

ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR MANAGEMENT PROGRAM IN CHILDREN
WITH ATTENTION - DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Miss Pikultong Kanlaya



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
โดย	นางสาวพิกุลทอง กัลยา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ชนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

พิภูลทอง กัลยา : ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น (THE EFFECT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR MANAGEMENT PROGRAM IN CHILDREN WITH ATTENTION - DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 124 หน้า.

การวิจัยนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปีและผู้ปกครองที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยได้รับการจับคู่ (matched pair) และคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น 3) โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว 4) คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านสำหรับผู้ดูแลหลัก 5) แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลหลัก เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลงและส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดี สามารถแสดงออกทางสังคมได้ดีขึ้น จึงควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับเด็กสมาธิสั้น

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777318436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: AGGRESSIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION - DEFICIT / HYPERACTIVITY (ADHD) / AGGRESSIVE BEHAVIOR MANAGEMENT PROGRAM

PIKULTONG KANLAYA: THE EFFECT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR MANAGEMENT PROGRAM IN CHILDREN WITH ATTENTION - DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 124 pp.

The purposes of this quasi-experimental research design using the nonequivalent comparison-group design were: to compare 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 in outpatient department Rajanukul Institute, 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 3 weeks, the control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) personal data questionnaire, 2) aggressive behaviors assessment scale, 3) aggressive behavior management program manual for nurses, 4) a nurses teaching manual for parents on aggressive behavior management program for caregivers, 5) checklist on the aggressive behavior management program at home for caregivers. All instruments were content validated by a panel of 5 experts. The reliability of the aggressive behavior scale was .88. The t-test was used in data analysis. Major findings were as followed:

1. Aggressive behaviors of children with ADHD after using aggressive behavior management program was significantly less than that of before the treatment, at the .05 level.
2. Aggressive behaviors of children with ADHD received aggressive behavior management program was significantly less than those received regular nursing care, at the .05 level.

The results of this study lead to recommendation for the use of aggressive behavior management program to decrease aggressive behavior and enhance better behaviors, that should be introduced in psychiatric mental health service for children with ADHD.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความเอาใจใส่ ประคับประคอง ช่วยเหลือ ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา และเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ในการศึกษาอย่างเต็มความสามารถที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพและผู้ป่วยมากที่สุด ผู้วิจัยมีความประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตากรุณาและเสียสละของอาจารย์ ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษา รวมทั้งเด็กและผู้ดูแลปกครองที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น.....	13
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น	19
3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว.....	27
4. การจัดการทางการพยาบาล (Nursing Management)	33
5. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข.....	35
6. การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด	38
7. โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น.....	42
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44

9. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การดำเนินการทดลอง	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	84
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผล.....	89
ข้อเสนอแนะ	91
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	91
รายการอ้างอิง	92
ภาคผนวก.....	101
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	102
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	104
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	110
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใ้ยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	116
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	122
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	124

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ เด็กสมาธิสั้นและระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	50
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรคนที่ การรักษาในปัจจุบัน.....	51
ตารางที่ 3	จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลหลัก จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	52
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลหลัก จำแนกตาม อาชีพ ระยะเวลาที่ ดูแลเด็ก และความสัมพันธ์กับเด็ก	53
ตารางที่ 5	รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 1.....	65
ตารางที่ 6	รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 2.....	68
ตารางที่ 7	รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 3.....	71
ตารางที่ 8	รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 4.....	73
ตารางที่ 9	รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ	74
ตารางที่ 10	ร้อยละความสามารถในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก	76
ตารางที่ 11	พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังทดลอง	80
ตารางที่ 12	พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและ หลังทดลองจำแนกทางกาย ทางวาจา และทางสิ่งของ	81
ตารางที่ 13	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว.....	82
ตารางที่ 14	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=40).....	83

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติในประชากรทั่วโลกพบว่ามีอัตราร้อยละ 4-10 (Skounti, M. et al., 2007) มีความชุกร้อยละ 5-12 (Freitag et al., 2012) ในประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ, 2556) จากสถิติจำนวนเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการในสถานบริการระดับตติยภูมิ ได้แก่ ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูลในปี 2555-2557 พบว่ามีอัตราที่สูงขึ้น 671, 908, และ 1,214 รายตามลำดับ (งานเวชสถิติ สถาบันราชานุกูล, 2557) ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในปี 2557-2559 มีอัตราการรับบริการ 8,894, 8891, และ 8,792 รายตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี 2557-2559) ส่วนที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีรายงานสถิติเด็กสมาธิสั้น ในปี 2557-2559 เข้ารับบริการ 4,637 4,726 และ 4,847 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติศูนย์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปี 2557-2559) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ

โดยโรคสมาธิสั้นนั้น เกิดจากการทำงานผิดปกติของสมองและระบบประสาททำให้เกิดอาการ (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างชัดเจน ทั้งภายในบ้าน โรงเรียนและในสังคม โดยปัญหาที่สำคัญของเด็กสมาธิสั้นนั้น คือ พฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ง่าย หุนหันพลันแล่น และมีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเอง จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และใช้ความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการทำลายสิ่งของอยู่เสมอ (Bezdjian et al., 2011) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า โรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงและมีโอกาสสูงในการพัฒนาไปสู่ภาวะต่อต้าน และภาวะเกร ก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น (Strine et al., 2006) ในประเทศอังกฤษพบเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเกร ถึงร้อยละ 40-70 (Brown, 2009) และในประเทศตุรกี พบร้อยละ 22.6 (Zorlu A, et al. , 2015) สำหรับในประเทศไทย พบว่า 1 ใน 4 ของเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกร (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2551) การศึกษาของ นันทชา สงวนกุลชัย (2556) พบเด็กสมาธิสั้นภาคกลางตอนบน มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเกร และต่อต้านถึงร้อยละ 80.5 นอกจากนี้ยังพบเด็กที่ต้องคดีในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร อายุ 11-18 ปี เป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะเกร ก้าวร้าว ถึงร้อยละ 82 (กรมสุขภาพจิต, 2555) การศึกษา

ของ ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ (2556) พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาเด็กที่เสี่ยงภาวะดื้อต่อต้านสูงสุด แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลความชุกพบว่า เด็กในกรุงเทพมหานครมีอัตราความชุกสูงสุด คือ ร้อยละ 5.5 รองลงมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 4.7 ในขณะที่ภาคเหนือมีความชุกของภาวะดื้อต่อต้านต่ำสุด คือ ร้อยละ 1.3 โดยกรุงเทพมหานครมีเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีภาวะ ดื้อต่อต้านร่วมด้วย มีระดับความชุกสูงในเพศชาย คือ ร้อยละ 6.8 จากการศึกษาเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่เข้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ด้วยปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 46.8 พบพฤติกรรมทำร้ายตนเองคิดเป็นร้อยละ 33.2 และพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 13.6 (สถาบันราชานุกูล, 2557)

ซึ่งในเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมักอยู่ในช่วงวัยอายุ 6-12 ปี โดยทั่วไปผู้ดูแลหลักจะสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กตั้งแต่วัยก่อนเรียน แต่อาการจะเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียน เนื่องจากเด็กต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในโรงเรียน ซึ่งเด็กมักจะชน ไม่นิ่ง นั่งเรียนกับเพื่อนไม่ได้ วุ่นวายในห้องเรียน แห่เพื่อน เล่นแรง และควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและทะเลาะกับเพื่อนเป็นประจำ จึงส่งผลให้มีปัญหาทางการเรียนและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) ครูจึงจำเป็นต้องแนะนำผู้ดูแลหลัก ให้พาเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อเด็ก คือ มักต่อต้านสังคม เพื่อนไม่ยอมรับ อาจนำไปสู่ภาวะก้าวร้าวรุนแรงและติดสิ่งเสพติดได้ (สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง, 2550) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า บิดามารดามีความเครียด มีความยากลำบากในการดูแล (Kuhne, M., Schachar, R. & Tannock, R. 1997; มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม ลักขโมย ขायบริการ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะมีการก่ออาชญากรรมและทำผิดกฎหมายได้ (Ohlmeier et al., 2008) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องดูแลและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเด็กวัยเรียนต้องเติบโตเป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ในอนาคต

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย 1.ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การแสดงออกทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์โกรธ เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Ercan et al., 2014; Hoza Betsy, 2007) ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ พบว่าเด็กชายมีปัญหาต่อต้านสังคมและพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งมากกว่าเด็กหญิง ประเด็นด้านอายุ พบว่า เด็กสมาธิสั้นอายุ 4-11 ปี มีปัญหาพฤติกรรมต่อต้านสังคมและปัญหาสมาธิสั้นมากกว่าเด็ก อายุ 12-17 ปี (Strine et al., 2006) 2.ปัจจัยภายนอก คือ 2.1ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง ผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง เด็กจะเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา (Ercan

et al., 2014) ผู้ดูแลหลักไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรม ไม่มีระเบียบวินัย (Haapasalo & Tremblay, 1994; Miller et al., 2006) ผู้ดูแลหลัก ที่มีความขัดแย้งกันสูง เลี้ยงดูแบบควบคุม ทำให้เด็กรู้สึกต่อต้าน และก้าวร้าว (นันทชา สงวนกุลชัย, 2556) และ 2.2 ปัจจัยด้านกายภาพได้แก่ เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด เสียงดัง จะกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกเด็ก ทำให้เด็กมีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว (Strine et al., 2006) ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม พบว่า เด็กเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบ ส่วนใหญ่จะเป็นการเลียนแบบบิดามารดา คนในครอบครัว เพื่อนที่โรงเรียน หรือจากโทรทัศน์ สื่อต่างๆ (Varcariolis and Halter, 2010; Videbeck, 2006) ดังนั้นการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นและป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมีความรุนแรงมากขึ้นจึงมีความสำคัญ

ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่ามีการรักษาด้วยยา พฤติกรรมบำบัด การสอนทักษะเด็กในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการช่วยเหลืออบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2559; สถาบันราชานุกูล, 2559) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก และกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน แต่เมื่อได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางข้างต้นแล้ว สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ยังคงเดิม การดูแลเด็กของผู้ดูแลหลักไม่เป็นไปในทางเดียวกัน เมื่อเด็กถูกกระตุ้นอารมณ์ด้วยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เด็กไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ เด็กจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมาอีก จากปัญหาที่พบอยู่เสมอเวลานั้นคือ ในเบื้องต้นผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นจะไม่ยอมรับและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อภาวะสมาธิสั้น ดังนั้นความกดดันและความรู้สึกที่ไม่ยอมรับดังกล่าวส่งผลต่อการเลี้ยงดู ทำให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการจัดการพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ส่งผลให้พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมแย่ลง รวมถึงเด็กสมาธิสั้นจะรู้สึกกดดันและเครียดอยู่เสมอ ว่าไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ดูแลหลัก และขยายวงกว้างไปสู่กลุ่มเพื่อนๆ นอกจากนี้เมื่อเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องย่อมส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กเกิดปัญหาด้านการเรียนตามมา ทำให้เรียนไม่ทันเพื่อนและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเรียนที่มีความยากขึ้นได้ ผลสุดท้ายเด็กสมาธิสั้นกลุ่มนี้จึงมักประสบความล้มเหลวในการเรียน ต้องออกจากระบบโรงเรียนและถูกชักจูงไปในทางที่ผิดได้ง่าย

ดังนั้นหากมีการจัดการกับปัจจัยทั้งภายใน คือตัวเด็ก ร่วมกับปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพร่วมกัน จะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และเลียนแบบพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น เด็กจะสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนได้อย่างมีความสุข เนื่องจากผู้ดูแลหลักถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดของเด็ก และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กได้ เด็กจะมีช่วงเวลาในการอยู่ร่วมกับครอบครัวมากกว่าโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อเด็กกลับไปอยู่ที่บ้าน เมื่อผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและจัดการพฤติกรรม จะสามารถดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยจะพัฒนาโปรแกรมที่สามารถจัดการทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของเด็กสมาธิสั้นไปพร้อมกัน ซึ่งมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบ ในการเป็นผู้บำบัดพร้อมกับคำนึงถึงการให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลหลักได้มีส่วนร่วมในการจัดการพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยประยุกต์แนวคิดสิ่งแวดล้อมบำบัด (ธีระ สีสานันทกิจ, 2541) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ซึ่งการจัดการกับปัจจัยภายในคือ การเสริมสร้างให้เด็กรู้จักปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง เรียนรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และแสดงออกในสังคมอย่างเหมาะสม ส่วนการจัดการกับปัจจัยภายนอก คือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลหลัก เรื่องการดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว รวมทั้งการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้ จะทำให้เด็กเรียนรู้แบบอย่างที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ ลดปัญหาการนำกลับมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ที่สำคัญจะช่วยให้เด็กและผู้ดูแลหลักสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุขด้วย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างเด็กที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำตามใจตัวเอง หุนหันพลันแล่น แสดงพฤติกรรมต่างๆ ด้วยอารมณ์ มักควบคุมพฤติกรรมตัวเองไม่ได้ จึงทำร้ายตัวเอง ทำร้ายคนอื่น ทั้งด้วยทางวาจา และทางการกระทำ รวมทั้งยังทำลายสิ่งของให้เสียหายอีกด้วย เมื่อถูกลงโทษจากผู้ดูแลหลักที่แสดงอารมณ์เกรี้ยวกราด ดุด่า และทุบตีเด็ก ก็จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ จดจำและเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น นำไปใช้กับเพื่อนหรือผู้อื่นที่ทำให้ตนเองไม่พอใจ การที่เด็กต้องเผชิญกับความก้าวร้าว การตี จากการลงโทษบ่อยๆ จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกกลัว และพยายามปกป้องตัวเอง นำไปสู่การใช้ความก้าวร้าวในการแก้ปัญหาต่อไปในอนาคตได้ (รัตโนทัย พลับรูการ, 2551)

เด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว มีสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม เด็กแสดงออกทางอารมณ์โกรธไม่เป็น ควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Ercan et al., 2014; Hoza Betsy, 2007) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว นั่นคือ ผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ไม่มั่นคง (Ercan et al., 2014) ผู้ดูแลหลักไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรม ไม่มีระเบียบวินัย (Haapasalo & Tremblay, 1994; Miller et al., 2006; นันทชา สงวนกุลชัย, 2556) และปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่แออัด เสียงดัง มีแสงและสีไม่เหมาะสม (Strine et al., 2006) จากการที่เด็กได้เรียนรู้แบบมีเงื่อนไขว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมอะไรแล้วทำให้ได้สิ่งที่ต้องการหรือการได้รับรางวัล ฉะนั้นเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ เพื่อให้ได้รับสิ่งที่พึงพอใจ แต่ถ้าเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดี แล้วได้รับสิ่งที่ไม่น่ารื่นรมย์เด็กก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ, 2556) การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ได้ผลดี คือ ต้องมีความสม่ำเสมอและมีการจัดการพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการพฤติกรรมเด็กที่บ้าน

การจัดการกระทำกับทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเป็นสิ่งที่ควรจัดการพร้อมกัน โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยภายใน คือ การสอนการปรับตัว การระบายความโกรธอย่างเหมาะสม จะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยเน้นให้ความสนใจกับการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner (Skiner, 1953) เมื่อศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้การลงโทษในครอบครัวของเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม พบว่า การลงโทษไม่ได้ผลแต่กลับทำให้เด็กก้าวร้าวมากขึ้นโดยไม่ตั้งใจ (Patterson & Hamberg, 1998) มีการศึกษาพบว่า การเสริมแรงทางบวกเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเด็ก ตัวเสริมแรงที่ใช้ได้แก่ เบี้ยอรรถกร คะแนน เงิน และการเสริมแรง

ทางสังคม การยกย่องชมเชย การให้ความสนใจ การยอมรับ และการเห็นความสำคัญ (Moss & Rick, 1981)

การปรับเปลี่ยนปัจจัยภายนอก โดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพนั้น เป็นการให้ความรู้ ส่งเสริมความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกต้อง การใช้เทคนิคการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การเสริมแรงทางบวก การเพิกเฉยและการนำออกไปจากสถานการณ์ เป็นต้น การเป็นแบบอย่างที่ดี การสร้างระเบียบวินัยให้กับเด็ก จะทำให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีได้ นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมบำบัด (ธีระ ลีลาพันธ์ทกิจ, 2541) ได้แก่ การสร้างบรรยากาศภายในบ้านให้น่าอยู่ ไม่มีสิ่งกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก เช่น การจัดแสง สี เสียง ที่เหมาะสม เช่น การใช้สีภายในบ้าน โดยใช้โทนสีฟ้า สีน้ำเงิน สีเขียว สีคราม จะช่วยให้อารมณ์ของเด็กสงบลง ทำให้ระบบในร่างกายผ่อนคลายและเย็นลงได้ ควรดสีแดง สีส้ม สีเหลือง เพราะจะกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก (สมเกียรติ ศรไพศาล, 2553) การที่เด็กได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความสบายใจจึงสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550)

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาตามแนวความคิดจัดการสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ ธีระ ลีลาพันธ์ทกิจ (2541) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีการพยาบาล 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่ม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา และช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลหลักมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลหลักนำความรู้ที่ได้รับไปจัดการพฤติกรรมเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบและการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงออกกับเด็กด้วยความรัก ความเข้าใจ การเป็นต้นแบบที่ดี รวมทั้งการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจในการจัดการพฤติกรรมมากขึ้น นอกจากนี้ ยังให้ความรู้เรื่อง การจัดสถานที่

ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ สงบ ไม่เสียงดัง การปรับเปลี่ยนแสงสว่างให้พอดี ปรับโทนสีของบ้านให้เป็นสีโทนเย็น

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการจัดสถานที่ในโรงพยาบาลขณะจัดกิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้แก่เด็ก โดยให้ผู้ดูแลหลักเข้ามาร่วมจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ โดยจัดห้องให้สะอาดเป็นระเบียบ ควบคุมแสงให้เหมาะสม ภายในห้องมีอากาศถ่ายเท ไม่มีกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ไม่มีเสียงดังรบกวน

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัด ในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม เป็นการให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสม และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม จุดประสงค์ของกิจกรรมนี้ คือ ให้เด็กเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสอนเด็กให้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกลุ่มนันทนาการ เพื่อส่งผลในการพัฒนาความคิด และการแสดงออกกับเพื่อนในกลุ่ม เด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการใช้เทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวก(Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out)

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียด แก่เด็กสมาธิสั้น เป็นการให้ความรู้การจัดการความโกรธ และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่นพยายามควบคุมน้ำเสียงให้เป็นปกติ ระวังอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยายามปรับอารมณ์ของตนเองโดยพยายามคิดทบทวนหาสาเหตุของความโกรธ และแนวทางในการยุติที่เหมาะสม ได้แก่ การสื่อสารที่ดี (Better Communication) การมีอารมณ์ขัน (Using Humor) และการสอนการผ่อนคลาย (Relaxation) กิจกรรมนี้จะส่งผลให้เด็กสามารถจัดการกับอารมณ์และควบคุมอารมณ์โกรธของตัวเองได้อย่างเหมาะสม โดยเลือกที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงออกมา แต่แสดงออกทางอารมณ์ที่ดีแทน

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพท์ติดตามผลกับผู้ดูแลหลักถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้กำลังใจกับผู้ดูแลหลักในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (the nonequivalent comparison group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 20 คน และเข้ากลุ่มการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ พฤติกรรมก้าวร้าว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้น ที่สัมพันธ์กับอารมณ์โกรธจึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังนี้ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ได้แก่ การส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าว ดุถูกผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง ได้แก่ การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง ศีรษะโขกพื้น ชกสิ่งของ ใช้นิ้วกัดตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น ได้แก่ กระชากเสื้อผ้า ตบตี ชก ต่อย ดึงผม หยิก ข่วนผิวหนัง และพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ การเขย่าประตู ฉีกเสื้อผ้า ปัดสิ่งของลงพื้น ซีดเขียนฝาผนังห้อง ทูบสิ่งของให้แตก ทูบกระจก

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่ กัญญาวิวี บุญเสนันท์ (2554) พัฒนาและปรับปรุงมาจาก Overt Aggressive Scale ของ Stuart Yudofsky (1986) ประเมินด้วยการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยผู้ดูแลหลัก

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็กสมาธิสั้น โดยจัดกระทำกับปัจจัยภายในของเด็กสมาธิสั้น นั่นคือ การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในการควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง และการจัดกระทำกับสิ่งแวดล้อมของเด็กสมาธิสั้น นั่นคือ สิ่งแวดล้อมภายนอกได้แก่ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลและฝึกทักษะการใช้เทคนิคในการจัดการพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการให้ความรู้ในการจัดระเบียบภายในบ้าน การปรับปรุงแสงให้สว่างพอดี สีโทนเย็น ไม่มีเสียงดังรบกวน เพื่อมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขมาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาร่วมด้วย เช่น เมื่อเด็กเรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมและทำตาม ก็จะได้รับรางวัลเป็นแรงเสริมให้เด็กกระทำพฤติกรรมนั้นๆ อีก

โปรแกรมดังกล่าวนี้ นำผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน เนื่องจากครอบครัวมีความสำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุด ในการส่งเสริมและพัฒนาทักษะของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการปฏิบัติตามแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ชีระ สีสานนทกิจ (2541) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) โดยออกแบบการพยาบาลเป็น 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีสังเขปการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก เพื่อวางแผนการดูแลขณะเข้าร่วมกิจกรรม เป็นเวลา 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลหลักนำความรู้ที่ได้รับไปจัดการพฤติกรรมเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบและการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงออกกับเด็กด้วยความรัก ความเข้าใจ การเป็นตัวอย่างที่ดี รวมทั้งการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจในการจัดการพฤติกรรมมากขึ้น นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องการจัดสถานที่ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ สงบ ไม่เสียงดัง การปรับเปลี่ยนแสงสว่างให้พอดี ปรับโทนสีของบ้านให้เป็นสีโทนเย็น เป็นเวลา 45 นาที สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการจัดสถานที่ในโรงพยาบาลขณะจัดกิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้แก่เด็ก โดยให้ผู้ดูแลหลักเข้ามาร่วมจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพด้วย เพื่อสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ โดยจัดห้องให้สะอาดเป็นระเบียบ ควบคุมแสงให้พอดี ภายในห้องมีอากาศถ่ายเท ไม่มีกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ไม่มีเสียงดังรบกวน เป็นเวลา 15 นาที สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัด ในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม เป็นการให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสม และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม จุดประสงค์ของกิจกรรมนี้ คือ ให้เด็กเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสอนเด็กให้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกลุ่มนันทนาการ เพื่อส่งผลในการพัฒนาความคิด และการแสดงออกกับเพื่อนในกลุ่ม เด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการใช้เทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวก(Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out)

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียด แก่เด็กสมาธิสั้น เป็นการให้ความรู้การจัดการความโกรธ และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่น พยายามควบคุมน้ำเสียงให้เป็นปกติ ระวังอารมณ์ หรือพฤติกรรมโกรธ พยายามปรับอารมณ์ของตนเองโดยพยายามคิดทบทวนหาสาเหตุของความโกรธ และแนวทางในการยุติที่เหมาะสมได้แก่ การสื่อสารที่ดี (Better Communication) การมีอารมณ์ขัน (Using Humor) และการสอนการผ่อนคลาย (Relaxation) กิจกรรมนี้จะส่งผลให้เด็กสามารถจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยเลือกที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง แต่แสดงออกทางอารมณ์ที่ดีแทน เป็นเวลา 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพท์ติดตามผลกับผู้ดูแลหลักถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้กำลังใจกับผู้ดูแลหลัก เป็นเวลา 15 นาที สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก จัดให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ ได้แก่ ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียง กิจกรรมการพยาบาลรายบุคคล สอนเด็กเรื่องการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสม พฤติกรรมบำบัดรายบุคคล และกิจกรรมบำบัดรายบุคคล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยระบบการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น

- 1.1. ความหมายของโรคสมาธิสั้น
- 1.2. อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น
- 1.3. สาเหตุของโรคสมาธิสั้น
- 1.4. การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
- 1.5. การรักษาและการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

- 2.1. ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2.2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2.3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว
- 2.4. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

- 3.1. การปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น
- 3.2. การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น
- 3.3. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

4. การจัดการทางการพยาบาล

5. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข

6. การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด

7. โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น

1.1. ความหมายของเด็กสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-ADHD)

ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน (2550) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นว่า คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมที่ประกอบด้วย อาการสมาธิสั้น (Inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) มีอาการนานกว่า 6 เดือน ซึ่งไม่เป็นไปตามระดับพัฒนาการและมีความรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อสังคม การเรียน หรือการทำงาน

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา (2550) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นว่า ประกอบด้วย ปัญหาหลักใน 3 ด้าน คือ 1) สมาธิสั้น 2) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง 3) หุนหันพลันแล่น ทำอะไรได้ไม่นาน วอกแวก ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถจดจ่อกับงานที่กำลังทำ เหม่อลอยง่าย ในเด็กเล็กจะเล่นอะไรก็ได้ไม่นาน เปลี่ยนของเล่นไปเรื่อยๆ ถ้าเป็นเด็กโตมักทำงานไม่เสร็จตามที่สั่ง ทำงานตกหล่น ไม่ครบไม่ละเอียด นั่งได้ไม่นาน ชอบคุย ส่งเสียงดัง รบกวนคนรอบข้าง

วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (2550) ได้ให้ความหมายของเด็กสมาธิสั้นว่า หมายถึง ความผิดปกติของพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่แสดงออกซ้ำๆ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก ประกอบด้วย พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุ หรือระดับพัฒนาการในเรื่องการขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น ยับยั้งตัวเองไม่ได้ อยู่ไม่นิ่ง ซุกซน โดยอาการปรากฏให้เห็นก่อนอายุ 7 ขวบและมีความรุนแรงจนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้เกี่ยวข้อง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2551) โรคสมาธิสั้น หมายถึง ความผิดปกติทางพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อยๆ ซ้ำๆ ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับพัฒนาการ แสดงออกต่อเนื่องยาวนานได้แก่ อาการสมาธิสั้น (Inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) อาการต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงพอที่จะทำให้มีผลกระทบต่อ การใช้ชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่าโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) หมายถึง พฤติกรรมที่มีความผิดปกติ โดยมีลักษณะที่แสดงออกสำคัญ 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิ (Inattention) ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยแสดงพฤติกรรมบ่อยๆ ซ้ำๆ ไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ แสดงออกนานกว่า 6 เดือน อาการจะปรากฏให้เห็นก่อนอายุ 7 ปี พฤติกรรมเหล่านี้รุนแรงพอที่จะทำให้มีผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจและบุคลิกภาพ การเรียน การเข้าสังคม การทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน

1.2 อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder – ADHD) ประกอบด้วย อาการหลัก 3 อาการดังนี้

1. อาการสมาธิสั้น (Inattention) มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ มักวอกแวกง่าย ตามสิ่งเร้าภายนอก ดูเหมือนไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย ทำตามคำสั่งไม่จบ หรือทำกิจกรรมไม่เสร็จ หลีกเลียงที่จะทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม ละเลยในรายละเอียด หรือทำผิดด้วยความเลินเล่อ มีความยากลำบากในการจัดระเบียบงานหรือกิจกรรม ทำของหายบ่อยๆ มักลืมหักกิจกรรมประจำวันที่ต้องทำ

2. อาการอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ยุกยิก ขยับตัวไปมา นั่งไม่ติดที่ มักต้องลุกเดินไปมา วิ่งวุ่น หรือปีนป่าย ในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถเล่นเงียบๆ ได้ เคลื่อนไหวไปมาตลอดเวลา พูดมากเกินไป

3. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) วู่วาม ใจร้อน มีความยากลำบากในการรอคอย ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้า ขาดความระมัดระวัง เช่น เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยอะไรไม่ได้ มักตอบคำถามขณะที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่ มักจะรีบทำการบ้านให้เสร็จ โดยไม่คำนึงว่าจะเรียบร้อยหรือถูกต้องหรือไม่

อาการหรือโรคร่วมที่มักพบ คือพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าวเกร หรือมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าทางด้านภาษา การประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี (Poor motor coordination) หรือมีปัญหาการเรียนรู้อุปสรรค (Learning disorder) ในบางรายอาจมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

จากอาการที่ปรากฏยาวนาน จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาบุคลิกภาพ การปรับตัวและการเข้าสังคม จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด เด็กมักจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธ จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา แต่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องก็จะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้

1.3 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น

ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคสมาธิสั้น แต่มีหลักฐานจากงานวิจัยว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ เป็นปฏิสัมพันธ์มากกว่า 1 อย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

ปัจจัยทางพันธุกรรม

เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรค ถ่ายทอดโรคภายในครอบครัว แต่รูปแบบหรือกลไกการถ่ายทอดยังไม่ทราบแน่ชัด ค่า Heritability ของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ระหว่าง 0.5 – 0.92 อัตราการพบร่วม (Concordance rate) ของโรคสมาธิสั้นใน Monozygotic twin เท่ากับร้อยละ 51 ใน Dizygotic 14 Twin เท่ากับร้อยละ 33 ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาตำแหน่งความผิดปกติบนยีนส์ที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าความผิดปกติน่าจะอยู่บนยีนส์ชื่อ Dopamine receptor

D4 และ Dopamine transporter gene พบอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในญาติสายตรงได้ถึง 5 เท่า และใน Monozygotic Twin พบโรคร่วมกันได้สูงถึงร้อยละ 50-98 อย่างไรก็ตาม พบโรคสมาธิสั้นในครอบครัวได้เพียงส่วนหนึ่งของคนไข้เท่านั้น มีหลักฐานว่า Nongenetic factors มีส่วนสำคัญในการเกิดโรคนี้เช่นกัน

พยาธิสภาพของสมอง

1) สารสื่อประสาท (Neurotransmitter system) พบว่ามีความไม่สมดุลของสื่อประสาทที่สำคัญ ได้แก่ dopamine พบความบกพร่องในโดปามีนรีเซปเตอร์ D2 และ D4 และพบความพร่องของยีนส์ส่งโดปามีน (dopamine transporter) จากการที่เด็กสมาธิสั้นขาดสารโดปามีน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดยับยั้งในสมองส่วนหน้า ทำให้เกิดอาการไม่สามารถควบคุม ยับยั้งการสั่งงาน การแสดงออกและอาการอยู่ไม่นิ่งจนเป็นที่สังเกตได้ (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) norepinephrine น้อยเกินไป จึงส่งผลต่อพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

2) ความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมอง โรคสมาธิสั้น มีปริมาณเนื้อสมองส่วน Frontal และ temporal lobe น้อยกว่าเด็กปกติ และพบว่าสมองส่วน Frontal lobe ทำงานน้อยกว่าปกติ ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมความหุนหันพลันแล่น การจัดระเบียบ และการทำกิจกรรมแบบมีจุดมุ่งหมาย นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของสมองส่วนอื่นอีก เช่น prefrontal cortex, parietal cortex, basal ganglia, thalamus และ cerebellum ซึ่งบริเวณ prefrontal cortex เป็นบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการยับยั้ง ตั้งสมาธิ การใช้เหตุผล การวางแผน การทำงานตาม ขั้นตอน ในขณะที่ basal ganglia ทำหน้าที่ในการควบคุมการส่งกระแสประสาท (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

3) การเสียหายของสมอง การที่เนื้อสมองได้รับอันตรายหรือเสียหาย หรือเนื้อสมองถูกทำลายจากปัจจัยในสิ่งแวดล้อม เช่น การติดเชื้อหัดเยอรมัน ในครรภ์มารดา สมองขาดออกซิเจน ในระหว่างคลอด สมองส่วนที่เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน เช่น caudate nucleus มีหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิ การได้รับบาดเจ็บในระหว่างคลอด การบาดเจ็บทางศีรษะ มารดาดื่มสุราและสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ระยะเวลาคลอดยาวนาน และมารดาเครียดระหว่างตั้งครรภ์

4) การไหลเวียนของเลือดในสมองผิดปกติ โรคสมาธิสั้นพบมีการไหลเวียนของเลือดผิดปกติในสมองบางส่วน เช่น บริเวณ striatum ที่ head of caudate nucleus ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิ และพบที่บริเวณ posterior periventricular region (นงพงา ลีสุวรรณ, 2547)

5) คลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ การศึกษา electro encephalography (EEG) คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น พบมีความผิดปกติของ theta wave มากขึ้นใน frontal lobe ทำให้่วงนอน

พบ beta wave ลดลง ในส่วน temporal lobe ทำให้เหม่อลอย ขาดสมาธิ (นงพงา ลี้มสุวรรณ, 2547)

ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ ครอบครัวแตกแยก หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ เป็นหม้าย หรือพ่อแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงดูเด็กเอง พ่อแม่ที่การศึกษาน้อย ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลการปรับพฤติกรรม ไม่ได้ฝึกระเบียบวินัย พ่อหรือแม่มีประวัติพฤติกรรมชุนอยู่ไม่นิ่ง หรือเคยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เสพสารเสพติด ส่งผลให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมตามไปด้วย (ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ, 2555)

ปัญหาทางด้านจิตใจของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการโดยตรง แต่มีแนวโน้มทำให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น หรือมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการออกมาเด่นชัดและรุนแรงขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550) การอบรมเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบ ปล่อยให้เด็กทำอะไรตามใจชอบ ไม่เคยฝึกความอดทน จึงทำให้เด็กควบคุมตนเองไม่ได้ มีลักษณะ อยู่ไม่นิ่ง และไม่มีสมาธิ (พิศมัย พงศาธิรัตน์และพรทิพย์ วชิรดิถ, 2556)

สภาพแวดล้อมที่เป็นพิษเช่น มีสารตะกั่ว อยู่จำนวนมากในบรรยากาศ อาจก่อให้เกิดสมาธิสั้นได้ (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าอาจเกิดจากการที่เด็กได้รับสิ่งรบกวนมากเกินไป เช่น เด็กที่ถูกกระตุ้นด้วยวีดีโอเกม โทรทัศน์ การจذبกับหน้าจอมากๆ สมอของเด็กรู้สึกต้องหลังสารโดปามีนออกมาใช้งานมาก สารโดปามีนจึงคงอยู่น้อยทำให้สมาธิลดน้อยลง (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550)

สรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้น ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพอสรุปได้เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านชีวภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละคน การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสริมทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรงมากขึ้น

1.4. การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

ใช้การวินิจฉัยตามDiagnostic and Statistical Manual Disorders, 4th edition (DSM IV) ซึ่งจะต้องมีมากกว่า 6 ข้อในอาการของ inattention หรือในอาการของ hyperactivity-impulsivity ระยะเวลาานกว่า 6 เดือน เกิดก่อนอายุ 7 ปี โรคสมาธิสั้นตาม criteria ของ ICD 10 ถูกจัดไว้ในกลุ่มของ Hyperkinetic disorder (HKD) ซึ่งจะต้องมี มากกว่า 6 ข้อในอาการของ inattention และมากกว่า 3 ข้อของอาการ hyperactivity และมากกว่า 1 ข้อของอาการ impulsivity ระยะเวลาานกว่า 6 เดือน เกิดก่อนอายุ 7 ปีเช่นกัน แต่ทั้งการวินิจฉัย ADHD และ HKD ต่างต้องการหลักฐานที่ชัดเจนทางคลินิกว่ามีความบกพร่องในด้าน การเรียน การเข้าสังคม หรือการทำกิจกรรม

A. ผู้ป่วยมีอาการ ก และ/หรือ ข เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

ก. อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptoms)

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ ขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
3. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่นหรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่งทำงานไม่เสร็จ
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด
7. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายบ่อยๆ
8. วอกแวกง่าย
9. ซี้ดมึนบ่อยๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

ข. อาการชน / หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity – Impulsivity symptoms)

1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา
2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ
3. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ
4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบๆได้
5. ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่
6. พูดมาก พูดไม่หยุด
7. ชอบพูดโพล่งโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
8. มีความลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย
9. ชอบขัดจังหวะ สอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกันหรือแย่งเพื่อนเล่น

B. อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี

C. อาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่นโรงเรียน และบ้าน

D. อาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน

E. อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรค Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia, Psychotic Disorder, Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder หรือ Personality Disorder

1.5. การรักษาเด็กสมาธิสั้น

พบว่าการรักษาแบบ Multi - Treatment Model (MTA) หรือการผสมผสาน การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) รวมถึง พฤติกรรมบำบัด การสอนทักษะทางสังคม และการสอนผู้ดูแลหลัก และในวัยรุ่นน่าจะใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ร่วมกับการจัดการกับความโกรธ จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550) การรักษาที่ได้ผล ประกอบด้วยการประเมินครอบคลุมทุกด้านและให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2550) ประกอบด้วย

1.5.1 การประเมินครอบคลุมทุกด้านและให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ

การซักประวัติ อย่างละเอียดในทุกด้าน ประวัติของโรคสมาธิสั้นในครอบครัวรวมทั้ง function ในครอบครัว เช่น วิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ความเครียด และการสื่อสารในครอบครัว ได้แก่ ประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เป็น อายุที่เริ่มมีอาการหลักของโรค โดยเฉพาะอาการจนระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรค รายละเอียดการเลี้ยงดู การดำเนินไปของอาการและการเสียหายที่การทำงานในชีวิตประจำวัน ประวัติพฤติกรรมที่โรงเรียน ประวัติอาการหลักที่เกิดขึ้นจากบันทึกของครูที่โรงเรียน พฤติกรรมในห้องเรียน การเรียนและความสำเร็จทางการศึกษา ประวัติการคลอดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การเจ็บป่วยทางระบบประสาท ประวัติอุบัติเหตุ และการใช้ยาต่างๆ ประวัติผู้ดูแลหลัก ประวัติบุคคลอื่นในครอบครัวที่มีอาการเดียวกับผู้ป่วย เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมักถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ และอาจพบบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นโรคเดียวกันได้

1.5.2 Interview คนไข้เพื่อค้นหาอาการโรคอื่นที่อาจพบร่วมกัน เพื่อวินิจฉัยแยกโรค

1.5.3 การรวบรวมข้อมูล จากผู้ดูแลหลัก ญาติ ครู โดยใช้ behavioral rating scale

1.5.4 การใช้ยา

กลุ่ม Psycho Stimulants Drug Methylphenidate เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อย ออกฤทธิ์เป็น Sympathomimetic Agent มีฤทธิ์ยับยั้ง Presynaptic Reuptake ไปเพิ่มการทำงานของ dopamine ที่ prefrontal cortex มีขนาด 10 mg ออกฤทธิ์ภายใน 30 นาทีหลังบริหารยา half life 2-5 ชม. ขนาดยาที่ใช้ คือ 0.3-1 mg/kg/d ให้ 2-3 ครั้งต่อวัน ขนาดยาสูงสุดต่อมือไม่ควรเกิน 0.5 mg/kg ได้ผลประมาณร้อยละ 75-80

อาการข้างเคียงของ Methylphenidate ที่พบบ่อยคือ อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ความดันโลหิตสูง (มักพบในผู้ใหญ่) ผลข้างเคียงส่วนใหญ่มักเป็นชั่วคราวและหายไปเมื่อใช้ยาไปประมาณ 2-3 สัปดาห์ ถ้าให้ Methylphenidate ในขนาดที่สูงมากๆ อาจทำให้เกิดอาการชัก, Psychosis, เกิดภาวะ Amotivational หรือ Zombie-like effect (เด็กจะซึมนิ่ง ไม่กระตือรือร้น สมองไม่คิดไม่ทำงาน) ในบางรายที่มีอาการของ Tic หรือ Tourette's disorder ร่วม

กลุ่ม Non-psycho stimulants drugs เช่น Atomoxetine มีชื่อการค้าว่า Strattera เป็นยากกลุ่ม Norepinephrine Reuptake Inhibitor ไปเพิ่มสารเคมีในสมอง ออกฤทธิ์ช้าใช้เวลา 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล แต่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง

Antidepressants กลุ่ม Tricyclic Antidepressants เช่น Imipramine จัดเป็นกลุ่มยาที่ใช้เป็นอันดับสอง สำหรับการรักษา ADHD ได้ผล ร้อยละ 60-70 ขนาด 1-3 mg/kg/d แบ่งให้เช้าและก่อนนอน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ง่วง ซึ่งอาจหลีกเลี่ยงได้คือการให้ยาก่อนนอน ถ้าให้ขนาดสูงเกินกว่านี้ต้องระวังเรื่อง Cardiovascular Toxicity โดยควรประเมิน EKG และตรวจ Serum TCA Level หรือกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine มีประโยชน์สำหรับ Secondary Mood Symptoms

1.5.5 การบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย (วินัดดา ปิยศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550)

1.5.5.1 การให้คำปรึกษา และการให้สุขภาพจิตศึกษา สร้างความสัมพันธ์กับเด็ก โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคสมาธิสั้น และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในผลของยาที่รับประทาน

1.5.5.2 พฤติกรรมบำบัด เน้นการปรับพฤติกรรมโดยเน้นการใช้แรงเสริมทางบวก ซึ่งการศึกษาด้านการวัด Neuropsychological พบว่าเด็กกลุ่มนี้จะตอบสนองต่อแรงเสริมทางบวกที่รวดเร็วได้ดี แต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่ายเมื่อใช้แรงเสริมทางลบ ควรเน้นการสอนในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้จ่าย การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด เป็นต้น

1.5.5.3 การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด เป็นการสอนให้เด็กเข้าใจปัญหา เข้าใจตนเอง สามารถติดตามพฤติกรรมของตนเองได้ทัน ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ ให้รางวัลตนเองได้

1.5.5.4 การสอนทักษะทางสังคม เน้นทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และสมาชิกในครอบครัว การปรับตัว การแสดงออกที่เหมาะสมทางอารมณ์ การสอนทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มนันทนาการ โดยสมาชิกของกลุ่มควรมีความหลากหลายในข้อจำกัดหรือทำร่วมกับเด็กปกติ เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ โดยใช้ความสามารถที่หลากหลายของคนในกลุ่ม การเพิ่มทักษะการเล่นกีฬา และการพัฒนาความสามารถของเด็กจะเพิ่มความมั่นใจและเพิ่มคุณค่าในเด็กได้

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

Buss (1961) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้น ในรูปของการกระทำอย่างทันที แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ความก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกาย เช่น แขน ขา ฟัน หรือใช้อวัยวะทางกายร่วมกับอาวุธ เช่น มีดหรือไม้ เพื่อทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด 2) ความก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือการปฏิเสธ

ซึ่งมักจะแสดงท่าทางประกอบด้วย เช่น ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หลบหน้า เป็นต้น และการบังคับ เป็นการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) ให้ความหมายความก้าวร้าวว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งแสดงออก โดยมีเจตนาสร้างความเจ็บปวดทั้งร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเป้าหมาย อาจเป็นทางวาจา หรือร่างกายที่อาจถึงขั้นรุนแรงให้บาดเจ็บถึงชีวิต

ธนิตา เกตุอำไพ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปแบบของคำพูดและการกระทำ เพื่อระบายความคับข้องใจ ความโกรธ ความเครียดของตนเองและความรู้สึกไม่พอใจต่างๆ ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นไม่พอใจ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต (2556) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเรียกร้องสิทธิแห่งตน โดยไม่สนใจว่าจะไปก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่นหรือไม่ การแสดงออกจะมีลักษณะของการข่มขู่ บีบบังคับ เรียกร้อง หรือลักษณะของการแสดงออกที่รุนแรง

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกริยาต่าง ๆ เพื่อป้องกันตนเอง ทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย

Yudofsky et al. (1986) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การที่บุคคลมีการกระทำที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ โดยแสดงออกทางคำพูด ทางร่างกาย หรือทั้งสองทางส่งผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ซึ่งประกอบด้วย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าว ดูถูกผู้อื่น
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง ศีรษะโขกพื้น กำปั้นขกสิ่งของ ไขปากกัดตัวเอง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น เช่น พฤติกรรมกระชากเสื้อผ้า/ลำตัว/ตบตีชกต่อย ดึงผม
4. พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ เช่น การเขย่าประตูดึงเสื้อผ้า ปิดสิ่งของลงพื้น ขีดเขียนฝาผนังห้อง ทบสิ่งของให้แตก ทบกระจก

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีผู้ให้ไว้อย่างหลากหลาย สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวคือ การกระทำที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ โดยแสดงออกทางคำพูด ทางร่างกาย หรือทั้งสองทาง ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นทำให้ได้รับความเจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทำให้สิ่งของเสียหาย

เด็กสมาธิสั้นถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจากอาการของโรค ซึ่งถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ง่าย หุนหันพลันแล่น และมีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และ

พฤติกรรม อากาโรสมาธิสั้น และอาการหุนหันพลันแล่น เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและวัยรุ่น รวมทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกับภาวะดื้อต่อต้าน และพฤติกรรมต่อต้านสังคม ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปในระดับความรุนแรงของพฤติกรรม (Bezdjian et al., 2011)

เด็กสมาธิสั้นมักขาดความยับยั้งชั่งใจ แสดงพฤติกรรมต่างๆด้วยอารมณ์ ควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงเสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น ทั้งด้วยทางวาจา และทางการกระทำ รวมทั้งการทำลายสิ่งของด้วย ทำให้เด็กสมาธิสั้นถูกมองว่าเป็นเด็กดื้อก้าวร้าว และถูกลงโทษ (รัตโนทัย พลบูรณ์, 2551)

ซึ่งในเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมอารมณ์รุนแรงหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมักอยู่ในช่วงวัย อายุ 6-12 ปี โดยทั่วไปผู้ดูแลหลักจะสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กตั้งแต่วัยก่อนเรียน แต่อาการจะเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียน เนื่องจากเด็กต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในโรงเรียน ซึ่งเด็กมักจะไม่มีที่นั่งเรียนกับเพื่อนไม่ได้ วุ่นวายในห้องเรียน แห่เพื่อน เล่นแรง และควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและทะเลาะกับเพื่อนเป็นประจำ จึงส่งผลให้มีปัญหาทางการเรียนและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

การแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นนั้นมีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันไปโดยแบ่งได้เป็น 4 ประเภท (กัญญาวิริ์ บุญเสนันท์, 2554) คือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ ตะโกนว่ากล่าว ดุถูกผู้อื่น
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง เช่น ตีศีรษะ โขกศีรษะกับพื้น กัดมือตนเอง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น เช่น ตบหน้า กัด ใช้นิ้วจิ้มตา เตะถีบ ดึงผม
4. พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ เช่น ล้มตุ้ ทุ้มเก้าอี้ ขว้างปาข้าวของ

2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

ความก้าวร้าว เป็นสัณฐานวิทยาของมนุษย์ หรือเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากสังคม จนกระทั่งปัจจุบันนี้ก็มี ความพยายามหาคำตอบให้แน่ชัดลงไป แต่การจะหาคำตอบที่ชัดเจนกับประเด็นปัญหานี้ เป็นสิ่งที่กระทำยากมาก เพราะการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในมนุษย์นั้นมีขีดจำกัดเกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้มีการศึกษาไว้หลายรูปแบบและได้ข้อสรุปดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา ฟรอยด์(Freud,1999)กล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นสัณฐานวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ มนุษย์เรานั้นหาใช่เป็นผู้ที่สุภาพอ่อนโยน ใจดี เสมอไปไม่ บางครั้งก็ต้องรู้จักต่อสู้เพื่อป้องกันตนเองเมื่อถูกรุกรานจากบุคคลอื่น ความก้าวร้าวจึงเป็นสัณฐานวิทยาอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการป้องกันตนเอง ดังนั้นฟรอยด์ จึงมีความเห็นว่าบุคคลไม่ควรเก็บความเครียด ความ

เก็บกดและความก้าวร้าวไว้ ควรจะหาทางระบายออกไปในทางที่สังคมยอมรับและเป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน เช่น การเขียนงานศิลปะ หรือการเล่นกีฬา

2.2.2 ทฤษฎีชีวีวิทยา Bowlby และ Wilson เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้และกล่าวว่า ลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากรสามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า ถ้าพ่อเป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

2.2.3 ทฤษฎีสถานการณ์แวดล้อม ได้แก่ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ และทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว

2.2.3.1 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration Aggression Theory) ทฤษฎีนี้มาจากความเชื่อของดอลลาร์ดและมิลเลอร์ (Dollard and Miller, 1939) ที่เชื่อว่าความก้าวร้าวของบุคคลมาจากความคับข้องใจที่สะสมอยู่ ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความก้าวร้าวในที่สุด

2.2.3.2 ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว (Aggression Cues Theory) มาจากแนวคิดของเบอร์โควิทซ์ (Berkowitz, 1964) ที่กล่าวว่า ความคับข้องใจเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว แต่การแสดงออกความก้าวร้าวจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม กล่าวคือ แรงขับภายในจะต้องสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่มากระตุ้น นั่นคือ ถ้าเกิดความคับข้องใจน้อย แต่มีสถานการณ์กระตุ้นมากก็เกิดความก้าวร้าวได้มากหรือถ้าเกิดความคับข้องใจมากแต่มีสถานการณ์กระตุ้นน้อย ก็ไม่เกิดความก้าวร้าว

2.2.3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory of Aggression) ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าความก้าวร้าว นั้นเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล และเชื่อว่าขั้นตอนที่สำคัญของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ประการ คือ แม่แบบและการเสริมแรง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เชื่อว่าเด็กไม่ได้เรียนรู้ความก้าวร้าวโดยตรงจากการให้รางวัลหรือลงโทษจากผู้ดูแลหลักเพียงอย่างเดียว แต่เด็กจะเลียนแบบผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง

เด็กสมาธิสั้นจะมีความเสี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง และผู้อื่นจากความหงุดหงิดคับข้องใจความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ขาดทักษะการเผชิญปัญหา ไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา จากอาการหุนหันพลันแล่นควบคุมตัวเองได้ยาก โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นที่ถูกลงโทษ ถ้าผู้ลงโทษแสดงอารมณ์เกรี้ยวกราด หึงดุต่ำ และตีเด็กก็จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ จดจำ เลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าวนำไปใช้กับผู้อื่นที่ทำให้ตนไม่พอใจ การที่เด็กต้องเผชิญกับความก้าวร้าวจากการถูกลงโทษบ่อยๆ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดความกลัว และพยายามต่อสู้ป้องกันตัวเองนำไปสู่การใช้ความก้าวร้าวในการแก้ปัญหาได้

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่นำไปสู่การแสดงความก้าวร้าวของบุคคล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีดังนี้

2.3.1 ปัจจัยภายใน

2.3.1.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

โลเรนซ์ (Lorenz) นักสรีรวิทยาและนักธรรมชาติวิทยาเชื่อว่าความก้าวร้าวเกิดจากสัญชาตญาณการต่อสู้ (Fight instinct) เป็นพฤติกรรมโต้ตอบที่มีมา แต่กำเนิด และได้อิทธิพลจากพันธุกรรม (Rawlins, Williams, and Beck, 1993) ในเด็กสมาธิสั้นนั้น พบว่าความก้าวร้าวถ่ายทอดได้ภายในครอบครัว ทั้งปัจจัยพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมล้วนมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของเด็ก (Miller et al., 2006)

ความผิดปกติทางประสาทวิทยา (Neurological disorders) จากการศึกษาวิจัยพบว่าภาวะทางประสาทวิทยาจำนวนมากที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะโกรธและก้าวร้าว ได้แก่ การเกิดรอยโรคใน Limbic system เนื้องอกในสมองบริเวณ Limbic system Temporal lobe epilepsy, Alzheimer's disease รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Brain injury) จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กสมาธิสั้นอาจเกิดจากความผิดปกติของสมอง ได้ทั้งในโครงสร้างและการทำหน้าที่ เชื่อว่าความผิดปกตินี้ส่วนใหญ่เกิดขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ แต่ในบางรายอาจเกิดในขณะคลอดหรือหลังคลอดก็ได้ สิ่งที่สนับสนุนว่าโรคนี้เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสมองก็คือ การตรวจพบว่าคลื่นสมองของเด็กสมาธิสั้นมีความผิดปกติบ่อยกว่าในเด็กทั่วไป รวมทั้งผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เช่น การตรวจเนื้อเยื่อสมอง พบว่าอาจมีอันตรายเกิดขึ้นต่อก้านสมอง (Brainstem) ขณะที่เด็กยังเป็นตัวอ่อนในครรภ์ เมื่อก้านสมองเกิดปัญหา ก็จะทำให้สมองส่วนอื่นทำหน้าที่บกพร่องต่อเนื่องไปเป็นลูกโซ่ และทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (วินิตดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (2550)

สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ระดับของสาร Serotonin ต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่า Serotonin มีบทบาทสำคัญในการยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว (วินิตดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (2550)

2.3.1.2 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors)

Freud บันทึกลงไว้ว่าความขัดแย้งระหว่างความต้องการทางเพศ (sexual needs) และมาตรฐานทางสังคม (social norm) เป็นสาเหตุของความไม่สมหวัง ความก้าวร้าว ความไม่เป็นมิตร และสุดท้ายคือเกิดความรุนแรงของบุคคล (Varcarolis and Halter, 2010)

นักพฤติกรรมนิยม เชื่อว่าอารมณ์ต่างๆรวมทั้งอารมณ์โกรธ เป็นปฏิกิริยาของการเรียนรู้ที่มีต่อสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น (Skinner, 1979) สิ่งเร้าที่มากกระตุ้น จะถูกรับรู้ว่า มีการคุกคาม

เข้ามา แล้วเข้าสู่กระบวนการรู้คิด ซึ่งการคุกคามอาจเป็นได้ทั้งทางร่างกาย หรือการคุกคามทางคุณค่า จริยธรรม หรือการรักษากฎเกณฑ์ ก็จะนำไปสู่อารมณ์โกรธได้เช่นกัน

2.3.1.3 ระดับสติปัญญาต่ำ (IQ) ในเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับสติปัญญาต่ำ จะส่งผลให้มีความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Pineda et al. 2000; Miller et al., 2006)

2.3.1.4 เพศ ในเด็กสมาธิสั้นเพศชาย จะมีปัญหาพฤติกรรมต่อต้านสังคม และพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งมากกว่าเด็กสมาธิสั้นเพศหญิง (Strine et al., 2006)

2.3.1.5 ด้านอายุ พบว่า ในกลุ่มเด็กที่มีประวัติโรคสมาธิสั้นด้วยกัน เด็กอายุ 4 - 11 ปี มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และปัญหาสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มเด็กอายุ 12 - 17 ปี อาจอธิบายได้ว่า ประการแรก เด็กที่มีประวัติโรคสมาธิสั้นที่มีอายุมากกว่าได้รับการรักษาเป็นเวลานานและอาการแสดงของโรคลดน้อยลงแล้ว มีความเป็นไปได้ว่า เด็กโตที่ได้รับการรักษามาก่อน เริ่มมีวิธีการจัดการ และควบคุมพฤติกรรมได้มากกว่าเด็กเล็ก นอกจากนี้ ยังเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลหลักของเด็กเล็กมักรับรู้ และกังวลถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็กมากกว่า (Strine et al., 2006)

2.3.2 ปัจจัยภายนอก ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัว สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

2.3.2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ได้ศึกษาพบว่า เด็กสามารถเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบคนรอบข้าง และการที่คนเหล่านั้นทำพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นซ้ำกลับมาอีก เท่ากับเป็นการให้รางวัลแก่เด็ก (Bandura, 1973 อ้างใน Varcariolis and Halter, 2010) ซึ่งเด็กมักจะเลียนแบบผู้ดูแลหลัก หรือคนในครอบครัว และจากโรงเรียน แต่ในปัจจุบันจะพบว่าเด็กมีการลอกเลียนแบบจากโทรทัศน์ และเกมส์คอมพิวเตอร์มากขึ้น

2.3.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมครอบครัว (Family factors) เกิดจากการที่บุคคลในครอบครัวไม่เข้าใจเรื่องการดูแล ขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดความรู้ในการจัดการพฤติกรรม ไม่มีระเบียบวินัย และจัดการพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ (Haapasalo & Tremblay, 1994) ครอบครัวที่มีความรุนแรง มีการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆบกพร่อง (Tremblay, 2004 ; Nagin & Tremblay, 2001) สำหรับในเด็กสมาธิสั้นนั้น พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่อยู่กับบิดามารดาจะมีปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและพฤติกรรมต่อต้านสังคมน้อยกว่าเด็กที่อยู่กับบิดาหรือมารดาเลี้ยงเดี่ยวหรือไม่ได้อยู่กับบิดามารดา นอกจากนี้เด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จะเพิ่มความเสี่ยงในการมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งที่บ้านและในโรงเรียนได้ การเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรงและขาดการอบรมสั่งสอน ผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมก้าวร้าว บิดามารดา มีประวัติโรคจิตเวช การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง อารมณ์ไม่มั่นคง จะทำให้เด็กเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวนี้มา ส่งผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Miller et al., 2006; Ercan et al., 2014)

2.3.2.3 ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ เด็กที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด เสียงดัง จะกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกเด็ก ทำให้เด็กมีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว (Strine et al., 2006) เด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในหรือใกล้แหล่งชุมชนที่ยากจน เสียงดัง มีแสงที่ไม่เพียงพอ บ้านรกรุงรังไม่เป็นระเบียบ ส่งผลให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมสูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนฐานะปานกลางและฐานะดี (Miller et al., 2006) นอกจากนี้ สีภายในบ้านที่เป็นสีโทนร้อน เช่น สีแดง สีส้ม สีดำหรือ สีเหลือง จะส่งผลกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกของเด็กสมาธิสั้นให้กระตือรือร้นมากเกินไป เป็นการปลุกเร้าเกินขนาด ส่งผลให้มีอารมณ์ที่ว้าวุ่นได้ (สมเกียรติ ศรีไพศาล, 2553; Strine et al., 2006)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นนั้น เกิดจากทั้งตัวเด็กเอง ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ การสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลหลักขาดความรู้และทักษะในการดูแล มีความขัดแย้งกันสูง เลี้ยงดูแบบควบคุม และสภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่แออัด แสง เสียง ไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน นำไปสู่การคบเพื่อนที่ก้าวร้าวเกร

กลไกการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกของความโกรธอย่างหนึ่ง กลไกของการเกิดอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลจะเกิดขึ้น โดยเมื่อสิ่งที่คาดหวังไว้ไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้หรือล้มเหลว บุคคลจะเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ไม่มีมั่นคง รู้สึกว่าความสามารถลดน้อยลง พลังของอารมณ์ช่วงนี้จะผลักดันให้แสดงพฤติกรรมที่มีอำนาจเหนือผู้อื่นโดยแสดงอารมณ์โกรธออกมาในรูปแบบต่างๆ ซึ่งมีขั้นตอนการแสดงความโกรธดังนี้ (Kassinove and Eckhardt, 1995)

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อมีเหตุการณ์ในทางลบมากระตุ้น เช่น ไม่ถูกชวนให้เล่นกับกลุ่มเพื่อน การพูดจาด้วยคำหยาบ หรือการเล่นเครื่องเสียงที่ตั้ง

ขั้นตอนที่ 2 บุคคลจะตอบสนองต่อเหตุการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่เคยใช้มาแล้ว ในเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ และการได้รับแรงเสริม ซึ่งการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่พอใจนั้นจะมี 2 ลักษณะ คือ

1. การตอบสนองในทางบวก คือ ไม่แสดงความโกรธ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โดยบุคคลจะใช้ทักษะในการตัดสินใจทางบวกที่เคยใช้มาแล้ว เช่น การเดินออกจากสถานการณ์

2. การตอบสนองทางลบจะแสดงออกในลักษณะโกรธและก้าวร้าว เช่น แสดงความโกรธอย่างรุนแรงจนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ เป็นต้น

อาจพบว่า ผู้ป่วยแสดงอารมณ์โกรธโดยไม่มีเหตุผล แต่ถ้าสังเกตการเกิดอารมณ์โกรธในผู้ป่วยอย่างละเอียดจะพบว่า อารมณ์โกรธของผู้ป่วยเกิดตามกลไกดังนี้ คือ ผู้ป่วยรู้สึกว้าวุ่น

คาดหวังไว้ล้มเหลว เกิดความรู้สึกว่า ความสามารถของตนเองลดลง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องให้แพทย์และพยาบาลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ซึ่งความรู้สึกทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการจะมีอำนาจ เกิดอารมณ์โกรธต่อสภาพต่างๆรอบตัว และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา เนื่องจากไม่สามารถจะควบคุมตนเองได้ หรือควบคุมตนเองได้น้อยลง

2.4 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยนั้นได้มีการประเมินหลายรูปแบบ ดังนี้

2.4.1 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) พัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล และมีการนำมาใช้ศึกษาในชุมชนครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็ก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม โดยแบบประเมินนี้ใช้กับเด็กอายุระหว่าง 4-16 ปี เป็นแบบประเมินที่แสดงถึงด้านดีและด้านด้อยของเด็ก ประกอบด้วย ข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวก และคำถามข้อที่เป็นปัญหา โดยลักษณะของพฤติกรรมจัดเป็นกลุ่มพฤติกรรม 5 หมวด ได้แก่ พฤติกรรมเกร (Conduct problems) พฤติกรรมอยู่นิ่ง (Hyperactivity) ปัญหาทางอารมณ์ (Emotional problems) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer problems) และพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคม (Pro-social behavior) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรม 3 ชุด 1.แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (อายุ 4-16 ปี) สำหรับครู 2.แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (อายุ 4-16 ปี) สำหรับผู้ดูแลหลัก 3.แบบประเมินพฤติกรรมด้วยตนเอง (อายุ 11-16 ปี) สำหรับเด็ก เพื่อประเมินตนเอง ซึ่งแบบประเมินทั้ง 3 ชุดนี้ มีลักษณะข้อคำถามคล้ายคลึงกันแต่มีความแตกต่างในเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลเล็กน้อย โดยครูที่ประเมินเด็ก ตลอดจนผู้ดูแลหลักที่จะเป็นผู้ประเมินเด็ก ต้องรู้จักเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็ก

2.4.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ของ Stuart Yudofsky และ Jonathan Silver (1986) ใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช เป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย วิธีให้คะแนนหากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทาง ที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าว

ให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยท่าทาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ที่กัญญาวีร์ บุญเสนันท์ (2555) พัฒนาและปรับปรุงมาเป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากมีความเหมาะสม และมีความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออก ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ นอกจากนี้ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในแบบประเมิน ก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ที่แสดงออกด้วย ทำให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก จากผลรวมของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น โดยแต่ละข้อมีการกำหนดค่าคะแนนไว้อย่างชัดเจน

3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3.1 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

การดูแลช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ต้องใช้องค์ความรู้เชิงผสมผสานทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ครอบคลุมการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการทางพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟู เพื่อการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลหลัก เป้าหมายของการรักษาพยาบาล คือ ช่วยให้เด็กสามารถปรับตัว และใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข โดยเป้าหมายของการดูแลช่วยเหลือมีดังนี้ (Mc Dougall, T. & Ryan, N., 2009) ไม่เกิดอันตรายทางด้านร่างกาย สามารถมีพฤติกรรมต่อบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม พุดถึงตนเองด้วยความรู้สึกเชิงบวก มีพฤติกรรมเรียกร้องลดลง ให้ความร่วมมือในการรักษา

1. การใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สำคัญ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถใช้กระบวนการพยาบาลมาเป็นกรอบในการวางแผนให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ ตามขั้นตอนของกระบวนการ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2551) โดยมีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะโรค (Care Management) คือ มีความสามารถในการวางแผนการพยาบาล

ในการบำบัดรักษาโรคในแต่ละระดับของความรุนแรงของโรคได้ (Stuart & Sundeen, 1983) การใช้กระบวนการพยาบาล คือ

1.1 การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลรวบรวมข้อมูลของเด็กสมาธิสั้นจากผู้ดูแลหลัก โรงเรียนและตัวเด็กเอง โดยใช้ทักษะสำหรับการประเมิน ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ รวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การประเมินปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อเด็ก การทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก รวมถึงการให้เด็กและผู้ดูแลหลักระบุปัญหาด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็กและผู้ดูแลหลัก ในการตั้งข้อวินิจฉัยในการพยาบาล การประเมินลักษณะอาการของเด็กสมาธิสั้นอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุและระดับพัฒนาการ

สำหรับวัยเรียน ในห้องเรียนมักไม่มีสมาธิในการเรียน เหม่อลอย ลุกจากเก้าอี้ รีบลงมือทำงานต่างๆที่ฟังคำสั่งยังไม่จบ ชอบคุยในห้องเรียน พูดแทรก แหย่และรบกวนผู้อื่น เมื่อครูสั่งให้เริ่มทำงานเด็กจะเริ่มต้นไม่ได้ต้องคอยถามเพื่อน มักทำงานไม่เสร็จ ไม่เรียบร้อย และไม่รอบคอบ เช่น เขียนหนังสือตกหล่น คิดเลขผิด ที่บ้านโดยมากเด็กมักแหย่น้อง ชอบออกไปเล่นนอกบ้าน พูดโวยวาย ซนไม่อยู่นิ่ง ซุ่มซาม ทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือสิ่งของเสียหายบ่อย เล่นรุนแรง ก้าวร้าว ซกต๋อยกับเพื่อน ทำให้เพื่อนๆไม่ค่อยชอบ และไม่ยอมเล่นด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2550)

1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้น จัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา เพื่อวางแผนการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นการอธิบายถึงภาวะสุขภาพ หรือการตอบสนองความเจ็บป่วยของเด็ก อาจเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วหรือภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยอาจมีขั้นตอนของการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือ ปัญหา(Problem) ซึ่งเป็นการระบุที่แสดงถึงการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเกิดจากการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้ สาเหตุ (Etiology) หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 การวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดวิธีการดูแล ช่วยเหลือ ทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล และต้องคำนึงถึงการให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถร่วมกับพยาบาลในการช่วยเหลือดูแล และจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม การดูแลช่วยเหลือ ที่สอดคล้องกันกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

1.4 กิจกรรมการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ เป้าหมายในการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นคือ เด็กสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข และลดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

1.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล มุ่งเน้นการประเมินความปลอดภัยของเด็กจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การพัฒนาความสามารถในการสื่อความหมาย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์และเหมาะสมเพื่อก้าวสู่การเจริญเติบโต และมีพัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน และให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลหลัก

2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น จิตเวชศาสตร์ มนุษยศาสตร์ รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะการรักษาเป็นที่มีความสำคัญ พยาบาลควรมีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) ได้แก่ มีความสามารถในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีความรอบรู้ในการจัดการกับการแก้ไข้ปัญหาของเด็กได้อย่างเหมาะสม การใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็ก โดยใช้การพยาบาลแนวองค์รวม หมายถึงการดูแล ช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกัน ทั้งทางร่างกาย การเจริญเติบโต การเคลื่อนไหว สติปัญญา ภาษา จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546)

3. มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์ ในแต่ละขั้นตอนของการพยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำปรึกษา การแก้ไข้ปัญหาสุขภาพ การสอน และการให้คำแนะนำ มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย (Consultation) (Fortinash & Worret, 2008)

4. ให้ความสำคัญกับครอบครัว การปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชเด็กต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือเด็กร่วมกับบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลัก (Parents or Caregiver or Significant others) รวมทั้งต้องปฏิบัติการดูแล ช่วยเหลือ ครอบครัวด้วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2546)

5. ใช้ทักษะพื้นฐาน ด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร (Collaboration)
ทักษะจำเป็นอีกอย่างหนึ่งของพยาบาลจิตเวชเด็ก คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับวัยของเด็ก ที่พยาบาลจิตเวชต้องพัฒนาให้เข้าถึงประสบการณ์ของตัวเด็ก อาจใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่เป็นภาษา และอวัจนภาษา พยาบาลจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ รวมถึงการติดต่อประสานงานเพื่อรับและส่งต่อผู้ป่วยด้วย (Fortinash & Worret, 2008)

6. การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญ ข้อมูลส่วนใหญ่พยาบาลมักได้จากบิดา มารดา ผู้ดูแล ครู หรือเพื่อน ในการประเมิน และระบุปัญหาของเด็กเพื่อนำไปแก้ไข้ปัญหาที่ถูกต้องต่อไป ให้ตรงกับเป้าหมายที่สำคัญในการระบุปัญหาของเด็กได้ (Stuart & Sundeen, 1983)

การพยาบาลในสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตระดับตติยภูมิ

ปัจจุบันหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีภารกิจหลักในการพัฒนางานวิชาการ และการบำบัดรักษา พยาบาล รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์ เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข หน้าที่ความรับผิดชอบ นอกจากการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลในเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตแล้ว ยังให้การดูแล ประคับประคองครอบครัวร่วมด้วย

สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตระดับตติยภูมิ จะให้การดูแลและรับส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะโรค ได้แก่ สถาบันราชานุกูล ดูแลเฉพาะทางและรับส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าและบกพร่องทางการเรียนรู้ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ดูแลเฉพาะทางและรับส่งต่อเด็กสมาธิสั้น ดิตเกมส์และเด็กวัยเรียน วัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม ส่วนโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยพลัมภ์ ดูแลเฉพาะทางและรับส่งต่อเด็กออทิสติก แต่ก็ยังพบว่าทุกสถานพยาบาล มีเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหลากหลายโรคเข้ามาใช้บริการ เนื่องจากต้องมาตามระบบของสิทธิ์การรักษา โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้น พบว่าในแต่ละสถานพยาบาลของกรมสุขภาพจิต มีเด็กสมาธิสั้นเข้ามารับการรักษาคตามสิทธิ์เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของกรมสุขภาพจิตจะเป็นการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในระบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น โดยเด็กจะได้รับกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ จัดบริการให้เป็นรายบุคคล และดูแลรักษาตามปัญหาของเด็กสมาธิสั้น โดยได้รับการคัดกรองปัญหาจากทีมพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เพราะเด็กที่เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาพฤติกรรม ตื้อต่อต้านและเกรงก้าวร้าว ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังการเกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น โดยเด็กจะได้รับการดูแลช่วยเหลือรายบุคคลดังต่อไปนี้

1. การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) เป็นเทคนิคสำหรับใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น และเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่โดยการเสริมแรงต่อพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ต้องการ หรือดีขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ต่อเนื่อง
2. การส่งเสริมทักษะทางสังคม เด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาเรื่องการเข้าสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น เด็กแสดงออกไม่เป็น จึงต้องมีการฝึกทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้เด็กเรียนรู้ถึงการแสดงออกที่ดีและเหมาะสม พฤติกรรมไหนที่สังคมหรือกลุ่มเพื่อนไม่ยอมรับทำให้เด็กมีทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. กิจกรรมบำบัด การใช้กิจกรรมบำบัดด้วยการบูรณาการประสาทความรู้สึกลดภาวะไม่อยู่นิ่ง เพิ่มสมาธิในการทำกิจกรรม เมื่อเด็กมีสมาธิเด็กจะสามารถเรียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับ

เพื่อนๆได้ ตั้งใจทำกิจกรรมต่างๆ ไม่รบกวนหรือแหย่เพื่อนในห้องเรียน ทำให้เพื่อนไม่โกรธ ลดการกระทบกระทั่ง ทำให้ไม่มีการทะเลาะกัน จึงทำให้ลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

4. อรรถบำบัด (Speech therapy) เด็กสมาธิสั้นบางรายมีปัญหาพูดซ้ำ พูดไม่ชัด หรือพูดไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ถ้าเด็กพูดได้เร็ว โอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น เด็กจะสามารถสื่อสารกับคนอื่นได้อย่างเหมาะสม ใช้คำพูดที่ดี ลดการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมหรือหยาบคาย (สถาบันราชานุกูล, 2559)

3.2 การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น

เนื่องจากเด็กสมาธิสั้น มักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองและมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลาย ๆ ด้าน ทำให้ผู้ดูแลหลักมีความยากลำบากในการดูแลและอาจใช้วิธีการ ดุด่า ลงโทษ หรือจัดการด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นผลทำให้เด็กปรับตัวได้ลำบากและอาจมีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์อื่นๆ ตามมาได้ ดังนั้นจึงควรมีการแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ดูแลหลักให้เข้าใจความบกพร่องของเด็กสมาธิสั้น พร้อมกับปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและ ปรับตัวได้ดีขึ้น ดังนี้ (มนัสวี จำปาเทศ และสุขใจ เจริญสุข, 2556)

1. การให้ความรู้ (Psychoeducation) กับผู้ดูแลหลัก หรือบุคคลในครอบครัวให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พร้อมทั้งให้การรับฟัง ตอบข้อซักถาม โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การพยากรณ์โรค และบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือเด็ก รวมทั้งการสร้างทัศนคติทางบวก ยอมรับและเห็นใจในอาการและข้อจำกัดต่าง ๆ ของเด็กได้

2. การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลัก ได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ จะทำให้กลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลบุตรร่วมกันได้

3. การสอนผู้ดูแลหลัก โดยให้ความรู้ เรื่องการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยในการปรับตัวของเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียน การใช้ยารักษาเมื่อจำเป็น การติดตามและแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

3.3 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในบทบาท ผู้ปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล ทั้งความชำนาญ ทักษะและความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและเป็นที่ยอมรับ

ในการดูแล ช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบที่รุนแรง ต่อทั้งตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การบำบัด ให้การช่วยเหลือโดยการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อให้เด็กและครอบครัวสามารถปรับตัวกับคนรอบข้าง ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)

1. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้แบบประเมินก้าวร้าวสำหรับเด็กสมาธิสั้น (กัญญาวิรุ บุญเสนนันท์, 2554) กลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องหาข้อมูลของเด็ก และผู้ดูแลหลักเพิ่มเติม ทั้งประวัติการเจริญเติบโต พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพของเด็ก ของบิดา มารดา วิธีการเลี้ยงดู วิธีการลงโทษเมื่อเด็กทำผิด ประเมินว่ามีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่นภาวะซึมเศร้า โรคคือ โรคอัมพาต ควรถามประวัติที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของคนในครอบครัวด้วย ในส่วนของโรงเรียนต้องประเมินพฤติกรรม ผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างครู และความสัมพันธ์กับเพื่อน (รัตโนทัย พลบูรณ์, 2551)

2. การให้ความรู้ผู้ดูแลหลักและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

3. การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง การปรับสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น

4. การใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเป็นกำลังใจให้เด็กให้ความสนใจ ซินชม เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี หากเด็กทำผิดโดยไม่ตั้งใจ ควรมีท่าทีเห็นใจ แนะนำวิธีแก้ไข ไม่ประจาน และไม่ลงโทษด้วยความรุนแรง หากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมควรปราม ตักเตือนอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้แก้ไขด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และทำให้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลงหรือหมดไป โดยการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

- 4.1 การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ จะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- 4.2 การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) เป็นการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมคงที่หรือลดลง โดยการกำจัดสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจออกไป ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้เรียนเข้าห้องเรียนสายกว่าเวลาเรียน ครูผู้สอนอาจจะตำหนิ เพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมเช่นนี้อีก ซึ่งการเสริมแรง

ในทางกลับนี้ครูผู้สอนควรจะมีมาตรการวางในการใช้ถ้อยคำ หรือการกระทำมิให้รุนแรง ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเสียหายได้

4.3 การลงโทษ (Punishment) เป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ที่เด็กแสดงออก และไม่ให้เกิดพฤติกรรมเช่นนี้อีกในอนาคต การลงโทษอาจเป็นการลงโทษด้วยวาจา เช่น การตำหนิ หรือการลงโทษด้วยการงดอาหาร ขนมหรือกิจกรรมที่เด็กชอบ

4.4 การเพิกเฉย (Ignore) เป็นการงดให้รางวัล งดให้ความสนใจต่อพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การเพิกเฉยเหมาะสำหรับพฤติกรรมที่ไม่รุนแรงเท่านั้น วิธีนี้ไม่เหมาะสำหรับพฤติกรรมรุนแรง เช่น การชกต่อย

4.5 การนำออกไป (Time - Out) คือ การนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ เป็นการถอดถอนโอกาสที่บุคคลนั้นจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมรวมกลุ่มกิจกรรม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต หรืออาจกล่าวได้ว่า Time-out ใช้เพื่อช่วยให้เด็กฝึกการควบคุมตนเอง ดังนั้นจึงใช้ได้กับปัญหาพฤติกรรมใดๆ ที่เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น เมื่อเด็กเล่นรุนแรงแล้วห้ามไม่หยุด เด็กทะเลาะแล้วลงมือตีกัน เด็กก่อกวนในห้องเรียน หรือเมื่อถูกขัดใจแล้วอาละวาด วัตถุประสงค์คือ เพื่อให้เด็กสงบ และหยุดตนเองได้ในที่สุด (มานิช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

จากงานวิจัยนี้ได้นำเทคนิคพฤติกรรมบำบัดมาใช้ ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time - Out)

5. การให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องการใช้ยาเกี่ยวกับวิธีการใช้ การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง และการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

6. การให้คำแนะนำสำหรับครูเพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือเด็กทั้งในด้านการเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน

4. การจัดการทางการพยาบาล (Nursing Management)

ความหมายการจัดการ

การจัดการ (Management) หมายถึง ขบวนการที่ทำให้งานกิจกรรมต่างๆสำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลด้วยคนและทรัพยากรขององค์การ (Robbins and DeCenzo, 2004)

อองรี ฟาโยล์ (Fayol, 1949) ได้กล่าวถึงการจัดการว่า หมายถึง กระบวนการนำทรัพยากรหรือปัจจัยตัวป้อน ได้แก่ คน เงิน วัสดุ และข้อมูล มาใช้ประโยชน์ในกระบวนการจัดการ ให้ได้ผลลัพธ์หรือผลผลิต เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย อย่างมีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดองค์กร การบังคับบัญชา การประสานงาน และการควบคุม

การจัดการเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เนื่องจากการจัดการเป็นความรู้ที่สามารถถ่ายทอด มีหลักเกณฑ์ สามารถพิสูจน์ความจริงได้ ตลอดจนได้รับการศึกษาค้นคว้ากันอย่างต่อเนื่อง ส่วนในแง่ของการเป็นศิลป์ ซึ่งหมายถึงการประยุกต์เอาความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพราะการจัดการในองค์กรแต่ละองค์กรมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ดังนั้นศาสตร์หรือความรู้ในด้านการจัดการเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถจะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับองค์กรได้ จำเป็นต้องประยุกต์ความรู้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับองค์กรแต่ละองค์กร

ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นທີ່ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

ซึ่งงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการนำสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ด้านความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care Management) และความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) ให้เป็นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ดูแลหลัก เพื่อเป้าหมายในการแก้ปัญหาร่วมกัน

5. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของสกินเนอร์ (Skinner)

สกินเนอร์ (Skinner, 1953) เป็นผู้คิดทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำหรือแบบปฏิบัติการ ซึ่งมีชื่อเรียกต่างๆ กัน คือ Operant Conditioning Theory หรือ Instrumental conditioning theory หรือ Type - R Conditioning Theory สกินเนอร์ได้เสนอแนวความคิดโดยจำแนกทฤษฎีทางพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้แบบ Type S (Response Behavior) ซึ่งมีสิ่งเร้า (Stimulus) เป็นตัวกำหนดหรือดึงออกมา เช่น น้ำลายไหลเนื่องจากใส่อาหารเข้าไปในปาก สะดุ้งเพราะถูกเคาะที่สะบ้าข้างเข่า หรือการหรีดตาเมื่อถูกแสงไฟ พฤติกรรมดังกล่าวเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติ

2. พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้แบบ Type R (Operant Behavior) พฤติกรรมหรือการตอบสนองขึ้นอยู่กับ การเสริมแรง (Reinforcement) การตอบสนองแบบนี้จะต่างกับแบบแรก เพราะอินทรีย์เป็นตัวกำหนดหรือเป็นผู้สั่งให้กระทำต่อสิ่งเร้า ไม่ใช่ให้สิ่งเร้าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของอินทรีย์ เช่น การถางหญ้า การเขียนหนังสือ การรีดผ้า พฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในชีวิตประจำวัน เป็นพฤติกรรมแบบ Operant Conditioning) หลักการเรียนรู้ที่สำคัญ หลักการเรียนรู้ของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เน้นการกระทำของผู้ที่เรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่กำหนดให้ กล่าวคือ เมื่อต้องการให้อินทรีย์เกิดการเรียนรู้จากสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่ง เราจะให้ผู้เรียนรู้เลือกแสดงพฤติกรรมเองโดยไม่บังคับหรือบอกแนวทางในการเรียนรู้ เมื่อผู้เรียนแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้แล้วจึง "เสริมแรง" พฤติกรรมนั้นทันที เพื่อให้ผู้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นเป็นพฤติกรรม การเรียนรู้

หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น พฤติกรรมการตอบสนองจะขึ้นอยู่กับ การเสริมแรง (Reinforcement) ตัวเสริมแรงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) หมายถึง สิ่งเร้าใดๆ ซึ่งเมื่อนำมาใช้แล้ว ทำให้อัตราการตอบสนองเพิ่มมากขึ้น เช่น คำชมเชย รางวัล อาหาร

2. ตัวเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) หมายถึง สิ่งเร้าใดๆ ซึ่งเมื่อนำมาใช้แล้ว ทำให้การตอบสนองเพิ่มขึ้นในทางลบ เป็นตัวเสริมแรงทางลบ เช่น เสียงดัง อากาศร้อน คำตำหนิ กลิ่น การทำโทษ เป็นการนำตัวเสริมแรงลบเข้ามา เพราะการทำโทษบางอย่างหากนำไปใช้จะมีผลให้ อัตราการตอบสนองเปลี่ยนไปในลักษณะที่เข้มข้น

การนำทฤษฎีการเรียนรู้ของสกินเนอร์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. การใช้เสริมแรง (Reinforcement) ทุกขั้นตอนของการจัดกิจกรรม ควรให้การเสริมแรง โดยการชมเชยหรือให้แรงจูงใจ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้รางวัล ทั้งนี้เพราะเด็กในวัยนี้ต้องการให้ผู้อื่นสนใจตนหรือเห็นว่าตนเองสำคัญกว่าคนอื่น การให้แรงจูงใจจะทำให้เด็กเกิดความสนใจ พอใจที่จะเรียน

2. การปลูกฝังพฤติกรรมบางอย่างและการลดพฤติกรรมบางอย่าง (Shaping Behavior) หลักการสำคัญของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ก็คือ การควบคุมการตอบสนอง ด้วยวิธีการเสริมแรง กล่าวคือ เราจะให้การเสริมแรงเฉพาะในเรื่องที่ต้องการ เพื่อให้เกิดเป็นนิสัย ติดตัว ดังนั้นถ้าเราต้องการให้เด็กมีพฤติกรรมใหม่ในเรื่องใด ก็ควรให้การเสริมแรงพฤติกรรมนั้น เพื่อให้เด็กทำต่อไปจนเป็นนิสัย แต่ถ้าต้องการให้พฤติกรรมใดหายไปก็ควรลดการเสริมแรงพฤติกรรมนั้น ก็จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนานั้นหายไป การปลูกฝังพฤติกรรมใหม่ให้แก่เด็กโดยการใช้ การเสริมแรงเป็นสิ่งควบคุมพฤติกรรม

การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมไม่ยินยอมหรือต่อต้าน เนื่องจากเมื่อมีความคับข้องใจจะไม่สามารถควบคุมความโกรธได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ควรให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้นแบบตัวต่อตัว เทคนิคที่สำคัญในการทำพฤติกรรมบำบัด คือ การใช้การเสริมแรงเนื่องจากการเสริมแรงช่วยให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่ยาวนาน การเลือกใช้แรงเสริมให้เหมาะกับบุคคลและสถานการณ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันดับแรก ที่จะต้องพิจารณา ซึ่งเทคนิคการบำบัด มีดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Goodman and Scott, 2012)

1. การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ จะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะได้ผล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) ขบวนการที่ส่งเสริมพฤติกรรมของเด็ก เพื่อให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซ้ำอีก เด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อต้องการหลีกเลี่ยงสภาวะที่เด็กไม่พึงพอใจ

3. การลงโทษ (Punishment) เป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เด็กแสดงออกและไม่ให้เด็กแสดงพฤติกรรมเช่นนี้อีกในอนาคต การลงโทษอาจเป็นการลงโทษด้วยวาจา เช่น การตำหนิ หรือการลงโทษทางกาย เช่น การตี

4. การเพิกเฉย (Ignore) เป็นการงดให้รางวัล งดให้ความสนใจต่อพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การเพิกเฉยเหมาะสำหรับพฤติกรรมที่ไม่รุนแรงเท่านั้น วิธีนี้ไม่เหมาะสำหรับพฤติกรรมรุนแรง เช่น การชกต่อย

5. การนำออกไป (Time-Out) คือ การนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ เป็นการถอดถอนโอกาสที่บุคคลนั้นจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมรวมกลุ่ม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต หรืออาจกล่าวได้ว่า Time-out ใช้เพื่อช่วยให้เด็กฝึกการควบคุมตนเอง ดังนั้นจึงใช้ได้กับปัญหาพฤติกรรมใดๆ ที่เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่น เมื่อเด็กเล่นรุนแรงแล้วห้ามไม่หยุด เด็กทะเลาะแล้วลงมือตีกัน เด็กก่อกวนในห้องเรียน หรือเมื่อถูกขัดใจแล้วอาละวาด วัตถุประสงค์คือ เพื่อให้เด็กสงบ และหยุดตนเองได้ในที่สุด

งานวิจัยนี้ได้นำเทคนิคพฤติกรรมบำบัด มาใช้ ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time - Out) โดยเน้นให้ความสนใจศึกษาและแก้ไขกับพฤติกรรมภายนอก หลักของการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลอย่างมาก คือ การเรียนรู้ โดยการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner (Skinner, 1938 อ้างถึงใน Goodman and Scott, 2005) จากแนวคิดนี้พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้น เพราะพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นมีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การได้รับความสนใจ การเอาใจใส่การได้รับรางวัล ทำให้เด็กเกิดการพัฒนาความก้าวร้าว (Patterson, 1976) การลงโทษกับเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มักไม่ได้ผลแต่กลับทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นโดยไม่ตั้งใจ (Patterson & Hamberg, 1998) การปรับพฤติกรรมที่เน้นการวัดได้ สังเกตได้ของกลุ่มพฤติกรรมนิยมนี้ทำให้มีการวิจัยกันมากมาย การเสริมแรงทางบวกเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ตัวเสริมแรงที่ใช้ได้แก่ เบี้ยอรอด กร คະแนน เงิน และการเสริมแรงทางสังคม การยกย่องชมเชย การให้ความสนใจ การยอมรับ และการเห็นความสำคัญ (Moss & Rick, 1981)

6. การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด

6.1 แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช

ธีระ ลีถ่านนทกิจ (2541) ได้กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) เป็นการบำบัดรักษาโดยการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เหมาะสมไม่กระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึก ร่วมกับฝึกการปรับตัวและการระบายความโกรธอย่างเหมาะสม จะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ทำได้ โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วยด้วยกัน นอกจากนี้ยังช่วยเหลือ ส่งเสริมทักษะการปรับตัวทางสังคม และสิ่งแวดล้อมโดยเน้นที่สัมพันธ์ภาพทางสังคม และการมีกิจกรรมต่างๆร่วมกัน

ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การจำกัดหรือแยกผู้ป่วยเพื่อควบคุมและทำให้ความคิดในการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นหมดไป เป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและผู้อื่น โดยมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวประกอบด้วย 3 มาตรฐาน (ธีระ ลีถ่านนทกิจ, 2541) คือ

1. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งที่กระตุ้นอารมณ์โกรธ การแยกผู้ป่วย ควบคุมและป้องกันให้ผู้ป่วยและคนรอบข้างมีความปลอดภัย

2. การตอบสนองให้ผู้ป่วยได้รับความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

3. ผู้ป่วยปรับตัวและระบายความรู้สึกโกรธอย่างเหมาะสม การสอนให้ผู้ป่วยได้รับรู้ยอมรับสภาวะอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองในขณะนั้น จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ฝึกการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคมที่เหมาะสม เช่น การเล่นเกม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มนันทนาการ

หลักการของแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด หรือ Milieu Therapy คือ

1. การจัดให้บุคคลได้ตระหนักในเรื่องสุขภาพ และการเจริญเติบโต โดยการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมบุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัว

2. การสร้างสัมพันธ์ภาพ การเข้าถึงในการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้อื่นในสังคม การพัฒนาทักษะความเข้าใจผู้อื่น การเรียนรู้การยอมรับผู้อื่น

3. ผู้ป่วยเรียนรู้การมีสิ่งแวดล้อมของตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การบริหารจัดการปัญหา ทั้งของส่วนตัว และส่วนรวม

4. ผู้ป่วยรู้จักพฤติกรรมของตนเอง ส่วนหนึ่งของการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด คือ การคาดหวังให้ผู้ป่วยนั้นสามารถรับผิดชอบพฤติกรรมของตนเอง

5. การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นเครื่องมือให้เรียนรู้ว่าความกดดันมีประโยชน์ และมีพลังในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยพฤติกรรมและความกดดันเป็นสิ่งที่สะท้อนมาควบคุมกัน ทั้งจากทางตรงและทางอ้อมจากสมาชิกภายในกลุ่ม

6. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้รับการจัดการ เนื่องจากพฤติกรรมส่วนตัวนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ดังนั้นจำเป็นต้องเรียนรู้การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

7. ยึดหยุ่นและหลีกเลี่ยงการลงโทษ เมื่อเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวควรหยุดพฤติกรรมนั้นทันที โดยการแยกผู้ป่วยออกไปอยู่ในห้องที่จัดเตรียมไว้ชั่วคราว

ครอบครัวหรือชุมชน เป็นส่วนหนึ่งในสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือว่าเป็นส่วนที่สำคัญมาก เมื่อผู้ป่วยได้กลับไปอยู่ที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาหรือทำกิจกรรมร่วมกับทีมรักษา เพื่อให้คนในครอบครัวสามารถเข้าใจ และดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

จุดมุ่งหมายของการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Purposes of Milieu Therapy)

การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ ได้แก่

1. จำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกติของผู้ป่วย (Sets limits on disturbing and maladaptive behavior)

2. สอนทักษะทางจิตสังคมให้ผู้ป่วย (Teaches psychosocial skills)

กิจกรรม (Programs or activities)

การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากการร่วมกิจกรรมในกลุ่มหรือในสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักปรับตัว แสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสม เลียนแบบพฤติกรรมดีๆ ในกลุ่มและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดกิจกรรมมีหลักการ ดังนี้

1) กิจกรรมต้องเป็นไปเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

2) กิจกรรมมีทั้งกิจกรรมกลุ่ม และรายบุคคล

3) กิจกรรมรายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การจัดโต๊ะอาหาร การล้างภาชนะภายหลังจากรับประทานอาหารแล้ว การเก็บเตียง การทำความสะอาดที่พับ การทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วม เป็นต้น

4) กิจกรรมกลุ่ม ควรมีความหลากหลาย เพื่อสนองวัตถุประสงค์ที่ต่างกันในการอยู่ร่วมกัน ในสังคมได้เรียนรู้ว่าในชีวิตต้องมีการเรียน การทำงาน การพักผ่อน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

5) กลุ่มกิจกรรมไม่ควรใหญ่มากนัก เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออก ดังนั้นกลุ่มหนึ่งๆ รวมทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดแล้ว ไม่ควรเกิน 15 คน

6) ทุกคนต้องมีส่วนร่วม เมื่อเข้ากลุ่มกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นการลงมือปฏิบัติ หรือการแสดงความคิดเห็น

7) การกำหนดเวลาของกิจกรรมต้องมีตารางเวลาที่แน่ชัด ตารางกิจกรรมต้องตีประกาศไว้ให้เห็นชัดเจน เพื่อเตือนให้ทุกคนรู้หน้าที่ ในวันหนึ่งควรมีกิจกรรม 3 – 4 ชนิด แตกต่างกันไป และใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งหนึ่ง ประมาณ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกิจกรรมด้วย เช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ อาจใช้เวลา 30 นาที

8) กิจกรรมที่แจ้งไว้ตามตารางกิจกรรม สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและความจำเป็น แต่ต้องแจ้งการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า

9) ควรจัดกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกหอผู้ป่วย เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ และเพื่อให้สอดคล้องกับชนิดหรือวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ให้ผู้ป่วยได้อยู่กับสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงสังคมภายนอกให้มากที่สุด เช่น การเล่นฟุตบอลที่สนามหญ้า การเข้ากลุ่มสังสรรค์ในวันปีใหม่ การฟังพระเทศน์ในวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น

6.2 การพยาบาลที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในเด็กที่มีปัญหาทางจิตเวช

6.2.1 สิ่งแวดล้อมในครอบครัว

ผู้ดูแลหลักและคนในครอบครัว ถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดู ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) สถาบันครอบครัวมีความสำคัญต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก เป็นสังคมแรกเริ่มที่เด็กต้องเรียนรู้ในการปรับตัว ดังนั้นครอบครัวควรเป็นสถานที่ให้เด็กพึ่งพาได้ ช่วยปกป้องเด็ก และได้เกิดการเรียนรู้ เลียนแบบสิ่งดีๆ เพื่อให้เด็กเติบโตไปเป็นบุคคลที่สามารถช่วยตนเอง ควบคุมพฤติกรรมอารมณ์ของตนเองได้ รวมทั้งสามารถรับผิดชอบตนเองได้ด้วย (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2552)

หน้าที่ของผู้ดูแลหลัก ควรมีลักษณะดังนี้คือ ให้ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้ความรัก ความอบอุ่นมั่นคง อย่างต่อเนื่องมีขอบเขตเหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีความรุนแรง หรือความเครียดที่มากเกินไปในบ้าน สามารถรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอย่างถูกวิธี สร้างความสัมพันธ์ และการแก้ไขปัญหา รวมถึงอบรมเด็กให้เติบโต และทำหน้าที่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคม (อรวรรณ

เลาห์เรณู, 2551) ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งสถาบันครอบครัวถือเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก

6.2.2 การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น

การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการให้การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น ต้องคำนึงถึงผู้ดูแลหลักของเด็กควบคู่ไปด้วยเสมอ ตามบทบาทพยาบาล ซึ่งการพยาบาลมีรูปแบบ การให้บริการกับผู้ดูแลหลักได้หลายรูปแบบโดยอาศัยกระบวนการพยาบาล ในการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละครอบครัว (Kathy & Hanna, 2013) พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก (Psycho-education) การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและการดูแลเด็กสมาธิสั้น การสร้างทัศนคติทางบวก ยอมรับและเห็นอกเห็นใจในอาการและข้อจำกัดของเด็ก

2. การจัดสถานที่ให้สงบเพื่อให้เด็กทำกิจกรรม หรือการบ้าน โดยไม่มีคนรบกวน หรือมีสิ่งที่ทำให้เสียสมาธิ เช่น โทรทัศน์ ของเล่น วิดีโอเกม มาถึงความสนใจ ถ้าเด็กสมาธิสั้นมากๆ ควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ

3. จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาการทำงานบ้าน ทบทวนบทเรียนเริ่มตั้งแต่เวลาในการตื่นนอน หลังจากนั้นต้องทำอะไรบ้าง เช่น เก็บที่นอน แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น ในกรณีที่เด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้ผู้ดูแลหลักเตือนสั้นๆครั้งเดียว ถ้าไม่มีที่ทำว่าจะทำ ให้ผู้ดูแลหลักพาไปทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะเด็กเรียนรู้ว่าผู้ดูแลหลักเอาจริงและจะยอมรับในกติกา

4. จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดหยาบคาย ผู้ดูแลหลักต้องทำเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก และเป็นผู้ควบคุมกฎที่มากขึ้น เช่น ให้เด็กล้างจาน กวาดบ้าน เป็นต้น หรืออาจใช้การเตือนหรือตำหนิที่เน้นพฤติกรรม เช่น แม่ไม่ชอบการนอนตื่นสาย และไม่ควรใช้คำพูดที่ตำหนิที่ตัวเด็ก เช่น เด็กไม่ดีเลยที่นอนตื่นสาย เป็นต้น

5. ฝึกการควบคุมอารมณ์ของผู้ดูแลหลัก ทำให้บรรยากาศในบ้านสงบ ลดความขัดแย้งภายในบ้าน ให้กำลังใจเด็กเป็นระยะ หลีกเลี่ยงการดูว่าหรือบ่น เพราะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจสิ่งที่ผู้ดูแลหลักพูดและไม่เชื่อฟัง

6. การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมในครอบครัวให้เหมาะสม การรักษากฎ กติกา เรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลหลัก โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหา ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดีเพื่อ

เพิ่ม self esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม ให้โอกาสซักถาม ปัญหาที่สงสัย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลเด็กต่อไป

6.2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อการบำบัด

6.2.3.1. การจัดระเบียบ และความสะอาดภายในบ้าน ไม่แขวนสิ่งของบริเวณฝา เพดาน หรือมีการติดผนังเท่าที่จำเป็นโดยไม่รกรุงรังหรือว่างเปล่าจนเกินไป

6.2.3.2. การปรับสีภายในบ้านเพื่อลดการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก สีทาบ้านไม่ควร เป็นสีดำหรือสีโทนร้อน ได้แก่ สีแดง สีส้ม สีเหลือง สีม่วงแดง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์เด็ก ควรใช้สี โทนเย็น ได้แก่ สีฟ้า สีน้ำเงิน สีเขียว สีคราม เป็นต้น (สมเกียรติ ศรไพศาล, 2553)

6.2.3.3. การปรับพื้นบ้านให้ปลอดภัย พื้นบ้านควรเป็นพื้นที่สัมผัสแล้วรู้สึกไม่ลื่น ไม่หยาบหรือไม่ขรุขระ หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สามารถปรับเปลี่ยน โดยใช้วัสดุปูพื้น เช่น เสื่อน้ำมัน พื้นไม้ หรือกระเบื้องยางชนิดมันวนหนา เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

6.2.3.4. การจัดการเสียงดังรบกวน ภายในบ้านหรือละแวกบ้านควรมีความเงียบ สงบ ไม่มีเสียงดังรบกวนในขณะที่เด็กทำกิจกรรม เพื่อลดการกระตุ้นอารมณ์เด็ก

6.2.3.5. สามารถปรับหรือตัดแปลงสิ่งแวดล้อมต่างๆให้เหมาะสมกับบริบทที่บ้าน ดังนั้น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ภายในครอบครัว จึงมีความสำคัญสำหรับเด็กสมาธิสั้นมาก การจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เด็กรู้สึก ปลอดภัย เหมาะสมต่อการทำกิจกรรม และขจัดปัจจัยในการเบนความสนใจของเด็ก หรือกระตุ้น อารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้เด็กหงุดหงิด กำหนดควบคุม การทำกิจกรรมนั้นๆให้เหมาะสม จะช่วยลด พฤติกรรมที่ก้าวร้าวและสร้างพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้อย่างยั่งยืน

7. โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการจัดการกับปัจจัยภายในคือ การเสริมสร้างให้เด็กรู้จัก ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเอง เรียนรู้การ ควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และแสดงออกในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่วนการจัดการกับปัจจัย ภายนอก คือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลหลัก สร้างความเข้าใจในการดูแล การเป็นแบบอย่างที่ดี และการ รู้จักวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ส่วนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพนั้น เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักเรื่องการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน ได้แก่ การจัด ระเบียบภายในบ้าน การปรับปรุงแสงให้พอดี ไม่สว่างหรือมืดจนเกินไป การตกแต่งบ้านหรือทาสีบ้าน ให้เป็นสีโทนเย็น เช่น สีฟ้า สีน้ำเงิน สีเขียว สีคราม เป็นต้น ซึ่งสีเหล่านี้จะช่วยให้อารมณ์ของเด็กสงบ

ลง ทำให้ระบบในร่างกายผ่อนคลายและเย็นลงได้ ควรละเว้นสีแดง สีส้ม สีเหลือง เพราะจะกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกเด็ก (สมเกียรติ ศรไพศาล, 2553)

เมื่อผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นได้ จะทำให้เด็กเรียนรู้แบบอย่างที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้ จึงไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา เนื่องจากเด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลหลักและสังคมไม่ยอมรับ เด็กสามารถเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของผู้ดูแลหลัก เพราะการนำผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้ครอบครัวสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ลดปัญหาการนำกลับมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ที่สำคัญจะช่วยให้เด็กและผู้ดูแลหลักสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุขด้วย

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น พัฒนาขึ้นตามแนวความคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ อีระ ลีลาพันธ์กิจ (2541) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ซึ่งประกอบด้วยการพยาบาล 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่ม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว กิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและลักษณะท่าทางของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา และช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลหลักมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบและการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงออกกับเด็กด้วยความรักความเข้าใจ การเป็นต้นแบบที่ดี รวมทั้งการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out) เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจในการจัดการพฤติกรรมมากขึ้น นอกจากนี้ ยังให้ความรู้เรื่องการจัดสถานที่ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ สงบ ไม่เสียงดัง การปรับเปลี่ยนแสงสว่างพอดี ปรับโทนสีของบ้านให้เป็นสีโทนเย็น

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการจัดสถานที่ในโรงพยาบาล ขณะจัดกิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้แก่เด็ก โดยให้ผู้ดูแลหลักเข้ามาร่วมจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสามารถ

นำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ โดยจัดห้องให้สะอาดเป็นระเบียบ ควบคุมแสงให้เหมาะสม ภายในห้องมีอากาศถ่ายเท ไม่มีกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ไม่มีเสียงดังรบกวน

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลโดยพยาบาลเป็นผู้บำบัด ในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม เป็นการให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสม และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม จุดประสงค์ของกิจกรรมนี้ คือ ให้เด็กเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสอนเด็กให้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกลุ่มนันทนาการ เพื่อส่งผลในการพัฒนาความคิด และการแสดงออกกับเพื่อนในกลุ่ม เด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว มีการใช้เทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวก(Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out)

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียด แก่เด็กสมาธิสั้น เป็นการให้ความรู้การจัดการความโกรธ และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่นพยายามควบคุมน้ำเสียงให้เป็นปกติระงับอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยายามปรับอารมณ์ของตนเองโดยพยายามคิดทบทวนหาสาเหตุของความโกรธ และแนวทางในการยุติที่เหมาะสมได้แก่ การสื่อสารที่ดี (Better Communication) การมีอารมณ์ขัน (Using Humor) และการสอนการผ่อนคลาย (Relaxation)

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพท์ติดตามผลกับผู้ดูแลหลักถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลและให้กำลังใจ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรทิพย์ วชิรติลก, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง (2552) ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ผลการทดลองพบว่า การเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก และสามารถพัฒนาความรู้ทัศนคติและทักษะในการดูแลในระยะหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ

กัญญาวีร์ บุญเสนนท์ (2554) ได้ศึกษา ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

มณีรัตน์ ทาทอง (2556) ได้ศึกษาผลของการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกในโรงพยาบาล อายุ 3-6 ปี ผลการวิจัยพบว่าเด็กออทิสติกแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวภายหลังได้รับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาล และพบว่าเด็กออทิสติก กลุ่มที่ได้รับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมีพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่า เด็กในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Salvador (2002) ได้ทำการศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมในการจัดการกับความโกรธ โดยใช้การปรับพฤติกรรมทางปัญญากับนักเรียนที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนการจัดการกับความโกรธมีการจัดการกับความโกรธแตกต่างกับนักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมการสอนการจัดการกับความโกรธ

Mancil (2008) ได้ศึกษาผลของการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกโดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม ซึ่งนำไปศึกษาในเด็กออทิสติกที่มีความผิดปกติทางด้านสังคม การสื่อสาร และความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พบว่า เด็กออทิสติกมีพัฒนาการทางด้านสังคม การสื่อสาร เพิ่มขึ้นและมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์ ที่ดีขึ้น

Kjobli, Hukkelberg, & Ogden, (2013) ได้ศึกษาผลของการสอนอบรมแบบกลุ่มในผู้ดูแลหลักตาม Oregon model ต่อการลดปัญหาความก้าวร้าวในเด็ก กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่าภายหลังจากผู้ดูแลหลักได้รับการสอนอบรมแล้วเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น

Borge et al. (2013) ได้ศึกษาผลของการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดร่วมกับการจัดกิจกรรมออกกำลังกายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 20 คน โดยใช้หลักการจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ เหมาะสม และมีการจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายทั้งในและนอกสถานที่ ผลการศึกษาพบว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ สร้างพฤติกรรมใหม่และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆได้

9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ชีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ที่จัดกระทำกับสิ่งแวดล้อมของเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

พัฒนาโดยใช้แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของชีระ ลีลำนันทกิจ (2541) ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข ของ Skinner (1953) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม จัดกิจกรรมแบบรายกลุ่ม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยพยาบาลทำการสอนผู้ดูแลหลัก

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัด ในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียดแก่เด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมผู้ดูแลหลักถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

พฤติกรรม
ก้าวร้าว
ทางกาย
ทางวาจา
ต่อสิ่งของ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research Design) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง สองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The nonequivalent comparison-group design) มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

	กลุ่มทดลอง	O1	X	O2	Burns & Glove, (2005)
	กลุ่มควบคุม	O3		O4	
โดย	X	หมายถึง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว			
	O1	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว			
	O2	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว			
	O3	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			
	O4	หมายถึง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ			

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

2. ผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลโดยตรงที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้น ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของเด็กสมาธิสั้น มีดังนี้

1. เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามข้อวินิจฉัยจากแพทย์
2. มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวจากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ในระดับปานกลาง (8-15 คะแนน) ขึ้นไป
3. อายุระหว่าง 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของผู้ดูแลหลัก มีดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ บิดา มารดา หรือ ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า และอา ที่มีหน้าที่ดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
2. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ 4 ครั้งตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวจากการวิจัย
2. เด็กหรือผู้ดูแลหลักมีปัญหาที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย เช่น เจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีการติดเชื้อ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับการทดลองมีการกระจายแบบโค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Grove, Burns and Gray, 2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน ในแต่ละกลุ่ม (กลุ่มเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้รับการจับคู่ (Matched-Pair) ด้วยวิธีการจับคู่เพศ เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมรุนแรงกว่าเพศหญิง และจับคู่ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักที่สูงจะดูแลเด็กได้ดีกว่า (Maskoto, 2006) แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเด็กวัยเรียน ซึ่งให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นและเด็กบกพร่องทางการเรียนโดยเฉพาะ
2. ทำการศึกษาแฟ้มประวัติของเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ จากเวชระเบียนผู้ป่วย และคัดเลือกเด็กที่มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง จึงทำการโทรติดต่อเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และได้ขออนุญาตเข้าพบผู้ดูแลหลัก เด็กสมาธิสั้นที่มีรายชื่อเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง สอบถามถึงพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และทำการคัดเลือกเด็กสมาธิสั้น ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. เมื่อได้ผู้ดูแลหลักที่ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมการทดลองแล้ว ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched-pair) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก ทีละ 1 คู่ และทำการบันทึกข้อมูลรายละเอียดของผู้ดูแลหลัก และทำการจับคู่ (Matched-pair) ระหว่างเพศของเด็ก สมาธิสั้น ทีละ 1 คู่ รวมเป็น 20 คู่ 40 คน ในกรณีที่จับคู่ไม่ได้ ต้องเลือกคู่จับใหม่ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด แล้วคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทีละคู่ จนครบ 2 กลุ่มๆ ละ 20 คน
4. ผู้วิจัยโทรนัดผู้ดูแลหลักเพื่อพบและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และนัดเพื่อเข้าทดลองการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ เต็มสมาธิสั้นและระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับ คู่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		การศึกษาของผู้ดูแลหลัก	
	เพศ	อายุ (ปี)	เพศ	อายุ (ปี)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	6.3	ชาย	6.1	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
2	ชาย	10	ชาย	10.2	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
3	ชาย	6.5	ชาย	6.4	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
4	ชาย	7.6	ชาย	7.4	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
5	ชาย	7.1	ชาย	7.2	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
6	ชาย	11.4	ชาย	11.2	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
7	ชาย	9.3	ชาย	9.4	ปวช/ปวส.อนุปริญญา	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
8	ชาย	8.6	ชาย	8.8	ปวช/ปวส.อนุปริญญา	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
9	ชาย	11.6	ชาย	11.4	ปวช/ปวส.อนุปริญญา	ปวช/ปวส.อนุปริญญา
10	ชาย	8.4	ชาย	8.3	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
11	ชาย	9.6	ชาย	9.5	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
12	หญิง	7.0	หญิง	7.2	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
13	หญิง	7.3	หญิง	7.4	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
14	หญิง	10.4	หญิง	10.3	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
15	หญิง	9.2	หญิง	9.0	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
16	หญิง	8.4	หญิง	8.2	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
17	หญิง	6.2	หญิง	6.1	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
18	หญิง	11.2	หญิง	11.0	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
19	หญิง	9.2	หญิง	9.3	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
20	หญิง	8.2	หญิง	8.1	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น จำแนกตาม เพศ อายุ บุตรคนที่
การรักษาในปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	11	55	11	55	22	55
หญิง	9	45	9	45	18	45
อายุ						
6-7 ปี	7	35	7	35	14	35
8-9 ปี	8	40	8	40	16	40
10-12 ปี	5	25	5	25	10	25
บุตรคนที่						
1	15	75	12	60	27	67.5
2	4	20	7	35	11	27.5
3	1	5	1	5	2	5
การรักษาในปัจจุบัน						
ได้รับยา	8	40	9	45	17	42.5
ไม่ได้รับ	12	60	11	55	13	57.5

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลหลัก จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	25	2	10	7	17.5
หญิง	15	75	18	90	33	82.5
อายุ (ปี)						
30-39 ปี	14	70	16	80	30	75
40-49 ปี	5	25	2	10	7	17.5
50-59 ปี	1	5	2	10	3	7.5
สถานภาพสมรส						
โสด	2	10	0	0	2	5
คู่	14	70	16	80	30	75
แยกทางกันอยู่	4	20	4	20	8	20
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา	10	50	10	50	20	50
ปวช/ปวส.อนุปริญญา	3	15	3	15	6	15
ปริญญาตรี	7	35	7	35	14	35

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลหลัก จำแนกตาม อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และความสัมพันธ์กับเด็ก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	3	15	1	10	4	10
ค้าขาย	10	50	9	30	19	47.5
แม่บ้าน	4	20	5	35	9	22.5
รับราชการ	3	15	5	5	4	10
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก						
1-3 ปี	3	15	2	10	5	12.5
4-6 ปี	5	25	6	30	11	27.5
7-9 ปี	7	35	9	45	14	35
10-12 ปี	5	25	3	15	10	25
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก						
บิดา	2	10	2	10	4	10
มารดา	14	70	14	70	28	70
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	2	10	3	10	5	12.5
ลุง/ป้า	2	10	1	10	3	7.5

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งมีการเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น จากนั้น ผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ดูแลหลักลงนามในเอกสารยินยอม

ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน

วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก
 - 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
2. เครื่องมือทดลอง
 - 2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล
 - 2.2 คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลหลัก
 - 2.3 แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น และผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ ประวัติการได้รับยาและประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ของกัญญาวิรุ์ บุญเสนันท์ (2554) ซึ่งปรับปรุงมาจาก Yudofsky et al.,(1986) แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรง โดยได้ค่าความตรง เชิงเนื้อหา (CVI)

เท่ากับ .86 และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .88 ลักษณะของแบบประเมินเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบ่งหัวข้อการประเมิน 14 ข้อ ตามลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย และสิ่งของ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรง ถึงรุนแรงมาก ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย

ส่วนที่ 1 คือ ข้อ 1-3 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน

ส่วนที่ 2 คือข้อ 4-7 ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แข่งตำหยาบคาย ชีต เขียนโต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง กระทบเสื้อผ้าวผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 8-10 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 11-13 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 คือ ข้อ 14- 15 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนน ข้อละ 6 คะแนน

วิธีรวมคะแนนนำคะแนนรวมของแต่ละข้อมารวมกันเพื่อเป็นคะแนนผลรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กแต่ละคน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่าง ที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นนี้ ได้ค่า CVI .92

มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมและปรับแก้เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

ข้อที่ 2 ปรับจาก “ตะโกนดูถูกคนอื่นรุนแรงไม่มากเช่น ต่ำว่าเหยียดหยาม ไอ้บ้า โง่” เป็น “ตะโกนดูถูกคนอื่น เช่น ต่ำว่า เหยียดหยาม ไอ้โง่ ไอ้บ้า”

ข้อที่ 3 ปรับจาก “ปิดกั้น/หุบประตูดั่งปิง โยนเสื้อผ้า สิ่งของยุ่งเหยิง ซิดเขียนฝาผนัง” เป็น “ปิด/กั้น ประตู โยนเสื้อผ้า และสิ่งของยุ่งเหยิง ซิดเขียนฝาผนัง”

ข้อที่ 13 ปรับจาก “เคล็ดขัดยอกหรือเป็นรอยถูกเขียนจนเป็นแนวเกิดรอยฟกช้ำหรือบวม” เป็น “เคล็ดขัดยอก หรือฟกช้ำ”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปใช้กับเด็กสมาธิสั้น จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้วิจัย ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นคนเดียวกัน โดยนั่งอยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ชัดเจน แล้วบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ และบันทึกพฤติกรรมของเด็กคนเดียวกัน จากนั้นนำมาเปรียบเทียบเพื่อศึกษาว่ามีการบันทึกพฤติกรรมตรงกันหรือไม่ ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตที่คำนวณได้จะต้องมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (Kazdin, 1982)

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (IOR)} = \frac{A}{A+D} \times 100$$

A หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึง จำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

จากการคำนวณได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) ของผู้วิจัยกับผู้ช่วยผู้วิจัย .88 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกต .87 ซึ่งค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตที่คำนวณได้มีค่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

2. เครื่องมือทดลอง

ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สำหรับพยาบาล

2.2 คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลหลัก

2.3 แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน ของผู้ดูแลหลัก

2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สำหรับพยาบาล

ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น แนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การอบรมผู้ดูแลหลักและการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก โดยการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการจัดการ

สิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของ ชีระ ลีลา นันทกิจ (2541) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยเป็นการลดพฤติกรรมก้าวร้าว และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีให้คงอยู่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย การพยาบาล 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรมโดยจัดกิจกรรมการพยาบาลแบบกลุ่ม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าว จากการแสดงออกของเด็กขณะเข้าร่วมกิจกรรม ใช้ลักษณะการจดบันทึกในกระดาษ มีเป้าหมาย เพื่อค้นหาลักษณะความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เด็กแสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือวาจา ประเมินโดยพยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและวางแผนในการทำกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ผลกระทบและการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงออกกับเด็กด้วยความรักความเข้าใจ การเป็นตัวอย่างที่ดี รวมทั้งการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องการจัดสถานที่ภายในบ้าน เพื่อลดสิ่งกระตุ้นอารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลหลักขณะจัดกิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้แก่เด็ก

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัด ขณะจัดกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม จุดประสงค์ของกิจกรรมนี้ คือ ให้เด็กเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ขณะทำกิจกรรมจะมีการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out) (Skinner, 1953)

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียดแก่เด็กสมาธิสั้น ที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมผู้ดูแลหลัก ในการใช้คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับพยาบาล มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมี ดังนี้

กระบวนการ เนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับพยาบาล เนื้อหาค่อนข้างมาก และกิจกรรมค่อนข้างเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขในส่วนของกระบวนการเนื้อหาและปรับกิจกรรมให้สมบูรณ์ และเข้าใจง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือดังกล่าวที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2.2 คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลหลัก

คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลหลัก มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลหลัก ในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลให้ความรู้ เรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเป็นแบบอย่างที่ดี การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และการใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดี และคงอยู่ต่อไป โดยมีการติดตามผู้ดูแลหลัก ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ มีการทบทวนความรู้ สอบถามปัญหา และร่วมกันแก้ปัญหาในแต่ละสัปดาห์

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา ของคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับผู้ดูแลหลัก มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือดังกล่าวที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบัน

ราชานุกูล จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

เนื้อหาและกิจกรรมค่อนข้างเข้าใจยาก ไม่ชัดเจน ใช้ภาษาวิชาการและภาษาที่ยากเกินไป ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรมให้ชัดเจนรวมถึงการใช้ภาษาที่ให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจง่ายขึ้น

2.3 แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน ของผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกำกับความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก โดยผู้วิจัย ศึกษาจากเอกสาร ตำราต่างๆที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับเนื้อหาที่จะให้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษารายละเอียดของเนื้อหา จากโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ที่สร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

2. กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมความรู้ ตามขั้นตอนของคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น องค์ประกอบหลายๆ กัน รวม 10 ข้อ

3. ตรวจสอบโครงสร้าง และรายละเอียดของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม โดยอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไข

4. ลักษณะของแบบประเมินเป็นข้อคำถามที่ให้ผู้ดูแลหลักเลือกตอบ 1 คำตอบ ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม โดยระบุวิธีการประเมิน ดังนี้ (1) หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ (0) หมายถึงไม่สามารถปฏิบัติได้ (ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ ให้ระบุปัญหาและสาเหตุ) แต่ละข้อเทียบเป็นร้อยละ 10 %

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป

จากการคำนวณพบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) เท่ากับ 0.9 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ปรับแก้ข้อความดังนี้

ข้อ 1 ปรับเพิ่มข้อความ “ไม่รกรุงรังหรือว่างเปล่าจนเกินไป”

ข้อ 2 ปรับแก้ข้อความ “สี่ที่บ้าน” เปลี่ยนเป็น “สี่ทาบ้าน”

ข้อ 4 ปรับแก้ข้อความ “ไม่มีเสียงที่ดังรบกวนเด็กในการทำกิจกรรม” เปลี่ยนเป็น “ไม่มีเสียงดังรบกวนในขณะที่เด็กทำกิจกรรม”

ข้อ 5 ปรับเพิ่มข้อความ “ท่านสามารถสร้างระเบียบวินัยภายในบ้านได้”

ข้อ 7 ปรับเพิ่มข้อความ “การสร้างบรรยากาศภายในบ้านให้อบอุ่น ครอบครัวของท่านสามารถสร้างความอบอุ่นและความเข้าใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว ลดความรุนแรงทั้งคำพูดและการกระทำ”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 การเตรียมการในกลุ่มควบคุม

1.1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น แนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การอบรมผู้ดูแลหลักและการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก โดยการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.1.2 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

1.1.4 เตรียมผู้ดูแลหลักในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น นัดหมายผู้ดูแลหลัก พยาบาลสอนและสาธิตการประเมินพฤติกรรมในแต่ละข้อโดยละเอียด และให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติ ก่อนจะนำไปใช้จริงกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ซักถามข้อสงสัย ความยากง่ายของการให้คะแนน จนผู้ดูแลหลักสามารถทำได้และนำไปใช้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

1.2 การเตรียมการในกลุ่มทดลอง

1.2.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น แนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การอบรมผู้ดูแลหลักและการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก โดยการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2.2 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อม เพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กเป็นผู้ให้คำแนะนำ

1.2.3 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและ จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1.2.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ ที่ใช้ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.2.5 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขออนุญาตหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาทั้งด้านบุคลากรและสถานที่

1.2.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม และเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยมีการเตรียมความรู้ความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย แล้วทำการหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interobserver Reliability)

1.2.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.2.8 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วใช้วิธีการคัดเลือกเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

1.2.9 เตรียมผู้ดูแลหลักในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น นัดหมายผู้ดูแลหลัก พยาบาลสอนและสาริการประเมินพฤติกรรมในแต่ละข้อโดยละเอียด และให้ผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติ ก่อนจะนำไปใช้จริงกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ซักถามข้อสงสัย ความยากง่ายของการให้คะแนน จนสามารถทำได้และนำไปใช้ ชี้แจงข้อตกลงและข้อปฏิบัติต่างๆที่จะทำร่วมกัน

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก
2. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผู้ดูแลหลัก (Pre test)
3. กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม และให้ผู้ดูแลหลักประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Post test) หลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็ก และให้ผู้ดูแลหลักช่วยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และสรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กพร้อมกัน เป็นเวลา 30 นาที ในขั้นตอนนี้ จุดประสงค์เพื่อช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก และวางแผนในการทำกิจกรรมในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 1	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3
การประเมิน	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 1
พฤติกรรม	กิจกรรมหมวกดนตรี	กิจกรรมต่อภาพปริศนา	กิจกรรมต้นไม้แห่ง
ก้าวร้าว			ความดี

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น แก่ผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแล การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เป็นเวลา 60 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์

	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3
ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 2
กิจกรรมที่ 2	การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น และการดูแล การจัดการสิ่งแวดล้อมบำบัด และการจัดการพฤติกรรม	ทบทวน ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล การจัดการสิ่งแวดล้อมบำบัด รวมทั้งการจัดการพฤติกรรม	ทบทวน ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล การจัดการสิ่งแวดล้อมบำบัด รวมทั้งการจัดการ พฤติกรรม
ให้ความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล การจัดการพฤติกรรม	สิ่งแวดล้อมบำบัด	ก้าวร้าวที่บ้าน	ก้าวร้าวที่บ้าน
ก้าวร้าวที่บ้านและการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ทบทวนการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก	ทบทวนการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

เป็นการจัดสถานที่ในโรงพยาบาลขณะจัดกิจกรรมเสริมสร้างการเรียนรู้แก่เด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้มีทักษะในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านต่อได้ เป็นเวลา 15 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้น ที่โรงพยาบาลโดยพยาบาลเป็นผู้บำบัด ในกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม แก่เด็กสมาธิสั้น

เป็นการให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร การแสดงออกที่เหมาะสม และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม จุดประสงค์ของกิจกรรมนี้ คือ ให้เด็กเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสอนเด็กให้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกลุ่มนันทนาการ เพื่อส่งผลในการพัฒนาความคิด และการแสดงออกกับเพื่อนในกลุ่ม เด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ยอมรับ การใช้เทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวก(Positive Reinforcement) การเพิกเฉย (Ignore) และการนำออกไป (Time-Out) ส่งผลให้

เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นเวลา 30 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียด แก่เด็กสมาธิสั้น

เป็นการให้ความรู้การจัดการความโกรธ และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เช่น พยายามควบคุมน้ำเสียงให้เป็นปกติ ระวังอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พยายามปรับอารมณ์ของตนเอง โดยพยายามคิดทบทวนหาสาเหตุของความโกรธ และแนวทางในการยุติที่เหมาะสม ได้แก่ การสื่อสารที่ดี (Better Communication) การมีอารมณ์ขัน (Using Humor) และการสอนการผ่อนคลาย (Relaxation) กิจกรรมนี้จะส่งผลให้เด็กสามารถจัดการกับอารมณ์ และควบคุมอารมณ์โกรธของตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นเวลา 30 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 6 โทรศัพทติดตามผลกับผู้ดูแลหลักถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน

เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้กำลังใจกับครอบครัว และวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 4

	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4
ขั้นตอนที่ 3	กิจกรรมที่ 3-5	กิจกรรมที่ 3-5	กิจกรรมที่ 3-5	กิจกรรมที่ 6
การใช้	-ผู้ดูแลหลักร่วม	-ผู้ดูแลหลักร่วมจัด	-ผู้ดูแลหลักร่วม	-โทรศัพท์กระตุ้น
โปรแกรม	จัดสิ่งแวดล้อมทาง	สิ่งแวดล้อมทาง	จัดสิ่งแวดล้อมทาง	และติดตามผลกับ
การจัดการ	กายภาพในห้อง	กายภาพในห้องทำ	กายภาพในห้อง	ผู้ดูแลหลักถึงการ
พฤติกรรม	ทำกิจกรรม เพื่อ	กิจกรรม เพื่อนำ	ทำกิจกรรม เพื่อ	จัดการพฤติกรรม
ก้าวร้าว ใน	นำความรู้และ	ความรู้และทักษะ	นำความรู้และ	ก้าวร้าว ในเด็ก
เด็กสมาธิสั้น	ทักษะไป	ไปประยุกต์ใช้ที่	ทักษะไป	สมาธิสั้นที่บ้าน
	ประยุกต์ใช้ที่บ้าน	บ้านกิจกรรมหัวใจ	ประยุกต์ใช้ที่บ้าน	
	กิจกรรมกระชับ	สลาย	กิจกรรมฟังสีฟัง	
	กระชับกิจกรรม	กิจกรรมเผชิญคน	ฉันทิ	
	ประติมากรรม	พาล	ตามหาอารมณ์ดี	
	ทางอารมณ์			

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยทำหน้าที่ใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ขณะทำกิจกรรมกับเด็กสมาธิสั้น มีพยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เป็นผู้สังเกต และผู้ดูแลหลักกระตุ้นให้เด็กร่วมทำกิจกรรม จำนวน 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ช่วงเวลา 09.00 -11.45 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-15.45 น. (กลุ่มบ่าย)

รายละเอียดการดำเนินการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง
เป็นดังนี้

ตารางที่ 5 รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 1

เวลา	รายละเอียด	รายละเอียดกิจกรรม
	โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น	โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
09.00-09.30 น.	จากการทำกิจกรรมส่งเสริม	สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก
13.00-13.30 น.	ความสัมพันธ์ แจ้งกติกากลุ่ม กิจกรรม หมวกดนตรี	ร่วมกับผู้ดูแลหลัก เพื่อวางแผนการ ทำกิจกรรม
09.30-10.15 น. 13.30-14.15 น.		1. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก เรื่องโรค สมาธิสั้นและการดูแล สาเหตุการเกิด พฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการ พฤติกรรมก้าวร้าว การจัด สิ่งแวดล้อมบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ การสร้างระเบียบวินัย ลดความรุนแรง การใช้เทคนิคในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก
10.15-10.30 น. 14.15-14.30 น.		2. ร่วมจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ห้องทำกิจกรรมที่โรงพยาบาลให้เอื้อ ต่อการเรียนรู้
10.30-11.00 น. 14.30-15.00 น.	ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม กิจกรรม กระซิบกระซาบ	3. ผู้ดูแลหลักสังเกตการณ์เข้าร่วม กิจกรรมของเด็กในแต่ละครั้ง สังเกต บรรยากาศการเข้าร่วมกิจกรรมของ เด็ก รวมทั้งสังเกตการใช้เทคนิคใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กขณะ เด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
11.15-11.45 น. 15.15-15.45 น.	กลุ่มส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์ โกรธและการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรม ประติมากรรมอารมณ์	

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นในสัปดาห์ที่ 1

วันที่ 27 - 28 เมษายน 2560 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 09.00-09.30 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-13.30 น. (กลุ่มบ่าย) นำเด็กสมาธิสั้นกลุ่มละ 5 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากลุ่มกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมหมวกดนตรี โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก หลังจากนั้นจะมีการสรุปพฤติกรรมร่วมกับผู้ดูแลหลัก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.30-15.00 น.(กลุ่มบ่าย) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็ก ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก การเพิกเฉย และการนำออกไป ในกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมกระซิบบกระซาบ โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 11.15-11.45 น. (กลุ่มเช้า) และ 15.15-15.45 น. (กลุ่มบ่าย) เป็นกลุ่มส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ กิจกรรมประติมากรรมอารมณ์ โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ร่วมกันสรุป ประเมินผลร่วมกับผู้ดูแลหลัก และแนะนำผู้ดูแลหลักในการใช้คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน 1 สัปดาห์

สรุปกิจกรรม เนื่องจากเป็นกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งเป็นครั้งแรกที่ได้ร่วมกิจกรรมกับเด็ก เด็กสมาธิสั้นจึงไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เด็กมีสมาธิในการทำกิจกรรมประมาณ 10-15 นาทีแรก บางคนไม่ฟังคำสั่ง บางคนมีพฤติกรรม ขวนเพื่อนคุย และหย่เพื่อน บางรายแสดงพฤติกรรมส่งเสียงดัง โวยวาย และเริ่มแยกตัวจากเพื่อนในกลุ่ม ผู้วิจัยต้องใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กโดยการให้เด็กบางคนออกจากสถานการณ์ (time out) จนกระทั่งเด็กมีอาการสงบลง จึงนำกลับเข้ามาในกลุ่มและกระตุ้นให้เด็กร่วมกิจกรรมต่อจนเสร็จ

รายละเอียดกิจกรรมผู้ดูแลหลักในสัปดาห์ที่ 1

วันที่ 27 - 28 เมษายน 2560 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 09.30-10.30 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น. (กลุ่มบ่าย) สรุปลงพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นขณะอยู่ที่บ้านร่วมกับผู้ดูแลหลัก โดยให้ผู้ดูแลหลักเข้ากลุ่มเพื่อรับการสอนจากผู้วิจัย ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ดูแลหลัก ทักษะการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะเด็กมีภาวะอารมณ์โกรธ ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก การเพิกเฉย และการนำออกไป ทำการสอน สาธิต การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และให้ผู้ดูแลหลักได้เข้าร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ที่บ้านได้

ช่วงเวลา 10.15-10.30 น. 14.15-14.30 น. ผู้ดูแลหลักร่วมจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อการบำบัด ที่ห้องทำกิจกรรมที่โรงพยาบาล เพื่อให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้นและสามารถนำไปจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และ การใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะเด็กมีภาวะอารมณ์โกรธ และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบำบัดเพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม เป็นการบรรยายให้ข้อมูลความรู้กับผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ ผลกระทบ การใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด โดยการดูแลปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว และ การใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะเด็กมีภาวะอารมณ์โกรธ ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก การเพิกเฉย และการนำออกไปเมื่อเด็กมีอาการโกรธ หรือเริ่มแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่ที่บ้าน สาธิตการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและให้ผู้ดูแลหลักได้เข้าร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 ผู้ดูแลหลักบางรายยังไม่ค่อยให้ความสนใจ ไม่แสดงความคิดเห็นขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยต้องทำการกระตุ้นโดยการสอบถามและให้ผู้ดูแลหลักร่วมแสดงความคิดเห็น โดยมีการให้รางวัลสำหรับคนที่ถูกถามและยกมือตอบคำถามทุกคน หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักไปปฏิบัติตามคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ดูแลหลัก ที่บ้านเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อการบำบัด ปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การเป็นต้นแบบที่ดี สร้างบรรยากาศภายในบ้านให้อบอุ่น ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว และให้ผู้ดูแลหลักบันทึกกิจกรรมต่างๆ ปัญหาอุปสรรคแล้วนำมาพูดคุยเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

ตารางที่ 6 รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 2

เวลา	รายละเอียด โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น	รายละเอียดกิจกรรม โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
09.00-09.30 น.	กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม	
13.00-13.30 น.	กติกากลุ่ม กิจกรรม ต่อภาพปริศนา	
09.30-10.15 น.		1. ทบทวนความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล และสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การจัดบ้านให้เป็นระเบียบ สงบ ไม่เสียงดัง การสร้างระเบียบวินัย ภายในบ้าน การเป็นแบบอย่างที่ดี และ การใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
13.30-14.15 น.		
10.15-10.30 น.		2. ทบทวนการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ห้องทำกิจกรรมที่โรงพยาบาลให้เอื้อต่อการเรียนรู้
14.15-14.30 น.		
10.30-11.00 น.	ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3. ผู้ดูแลหลักสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรมของเด็กในแต่ละครั้ง สังเกตบรรยากาศการเข้าร่วมกิจกรรมของเด็ก รวมทั้งสังเกตการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะเด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
14.30-15.00 น.	ในกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออก กิจกรรม หัวใจสลาย	
11.15-11.45 น.	กลุ่มส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์	
15.15-15.45 น.	โกรธและการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรม เผลอคนพาล	

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นในสัปดาห์ที่ 2

วันที่ 4 - 5 พฤษภาคม 2560 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 09.00-09.30 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-13.30 น. (กลุ่มบ่าย) นำเด็กสมาธิสั้น กลุ่มละ 5 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากลุ่มกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมต่อภาพปริศนา โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.30-15.00 น. (กลุ่มบ่าย) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็ก ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก การเพิกเฉย และการนำออกไปในการจัดกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมหัวใจสลาย โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก และจดบันทึกไว้

ช่วงเวลา 11.15-11.45 น. (กลุ่มเช้า) และ 15.15-15.45 น. (กลุ่มบ่าย) เป็นกลุ่มส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ กิจกรรมเผชิญคุณพาล โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ร่วมกันสรุป ประเมินผลร่วมกับผู้ดูแลหลัก และแนะนำผู้ดูแลหลักในการใช้คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน 1 สัปดาห์

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 เด็กสมาธิสั้น มีความสนใจการทำกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมากขึ้น เด็กมีสมาธิในการทำกิจกรรม พุดแทรกน้อยลง มีเด็กบางคนที่ชวนเพื่อนคุยและแหย่เพื่อนบ้าง แต่พฤติกรรมลดลง ไม่พบพฤติกรรมส่งเสียงดัง หรือโวยวาย ไม่มีเด็กที่แยกตัวจากเพื่อนในกลุ่ม ผู้วิจัยใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กโดยการให้รางวัลกับเด็กที่มีพฤติกรรมดีและสนใจทำกิจกรรม ส่วนเด็กที่ชวนเพื่อนคุยจะไม่ได้รางวัลและไม่ได้รับความสนใจ

รายละเอียดกิจกรรมผู้ดูแลหลักในสัปดาห์ที่ 2

วันที่ 4 - 5 พฤษภาคม 2560 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 09.30-10.30 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น. (กลุ่มบ่าย) สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน หลังจากผู้ดูแลหลักได้จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านมา 1 สัปดาห์ และทบทวนความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าว สอบถามถึงปัญหาของการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านของผู้ดูแลหลักและหาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกัน รวมทั้งทบทวนทักษะการใช้เทคนิคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะเด็กมีภาวะอารมณ์โกรธ ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก การใช้แรงเสริมทางลบ การลงโทษ การเพิกเฉย และการนำออกไป ทบทวนการจัดสิ่งแวดล้อมทาง

กายภาพและให้ผู้ดูแลหลักได้เข้าร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน และการใช้เทคนิคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรม เป็นการซักถามทบทวนความรู้กับผู้ดูแลหลักการทบทวนการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้สอบถามปัญหาการปฏิบัติสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และร่วมกันแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ประเมินผล จากการสังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรืออภิปรายในกลุ่ม

สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 2 ผู้ดูแลหลักเริ่มให้ความสนใจ และแสดงความคิดเห็นขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยสอบถามและให้ผู้ดูแลหลักร่วมแสดงความคิดเห็น โดยบางรายสอบถามการแก้ปัญหาในการจัดการพฤติกรรมเด็กและผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลักเพื่อนำไปแก้ปัญหา โดยวางแผนติดตามในสัปดาห์ถัดไป หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักไปปฏิบัติตามคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ดูแลหลัก ที่บ้านเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้ผู้ดูแลหลักบันทึกกิจกรรมต่างๆ ปัญหาอุปสรรคแล้วนำมาพูดคุยเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน

ตารางที่ 7 รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 3

เวลา	รายละเอียด โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น	รายละเอียดกิจกรรม โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
09.00-09.30 น.	กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม	
13.00-13.30 น.	กติกากลุ่ม กิจกรรมต้นไม้แห่งความดี	
09.30-10.15 น.		1. ทบทวนความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแล และสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมบำบัด การจัดบ้านให้เป็นระเบียบ สงบ ไม่เสียงดัง การสร้างระเบียบวินัยภายในบ้าน ลดความรุนแรง การใช้เทคนิคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
13.30-14.15 น.		
10.15-10.30 น.		2. ทบทวนการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ห้องทำกิจกรรมที่โรงพยาบาลให้เอื้อต่อการเรียนรู้
14.15-14.30 น.		
10.30-11.00 น.	ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3. ผู้ดูแลหลักสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรมของเด็กในแต่ละครั้ง สังเกตบรรยากาศการเข้าร่วมกิจกรรมของเด็ก รวมทั้งสังเกตการใช้เทคนิคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะเด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
14.30-15.00 น.	กับเด็ก ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก การเพิกเฉย และการนำออกไป ในกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออก กิจกรรม ฟังสีฟังฉันทลี	
11.15-11.45 น.	กลุ่มส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์	
15.15-15.45 น.	โกรธและการผ่อนคลายความเครียด -กิจกรรม ตามหาอารมณ์ดี	

รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นในสัปดาห์ที่ 3

วันที่ 11 - 12 พฤษภาคม 2560 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 09.00-09.30 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-13.30 น. (กลุ่มบ่าย) นำเด็กสมาธิสั้น กลุ่มละ 5 คน พร้อมกับผู้ดูแลหลัก เข้ากลุ่มกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมต้นไม้แห่งความดี โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

ช่วงเวลา 10.30-11.00 น. (กลุ่มเช้า) และ 14.30-15.00 น. (กลุ่มบ่าย) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็ก ได้แก่ การใช้แรงเสริมทางบวก การเพิกเฉย และการนำออกไป ในกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมฟังสีฟังฉันทลี โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็ก และคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก และจดบันทึกไว้

ช่วงเวลา 11.15-11.45 น. (กลุ่มเช้า) และ 15.15-15.45 น. (กลุ่มบ่าย) เป็นกลุ่มส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ กิจกรรมตามหาอารมณ์ดี โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการสังเกตการณ์ ขณะผู้วิจัยทำกิจกรรมกับเด็กและคอยกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยรับผิดชอบการประเมินพฤติกรรมเด็ก

สรุปกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เด็กสมาธิสั้น มีความสนใจการทำกิจกรรมดีขึ้นมาก และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกับเพื่อน เด็กบางคนช่วยเหลือเพื่อน เมื่อเพื่อนไม่เข้าใจ คอยอธิบายให้เพื่อนฟัง เด็กมีสมาธิในการทำกิจกรรมมากขึ้น พูดแทรกน้อยลง แต่ยังมีเด็กบางคนที่ชอบเพื่อนคุย และแหย่เพื่อนบ้าง ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้รางวัลสำหรับคนที่ไม่พูดแทรก ไม่แหย่เพื่อน ทำให้เด็กคนที่แหย่เพื่อนอยากได้รางวัลบ้าง จึงพยายามไม่แสดงพฤติกรรมแหย่เพื่อนอีก ขณะทำกิจกรรมไม่พบเด็กที่แสดงพฤติกรรมส่งเสียงดัง หรือโวยวาย ไม่มีเด็กที่แยกตัวจากเพื่อนในกลุ่ม เมื่อเสร็จสิ้นการทำกิจกรรม ผู้วิจัยชื่นชมเด็กทุกคนที่มีความสนใจในการทำกิจกรรมและให้เด็กๆแสดงการชื่นชมโดยการปรบมือให้กับตนเอง

รายละเอียดกิจกรรมผู้ดูแลหลัก ในสัปดาห์ที่ 3

วันที่ 4 - 5 พฤษภาคม 2560 กลุ่มเช้า และ กลุ่มบ่าย

ช่วงเวลา 09.30-10.30 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.00-14.30 น. (กลุ่มบ่าย) สรุปพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้าน หลังจากผู้ดูแลหลักได้จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านมา 1 สัปดาห์ และทบทวนความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ ผลกระทบของพฤติกรรมก้าวร้าว สอบถามถึงปัญหาของการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านของผู้ดูแลหลัก และหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งทบทวนทักษะการใช้เทคนิคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะเด็กมีภาวะอารมณ์โกรธ ได้แก่ การใช้แรงเสริม

ทางบวก การใช้แรงเสริมทางลบ การลงโทษ การเพิกเฉย และการนำออกไป ทบทวนการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและให้ผู้ดูแลหลักได้เข้าร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและหาแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน และการใช้เทคนิคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรม เป็นการซักถามทบทวนความรู้กับผู้ดูแลหลัก ทบทวนการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้สอบถามปัญหาการปฏิบัติสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และร่วมกันแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ประเมินผล จากการสังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรืออภิปรายในกลุ่ม และให้ผู้ดูแลหลักทำแบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรม

สรุปกิจกรรม สัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลหลักเริ่มให้ความสนใจ และแสดงความคิดเห็นขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยสอบถามและให้ผู้ดูแลหลักร่วมแสดงความคิดเห็น โดยบางรายสอบถามการแก้ปัญหาในการจัดการพฤติกรรมเด็กและผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลักเพื่อนำไปแก้ปัญหา โดยวางแผนโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ถัดไป หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลหลักไปปฏิบัติตามคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ดูแลหลัก และให้ผู้ดูแลหลักบันทึกกิจกรรมต่างๆ ปัญหาอุปสรรคแล้วนำมาพูดคุยเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลหลักได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกคน

ตารางที่ 8 รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ที่ 4

เวลา	รายละเอียดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับเด็กสมาธิสั้น	รายละเอียดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลหลัก
สัปดาห์ที่ 4		โทรศัพท์ติดตามผลกับผู้ดูแลหลัก เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้กำลังใจกับผู้ดูแลหลัก เป็นเวลา 15 นาที

2.2 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลหลักประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
3. เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

ตารางที่ 9 รายละเอียดกิจกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สัปดาห์ที่ วัน/เดือน/ปี	เวลา	รายละเอียดกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 28 เม.ย. 60	เวลา 13.00-14.30	- ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว - ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียง - กิจกรรมการพยาบาลรายบุคคล สอนเด็กเรื่องการสื่อสาร
	เวลา 14.30-16.00	- พฤติกรรมบำบัดรายบุคคล - กิจกรรมบำบัดรายบุคคล
สัปดาห์ที่ 2 5 พ.ค. 60	เวลา 13.00-14.30	- ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว - ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียง - กิจกรรมการพยาบาลรายบุคคลสอนเด็กเรื่องการแสดงออก
	เวลา 14.30-16.00	กับเพื่อนและบุคคลอื่นในสังคมที่เหมาะสม - พฤติกรรมบำบัดรายบุคคล - กิจกรรมบำบัดรายบุคคล
สัปดาห์ที่ 3 12 พ.ค 60	เวลา 13.00-14.30	- ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว - ให้ความรู้ผู้ดูแลหลักเรื่องการรับประทานยาและผลข้างเคียง - กิจกรรมการพยาบาลรายบุคคล สอนเด็กเรื่องการ
	เวลา 14.30-16.00	
สัปดาห์ที่ 4 19 พ.ค 60		ผู้วิจัยกระตุ้นผู้ดูแลหลักการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นให้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและนำมาให้ผู้วิจัย

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest)

ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนการทดลองในวันแรกที่คุณดูแลลูกพาเด็กเข้าร่วมการทดลอง

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest)

กลุ่มทดลอง ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้ดูแลหลักจะประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Posttest) และสรุปผลการประเมินพร้อมกันทางโทรศัพท์ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน (Posttest) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การกำกับการทดลอง

แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน เป็นการวัดความสามารถของผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์วัดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ในสัปดาห์ที่ 3 กำหนดให้ผู้ดูแลหลักปฏิบัติตามคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลหลัก พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 10 ร้อยละความสามารถในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

คนที่	ร้อยละ ความ สามารถ	ความสามารถในการจัด การพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้	กลุ่มทดลอง				
			ประเภทสิ่งแวดล้อม		คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว		
			สิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ	สิ่งแวดล้อม ครอบครัว	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ผลต่าง คะแนน
1	90	ความสามารถในการปรับที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก	✓		18	12	6
2	80	ความสามารถในการปรับที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก ความสามารถในการปรับพื้นที่บ้านให้ปลอดภัย	✓ ✓		22	18	4
3	100	-			18	15	3
4	90	ความสามารถในการปรับที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก	✓		21	15	6
5	100	-			18	12	6
6	90	ความสามารถในการเป็นตัวแบบที่ดี		✓	18	15	3
7	90	ความสามารถในการปรับพื้นที่บ้านให้ปลอดภัย	✓		15	12	3
8	90	ความสามารถในการปรับพื้นที่บ้านให้ปลอดภัย	✓		19	16	3
9	100	-			19	18	1
10	90	ความสามารถในการปรับพื้นที่บ้านให้ปลอดภัย	✓		20	18	2
11	90	ความสามารถในการปรับที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก	✓		21	12	9
12	100	-			15	10	5
13	90	ความสามารถในการจัดการเสียงดังรบกวน	✓		12	9	3
14	90	ความสามารถในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว		✓	16	10	6
15	100	-			19	15	4
16	80	ความสามารถในการปรับที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก ความสามารถในการปรับพื้นที่บ้านให้ปลอดภัย	✓ ✓		20	16	4
17	90	ความสามารถในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว		✓	20	16	4
18	80	ความสามารถในการจัดการเสียงดังรบกวน ความสามารถในการเป็นตัวแบบที่ดี	✓	✓	24	20	4
19	80	ความสามารถในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ความสามารถในการเป็นตัวแบบที่ดี		✓	18	12	6
20	90	ความสามารถในการเป็นตัวแบบที่ดี		✓	20	12	8
		รวม	13	7	373	283	90
		ร้อยละ	65	35			
		\bar{X}			18.4	14.1	4.13
		SD			2.7	3.08	1.21

การวิเคราะห์ข้อมูล

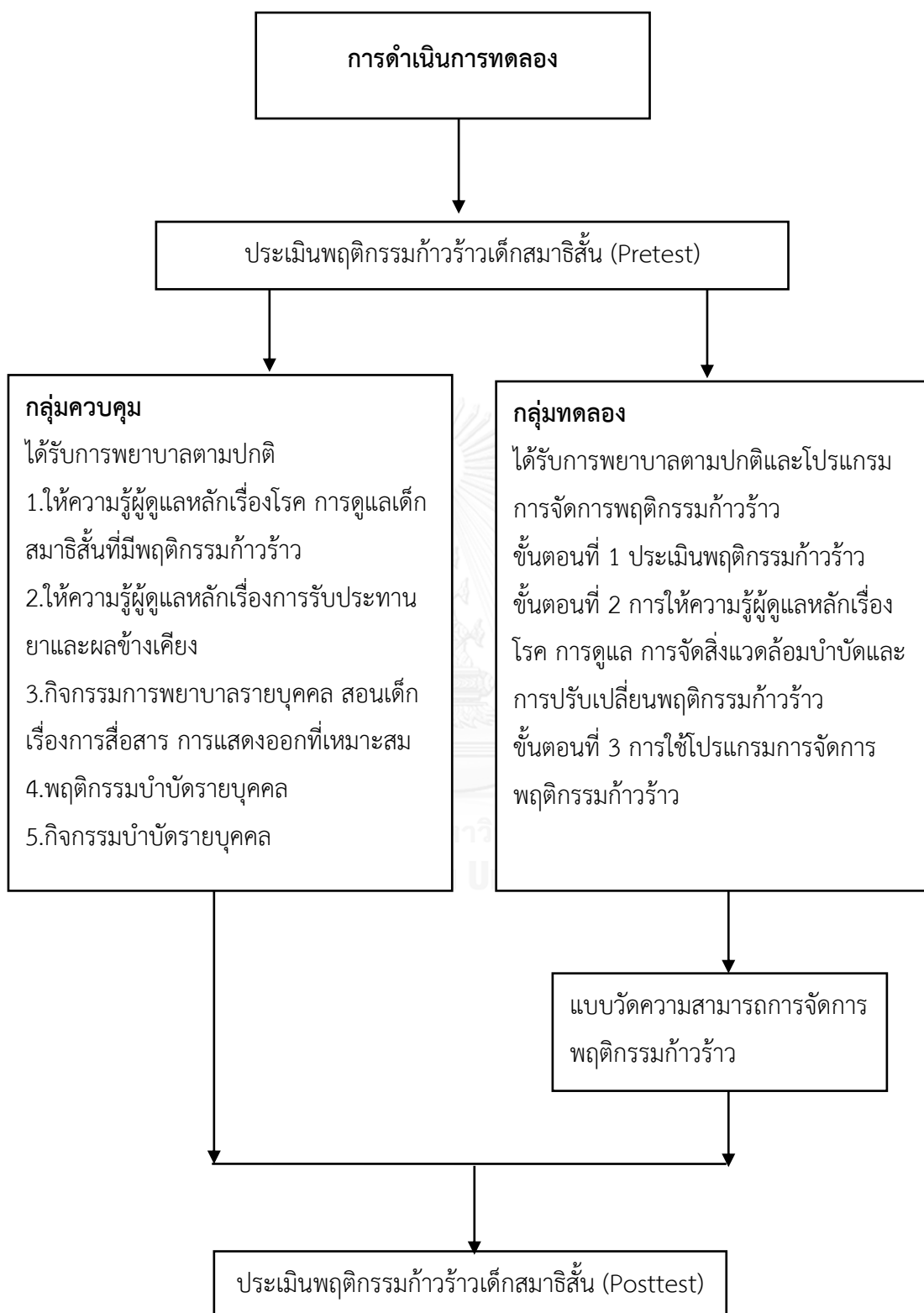
1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Dependence t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ (Independence t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) ศึกษาสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The nonequivalent comparison-group design) โดยเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กสมาธิสั้น อายุ 6 - 12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 40 คู่ ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องเพศของเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งการศึกษาของผู้ดูแลหลัก แล้วจัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่ โดยมีการวัดคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการทดลอง

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 11 พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่างของกลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	18	12	6	20	19
2	22	18	4	18	18
3	18	15	3	15	17
4	21	15	6	16	20
5	18	12	6	11	15
6	18	15	3	18	22
7	15	12	3	10	13
8	19	16	3	22	22
9	19	18	1	19	20
10	20	18	2	13	16
11	21	12	9	17	19
12	15	10	5	18	18
13	12	9	3	15	17
14	16	10	6	16	18
15	19	15	4	18	18
16	20	16	4	15	14
17	20	16	4	16	17
18	24	20	4	18	20
19	18	12	6	21	24
20	20	12	8	19	21
รวม	373	283	90	335	368
\bar{X}	18.65	14.15	4.5	16.75	18.4
SD	2.7	3.08	1.98	3.05	2.76

จากตารางที่ 11 ก่อนการทดลอง เด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวมีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนได้รับโปรแกรม เท่ากับ 373 คะแนน หลังได้รับโปรแกรม ค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงเป็น 283 คะแนน

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนได้รับการพยาบาลปกติ เท่ากับ 335 คะแนน หลังได้รับการพยาบาลปกติ ค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นเป็น 368 คะแนน

ตอนที่ 1 พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 12 พฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและหลังทดลองจำแนกทางกาย ทางวาจา และทางสิ่งของ

	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว								
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				ผลต่าง
	ทางกาย	ทางวาจา	สิ่งของ	รวม	ทางกาย	ทางวาจา	สิ่งของ	รวม	
รวม	166	115	92	373	122	89	72	283	90
\bar{x}	8.3	5.75	4.5	184	6.13	4.45	3.79	14.1	4.13
SD	3.29	1.92	1.0	2.7	2.86	1.63	1.58	3.08	1.21

จากตารางที่ 12 เด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนได้รับโปรแกรม พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย มากที่สุด คือ 166 คะแนน หลังได้รับโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ลดลง จาก 166 คะแนน เป็น 122 คะแนน คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ลดลงจาก 115 คะแนน เป็น 89 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวทางสิ่งของ ลดลงจาก 92 คะแนนเป็น 72 คะแนน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	18.65	2.70	19	10.12	.000
หลังการทดลอง	14.15	3.08			

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 18.65 และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 14.15 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว	18.65	2.70	38	2.248	.805
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	16.75	3.05			
หลังการทดลอง					
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว	14.15	3.08	38	5.047	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	17.75	3.71			

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 18.65 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 16.75 โดยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เท่ากับ 14.15 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 17.75 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่วมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research Design) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (the nonequivalent comparison-group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างเด็กที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร่ววน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน จัดแบ่งเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 20 คน และเข้ากลุ่มการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก
 - 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

2. เครื่องมือทดลอง

- 2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล
- 2.2 คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลหลัก
- 2.3 แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ ประวัติ การได้รับยา ประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น พัฒนามาจาก Yudofsky (1986) ผู้วิจัยพัฒนาปรับปรุงมาจาก กัญญาวีร์ บุญเสนนท์ (2554) ที่ใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92 และจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกตได้เท่ากับ .88 ซึ่งความเที่ยงตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ (Kazdin, 1982)

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล

ผู้วิจัย ศึกษาจากเอกสาร ตำราต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งคู่มือนี้ ผู้วิจัยพัฒนาวิธีการโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิด การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชของ ธีระ สีสานนทกิจ (2541) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 1 ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ การดูแลและการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยพยาบาลทำการสอนผู้ดูแลหลัก

ขั้นตอนที่ 3 การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 4 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล

โดยพยาบาลเป็นผู้บำบัด ในกลุ่มส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธและการผ่อนคลายความเครียดแก่เด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม

กิจกรรมที่ 6 โทศัพท์กระตุ้นและส่งเสริมผู้ดูแลหลักถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

2.2 คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลหลัก

เป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ดูแลหลัก โดยพยาบาลให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเป็นแบบอย่างที่ดี การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และการใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดี และคงอยู่ต่อไป โดยมีการติดตามผู้ดูแลหลักการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ มีการทบทวนความรู้ สอบถามปัญหา และร่วมกันแก้ปัญหาในแต่ละสัปดาห์

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลหลัก ในการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การดูแลและเทคนิคการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ผู้วิจัยพัฒนาจนได้เนื้อหาที่เหมาะสมกับผู้ดูแลหลัก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย และปฏิบัติได้จริง

2.3. แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกำกับความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก โดยผู้วิจัย ศึกษาจากเอกสาร ตำราต่างๆที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับเนื้อหาที่จะให้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ เท่ากับ 0.9 และวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.84

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1.ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น แนวคิดของสิ่งแวดล้อมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การอบรมผู้ดูแลหลักและการใช้เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก โดยการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข เพื่อเป็นผู้มีความรู้ในการจัดการ

พฤติกรรมก้าวร้าว จัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือ เตรียมสถานที่ ที่ใช้ในการทดลอง จัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงาน

2.ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก
2. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนเข้าโปรแกรมโดยผู้ดูแลหลัก
3. เด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลักจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก จัดให้เด็กและผู้ดูแลหลัก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์
4. สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านและนำผลไปให้พยาบาลผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามนัด

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ อายุ เพศ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และการได้รับยา และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก
2. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นโดยผู้ดูแลหลัก
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์
4. สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านและนำผลไปให้พยาบาลผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามนัด

การกำกับการทดลอง

แบบวัดความสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน เป็นการวัดความสามารถของผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์วัดความสามารถในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการบำบัดสัปดาห์ที่ 3 กำหนดให้ผู้ดูแลหลัก ปฏิบัติตามคู่มือการจัดการ

พฤติกรรมก้าวร้าว พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่กำหนดให้ โดยกำหนดให้ปฏิบัติตามร้อยละ 80 ขึ้นไป พบว่าผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ค่าร้อยละความสามารถตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ทั้งหมดจำนวน 20 ครอบครัว ส่วนในรายที่ได้ค่าร้อยละไม่ถึง 100 พบว่าข้อที่ก่อกวนมากที่สุด คือ ข้อ 2. เรื่องการปรับเปลี่ยนสีที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก และข้อ 3. เรื่องการปรับพื้นบ้านให้ปลอดภัย เนื่องจากส่วนมากครอบครัวเด็กมักอาศัยโดยการเช่าบ้านหรือห้องพัก ดังนั้นการจัดการกับสีทาบ้าน หรือพื้นบ้านจึงเป็นข้อจำกัด ส่วนข้อที่พบบรองลงมาคือ ข้อ 7. ความสามารถในการเป็นตัวแทนที่ดี เนื่องจาก เมื่อผู้ดูแลหลักที่เข้าร่วมงานวิจัยไปส่งต่อข้อมูลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในครอบครัว คนในครอบครัวที่ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยไม่เข้าใจในการดูแล จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีในบางด้านได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลหลักทบทวนความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ในข้อที่ปฏิบัติไม่ได้

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนดำเนินการทดลอง ในวันแรกที่พาเด็กมาเข้าร่วมกิจกรรม

รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest)

กลุ่มทดลอง โทรศัพทกระตุ้นและส่งเสริมผู้ดูแลหลักถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก และให้ผู้ดูแลหลักประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Posttest) ของเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน หลังดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ดูแลหลัก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลหลักประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Posttest) และนำผลมาให้ผู้วิจัยเมื่อสิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research Designs) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (the nonequivalent comparison-group design) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัด

ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

ในส่วนของการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อพิจารณาคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชของ ธีระ ลีลาพันธ์ทกิจ (2541) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ซึ่งเป็นการจัดกระทำกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกให้เหมาะสม

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้มีการจัดกระทำร่วมกันทั้งปัจจัยภายใน นั่นคือ จัดการทั้งตัวเด็กและปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลหลักและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นการเน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยการนำผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดเข้ามาช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ซึ่งการจัดกระทำกับปัจจัยภายใน กระทำโดย การสอนเด็กให้รู้จักการปรับตัว ระบายความโกรธอย่างเหมาะสม ฝึกการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น เพื่อเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนหรือสังคมรอบตัว และการจัดกระทำกับปัจจัยภายนอกนั้น เป็นการเน้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด กระทำโดย 1. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในครอบครัวได้แก่ การส่งเสริมความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหลัก ในการดูแล จัดการพฤติกรรม การสร้าง

บรรยากาศภายในครอบครัวให้เหมาะสม รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็ก 2. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลัก ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในบ้าน แสง สี เสียง โดยการประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของครอบครัว

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า เมื่อเด็กสมาธิสั้นได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวปฏิบัติจริงตามขั้นตอนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนทั้งกิจกรรมและระยะเวลา พบว่าหลังการวิจัย เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อสถานการณ์ต่างๆลดลงอย่างชัดเจน ทั้งจากการสังเกตจากผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย ขณะเด็กเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลหลักขณะเด็กอยู่ที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fetemeh, Parvaneh & katayoun (2010) ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการสอนทักษะการจัดการของผู้ดูแลหลักที่มีบุตรสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรม มีความเครียดลดลง สามารถจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้ รวมทั้งพบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมัยพร จันทรศิริ (2553) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสอนอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม เด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งคะแนนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการศึกษาพบว่าเด็กมีการปรับเปลี่ยนการแสดงออกกับเพื่อนในกลุ่ม เรียนรู้ว่าพฤติกรรม ไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กรู้จักสื่อสารใช้คำพูดที่ดี ควบคุมอารมณ์โกรธของตัวเองได้ โดยเลือกที่จะไม่แสดงพฤติกรรม ที่ก้าวร้าวรุนแรงออกมาแต่แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมแทน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนวิทย์ บุญเสนันท์ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก สมาธิสั้น ที่ได้มีการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยมีการจำลองสถานการณ์ต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เด็กได้ เลียนแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กได้เรียนรู้ทักษะทางด้านสังคมในการที่จะอยู่ร่วมกับเพื่อนๆในสถานการณ์ต่างๆ

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรม ก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการบำบัด หนึ่งที่ช่วยให้เด็กสมาธิสั้นลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ช่วยให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมต่างๆที่เหมาะสมและเกิดการเลียนแบบที่ถูกต้อง นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว กับเด็กสมาธิสั้นจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการวางแผนที่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติและคู่มือที่ง่ายต่อการเข้าใจในการดูแล มีอุปกรณ์ในการดำเนินการกับเด็กสมาธิสั้น มีการบันทึกและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลหลักพบ ขณะดำเนินการทดลอง และร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยเน้นให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีบทบาทให้มากที่สุด เพื่อความต่อเนื่องในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยจัดเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในโรงพยาบาลและที่บ้านได้ โดยมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปใช้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล
2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาล โดยเน้นการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
3. ควรมีการติดตามผู้ดูแลหลักเป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
4. คู่มือแนวทางการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับผู้ดูแลหลัก ควรเพิ่มเติมกิจกรรมให้ผู้ดูแลหลักกลับไปทำที่บ้านอย่างต่อเนื่อง หลังจากกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ครบแล้ว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การโทรศัพท์เพื่อติดตามและให้คำปรึกษากับผู้ดูแลหลัก ตลอดจนเพื่อให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ให้มีการใช้คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2555). **สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย**. กรุงเทพฯ.
- กัญญาวิรั บัญเสนันท์. (2555). **ผลของพฤติกรรมบำบัด ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิจพิชา สร้อยคำ. (2556). **ปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). **ทำไมเด็กก้าวร้าวรุนแรง**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนปัญญา.
- งานเวชสถิติสถาบันราชานุกูล. (2557). **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2557**. กรุงเทพฯ: สถาบัน
ราชานุกูล.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ปกครอง
พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2551). **การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริม
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช Mental Health promotion and Psychiatric
Nursing หน่วยที่ 8-15**. สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี
สำนักพิมพ์: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2550). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี. ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ชัมย์พร จันทศิริ. (2553). **ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการ
การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน. (2550). **คู่มือการรักษาโรคสมาธิสั้น**. กรุงเทพฯ : ชมรม
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ดารุณี งามขำ. (2555). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก
สมาธิสั้นภาคตะวันออก**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(1).

- ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ. (2555). **ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดความคิด และพฤติกรรมระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้น**. วารสารสมาคมนิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(1).
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา.(2550). **การบำบัดทางเลือกในเด็กพิเศษ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ. (2555). **การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบบูรณาการ ปีงบประมาณ 2555**. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ. (2556). **ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 21(2).
- ทัศน์วัต สมบุญธรรม. (2554). **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.**
- ทัศน์า ทวีคุณ. (2552). **พฤติกรรมรุนแรงในวัยรุ่น**. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 23(1), 1-19.
- เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2549). **ประสิทธิภาพของการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น**. ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2541). **การบริหารจัดการและการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าว และรุนแรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร**. พิมพ์ครั้งที่ 1: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2547). **โรคสมาธิสั้น**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นันทชา สงวนกุลชัย. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- พรทิพย์ วชิรดิกล โขชีตา ภาวสุทธิไพศิฐ และวรวิวรรณ ศรีสุชาติ. (2555). **การดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 20(2): 113-12.
- พรทิพย์ วรดิกล, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง. (2552). **ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 17(2), 77-90.
- พวงทอง คงเจริญ. (2550). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ตัวแบบในการพัฒนาจริยธรรมด้านความรับผิดชอบตนเอง: กรณีศึกษานักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบ้านหนองทุ่ม จังหวัดหนองบัวลำภู**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้การปรึกษาบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พัฒนานุสรณ์ สถาพรวงศ์. (2538). **พฤติกรรมบำบัดทฤษฎีและการประยุกต์**. ภาควิชาจิตวิทยา
การศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พิศมัย พงศาธีรัตน์และพรทิพย์ วชิรดิถก. (2556). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้น
ประถมศึกษา**. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 27(1).
- เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2550). **พัฒนาการมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด
มณีนีรัตน์ ทาทอง. (2556). **ผลของการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมบำบัด ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของ
เด็กออทิสติกในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนัสวี จำปาเทศ และศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). **การพยาบาลจิตเวชเด็ก (Child Psychiatric
Nursing)**. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ),
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) หน้า 179-211. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส
มาโนช อารมณ์สุวรรณ. (2550). **โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัด**. กรุงเทพมหานคร: รักเด็กแฟมิลีกรุ๊ป.
มาศมณี วีระณรงค์. (2546). **ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็ก
โรคสมาธิสั้น**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตโนทัย พลับรู้งการ. (2551). **พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก**. ใน: นิชรา เรื่องดารกานนท์, ชาศรียา
ธีรเนตร, รวีวรรณ รุ่งไพโรวัลย์ และทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการ
และพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง; 2551. หน้า 286-296.
- รายงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลยุวประสาททวโทยโปถัมภ์. (2559). **รายงานผล
การปฏิบัติงานประจำปี 2559**. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลยุวประสาททวโทยโปถัมภ์.
- โรงพยาบาลยุวประสาททวโทยโปถัมภ์. (2559). **คู่มือการปฏิบัติงาน/คู่มือการให้บริการประชาชน**.
สมุทรปราการ. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- วราภรณ์ ศิริธรรมนุกูล. (2548). **การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต. 20(2), 14-24.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). **แนวทางการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางการเรียน ตอนโรคสมาธิสั้น**.
กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2**. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2550). **จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
หมอชาวบ้าน.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สถาบันราชานุกูล. (2557). **สถิติการเกิดอุบัติเหตุการณสถาบันราชานุกูลประจำปี 2557**. กรมสุขภาพจิต.
- สถาบันราชานุกูล. (2559). **แนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้น**. กรมสุขภาพจิต
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2559). **คู่มือการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอก**. กรมสุขภาพจิต.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์.(2559).**คู่มือแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับสหวิชาชีพ**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ ศรีไพศาล.(2553). **หนังสือธรรมลีลา สิบห้า**.กรุงเทพฯ: สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.(120)
- สวนีย์ สุขเจริญ. (2553). **ผลของการให้คำปรึกษากลุ่ม เพื่อจัดการความโกรธของวัยรุ่น**. ปรินญา การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง. (2550). **คุณจะทำจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของลูกได้อย่างไร**. วารสาร ศึกษาศาสตร์.30 (2-3), 41-47.
- สุชาดา กลางสอน. (2557). **ผลของการเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมก่อนนอนในชั้นเรียนของเด็กสมาธิสั้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษามหาวิทยาลัยมหาวชิราวุฒยขอนแก่น.
- สวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว.(2554). **การพยาบาลจิตเวช: Psychiatric Nursing**. พิมพ์ครั้งที่ 2.ปทุมธานี: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชรส ทองเพ็ชร. (2554). **ผลของพฤติกรรมบำบัด ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกแผนกผู้ป่วยนอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2551). **ลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิบกพร่องในเด็กไทย**. J. Med Asso Thai 91(12), 1894-1899.

ภาษาอังกฤษ

Bandura. (1986). **Social learning theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Barkley RA, Fischer M, Smallish L and Fletcher K. (2006). **Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities.** J Am Acad Child Adolescent Psychiatry; 45:192-202
- Berkowitz, Leonard. (1964). **Aggression: A Social Psychology Analysis.** New York. Mcgrew.
- Bezdjian S, et al. (2011). **The structure of DSM-IV ADHD, ODD, and CD criteria in adolescent boy: A hierarchical approach.** Psychiatric Research; 3: 411-21.
- Borge et al. (2013). **Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 319, 1-11.
- Bolte et al. (2010). **Autistic Traits and Autism Spectrum Disorders: The Clinical Validity of Two Measures Presuming a Continuum of Social Communication Skills.** J Autism Dev Disord: Germany.
- Brown. (2009). **ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults:** American Psychiatric publishing, Inc. Washington, DC London, England. British library.
- Classi et al. (2012). **Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization.** Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6(1), 33.
- Danforth, J.S., Barkley, R.A. & Stokes, T.F. (1991). **Observations of parent - Child interactions with hyperactive children: Research and Clinical implications.** Clinical psychology Rev, 11, 703-720.
- Davis, L.1992. Instrument review : Getting the most from your panel of expert. **Applied Nursing Research.** 5: 104-107.
- Dollard, J.,& Miller, N.E. (1939). **Frustration and Aggressive.** New Haven. CT: Yale. University.
- Deault, L.C. (2010). **A Systemic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional impairment in Children with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD).** McGill University, Montreal, Quebec, Canada Child Psychiatry Hum Dev, 41, 168-192.
- Eiseman. (2000). **Pantone guide to communicating with color.** USA: Graftix Press, Ltd.

- Elsevier Saunders Buss, A.H. (1961). **The Psychology of Aggression**. New York: Wiley.
- Ercan E., et al. (2014). **Predicting aggression in children with ADHD**. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8 (15).
- Erikson, E. H. (1963). **Childhood and society (2nd ed.)**. New York: Norton
- Feteme, N., Parvaneh, M., & Katayoun, K. (2010). **Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD**. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 244-249.
- Frisch, L.E. & Frisch, N.C. (2000). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Kansas: Delmar.
- Freitag, CM, et al. (2012). **Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD**. *J Neural Transm*, 119, 81-94.
- Friedemann, M.L., Montgomery, R.J., Rice, C., and Farrell, L. (1999). **Family involvement in the nursing home**. *Western Journal of Nursing Research*, 21(4), 549-567
- Goodman, R. and Scott, S. (2012). **Child and Adolescent Psychiatry**. Third Edition. Publishing Ltd. Chapter 39, 328-335.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2008). **Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms**. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 693-709
- Grove, S. K., Burns, N. and Gray, J. 2013. **The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence**. 7th ed. St. Louis, MO:
- Haapasalo & Tremblay. (1994). **Physically aggressive boys from ages 6 to 12: family background, parenting behavior, and prediction of delinquency**. *J Consult Clin Psychol*, 62: 1044-1052.
- Hamolia, C.D. (2005). **Preventing and managing aggressive behavior**. In Stuart, G.W. & Laraia (8th Ed.). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby.
- Hambleton, R.K. and Novick, M.R., (1973). **Toward an Integration of Theory and Method for Criterion-Referenced Tests**, *Journal of Educational Measurement*. 10(Fall 1973), 159-170
- Henri Fayol. 1949. **General and Industrial Management**, London.

- Hoza, B. (2007). **Peer Functioning in Children with ADHD**. *Ambulatory Pediatrics*. Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, VT, 7: 101–106.
- Kazdin, A.E. (1982). **Single-case research designs**. New York: Oxford university Press.
- Kassinove, H., and Sukhodolsky, D.G. (1995). **Anger disorder. Basis science and practice issue**. In H. Kassinove (Editor). *Anger disorder: Definition, diagnosis, and treatment*. (pp. 1-22). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Kjobli, J., Hukkelberg, S., Ogden, T., (2013). **A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world setting**. *Behavior Research and Therapy*, 51: 113-121.
- Kuhne, M., Schachar, R. & Tannock, R. (1997). **Impact of Comorbid Oppositional or Conduct Problems on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder**. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12): 1715-1725.
- Mancil, G. Richmond. (2008). **Descriptive Analysis of Classroom Setting Event on the Social Behaviors of Children with Autism Spectrum Disorder Education and Training in Developmental Disabilities**, 43.
- Mancil, G. R. et al. (2009). **Effects of a Modified Milieu Therapy Intervention on the Social Communicative Behaviors of Young Children with Autism Spectrum Disorders**. *J Autism Dev Disord*, 39, 149–163.
- Maskoto, S. (2006). **Parents' satisfaction with the pediatric intensive care unit services of Siriraj Hospital**. Master's thesis in Population Education, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand.
- McDougall, T. & Ryan, N. (2009). **Nursing children and young people with ADHD**. New York Routledge.
- Miller. et al. (2006). **Family and cognitive factors: Modeling risk for aggression in children with ADHD**. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Moss, G.R. & Rick, G.K. (1981). **Application of a token economy for adolescents in a private psychiatric hospital**. *Behavior therapy*.
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001). **Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school**. *Archives of General Psychiatry*, 58(4), 389–394.

- Ohlmeier, M.D., Peters K., Te Wildt B.T., Zedler,M., Wiese, B., Emrich, H.M., & Schneider,U. (2008). **Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention deficit hyperactivity disorder**. *Alcohol* 43, 300-304
- Patterson, C.H. (1976). **Theorie of Counseling and Psychology**. New York: Haper and Row.
- Pineda,et al. (2000).**Neurobehavioral assessment of attention deficit hyperactivity disorder in a Colombian sample**. *Appl Neuropsychol*,7: 40–46.
- Rawlins, Williams and Beck (1993). **Mental Health – Psychiatric Nursing**. 3rd edition. St. Louis: Mosby Year Book.
- Salvador. (2002). **Anger Management and Development of Prosocial Behavior. (Online)**. UMI Proquest Digital Dissertations – Full Citation & Abstract. Retrieved July 24, 2008, from: <http://www.lib.umi.com/dissertations/fullcit>.
- Skinner, B.F. (1953). **Science and Human Behavior**. New York: The Free Press.
- Skounti et al. (2007). **Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide**. *European Journal of Pediatrics*, 166,117-123.
- Spielberger. (1988). **State–Trait Anger Expression Inventory, Research Edition: Professional Manual**. Odssa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Strine, et al. (2006). **Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**. *Preventing and chronic disease: Public health research, practice, and policy*.
- Stuart and Michele. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 8 thed. St. Louis : Mosby, Inc
- Tremblay, et al. (2004). **Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors**. *Pediatrics*, 114(1), 43–50.
- Townsend. (2009). **Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidence-Based Practice**. 6th edition: Philadelphia. F. A. Davis Company.
- Varcarolis and Halter (2010). **Foundatoin of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach**. 6th edition. St. Louis: Elsevier.
- Videbeck, S. L., (2006). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Yudofsky. (1986). **The Overt Aggression scale for objective rating of verbal and physical aggression.** American Journal of psychiatry, 143(1), 35- 39.

Zorlu, et al. (2015). **The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey.** Journal of Attention Disorders. Epub ahead.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นางสุพัตรา จันทร์สุวรรณ	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
นางสาวชัต ยุ่งสันเทียะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (อ.พย.) โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางทัศนพร พรหมประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางสาวเสาวลักษณ์หมื่นสุนทร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์



การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เป็นวิธีที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton และคณะเมื่อปี ค.ศ.1973 วิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 นำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิจัยฉบับย่อซึ่งมีคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ศึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญตามที่ผู้วิจัยได้เรียนเชิญเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับคือ 1, 2, 3, 4 โดย แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึงคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึงคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึงคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึงคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น 4 ระดับคือ 1, 2, 3, 4

ขั้นที่ 3 รวมจำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4

ขั้นที่ 4 หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis ,1992) คำถามข้อใดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 3 ผู้วิจัยควรได้นำมาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับคำนิยาม ส่วนคำถามข้อใดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 1 และ 2 ให้นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข เพราะถ้าหากตัดคำถามเหล่านี้ออกทั้งหมดจะทำให้คำถามส่วนที่เหลือในแบบสอบถามไม่ครอบคลุม โน้ตศัพท์ของตัวแปร

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้
(บุญใจศรีสถิตนรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

$$CVI = \frac{12}{13} = .92$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

$$CVI = \frac{9}{10} = .90$$

ความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability)

1. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

เป็นการวัดค่าความเที่ยงโดยการประมาณความเท่าเทียมกันของผู้วัดสองคนขึ้นไปเมื่อจะใช้เครื่องมือขึ้นเดียวกันสังเกตพฤติกรรมใดๆไปพร้อมๆกันการวัดโดยสังเกตพฤติกรรมหรือลักษณะที่เป็นนามธรรมโดยใช้ผู้สังเกตคนเดียวกันมักมีปัญหาเรื่องอคติแต่ถ้ามีผู้สังเกตสองคนก็จะมีปัญหาเรื่องความแตกต่างกันของผู้สังเกตแม้ว่าจะผ่านการสอนในเรื่องการสังเกตมาเป็นอย่างดี แต่ถึงอย่างไรการสังเกตก็ต้องอาศัยการตัดสินใจของผู้สังเกต

โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้ (Kazdin, 1982)

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (IOR)} = \frac{A}{A+D} \times 100$$

A หมายถึงจำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ตรงกัน

D หมายถึงจำนวนช่วงเวลาที่บันทึกได้ไม่ตรงกัน

จากการคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกตตามลำดับซึ่งความเที่ยงตั้งแต่ .80 ขึ้นไปถือว่าการสังเกตนั้นเชื่อถือได้ (Kazdin, 1982) ดังนี้

คนที่ 1	.81	คนที่ 11	.83	คนที่ 21	.85
คนที่ 2	.85	คนที่ 12	.85	คนที่ 22	.81
คนที่ 3	.92	คนที่ 13	.90	คนที่ 23	.92
คนที่ 4	.93	คนที่ 14	.93	คนที่ 24	.93
คนที่ 5	.90	คนที่ 15	.92	คนที่ 25	.90
คนที่ 6	.92	คนที่ 16	.90	คนที่ 26	.91
คนที่ 7	.91	คนที่ 17	.91	คนที่ 27	.86
คนที่ 8	.90	คนที่ 18	.86	คนที่ 28	.82
คนที่ 9	.96	คนที่ 19	.94	คนที่ 29	.90
คนที่ 10	.91	คนที่ 20	.80	คนที่ 30	.90

แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น											
คนที่	ข้อ 1	ข้อ 2	ข้อ 3	ข้อ 4	ข้อ 5	ข้อ 6	ข้อ 7	ข้อ 8	ข้อ 9	ข้อ 10	ข้อ 11
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
รวม	0.67	0.57	0.57	0.60	0.47	0.47	0.50	0.47	0.63	0.67	0.70
กลุ่มสูง	1.00	0.80	0.73	0.87	0.73	0.80	0.67	0.67	1.00	1.00	0.80
กลุ่มต่ำ	0.33	0.33	0.40	0.33	0.20	0.13	0.33	0.27	0.27	0.33	0.60
อำนาจ จำแนก	0.67	0.47	0.33	0.53	0.53	0.67	0.33	0.40	0.73	0.67	0.20
ความ ยาก- ง่าย	ดี พอใช้	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก	ดี พอใช้	ดีพอใช้	ดีพอใช้
อำนาจ จำแนก	ดีมาก	ดี	พอใช้ได้	ดี	ดี	ดีมาก	พอใช้ได้	พอใช้ได้	ดีมาก	ดีมาก	ค่อนข้าง ต่ำ

Reliability(KR-20) 0.84

คะแนนเฉลี่ย 6.30

ความแปรปรวน (Variance) 10.88

ความคลาดเคลื่อนฯ(SEM) 4.41



ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแลหลัก

1.2.แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจงกรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่างและกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. เป็นบุตรลำดับที่.....ในจำนวน.....คน
- 5.การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ระบุ).....ปี.....เดือน
- 6.การรักษาในปัจจุบัน ไม่ได้รับยา
 ได้รับ (ระบุยา).....
5. เมื่อเด็กโกรธหรือถูกขัดใจ จะแสดงพฤติกรรม.....

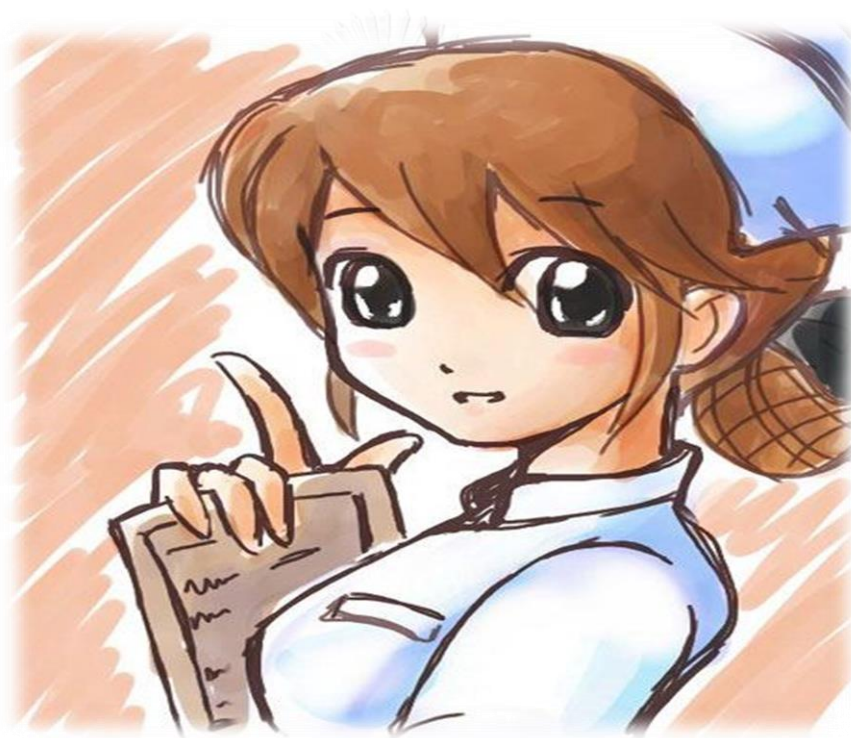
ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ 1.20-29 ปี 2.30-39 ปี 3.40-49 ปี 4.50-59 ปี
3. สถานภาพสมรส
 1.โสด 2. คู่ 3. หม้าย
 4. หย่าร้าง 5. แยกทางกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 1.ไม่ได้เรียน 2.ประถมศึกษา
 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช.
 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส. 6. ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 1. เกษตรกรรม 2. รับจ้าง 3. ค้าขาย
 4. แม่บ้าน 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6. อื่นๆ.....
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 1.บิดา 2.มารดา 3.ปู่/ย่า
 4.ตา / ยาย 5.ลุง / ป้า 6.น้ำ / อา
 7.อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

- 2.1 โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล
- 2.2 คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลหลัก
- 2.3 แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล



จัดทำโดย

นางสาวพิกุลทอง กัลยา

รองศาสตราจารย์ดร.จินตนาบุญนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
สำหรับผู้ดูแลหลัก



CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสาวพิกุลทอง กัลยา

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 แบบวัดความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก

() ก่อนการทดลอง () หลังการทดลอง

ผู้ตอบ () บิดา () มารดา () อื่นๆ ระบุ.....

คำชี้แจงให้ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ประเมินความสามารถการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในแต่ละข้อ โดยใส่ ✓ ในช่องผลการปฏิบัติ

ทำได้ หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้อง

ทำไม่ได้ หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้ กรณีทำไม่ได้ ให้ระบุรายละเอียดของปัญหา

ความสามารถ/ทักษะ การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว	ผลการปฏิบัติ		กรณีทำไม่ได้ ให้ระบุ รายละเอียด	คำแนะนำ
	ทำได้	ทำไม่ได้		
1.ความสะอาด ท่านสามารถปรับเปลี่ยนภายในบ้านให้สะอาด เป็นระเบียบไม่แควนสิ่งของบริเวณฝ้าเพดาน หรือมีการติดผนังเท่าที่จำเป็นโดยไม่รกรุงรังหรือวางเปล่าจนเกินไป				
2.สีที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก สีทาบ้านของท่านไม่เป็นสีดำหรือสีโทนร้อน ที่ส่งผลกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกของเด็ก				
3.พื้นบ้านปลอดภัย พื้นบ้านของท่านเป็นพื้นที่สัมผัสแล้วรู้สึกไม่ลื่นไม่หยาบหรือไม่ขรุขระจนเกินไปหากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ท่านสามารถปรับเปลี่ยนโดยใช้วัสดุปูพื้นเช่นเสื่อน้ำมันพื้นไม้หรือกระเบื้องยางชนิดม้วนหนาได้หรือไม่				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
9.....				
10.....				

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็กอายุ 7 – ต่ำกว่า 12 ปี

การวิจัยเรื่อง : (ภาษาไทย) ผลของการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

(ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR MANAGEMENT PROGRAM IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

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

หนูชื่อ.....ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

หนูได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่หนูได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้

หนูได้อ่านเอกสารและปรึกษากับหมอ พยาบาล ผู้ดูแลหลัก หรือญาติ และเจ้าหน้าที่ในโครงการในส่วนที่หนูไม่เข้าใจและต้องการรู้เพิ่มเติมจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยหมอและพยาบาลได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนหนูพอใจ

หนูได้อ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย หนูมีความเข้าใจในผลประโยชน์และผลเสียที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับการรักษา กับแพทย์ในภายหลัง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนูทราบจากคุณหมอและพยาบาลว่าคุณหมอและพยาบาลจะไม่มีเก็บข้อมูลใด ๆ ของหนูเพิ่มเติม หลังจากที่หนูขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวหนูได้

.....ลงนามอาสาสมัครเด็กอายุ 7-12 ปี

(.....) ชื่อของอาสาสมัครเด็กตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรมผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อของผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก

โครงการวิจัยเรื่อง

(ภาษาไทย) ผลของการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

(ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR MANAGEMENT PROGRAM IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวที่อยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น ของ ด.ช./ด.ญ. ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ. เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด (ปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับ context ของโครงการวิจัย) ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่)

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว..... (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย)..... เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก
(.....)

ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก(ตัวบรรจง)

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลักกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ยินยอม

ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือของด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลัก

ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ดูแลหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





COA No. 09/2560

กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูลคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยความเหมาะสมหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ IC-H-GCP

- ชื่อโครงการ : ผลของการพยาบาลที่เน้นสิ่งแวดล้อมทางจิตต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- รหัสโครงการ : RI 011/60
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศุภรรัตน์ เกื้อยา
- สังกัดหน่วยงาน : นิติศาสตร์ปริชญ์กฎหมายบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิธีมอบหมาย : แบบเร่งด่วน
- รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ตามดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
- เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารขออนุญาตเข้าร่วมวิจัย
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(นางสาวศุภรรัตน์ เกื้อยา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(นางอัมพร แดงรสพิทักษ์)

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง : 24 เมษายน 2560

วันที่หมดอายุ : 23 เมษายน 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพิกุลทอง กัลยา เกิดวันที่ 6 มีนาคม 2522 สถานที่เกิด อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ทำงานที่กลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จ.กรุงเทพมหานคร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จบการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2545 กำลังศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

