



## ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

# The Effect of an Aggressive Behavior Management Program in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

พิกุลทอง กัลยา\* จินตนา ยุนิพันธุ์\*\*

Pikultong Kanlaya,\* Jintana Yunibhand\*\*

\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร\*

\* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

\*\* Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

\* Corresponding Author: pikultong.kun@gmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกิ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 12 ปี และผู้ดูแลที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่ (Matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น 3) โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น 4) คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแล 5) แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย พบว่า

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Received: May 27, 2019; Revised: October 20, 2019; Accepted: October 28, 2019



2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** เด็กสมาธิสั้น พฤติกรรมก้าวร้าว โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

### Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare an aggressive behaviors of children with ADHD before and after using aggressive behavior management program, and 2) to compare aggressive behavior of children with ADHD using aggressive behavior management program and those who received regular caring activities. Forty of children with ADHD receiving services, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received aggressive behavior management program for 4 weeks. While the control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) personal data questionnaire 2) aggressive behaviors assessment scale 3) a manual of aggressive behavior management program for nurses 4) a nurses teaching manual for parents on aggressive behavior management program for caregivers 5) a home checklist on the aggressive behavior management program for caregivers. All instruments were content validated by a panel of 5 professional experts. The reliability of the aggressive behavior scale was 0.88. The t-test was used in data analysis.

The findings were as follows:

1. An aggressive behaviors of children with ADHD after receiving aggressive behavior management program were significantly less than those before receiving the program at the .05 level.

2. An aggressive behaviors of children with ADHD who receiving aggressive behavior management program were significantly less than those who received regular nursing care, at the .05 level.

**Keywords :** ADHD, aggressive behavior, aggressive behavior management

### ☰ ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานผิดปกติของสมองและ

ระบบประสาททำให้เกิดอาการซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ถือว่าเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียนอายุ 6 - 12 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติในประชากรทั่วโลก พบว่า มีอัตรา้อยละ  $4 - 10^1$  มีความชุกร้อยละ  $5 - 12^2$  ใน

ประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 8.1 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 12.0 และเพศหญิง ร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3 : 1<sup>3</sup>

เด็กสามารถสื่อถึงความบกพร่องของการควบคุมตนเองและมีอาการหุนหันพลันแล่นจึงมักไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เมื่อเกิดความไม่พอใจหรือโกรธ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางกาย ทางวาจา และทำลายสิ่งของ<sup>4</sup> ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เด็กเสี่ยงเป็นคนที่ก้าวร้าวรุนแรงหรือทำผิดกฎหมายในอนาคตด้วย<sup>5</sup>

จากการศึกษาติดตามระยะยาวในเด็ก  
สมาชิสั้นในช่วงวัยรุ่น ยังพบปัญหาด้านการเรียน  
และการสื่อสาร ในบางรายต้องออกจากระบบการ  
เรียนก่อนวัยอันควร บางรายอาจป่วยเป็นโรค  
ซึมเศร้า และด้านพฤติกรรมพบมีการกระทำผิด  
ทางกฎหมาย เช่น ใช้ยาเสพติด ลักขโมย อันเป็น<sup>6,7</sup>  
ผลมาจากการของโรคสมาชิสั้นที่ไม่ได้รับการ  
ดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจากพื้นสุขภาพและ  
ผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต่ยังเล็กๆ

ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาริสั้นที่มีพุตติกรรมก้าวร้าว คือ การผสมผสานการรักษาด้วยยา\_r์วัมกับพุตติกรรมบำบัด การฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการช่วยเหลือผู้ดูแล<sup>8</sup> แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการพุตติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาริสั้น พบว่า เด็กจะมารับบริการที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ เมื่อได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางข้างต้นจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ยังคงเดิม การดูแลเด็กของผู้ดูแลไม่เป็นไปในทางเดียวกัน เมื่อเด็กถูกระดุนอารมณ์ด้วยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเด็กไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ เด็กจึงแสดงพุตติกรรมก้าวร้าวขึ้นมาอีก<sup>7,8</sup> จาก

ปัญหาที่พบอยู่เสมอคือ ในเบื้องต้นผู้ดูแลในเด็กสมาชิสันจะไม่ยอมรับและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อภาวะสมาชิสัน ดังนั้นความกดดันและความรู้สึกที่ไม่ยอมรับดังกล่าวส่งผลต่อการเลี้ยงดูทำให้เด็กสมาชิสันได้รับการจัดการพุ่ติกรรมไม่ถูกต้อง ส่งผลให้พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมแย่ลง รวมถึงเด็กสมาชิสันจะรู้สึกกดดันและเครียดอยู่เสมอ เนื่องจากคิดว่าไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ดูแลคนรอบข้างและเพื่อนๆ เมื่อเด็กสมาชิสันไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจึงส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก ก็เกิดปัญหาด้านการเรียนตามมาทำให้เรียนไม่ทันเพื่อนและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเรียนที่มีความยากขึ้นตามระดับชั้นเรียนได้ ผลสุดท้ายเด็กสมาชิสันกลุ่มนี้จึงมักประสบความล้มเหลวในการเรียนต้องออกจากระบบโรงเรียน และถูกขับจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย<sup>9,10</sup>

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาริสัน พบร่วมกันว่า ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การแสดงออกทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ໂกรธ เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอกรมา 2) ปัจจัยภายนอก คือ 2.1) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบหอดทิ้ง ผู้ดูแลเมื่อพิจารณาก้าวร้าว อารมณ์ไม่ดี บ่นคง เด็กมักเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมนั้น มาก<sup>8</sup> ผู้ดูแลไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรมไม่มีระเบียบวินัย<sup>9,10</sup> ผู้ดูแลเมื่อความขัดแย้งกันสูง เลี้ยงดูแบบควบคุมทำให้เด็กรู้สึกต่อต้านและก้าวร้าว และ 2.2) ปัจจัยด้านภายใน ได้แก่ เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แอดดิค เสียงดัง ซึ่งกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกเด็ก ทำให้เด็กมีอารมณ์ໂกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>11</sup> แต่ที่ผ่านมา พบร่วมกันว่า แม้เด็กจะได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางข้างต้น แต่เมื่อสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่



ยังคงเดิม และถูกกระตุ้นอารมณ์ด้วยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เด็กกลับมา มีพฤติกรรม ก้าวร้าวขึ้นได้อีก<sup>12</sup>

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวจึงควรเป็น การผสานพลังของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและ สิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มพูนสุขภาพจิตในบุคคลที่จัด กระทำกับสิ่งแวดล้อมในเด็กsmithสิ้นอย่างเหมาะสม ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือเด็กsmithสิ้นใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยให้เด็กได้ เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้เด็กสามารถ ควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ໂกรธที่เป็นปัญหา ของตนเอง ส่งผลให้สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสม และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

ในต่างประเทศ พบร่วมกับการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าว โดยการจัดกระทำกับสิ่งแวดล้อมอย่าง เหมาะสมร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สามารถลดพฤติกรรมทางลบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี แรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ร่วมกับ ผู้ป่วยอื่น<sup>13</sup> มีผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การ พยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กอหิสติก พบร่วมกับการเพิ่มทักษะด้านการสื่อสาร และลด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสมได้<sup>14</sup> สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษา พบร่วมกับการพยาบาล ที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดมีพุติกรรมก้าวร้าวลดลง และมีพุติกรรมที่ดีขึ้นได้<sup>15</sup>

ดังนั้นหากมีการจัดการกับปัจจัยทั้ง ภายใน คือ ตัวเดกร่วมกับปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพร่วมกัน จะช่วยให้เด็กมีพุติกรรม ก้าวร้าวลดลงและเลียนแบบพุติกรรมใหม่ที่ดี เด็กจะสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างทั้งที่ บ้านและที่โรงเรียนได้อย่างมีความสุข เนื่องจาก ผู้ดูแลถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดของเด็ก และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กได้ เด็กจะ

มีช่วงเวลาในการอยู่ร่วมกับครอบครัวมากกว่า โรงพยาบาล ดังนั้นมีอิทธิพลไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและจัดการ พุติกรรมจะสามารถลดลงได้อีกต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่สามารถ จัดการทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในเด็ก smithสิ้นไปพร้อมกัน ซึ่งมีพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบในการเป็นผู้บำบัด พร้อม กับคำนึงถึงการให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการจัดการ พุติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พัฒนาโดยใช้ แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner<sup>16</sup> ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพุติกรรมก้าวร้าวของ ชีริช ลีล้านันทกิจ<sup>17</sup> ซึ่งเป็นแนวทางในการจัดการ กับปัจจัยภายนอก คือ การเสริมสร้างให้เด็กรู้จัก ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักจัดการกับอารมณ์ໂกรธของตนเอง เรียนรู้การ ควบคุมพฤติกรรมของตนเองและแสดงออกใน สังคมอย่างเหมาะสม ส่วนการจัดการกับปัจจัย ภายนอก คือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการดูแล และการจัดการพุติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งการ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อ ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้ จะ ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้แบบอย่างที่ดี ควบคุม อารมณ์ໂกรธของตนเอง ลดปัญหาการกลับมา บำบัดรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ที่สำคัญจะช่วยให้ เด็กและผู้ดูแลสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ อย่างมีความสุขอีกด้วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อเปรียบเทียบพุติกรรมก้าวร้าวใน เด็กsmithสิ้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ จัดการพุติกรรมก้าวร้าว
- เพื่อเปรียบเทียบพุติกรรมก้าวร้าวใน เด็กsmithสิ้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ



จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสันหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสันหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวพัฒนาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner<sup>16</sup> ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อม บำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ชีระ ลีลานันทกิจ<sup>17</sup> ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาโดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เหมาะสม ไม่กระตุนอารมณ์ ความรู้สึก ร่วมกับฝึกการปรับตัวและการระบายความโกรธอย่างเหมาะสม ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วยด้วยกัน นอกจากนี้ยังช่วยเหลือส่งเสริมทักษะการปรับตัวทางสังคม และสิ่งแวดล้อมโดยเน้นที่สัมพันธภาพทางสังคมและการมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ซึ่งจะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดีได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ เด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาชิสันตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-V ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

และผู้ดูแลในครอบครัวเด็กสมาชิสัน ณ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่ให้บริการด้านจิตเวชเด็กเป็นหลัก

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคสมาชิสันอายุ 6 - 12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับปานกลาง (8 - 15 คะแนน) ขึ้นไป

2. ผู้ดูแลเด็กสมาชิสัน คือ ผู้ดูแลโดยตรงที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาชิสันที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสมำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (ไม่เป็นผู้ดูแลที่ถูกจ้างมา หรือไม่เป็นผู้ดูแลที่อยู่คุณลักษณะกับเด็ก)

3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ 4 ครั้ง ตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก คือ เด็กหรือผู้ดูแล มีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น เจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีการติดเชื้อ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโคนึงปกติมากที่สุด<sup>18</sup> แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน (กลุ่มเด็กสมาชิสันและผู้ดูแล) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ด้วยเพศและอายุ เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงกว่าเพศหญิง และเด็กอายุ 4 - 11 ปี มีพฤติกรรมที่รุนแรงมากกว่าเด็กอายุ 12 - 17 ปี<sup>11</sup>



นอกจากนี้ได้จับคู่ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่สูงอาจมีแนวโน้มการดูแลที่ดีกว่า<sup>9</sup>

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของเด็กสมาชิสัน ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ ประวัติการได้รับยา และประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว และข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์ กับเด็ก

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสัน ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสันของ กัญญาเวร์ บุญเสนันท์<sup>12</sup> ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นแบบ ประเมินมาตรฐานที่ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงโดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.87 ลักษณะของแบบประเมินเป็นรายการที่เกี่ยวกับ พฤติกรรมรุนแรงสามารถใช้ประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินตาม ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวิชา ทางกาย และสิ่งของ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ตามรายการพฤติกรรมจากรุนแรง น้อยไปรุนแรงมาก พฤติกรรมที่รุนแรงน้อยจะได้ คะแนนน้อย พฤติกรรมรุนแรงมากจะได้คะแนน มาก จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อ 1 - 3 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วย คำพูดและทำทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนน ข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 คือ ข้อ 4 - 7 ประกอบ ด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวิชาจาระและมีทำทาง

คุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แข่งด่า หยาบคาย ขีดเขียนตีะหรือผนัง ตีตันเอง กระซากเสื้อผ้าผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้ คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 8 - 10 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวิชาจาระและทำทางที่ คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเอง หรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเองแต่ ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้ คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 11 - 13 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยทำทาง เช่น ทำร้าย ตนเอง/ผู้อื่น เกิดผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 คือ ข้อ 14 - 15 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่าง รุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรม ดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน วิธีคิดคะแนนนำ คะแนนของแต่ละข้อมารวมกันเพื่อเป็นคะแนนรวม ของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กแต่ละคน

#### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาชิสัน เป็นเทคนิคในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กโดยการเรียนรู้แบบมี เงื่อนไขซึ่งพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ แบบมีเงื่อนไขของ Skinner<sup>16</sup> รวมกับการจัด สิ่งแวดล้อมบ้าดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวของ รีรี ลีล้านนทกิจ<sup>17</sup>

โปรแกรมในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม จัดกิจกรรมแบบรายกลุ่ม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวใน เด็กสมาชิสัน และวัดความสามารถในการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสันของผู้ดูแล



ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาริสั้น การดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาริสั้น สาเหตุ การดูแล และการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าว โดยพยาบาลทำการสอนผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมกับเด็กสมาริสั้นที่โรงพยาบาล โดย พยาบาลเป็นผู้นำทั้งในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการ สื่อสารและการแสดงออกทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริม ทักษะการควบคุมอารมณ์การและ การผ่อนคลาย ความเครียดแก่เด็กสมาริสั้นที่โรงพยาบาล โดย พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม หลังจากนั้นประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาริสั้น (Post-test) และวัดความสามารถในการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาริสั้นของผู้ดูแล (Post-test)

กิจกรรมที่ 6 การติดตามผู้ดูแล ดำเนินการ โดยการโทรศัพท์ติดตาม

**2.2 คุณลักษณะการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับผู้ดูแล** เป็นคุณลักษณะที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็น แนวทางในการดูแลเด็กสมาริสั้นแก่ผู้ดูแล โดย พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคการดูแลเด็กสมาริสั้น การเป็นแบบอย่างที่ดีการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และการ ใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหยุด พฤติกรรมก้าวร้าว โดยสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดีและ คงอยู่ต่อไป โดยมีการติดตามผู้ดูแลในการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์ มี การทบทวนความรู้สอบตามปัญหาและร่วมกัน แก้ปัญหาในแต่ละสัปดาห์

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาริสั้นของผู้ดูแล เป็น การประเมินความสามารถของผู้ดูแล ที่เข้าร่วมในการวิจัยเมื่ออยู่ที่บ้านโดยการสัมภาษณ์ทั้งก่อน และหลังการวิจัย กำหนดให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามคุณลักษณะการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมทั้งบันทึก ข้อมูลในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป แบบวัดดังกล่าวเนี้ย ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และวิเคราะห์หาความเที่ยง เท่ากับ 0.84

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยมี คุณสมบัติที่ตรงและสามารถดำเนินการวิจัยกับเด็ก กลุ่มนี้ได้ โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เนพาะทางสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ ในการดำเนินการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจัดการวิจัย โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอรับ การพิจารณาจัดการวิจัยในคน ภายหลังผ่าน การพิจารณารับรอง ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บ ข้อมูลจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตทดลอง ใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้า พบหัวหน้ากลุ่มการกิจกรรมพยาบาลและหัวหน้า งานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความ ร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ใน การดำเนินการวิจัย



**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้**

**กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้**

1) ทำการประเมินพฤติกรรมก้าววิ่งในเด็กสมาชิกสั้นและวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมในเด็กสมาชิกสั้นของผู้ดูแล (Pre-test) 2) ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลอง 3) ทำการนัดหมายกลุ่มควบคุมโดยการให้บัตรนัดเพื่อแจ้งวันเวลาในการพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลที่ดำเนินการตามปกติของโรงพยาบาล ในเรื่องแผนการรักษา การสนับสนุนให้กำลังใจ คำแนะนำ และความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแล 4) ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมก้าววิ่งในเด็กสมาชิกสั้นและวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าววิ่งในเด็กสมาชิกสั้นของผู้ดูแล (Post-test) แจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาชิกสั้นที่บ้านภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

**กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้  
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าววิ่ง**

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าววิ่งในเด็กสมาชิกสั้น และวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าววิ่งในเด็กสมาชิกสั้นของผู้ดูแล (Pre-test)

**ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาชิกสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าววิ่ง**

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาชิกสั้น สาเหตุ การดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าววิ่ง ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าววิ่ง

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาชิกสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้นำบัดในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์ໂกรธและการผ่อนคลาย ความเครียดแก่เด็กสมาชิกสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ประเมินพฤติกรรมก้าววิ่งในเด็กสมาชิกสั้น และวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าววิ่งในเด็กสมาชิกสั้นของผู้ดูแล (Post-test)

กิจกรรมที่ 6 การติดตามผู้ดูแล ดำเนินการโดยการโทรศัพท์ติดตาม

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจัดการวิจัยและนวัตกรรม วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2560 และวันสืบสุกการอนุมัติ 23 เมษายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม การวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ



ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้นของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้ สถิติทดสอบที่ (Paired t-test) เปรียบเทียบ ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวใน เด็กสมาชิสั้นของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที่ (Independent t-test)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
เด็กสมาชิสั้น เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 อายุในช่วงอายุ 8 - 9 ปี ร้อยละ 40 เป็นบุตรคนที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 การรักษาในปัจจุบัน ไม่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 60 ผู้ปกครองในเด็กสมาชิสั้น เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 70 และมีระดับการศึกษาในช่วงมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กสมาชิสั้นในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

Factor	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	18.65	2.70	19	10.12*	.000
หลังการทดลอง	14.15	3.08			

\* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้นกลุ่มทดลองก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 18.65 ( $SD = 2.70$ ) และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 14.15 ( $SD = 3.08$ ) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้น น้อยกว่าหลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 10.12, p < .05$ )

เท่ากับ 18.65 และหลังการทดลอง เท่ากับ 14.15 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ Paired t-test พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้นน้อยกว่าก่อน การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้น หลัง การทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการ ทดลอง

3. ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ค่าร้อยละ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 ครอบครัว ส่วนในรายที่ได้ค่าร้อยละไม่ถึง 100 พบว่า ข้อที่เกิดปัญหามากที่สุด คือ หัวข้อเรื่องสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การปรับเปลี่ยนสีที่กระทุ่นอารมณ์ความรู้สึก และเรื่องการปรับพื้นบ้านให้ปลอดภัย เนื่องจาก ส่วนมากครอบครัวเด็กมักเข้าบ้านหรือห้องพักอยู่ ตั้งนั้นการจัดการกับสีทาบ้านหรือพื้นบ้านจึงเป็น ข้อจำกัด ส่วนข้อที่พบร่องลงมา คือ ความสามารถ ในการเป็นตัวแบบที่ดีเนื่องจากเมื่อผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัยไปส่งต่อข้อมูลในการดูแลเด็กสมาชิสั้น บุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยไม่เข้าใจในการดูแลจึงไม่สามารถเป็นตัวแบบที่ดีใน บางด้านได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลบทบทวนความรู้ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ( $n = 40$ )

Factor	Mean	SD	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	18.65	2.70	38	2.24	.805
กลุ่มควบคุม	16.75	3.05			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	14.15	3.08	38	5.047*	.000
กลุ่มควบคุม	17.75	3.71			

\* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าว เท่ากับ 18.65 ( $SD = 2.70$ ) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.75 ( $SD = 3.05$ ) โดยคะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 14.15 ( $SD = 3.08$ ) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 17.75 ( $SD = 3.71$ ) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ก้าวร้าวของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุมนั้น เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้จัดได้ดำเนินการสอนถึงปัญหาและ อุปสรรคที่ผู้ดูแลพบขณะได้รับการพยาบาล ตามปกติของโรงพยาบาล และได้ร่วมกันแก้ไข ปัญหาโดยเน้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทให้มาก ที่สุดเพื่อความต่อเนื่องในการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าว เพื่อส่งเสริมให้เด็กสมาชิสั้นมีพฤติกรรม ก้าวร้าวลดลงและสร้างพฤติกรรมที่ดีขึ้นในอนาคต เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถพัฒนา ศักยภาพของตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้ อย่างเหมาะสมและมีความสุข

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ คือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาชิสั้นหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่า ก่อนได้รับการบำบัด เนื่องจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner<sup>16</sup> ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ฮีรัส ลีลานันทกิจ<sup>17</sup> เป็นการจัดกระทำกับปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกอย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้มีการจัดกระทำร่วมกันทั้งปัจจัยภายใน นั่นคือ จัดการห้องตัวเด็ก และปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อม รอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

การจัดการกับปัจจัยภายในหลังการศึกษา พบว่า เด็กมีการปรับเปลี่ยนการแสดงออกกับเพื่อนในกลุ่ม เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่ม



ยอมรับและพุติกรรมใหม่ที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพุติกรรมที่เหมาะสม เด็กรู้จักสื่อสารใช้คำพูดที่ดี ควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้ โดยเลือกที่จะไม่แสดงพุติกรรมที่ก้าวร้าวrun แรงอกมา แต่แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมแทน สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาเวร์ บุญเสนันท์<sup>12</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของพุติกรรมบำบัดต่อพุติกรรมก้าวร้าวในเด็กsmith สันที่ได้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยมีการจำลองสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เด็กได้เลียนแบบพุติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมในการที่จะอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ในสถานการณ์ต่างๆ

ส่วนการจัดการกับปัจจัยภายนอกนั้น คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการเน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยการนำผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดเข้ามาช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน เมื่อผู้ดูแลสามารถจัดการกับพุติกรรมเด็กได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง บรรยายศาส่ายในบ้านก็ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พานิชนี แจ่มจ้า<sup>19</sup> ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อกำลังความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กsmith สันที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. พุติกรรมก้าวร้าวในเด็กsmith สันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพุติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ พุติกรรมก้าวร้าวในเด็กsmith สันหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพุติกรรม

ก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการพุติกรรมก้าวร้าวเป็นการบำบัดหนึ่งที่ช่วยให้เด็กsmith สันลดพุติกรรมก้าวร้าวลงได้เนื่องจากได้มีการจัดกระทำร่วมกันทั้งปัจจัยภายใน นั่นคือ จัดการทั้งตัวเด็ก และปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการเน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยการนำผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดเข้ามาช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Feteleh, Parvaneh & Katayoun<sup>20</sup> ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการสอนทักษะการจัดการของผู้ดูแลที่มีบุตรsmith สัน ผลการศึกษา พบว่า บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียดลดลง สามารถจัดการพุติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้รวมทั้งพบว่า พุติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยพร จันทร์ศิริ<sup>21</sup> ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพุติกรรมเด็กsmith สัน rogพยาบาลส่วนปฐุ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กsmith สันเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งคะแนนพุติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กsmith สันลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กัญญาเวร์ บุญเสนันท์<sup>12</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของพุติกรรมบำบัดต่อพุติกรรมก้าวร้าวในเด็กsmith สัน ที่ได้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยมีการจำลองสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เด็กได้เลียนแบบพุติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมในการที่จะอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยเช่นกัน



สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมการจัดการพุติกรรมก้าวร้าวกับเด็กsmithสั้นของงานวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการพุติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากเป็นการจัดกระทำร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายใน นั่นคือ จัดการทั้งตัวเด็ก และปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เน้น สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยการนำผู้ดูแลซึ่งเป็น สิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดเข้ามาช่วยจัดการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติ และคู่มือที่ง่ายต่อการเข้าใจในการดูแล มีอุปกรณ์ในการดำเนินการกับเด็กsmithสั้น มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลพบขณะดำเนินการทดลอง และร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยเน้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทให้มากที่สุดเพื่อความต่อเนื่องในการจัดการพุติกรรมก้าวร้าวทำให้เด็กsmithสั้นมีพุติกรรมที่เหมาะสมเกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

### ☰ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ☰

1. สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กsmithสั้นที่มีพุติกรรมก้าวร้าวโดยจัดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กsmithสั้นที่มีพุติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลและที่บ้านได้โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

2. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กsmithสั้นในโรงพยาบาลโดยเน้นการใช้โปรแกรมการจัดการพุติกรรมก้าวร้าวในเด็กsmithสั้นที่มีพุติกรรมก้าวร้าว

3. ควรมีการติดตามผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อกราดตุนและสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ทำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4. คู่มือแนวทางการจัดการพุติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลควรเพิ่มเติมกิจกรรมให้ผู้ดูแลกลับไปทำที่บ้านอย่างต่อเนื่องหลังจากกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ครบแล้ว

### ☰ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ☰ ครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การโทรศัพท์เพื่อติดตามและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเพื่อประเมินความต่อเนื่องในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และควรให้ครอบครัวได้ตระหนักรถึงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กsmithสั้นเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและให้การดูแลเด็กsmithสั้นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประเมินการคงอยู่ของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กsmithสั้นและเพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาต่อไป ตลอดจนเพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลในเด็กsmithสั้นให้มีการจัดการพุติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่อง



## เอกสารอ้างอิง

1. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 2007;166(2):117-23.
2. Freitag CM, Häning S, Schneider A, Seitz C, Palmason H, Retz W, et al. Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *J Neural Transm (Vienna)* 2012;119(1):81-94.
3. Visanuyothin T, Wachiradilok P, Buranasuksakul T, Pavasuthipaisit C, Arunruang P. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2):66-75. (in Thai).
4. Bezdjian S, Krueger R, Derringer J, Malone S, McGue M, Iacono GW. The structure of DSM-IVADHD, ODD, and CD criteria in adolescent boy: a hierarchical approach. *Psychiatry Res* 2011;188(3):411-21.
5. Wongkitirungruang S. How do you handle aggressive behavior?. *Journal of Education* 2550;30(2-3):41-7. (in Thai).
6. Reuangtragoon S. Textbook of psychiatry, children and teens. Bangkok: Reuangewganpim; 2008. (in Thai).
7. Piyasin W. Queen Sirikit National Institute of Child Health: a guide for parents ADHD. [Internet]. [cited 2012 September 28]. Available from: [http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31\\_201249KM.pdf](http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31_201249KM.pdf). (in Thai).
8. Ercan E, Ercan ES, Atilgan H, Başay BK, Uysal T, Inci SB, et al. Predicting aggression in children with ADHD. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2014;8(15). doi:10.1186/1753-2000-8-15.
9. Haapasalo J, Tremblay RE. Physically aggressive boys from ages 6 to 12: family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(5):1044-52.
10. Miller CJ, Miller SR, Trampush J, McKay KE, Newcorn JH, Halperin JM. Family and cognitive factors: modeling risk for aggression in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(3):355-63.
11. Strine T, Lesesne C, Okoro C, McGuire L, Chapman D, Balluz L, et al. Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Prev Chronic Dis* 2006;3(2):A52. Epub 2006 Mar 15.



12. Boonsanun K. The effect of behavior therapy on aggressive behavior of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).
13. Borge L, Rossberg JI, Sverdrup S. Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20(10):932-42.
14. Mancil GR, Conroy MA, Haydon TF. Effects of a modified milieu therapy intervention on the social communicative behaviors of young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2009;39(1):149-63.
15. Tatong M. The effect of nursing care emphasizing milieu therapy on aggressive behavior of hospitalized autistic children. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
16. Skinner BF. *Science and human behavior*. New York: The Free Press; 1953.
17. Leelanuntakit T. *Management of aggressive and violent patients with the safety of patients and care takers*. Bangkok: Thammasat Printing House; 1998. p. 167. (in Thai).
18. Grove S, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research*. St. Louis: Mo. Saunders; 2013.
19. Jamja P, Suktrakul S, Rodcumdee B. The effect of stress management program on caregivers' caring ability of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019;46(1):32-48. (in Thai).
20. Fetemeh N, Parvaneh M, Katayoun K. Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia Social and Behavioral Sciences*; 2010. p. 244-49.
21. Jansiri C. Effectiveness of implementing the caregiver training regarding behavior modification of ADHD program, Suanprung Psychiatric hospital, Chiang Mai province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2013. (in Thai).