



ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

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

พิกุลทอง กัลยา* จินตนา ยูนิพันธุ์**

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

การวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 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 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

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



2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) เป็น กลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานผิดปกติของสมองและ

ระบบประสาททำให้เกิดอาการซน อยู่ไม่นิ่ง และ ทุนหันปล้นเล่น ถือว่าเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบ บ่อยในเด็กวัยเรียนอายุ 6 - 12 ปี และมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติในประชากรทั่วโลก พบว่า มี อัตราร้อยละ 4 - 10¹ มีความชุกร้อยละ 5 - 12² ใน



ประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 12.0 และเพศหญิง ร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3 : 1³

เด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องของการควบคุมตนเองและมีอาการหุนหันพลันแล่นจึงมักไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เมื่อเกิดความไม่พอใจหรือโกรธ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางกาย ทางวาจา และทำลายสิ่งของ⁴ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เด็กเสี่ยงเป็นคนที่ก้าวร้าวรุนแรงหรือทำผิดกฎหมายในอนาคตด้วย⁵

จากการศึกษาติดตามระยะยาวในเด็กสมาธิสั้นในช่วงวัยรุ่น ยังพบปัญหาด้านการเรียนและการสื่อสาร ในบางรายต้องออกจากระบบการเรียนก่อนวัยอันควร บางรายอาจป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และด้านพฤติกรรมพบมีการกระทำผิดทางกฎหมาย เช่น ใช้จ่ายเสพติด ลักขโมย อันเป็นผลมาจากอาการของโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจากทีมสุขภาพและผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต่ยังเล็ก^{6,7}

ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คือ การผสมผสานการรักษาด้วยยาาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด การฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการช่วยเหลือผู้ดูแล⁸ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กจะมารับบริการที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ เมื่อได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางข้างต้นจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน แต่สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ยังคงเดิม การดูแลเด็กของผู้ดูแลไม่เป็นไปในทางเดียวกัน เมื่อเด็กถูกกระตุ้นอารมณ์ด้วยสิ่งแวดลอมที่ไม่เหมาะสมเด็กไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ เด็กจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมาอีก^{7,8} จาก

ปัญหาที่พบอยู่เสมอ นั้น คือ ในเบื้องต้นผู้ดูแลในเด็กสมาธิสั้นจะไม่ยอมรับและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อภาวะสมาธิสั้น ดังนั้นความกดดันและความรู้สึกที่ไม่ยอมรับดังกล่าวส่งผลต่อการเลี้ยงดูทำให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการจัดการพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ส่งผลให้พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมแย่งลง รวมถึงเด็กสมาธิสั้นจะรู้สึกกดดันและเครียดอยู่เสมอ เนื่องจากคิดว่าไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ดูแลคนรอบข้างและเพื่อนๆ เมื่อเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจึงส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก เกิดปัญหาด้านการเรียนตามมาทำให้เรียนไม่ทันเพื่อนและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเรียนที่มีความยากขึ้นตามระดับชั้นเรียนได้ ผลสุดท้ายเด็กสมาธิสั้นกลุ่มนี้จึงมักประสบความล้มเหลวในการเรียนต้องออกจากระบบโรงเรียนและถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย^{9,10}

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น พบว่า ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การแสดงออกทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์โกรธ เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา 2) ปัจจัยภายนอก คือ 2.1) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ไม่มั่นคง เด็กมักเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมนั้นมา⁸ ผู้ดูแลไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรมไม่มีระเบียบวินัย^{9,10} ผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันสูง เลี้ยงดูแบบควบคุมทำให้เด็กรู้สึกต่อต้านและก้าวร้าว และ 2.2) ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด เสียงดัง ซึ่งกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกเด็ก ทำให้เด็กมีอารมณ์โกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว¹¹ แต่ที่ผ่านมา พบว่า แม้เด็กจะได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางข้างต้น แต่เมื่อสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่



ยังคงเดิม และถูกกระตุ้นอารมณ์ด้วยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เด็กกลับมาเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นได้อีก¹²

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวจึงควรเป็น การผสานพลังของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและ สิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มพูนสุขภาพจิตในบุคคลที่จัด กระทำกับสิ่งแวดล้อมในเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น โดยให้เด็กได้ เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้เด็กสามารถ ควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์โกรธที่เป็นปัญหา ของตนเอง ส่งผลให้สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสม และลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

ในต่างประเทศ พบว่า การจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าว โดยการจัดการกระทำกับสิ่งแวดล้อมอย่าง เหมาะสมร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สามารถลดพฤติกรรมทางลบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี แรงจูงใจ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ร่วมกับ ผู้ป่วยอื่น¹³ มีผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การ พยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กออทิสติก พบว่า สามารถเพิ่มทักษะด้านการสื่อสาร และลด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้¹⁴ สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษา พบว่า เด็กออทิสติกที่ได้รับการพยาบาล ที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัดมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้¹⁵

ดังนั้นหากมีการจัดการกับปัจจัยทั้ง ภายใน คือ ตัวเด็กร่วมกับปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพร่วมกัน จะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรม ก้าวร้าวลดลงและเลียนแบบพฤติกรรมใหม่ที่ ดี เด็กจะสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างทั้งที่ บ้านและที่โรงเรียนได้อย่างมีความสุข เนื่องจาก ผู้ดูแลถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดของเด็ก และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กได้ เด็กจะ

มีช่วงเวลาในการอยู่ร่วมกับครอบครัวมากกว่า โรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อเด็กกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและจัดการ พฤติกรรมจะสามารถดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมที่สามารถ จัดการทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในเด็ก สมาธิสั้นไปพร้อมกัน ซึ่งมีพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบในการเป็นผู้บำบัด พร้อม กับคำนึงถึงการให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการจัดการ พฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พัฒนาโดยใช้ แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner¹⁶ ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ ชีระ สีสานันทกิจ¹⁷ ซึ่งเป็นแนวทางในการจัดการ กับปัจจัยภายใน คือ การเสริมสร้างให้เด็กรู้จัก ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง เรียนรู้การ ควบคุมพฤติกรรมของตนเองและแสดงออกใน สังคมอย่างเหมาะสม ส่วนการจัดการกับปัจจัย ภายนอก คือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งการ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อ ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้ จะ ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้แบบอย่างที่ดี ควบคุม อารมณ์โกรธของตนเอง ลดปัญหาการกลับมา บำบัดรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ที่สำคัญจะช่วยให้ เด็กและผู้ดูแลสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ อย่างมีความสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวใน เด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ จัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวใน เด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ



จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลัง
ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อย
กว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรม
ก้าวร้าว
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลัง
ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อย
กว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
พัฒนาโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ
Skinner¹⁶ ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อม
บำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ อีระ ลีลาณนทกิจ¹⁷ ซึ่ง
เป็นการบำบัดรักษาโดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อม
ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การ
จัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เหมาะสม ไม่
กระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึก ร่วมกับการปรับตัว
และการระบายความโกรธอย่างเหมาะสม ให้
ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วย
ด้วยกัน นอกจากนี้ยังช่วยเหลือส่งเสริมทักษะการ
ปรับตัวทางสังคม และสิ่งแวดล้อมโดยเน้นที่
สัมพันธ์ทางสังคมและการมีกิจกรรมต่างๆ
ร่วมกัน ซึ่งจะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของ
ผู้ป่วยและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วย
เรียนรู้และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดียิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ เด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับ
การวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น
ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรค
แบบ DSM-V ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

และผู้ดูแลในครอบครัวเด็กสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาล
รัฐบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่ให้บริการด้าน
จิตเวชเด็กเป็นหลัก

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม
โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็น
โรคสมาธิสั้นอายุ 6 - 12 ปี ทั้งเพศชายและเพศ
หญิง เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือ
ญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว และมี
คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับปานกลาง
(8 - 15 คะแนน) ขึ้นไป

2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลโดยตรงที่
อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้นที่มีหน้าที่
ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลา
ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (ไม่
เป็นผู้ดูแลที่ถูกจ้างมา หรือไม่เป็นผู้ดูแลที่อยู่คนละ
บ้านกับเด็ก)

3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้า
ร่วมกิจกรรมได้จนครบ 4 ครั้ง ตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก คือ เด็กหรือผู้ดูแล
มีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรม
ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น เจ็บป่วยร้ายแรง
หรือมีการติดเชื่อ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่
เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวน
อย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายข้อมูล
ใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด¹⁸ แต่เพื่อ
ป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out)
ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด
40 คน (กลุ่มเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแล) โดยแบ่งเป็น
กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน
นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่
ด้วยเพศและอายุ เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรม
รุนแรงกว่าเพศหญิง และเด็กอายุ 4 - 11 ปี มี
พฤติกรรมที่รุนแรงมากกว่าเด็กอายุ 12 - 17 ปี¹¹

นอกจากนี้ได้จับคู่ระดับการศึกษาของผู้ดูแล
เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่สูงอาจมี
แนวโน้มการดูแลที่ดีกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล คือ**

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

**1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวใน
เด็กสมาธิสั้น** ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมิน
พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของ ภัฏญาวีร์
บุญเสนันท์¹² ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นแบบ
ประเมินมาตรฐานที่ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชเด็ก
และวัยรุ่น แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ
ความตรงโดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI)
เท่ากับ 0.92 และค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.87
ลักษณะของแบบประเมินเป็นรายการที่เกี่ยวข้อง
พฤติกรรมรุนแรงสามารถใช้ประเมินพฤติกรรม
ก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินตาม
ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย
และสิ่งของ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ
(Check list) ตามรายการพฤติกรรมจากรุนแรง
น้อยไปรุนแรงมาก พฤติกรรมที่รุนแรงน้อยจะได้
คะแนนน้อย พฤติกรรมรุนแรงมากจะได้คะแนน
มาก จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1
คือ ข้อ 1 - 3 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วย
คำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง
ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนน
ข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 คือ ข้อ 4 - 7 ประกอบ
ด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทาง

คุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น
แข่งดำ หยาบคาย ขีดเขียนโต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง
กระชากเสื้อผ้าผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้
คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 8 - 10
เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่
คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเอง
หรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเองแต่
ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้
คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 11 - 13
เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น ทำร้าย
ตนเอง/ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง
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
ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น** เป็นเทคนิคในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กโดยการเรียนรู้แบบมี
เงื่อนไขซึ่งพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้
แบบมีเงื่อนไขของ Skinner¹⁶ ร่วมกับการจัด
สิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรม
ก้าวร้าวของ อีระ สีสานันทกิจ¹⁷

โปรแกรมในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3
ขั้นตอน 6 กิจกรรม จัดกิจกรรมแบบรายกลุ่ม
ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวใน
เด็กสมาธิสั้น และวัดความสามารถในการจัดการ
พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล



ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลทำการสอนผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัดในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียดแก่เด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลโดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น (Post-test) และวัดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล (Post-test)

กิจกรรมที่ 6 การติดตามผู้ดูแล ดำเนินการโดยการโทรศัพท์ติดตาม

2.2 คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแล เป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ดูแล โดยพยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคการดูแลเด็กสมาธิสั้น การเป็นแบบอย่างที่ดีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และการใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดียังคงอยู่ต่อไป โดยมีการติดตามผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์ มีการทบทวนความรู้สอบถามปัญหาและร่วมกันแก้ปัญหาในแต่ละสัปดาห์

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล เป็นการประเมินความสามารถของผู้ดูแล ที่เข้าร่วมในการวิจัยเมื่ออยู่ที่บ้านโดยการสัมภาษณ์ทั้งก่อนและหลังการวิจัย กำหนดให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป แบบวัดดังกล่าวนี้ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และวิเคราะห์หาความเที่ยง เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยมีคุณสมบัติที่ตรงและสามารถดำเนินการวิจัยกับเด็กกลุ่มนี้ได้ โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ภายหลังจากผ่านการพิจารณารับรอง ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลและหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

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

กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ทำการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นและวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล (Pre-test) 2) ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลอง 3) ทำการนัดหมายกลุ่มควบคุมโดยการให้บัตรนัดเพื่อแจ้งวันเวลาในการพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลที่ดำเนินการตามปกติของโรงพยาบาล ในเรื่องแผนการรักษา การสนับสนุนให้กำลังใจ คำแนะนำและความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแล 4) ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นและวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล (Post-test) แจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น และวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล (Pre-test)

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัดในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียดแก่เด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลโดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น และวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล (Post-test)

กิจกรรมที่ 6 การติดตามผู้ดูแล ดำเนินการโดยการโทรศัพท์ติดตาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันราชานุกูล เอกสารรับรองเลขที่ RI 0011/60 วันที่อนุมัติ 24 เมษายน พ.ศ. 2560 และวันสิ้นสุดการอนุมัติ 23 เมษายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ
ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ
พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้
สถิติทดสอบที (Paired t-test) เปรียบเทียบ
ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวใน
เด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent
t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
เด็กสมาธิสั้น เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ
55 อยู่ในช่วงอายุ 8 - 9 ปี ร้อยละ 40 เป็นบุตรคน
ที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 การศึกษาในปัจจุบัน
ไม่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 60

ผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี
คิดเป็นร้อยละ 70 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ
70 และมีระดับการศึกษาในช่วงมัธยมศึกษา
คิดเป็นร้อยละ 50

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว
ในเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ
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 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนได้รับ
โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 18.65 (SD = 2.70) และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการ
พฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 14.15 (SD = 3.08) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
น้อยกว่าหลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 10.12, p < .05)

เท่ากับ 18.65 และหลังการทดลอง เท่ากับ 14.15
เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired t-
test พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนน
พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าก่อน
การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น หลัง
การทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการ
ทดลอง

3. ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมได้คำร้อยละ
ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 ครอบครัว
ส่วนในรายที่ได้คำร้อยละไม่ถึง 100 พบว่า ข้อที่
เกิดปัญหามากที่สุด คือ หัวข้อเรื่องสิ่งแวดล้อม
ได้แก่ การปรับเปลี่ยนสีที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก
และเรื่องการปรับพื้นบ้านให้ปลอดภัย เนื่องจาก
ส่วนมากครอบครัวเด็กมักเข้าบ้านหรือห้องพักอยู่
ดังนั้นการจัดการกับสีทาบ้านหรือพื้นบ้านจึงเป็น
ข้อจำกัด ส่วนข้อที่พบรองลงมา คือ ความสามารถ
ในการเป็นตัวอย่างที่ดีเนื่องจากเมื่อผู้ดูแลที่เข้า
ร่วมงานวิจัยไปส่งต่อข้อมูลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
บุคคลในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยไม่
เข้าใจในการดูแลจึงไม่สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีใน
บางด้านได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้
และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 40)

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

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 18.65 (SD = 2.70) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.75 (SD = 3.05) โดยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 14.15 (SD = 3.08) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 17.75 (SD = 3.71) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุมนั้น เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลพบขณะได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล และได้ร่วมกันแก้ไข ปัญหาโดยเน้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทให้มากที่สุดเพื่อความต่อเนื่องในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและสร้างพฤติกรรมที่ดีขึ้นในอนาคต เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ คือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่า ก่อนได้รับการบำบัด เนื่องจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner¹⁶ ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ อีระลีลำนันทกิจ¹⁷ เป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกอย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้มีการจัดการกระทำร่วมกันทั้งปัจจัยภายใน นั่นคือ จัดการทั้งตัวเด็ก และปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อม รอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

การจัดการกับปัจจัยภายในหลังการศึกษาพบว่า เด็กมีการปรับเปลี่ยนการแสดงออกกับเพื่อนในกลุ่ม เรียนรู้พฤติกรรมไหนที่กลุ่ม

ยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กรู้จักสื่อสารใช้คำพูดที่ดี ควบคุมอารมณ์โกรธของตัวเองได้ โดยเลือกที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงออกมา แต่แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมแทน สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาวิรุ์ บุญเสนันท์¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่ได้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยมีการจำลองสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เด็กได้เลียนแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมในการที่จะอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ในสถานการณ์ต่างๆ

ส่วนการจัดการกับปัจจัยภายนอกนั้น คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการเน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยการนำผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดเข้ามาช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในบ้าน เมื่อผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมเด็กได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง บรรเทาอาการภายในบ้านที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พาสินี แจ่มจำ¹⁹ ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรม

ก้าวร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการบำบัดหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ เนื่องจากการได้มีการจัดกระทำร่วมกันทั้งปัจจัยภายใน นั่นคือ จัดการทั้งตัวเด็ก และปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการเน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยการนำผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดเข้ามาช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fetemeh, Parvaneh & Katayoun²⁰ ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการสอนทักษะการจัดการของผู้ดูแลที่มีบุตรสมาธิสั้น ผลการศึกษา พบว่า บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียดลดลง สามารถจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้ รวมทั้งพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมิย์พร จันทศิริ²¹ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งคะแนนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กสมาธิสั้นลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ กัญญาวิรุ์ บุญเสนันท์¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ที่ได้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยมีการจำลองสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เด็กได้เลียนแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมในการที่จะอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยเช่นกัน

สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวกับเด็กสมาธิสั้นของงานวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากเป็นการจัดการกระทำร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายใน นั่นคือ จัดการทั้งตัวเด็กและปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยการนำผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดเข้ามาช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติ และคู่มือที่ง่ายต่อการเข้าใจในการดูแล มีอุปกรณ์ในการดำเนินการกับเด็กสมาธิสั้น มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลพบขณะดำเนินการทดลอง และร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเน้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทให้มากที่สุดเพื่อความต่อเนื่องในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่ดีขึ้นสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโดยจัดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในโรงพยาบาลและที่บ้านได้โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

2. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลโดยเน้นการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. ควรมีการติดตามผู้ดูแลเป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

4. คู่มือแนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลควรเพิ่มเติมกิจกรรมให้ผู้ดูแลกลับไปทำที่บ้านอย่างต่อเนื่องหลังจากกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ครบแล้ว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การโทรศัพท์เพื่อติดตามและให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเพื่อประเมินความต่อเนื่องในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และควรให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประเมินการคงอยู่ของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และเพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป ตลอดจนเพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลในเด็กสมาธิสั้นให้มีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่อง



เอกสารอ้างอิง

1. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediat* 2007;166(2):117-23.
2. Freitag CM, Hänig 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: Reuangaewganpim; 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. (in Thai).
8. Ercan E, Ercan ES, Atılgan H, Başay BK, Uysal T, İnci 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).