสมีการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล การสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวเป็น 144.1, 165.2 และ 166.8 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1.96, 9.07 และ 10.96 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะก่อนทดลอง ระยะทดลองและระยะติดตามผลเป็น 141.6 140.2 และ 139.4 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 2.06, 2.52 และ 1.64 ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองเป็น 144.1, 165.2 และ 166.8 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1.96, 9.07 และ 10.96 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า การรักษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส ช่วยให้บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษามีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น

Key Words: ● การทำหน้าที่ครอบครัว ● ทฤษฎีโซลูชันโฟกัส ● บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น

เวชสารแพทย์ทหารบก 2555;65:193-202.

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและปัญหาพฤติกรรมของเด็กเป็นอย่างมาก ทำให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จด้านการเรียนเท่าที่ควร มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน เช่น ถูก

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 31 กรกฎาคม 2555 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 15 สิงหาคม 2555

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ น.ส.ธิดา พลรักษา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 61 ซอยเทศบาล 19 สุขุมวิท 19 ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270

ทำโทษบ่อยๆ ทำให้เด็กมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) เนื่องจากคนรอบข้างมักจะคอยตำหนิ จับผิด ลงโทษ เด็กอยู่เสมอ มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและบุคคลอื่น ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพการงานเมื่อโตขึ้น¹ และจากการศึกษาในระยะยาวที่ติดตามเด็กกลุ่มนี้พบว่า เมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่น เด็กสมาธิสั้นมักจะชอบไปรวมกลุ่มกับเด็กที่มีปัญหาหลั้มเหลวในด้านการศึกษาจากสาเหตุอื่นๆ มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว โทกโทก ขโมย หนีเรียน หลยรายเริ่มใช้ยาเสพติด ด้านการเรียน

ตกต่ำมากจนเกิดความเบื่อหน่ายต่อการเรียนและออกจากกระบวนการเรียนก่อนวัยอันควร ทำให้ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี² ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมักพบว่ามีความเครียดในครอบครัวสูง การดำเนินชีวิตครอบครัวขาดความสงบสุข เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวทำให้เกิดปัญหาหย่าร้าง เนื่องจากพ่อแม่มักจะตำหนิซึ่งกันและกัน โทษแต่ละฝ่ายว่าเป็นต้นเหตุที่ทำให้ลูกมีปัญหา หรือมักจะขัดแย้งกันในการเลี้ยงดูเด็ก³ นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีบุตรสมาธิสั้นมีสภาพุ่นวายสับสน สมาชิกของครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้ทั้งครอบครัวมีปัญหา (dysfunction family)⁴ ซึ่งมีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมักจะมีการทำหน้าที่ครอบครัวอย่างบกพร่อง ดังการศึกษาของ คีโอนและวูดเวิร์ด⁵ ที่พบว่าครอบครัวที่มีบุตรสมาธิสั้นที่อยู่ในวัยก่อนเข้าโรงเรียนขาดในเรื่องการฝึกระเบียบวินัย การแก้ไขปัญหของบิดามารดามีประสิทธิภาพน้อย การสื่อสารระหว่างเด็กกับบิดาต่ำ การศึกษาของอนาสโตโพรอส และคณะ⁶ พบว่าความสัมพันธ์บิดามารดากับเด็กมีลักษณะขัดแย้งและเป็นไปในทางลบ วิธีการจัดการของบิดามารดาไม่มีประสิทธิภาพ ระดับความเครียดของบิดามารดาสูง มีภาวะซึมเศร้า ความพอใจในความเป็นบิดามารดาต่ำและมีความขัดแย้งในระบบพี่น้อง ซึ่งจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในครอบครัวที่บิดามารดาไม่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากลักษณะพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้น ส่งผลทำให้เกิดปัญหาในด้านการดูแลและเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การขาดการฝึกระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ การลงโทษที่รุนแรงไม่เหมาะสม ไม่มีกฎเกณฑ์ของครอบครัว⁷ ซึ่งการรักษาโรคสมาธิสั้นต้องใช้หลายวิธีประกอบกันเรียกว่า Multiple – Modality Approach ได้แก่การรักษาโดยใช้ยา (medication) และบำบัดด้านจิตสังคม (psychosocial intervention) ซึ่งประกอบด้วย การช่วยเหลือครอบครัว (family intervention) การฝึกบิดามารดาในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก (patient intervention) และการช่วยเหลือโรงเรียน (school intervention)⁸ โดยการรักษาแบบ Multi – Modality Approach หรือการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาจิตสังคม (psychosocial intervention) จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด⁹

ดังนั้นการบริการครอบครัวเป็นวิธีการบำบัดทางสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นอย่างมาก เพราะเป็นการให้ความช่วยเหลือครอบครัวทั้งครอบครัว ซึ่งการบริการ

ครอบครัวเป็นการบริการที่มุ่งเน้นการปฏิบัติต่อครอบครัวโดยรวมปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ (dysfunction rule) ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องโดยผู้วิจัยมีความสนใจในการบริการครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) ซึ่งทฤษฎีนี้มีความเชื่อพื้นฐานว่าครอบครัวที่ขาดประสิทธิภาพหรือทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องเพราะติดขัดกับการจัดการกับปัญหา การบริการครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสจึงมุ่งที่จะจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เป็นประโยชน์และเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยการสร้างสถานการณ์ที่จะช่วยให้ครอบครัวมองสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในทางบวก และให้ความร่วมมือที่จะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมือนเดิม ให้ความสำคัญกับทางออกของปัญหา (solution) ไม่เน้นที่ตัวปัญหา (problem)¹⁰

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นโดยการให้บริการบริการครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) เพื่อช่วยให้ครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและส่งผลต่อการดูแลบุตรที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันปัญหาสังคมที่จะเกิดกับเด็กกลุ่มนี้ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นโดยการบริการครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling)

สมมติฐานการวิจัย

1. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการบริการครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง
2. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการบริการครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล
3. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการบริการครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง
4. ครอบครัวที่บิดาและมารดาได้รับการบริการครอบครัวตาม

ทฤษฎีโซลูชันโฟกัส (Solution Focus Family Counseling) มีคะแนนของการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ระเบียบวิธีการ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองประเภทสององค์ประกอบ แบบวัดซ้ำหนึ่งองค์ประกอบ (two-factor experimental with repeated measures on one factor)¹¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นครอบครัวที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและไม่มีโรคเกิดร่วม จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และได้รับยาเมทิลฟีนิเดต (Methylphenidate) ไม่เกิน 1 ปี ร่วมกับการปรับพฤติกรรม มีอายุระหว่าง 5-8 ปี และเป็นบุตรคนเดียวของบิดามารดา

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาและมารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น

ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในข้อที่ 1 จำนวน 81 ครอบครัวมาทำแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยบิดาและมารดาทำคนละฉบับ จากนั้นนำคะแนนของบิดาและมารดาตามหาค่าเฉลี่ยคะแนน แล้วนำคะแนนที่ได้มาจัดเรียงลำดับจากน้อยไปหามากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีคะแนนต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 20 ครอบครัว แล้วนำมาสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับสลากจากผู้สมัครใจ เข้าเป็นกลุ่มทดลอง 10 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 10 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากกรอบแนวคิด ของโอลสัน (Olson)¹² ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว (family cohesion) (ตารางที่ 1) ความยืดหยุ่นในครอบครัว (family flexibility) (ตารางที่ 2) และการสื่อสารในครอบครัว (family communication) (ตารางที่ 3) จำนวน 45 ข้อ โดยด้านความผูกพันในครอบครัว (family cohesion) มีคะแนนรวม 55 คะแนน ความยืดหยุ่นใน

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแบบวัดความผูกพันในครอบครัว

| ข้อที่ | ข้อความถาม | ไม่จริงที่สุด | ไม่จริง | จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง | จริง | จริงที่สุด |
|--------|--|---------------|---------|-------------------------|------|------------|
| 1. | เมื่อทราบว่าลูกป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ฉันและคู่ชีวิตมีความรู้สึกกังวลใจจนไม่สามารถทำงานอื่นได้ | | | | | |
| 2. | ฉันและคู่ชีวิตช่วยกันดูแลลูกที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น | | | | | |

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแบบวัดความยืดหยุ่นในครอบครัว (flexibility)

| ข้อที่ | ข้อความถาม | ไม่จริงที่สุด | ไม่จริง | จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง | จริง | จริงที่สุด |
|--------|---|---------------|---------|-------------------------|------|------------|
| 13. | ฉันไม่มีบทบาทในการควบคุมพฤติกรรมของลูก เป็นหน้าที่ของคู่ชีวิตเท่านั้น | | | | | |
| 14. | ฉันและคู่ชีวิตไม่เคยมีกฎระเบียบกับลูก เนื่องจากเขาป่วย | | | | | |
| 15. | กฎระเบียบในบ้านที่ตั้งขึ้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ลูกต้องปฏิบัติตาม | | | | | |

ตารางที่ 3 ตัวอย่างแบบวัดการสื่อสารในครอบครัว (communication)

| ข้อที่ | ข้อความถาม | ไม่จริงที่สุด | ไม่จริง | จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง | จริง | จริงที่สุด |
|--------|--|---------------|---------|-------------------------|------|------------|
| 30. | ฉันและคู่ชีวิตสามารถรับรู้ปัญหาของลูกได้แม้ว่าลูก จะไม่ได้บอก | | | | | |
| 31. | เมื่อลูกทำให้ฉันและคู่ชีวิตรู้สึกโกรธ ฉันและคู่ชีวิตจะตำหนิอย่างรุนแรง | | | | | |
| 32. | ฉันและคู่ชีวิตมักตำหนิลูกเมื่อลูกแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม | | | | | |

ครอบครัว (family flexibility) มีคะแนนรวม 90 คะแนนและด้านการสื่อสารในครอบครัว (family communication) มีคะแนนรวม 75 คะแนน โดยมีคะแนนรวมทั้งฉบับ 225 คะแนน โดยลักษณะของข้อคำถามมีทั้งคำถามทางบวกและคำถามทางลบ โดยการคิดคะแนนสำหรับคำถามทางบวกคำตอบ จริ่งที่สุด = 5 จริ่ง = 4 จริ่งบ้างไม่จริ่งบ้าง = 3 ไม่จริ่ง = 2 ไม่จริ่งที่สุด = 1 สำหรับคำถามทางลบ คำตอบไม่จริ่งที่สุด = 5 ไม่จริ่ง = 4 จริ่งบ้างไม่จริ่งบ้าง = 3 จริ่ง = 2 จริ่งที่สุด = 1 หากคุณภาพของเครื่องมือโดยวิธีการ content validity จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย อาจารย์คณะพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน จิตแพทย์ 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจิตวิทยาการให้คำปรึกษา 2 ท่าน ใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha Formula-Cronbrach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ค่าอำนาจจำแนก (discrimination) มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

2. โปรแกรมการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส ประกอบด้วย การให้การศึกษาทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที จำนวน 6 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังต่อไปนี้

- ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ
- ครั้งที่ 2 การรักษาสัมพันธภาพและการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว
- ครั้งที่ 3 การพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวด้านความผูกพันในครอบครัว (family cohesion)
- ครั้งที่ 4 การพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวด้านการสื่อสารในครอบครัว (family communication)
- ครั้งที่ 5 การพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวด้านความยืดหยุ่นในครอบครัว (family flexible)
- ครั้งที่ 6 บัจฉินิเทศและการยุติการให้การศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดและโปรแกรมที่สร้างขึ้นด้วยตนเองให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาวิเคราะห์

ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองครอบครัวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ครอบครัว หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha Formula-Cronbrach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าระหว่าง 0.50 -1.00

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและอธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและทำลายข้อมูลภายหลังการศึกษาเสร็จสิ้น รวมทั้งสิทธิในการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานกับ แพทย์ผู้ช่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นโดยผู้วิจัยดำเนินการให้บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นทำแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวจำนวนทั้งสิ้น 81 ครอบครัว จากนั้นตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยนำคะแนนของบิดาและมารดา มาหาค่าเฉลี่ยคะแนนและ คัดเลือกบิดามารดาที่มีคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และสมัครใจเข้าร่วมการทดลองและให้ลงลายมือชื่อไว้ได้จำนวน 20 ครอบครัว สุ่มเข้ากลุ่ม (random assignment) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ครอบครัว คะแนนที่ได้จากการทำแบบวัดครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เป็นคะแนนในระยะก่อนศึกษา (pre - test)

ระยะศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัวตามโปรแกรมการให้การศึกษาครอบครัวแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แก่บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่เป็นกลุ่มทดลอง 10 ครอบครัว จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามการปฏิบัติตามปกติของทางโรงพยาบาล

ระยะหลังศึกษา

เมื่อสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบวัดการทำหน้าที่ครอบครัวซึ่งมีการสลับข้อคำถามเพื่อป้องกันการจดจำของกลุ่มตัวอย่าง โดยบิดาและมารดาตอบแบบวัดคนละฉบับ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนของครอบครัว เก็บเป็นคะแนนในระยะหลัง

การทดลอง (post- test)

ระยะติดตามผล

ภายหลังจากการเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการวัดการทำหน้าที่ครอบครัวอีกครั้ง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการสลับข้อคำถามเพื่อป้องกันการจดจำของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บเป็นคะแนนในระยะติดตามผล (follow up) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวแต่ละองค์ประกอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ระยะ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (Two - Way Analysis of Variance: Repeated Measure) แบบหนึ่งตัวแปร ระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One Between Subject Variable and One Within Subject Variable)¹¹
2. ทดสอบความแตกต่างทำการทดสอบความแตกต่างด้วยวิธีทดสอบรายคู่แบบนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls Procedure)⁵ หากพบว่าผลการศึกษามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างแบบมีทิศทางโดยใช้วิธีการเปรียบเทียบเชิงบรรยาย

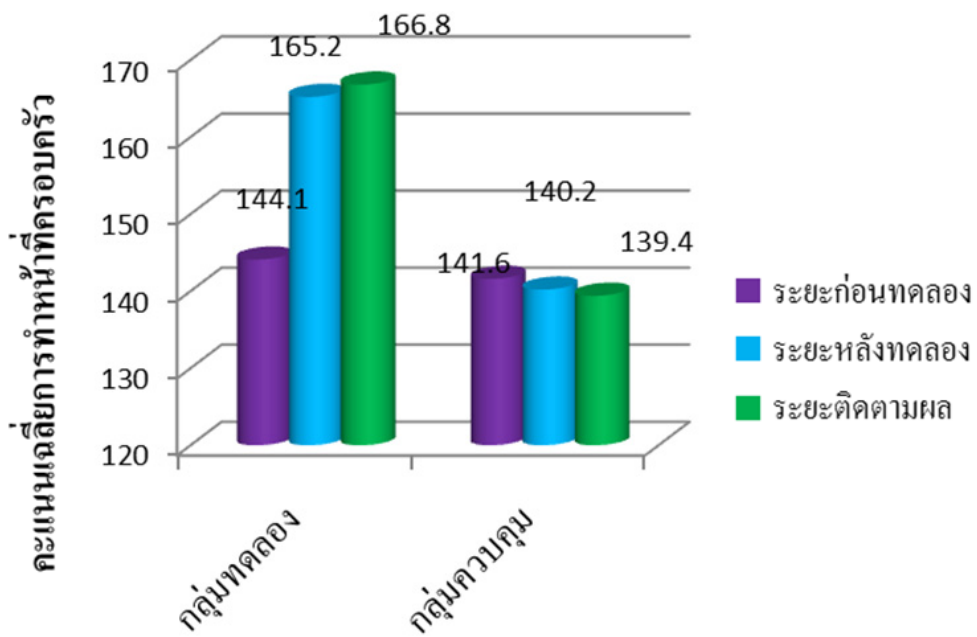
ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดาและมารดากลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย 10 คน เพศหญิง 10 คน มีอายุเฉลี่ย 38.8 ปี (SD = 4.65) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพรับจ้างบริษัทเอกชน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรที่เป็นกลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย 10 คน มีอายุเฉลี่ย 5.6 ปี (SD = 1.77) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดาและมารดากลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย 10 คน เพศหญิง 10 คน มีอายุเฉลี่ย 36.95 ปี (SD = 6.57) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในอนุปริญญา และประกอบอาชีพรับจ้างบริษัทเอกชน ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 1 คน มีอายุเฉลี่ย 4.4 ปี (SD = 1.50) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นอนุบาล 3 และประถมศึกษาปีที่ 1

ผลของการปรึกษาคอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสต่อการทำหน้าที่ของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น สามารถสรุปได้ดังนี้ จากรูปที่ 1 พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะก่อนการทดลองเป็น 144.1 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 1.96 ระยะหลังการทดลองเป็น 165.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 9.07 และระยะติดตามผลการทดลองเป็น 166.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน



รูปที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เป็น 10.96 ซึ่งพบว่าระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 21.1 ส่วนระยะติดตามผลการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 22.7 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าระยะหลังการทดลอง 1.6

ส่วนบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะก่อนการทดลองเป็น 141.6 ระยะหลังการทดลองเป็น 140.2 และระยะติดตามผลการทดลองเป็น 139.48 ซึ่งพบว่าระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 1.4 ส่วนระยะติดตามผลการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 2.12 มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง 0.72

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองพบว่า

มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวก่อนทดลองระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า

1. ในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัสและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ในระยะหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัสและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัสและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัสและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัสและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามทฤษฎีโซลูชั่นโฟกัสและกลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิตามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะติดตามผลและระยะหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวเป็นรายคู่ของบิตามารดาที่มี บุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keul Procedure)

| ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ | ระยะก่อนทดลอง | ระยะหลังทดลอง | ระยะติดตามผล |
|----------------------------|---------------|---------------|--------------|
| ครอบครัว | 144.1 | 165.2 | 166.8 |
| ระยะก่อนทดลอง | - | 21.1* | 24.7* |
| ระยะหลังทดลอง | - | - | 1.6 |
| ระยะติดตามผล | - | - | - |

*p < .05

ลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงว่า วิธีการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสส่งผลให้บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมีคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และไม่พบความแตกต่างในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล คือ ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

วิจารณ์

จากข้อค้นพบของการวิจัย มีประเด็นสำคัญเพื่อการอภิปรายผลดังนี้

1. ผลการศึกษาและพัฒนาการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นพบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสมีคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากการให้การแนะนำวิถีปกติของโรงพยาบาลโดยสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก เป็นการแนะนำรายบุคคลซึ่งอาจเป็นบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเกี่ยวกับการรับปรึกษาและการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งการให้การแนะนำยังไม่มีโปรแกรมหรือรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นในแนวทางเดียวกัน อาจส่งผลกระทบต่อคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวของบิดาและมารดาได้ ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัส มีรูปแบบของโปรแกรมที่ชัดเจนสำหรับพัฒนาการทำหน้าที่ของบิดาและมารดา โดยการบำบัดในแนวไซลูชั่นโฟกัสเน้นการเปลี่ยนแปลงมากกว่าประเมินสาเหตุของปัญหา ผู้ให้ปรึกษาแนวไซลูชั่นโฟกัส จะไม่คาดคะเนสาเหตุของปัญหาหรือหาสภาวะความเจ็บป่วยของครอบครัว (family pathology) แต่จะมีส่วนร่วมกับการครอบครัวในการสนทนา (therapeutic conversation) โดยจะฟังภาษาที่ครอบครัวใช้อธิบายสถานการณ์และปัญหาที่พวกเขาต้องการแก้ไข สมาชิกครอบครัวต้องร่วมกันสร้างวิธีที่เป็นไปได้เพื่อไปถึงเป้าหมาย ซึ่งการวิจัยนี้ผู้ให้ปรึกษาใช้คำถามมหัศจรรย์ (miracle question) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญของทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสกระบวนการ

นี้สะท้อนให้เห็นถึงการตั้งสมมติฐานในการพิจารณาทางออก โอฮาลอนและ ไวท์เนอร์ เดวิส (O'Hanlon & Weiner-Davis, 2003 cited in Corey, 2009:384) เชื่อว่าการเปลี่ยนการกระทำและมุมมองเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสามารถเปลี่ยนปัญหาได้ในกรณีของครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลองครอบครัวหนึ่งจากการปรึกษาครอบครัวครั้งที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้คำถามมหัศจรรย์ (miracle question) และการอธิบายปัญหา (problem description) เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถหาทางออกและกำหนดเป้าหมายของครอบครัว เมื่อผู้ให้ปรึกษาได้ให้บิดาและมารดาได้อธิบายปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว บิดามารดาบอกว่า “บุตรมักจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำผิดในเรื่องเดิมๆ ซึ่งบิดาและมารดาก็มักจะตักเตือนในปัญหาที่เคยบอกไปแล้ว แต่บุตรก็ยังกระทำอยู่ เหมือนไม่สนใจในสิ่งที่บิดามารดาพูด” เมื่อผู้ให้ปรึกษาได้ใช้คำถามมหัศจรรย์ (miracle question) บิดามารดาบอกว่า “สิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็คือบุตรมีความรับผิดชอบ รู้หน้าที่ของตนเองและช่วยเหลือตนเองได้” อีกครอบครัวหนึ่งเมื่อผู้ให้ปรึกษาใช้คำถามมหัศจรรย์ (miracle question) บิดามารดาบอกว่า “บิดามารดาที่มีความคิดเห็นในการดูแลบุตรไปในแนวทางเดียวกัน โดยบิดาไม่ตามใจลูกมากเกินไป และมารดาไม่เข้มงวดกับบุตรมากเกินไป” ซึ่งแสดงถึงการมองทางออกของครอบครัวสะท้อนให้เห็นถึงการตั้งสมมติฐานในการพิจารณาทางออก โอฮาลอนและ ไวท์เนอร์ เดวิส (O'Hanlon & Weiner-Davis, 2003 cited in Corey, 2009:384)¹³ เชื่อว่าการเปลี่ยนการกระทำและมุมมองเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสามารถเปลี่ยนปัญหาได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสส่งผลให้บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการปรึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะหลังการทดลองแตกต่างกับบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสและกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสมีคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวในระยะติดตามผลแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีไซลูชั่นโฟกัสมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่า มีปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ระยะเวลาของการทดลอง บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสและบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผลได้ผลที่ต่างออกไป นั่นคือ บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัส มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวสูงขึ้นเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความผูกพันในครอบครัว ด้านความยืดหยุ่นในครอบครัว ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่าในบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการสื่อสารในครอบครัวในระยะก่อนการทดลอง ของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองมีต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง และติดตามผลของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่าในกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของเคนเนย์ (Kenney, 2010)¹⁴ ที่ศึกษาการให้การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัม พบว่าผลของการเจ็บป่วยทางจิตและความเครียดของผู้ดูแลมาจากความคิดที่บิดเบือน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็ก 3 คนที่เข้าร่วมการให้การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสจำนวน 5 ครั้งโดยมีสมมติฐานว่าผู้ดูแลจะมีความคิดที่บิดเบือนลดลง เช่น การไร้อำนาจ ความสิ้นหวัง วิตกกังวลกับอันตราย การตำหนิและการลงโทษตนเอง ผลการวิจัยพบว่า 1 ใน 3 ผู้เข้าร่วมความเครียดและความคิดบิดเบือนลดลง 2 ใน 3 ความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับการโทษตนเองและการวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพัฒน์ อุ่มมมนุษย์ชาติ (2552)¹⁵ ศึกษาผลของการให้การปรึกษาตามทฤษฎีโซลูชันโฟกัสต่อความสุขของผู้ถูกคุมความประพฤติกรณีขบชักรถขณะเมาสุรา ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ถูกคุมความประพฤติกลุ่มทดลองมีความสุขในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าผู้ถูกคุมความประพฤติกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 และผู้ถูกคุมความประพฤติกลุ่มทดลองมีความสุขในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวสูงกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปรึกษา แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลานั้นส่งผลร่วมกันต่อการทำหน้าที่ครอบครัวโดยบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวสูงขึ้นกว่าในระยะก่อนการทดลองทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสต้องใช้ความรู้และความเข้าใจตามแนวคิดทฤษฎีนี้เป็นอย่างมาก เช่น การใช้เทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (miracle question) เทคนิคคำถามบอกระดับ (scaling question) เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่จะนำวิธีการให้คำปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสไปใช้ให้เกิดผลได้นั้น จะต้องมีการศึกษาหลักการ วิธีการดำเนินการ และเทคนิคต่างๆ ให้ถูกต้อง และฝึกปฏิบัติตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวจนเกิดความชำนาญ จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพได้

ด้านการวิจัย

1. มีการศึกษาโดยนำโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ครอบครัวที่มีบุตรบกพร่องทางสติปัญญา ครอบครัวที่มีบุตรป่วยเป็นโรคออทิสซึมโดยกลุ่มดังกล่าวอาจมีลักษณะของปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะเพื่อช่วยให้บิดามารดาเหล่านั้นมองเห็นทางออกของปัญหา
2. มีการศึกษาโดยนำโปรแกรมการปรึกษาครอบครัวตามแนวทฤษฎีโซลูชันโฟกัสไปใช้แบบกลุ่มเนื่องจากอาจได้ผลการศึกษาที่แตกต่างออกไปจากงานวิจัยนี้

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทุกท่านและ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.ดร.ชูศรี เลิศรัตน์เดชากุล บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ผศ.ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา ผศ.ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเมือง ฉะเชิงเทรา นายแพทย์สมรักษ์ สันติเบญจกุล จิตแพทย์ประจำ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชานูวิทย์ พรนภดล. (2553). มารู้จักและช่วยเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ ตอนที่ 5. วันที่สืบค้นข้อมูล 4 กุมภาพันธ์ 2554, เข้าถึงได้จาก http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/psychiatrics/dept_article_detail.asp?a_id=396
2. มาโนช อภรณ์สุวรรณ. (2550). โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูก รัก, กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
3. ชานูวิทย์ พรนภดล. (2553). มารู้จักและช่วยเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ ตอนที่ 5. วันที่สืบค้นข้อมูล 4 กุมภาพันธ์ 2554, เข้าถึงได้จาก http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/psychiatrics/dept_article_detail.asp?a_id=396
4. นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2542). โรคสมาธิสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. Louise J Keown, Lianne J Woodward. Early Parent-Child Relations and Family Functioning of Preschool Boys with Pervasive Hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002:541-53.
6. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family Functioning. *Neuroscience and Neuropsychology of ADHD*, 2008:167-70.
7. นรชา เรื่องดารากานนท์. (2551). เด็กออทิสติก-เด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
8. ชานูวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน. (2550). โรคสมาธิสั้น. วันที่สืบค้นข้อมูล 18 มิถุนายน 2553, เข้าถึงได้จาก <http://www.psyclin.co.th/myweb1.htm>.
9. วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). แนวทางการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนตอนโรคสมาธิสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มปท.
10. เมธินันท์ ภิญโญชน. (2539). การปรึกษารอบครัวเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
11. Howell DC. *Statistic Method for psychology*. 5th ed. U.S.A.: Belmont, Inc., 2007.
12. Olson DH, Gorall DM. Circumplex Model of Marital & Family System. In : F Walsh (Ed.). *Normal Family Processes* 2003:514-47.
13. Corey G. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (8th ed.). Thomson, CA: Brook/Cole 2009.
14. Kenney J. *Solution Focused Brief Intervention for Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder: A Single Subject Design* (Walden University). Abstract retrieved October 22, 2010, From <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1999382361&sid=3&Fmt=2&clientId=61835&RQT=309&VName=PQD4>.
15. จิรพัฒน์ อุ่มมนุชชาติ. ผลของการให้การปรึกษาด้านทฤษฎีเน้นทางออกระยะสั้นของผู้ถูกคุมความประพฤติกรณีซับซ้อนขณะเมาสุรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้การปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2552.

The Development of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Parent's Family Functioning by Solution Focus Family Counseling

Thirada Phonraksa¹, Pennapha Koolnaphadol² and Rapin Chaivimol²

¹Yuwaprasart Withayopatum Hospital; ²Department of Research and applied Psychology. Faculty of Educations, Burapha University

Objective: This research was to study about the effects of the solution-focused family counseling on family functioning development in parents of children with ADHD. **Materials and Methods:** The research was experiment design. Participants were the parents of children who are diagnosed with ADHD. Parents with average scores lower than 25th percentile were further randomly divided into two groups: 1) an experimental group consisted of 10 families and 2) a control group of 10 families. The experimental group received the solution-focused family counseling for intervention for 6 sessions in 6 weeks. The control group received routine counseling. The study was divided into 3 phases as follow: the pre-test, the post-test and the follow-up phase. All parents were participated into the pre-test phase in which the first set of the family functioning's test was administered into each individual. After the intervention, both groups were tested using the second set of the family functioning's test during the post-test phase. Two weeks later both groups were determined for family functioning development by being administered the third set of the test. Data were analyzed using repeated measure analysis of variance: one between-subject variable and one within subject variable. Paired differences among means were analyzed with the Newman-Keuls procedures. **Result:** The results revealed that the experimental group demonstrated significantly higher scores of the family functioning test than the control group when compared at the post-test and the follow-up phases at 0.05 level. In addition, Data collected from the experimental group showed an increase in scores of the family functioning test in both post-test and follow-up phases compared to those scores obtained at the pre-test phase.

Key Words: ● Family function ● Solution-focused family counseling ● Parent of children with ADHD

RTA Med J 2012;65:193-202.