

ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

The Effect of Behavior Therapy on Aggressive Behaviors of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*

กัญญาวีร์ บุญแสนันท์ (Kanyavee Boonsanu., RN)**

จินตนา ยูนิพันธุ์ (Jintana Yunibhand, Ph.D., RN)***

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare aggressive behavior of children with ADHD before and after using the behavior therapy, and 2) to compare aggressive behavior of children with ADHD using the behavior therapy and those who received regular caring activities. Forty of children with ADHD receiving services in outpatient department, Makarak Hospital, 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 the behavior therapy for 4 weeks, while the control group received regular caring activities. Research instruments were: 1) nurses' at manual for behavior therapy in children with ADHD. 2) a caretahers' manual for behavior therapy. 3) an aggressive behavior assessment scale, and 4) a caretahers' capability related to behavior therapy scale. All instruments

were content validated by a panel of 5 experts.

The reliability of the aggressive behavior assessment scale and the caretahers' capability related to behavior therapy. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. Aggressive behaviors of children with ADHD after using the behavior therapy was significantly less than that of before the treatment, at the .05 level.

2. Aggressive behavior of children with ADHD after receiveing behavior therapy was significantly less than those who received at the .05 level.

Keywords : behavior therapy/aggressive behavior/ children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)/caregiver/regular caring activities

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิ

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email : yuni_jintana@hotmail.com

สั้นก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดและเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นอายุ 4-9 ปี และผู้ดูแลหลัก ที่มารักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คู่ ได้รับการจับคู่ (matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองแบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) คู่มือพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล 2) คู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลหลัก 3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น 4) แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความสอดคล้องจากการสังเกตแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ .80 ค่าความเที่ยงแบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลหลักเท่ากับ .80 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ t-test

ผลการวิจัยที่สำคัญคือ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดน้อยกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) พฤติกรรม

ก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการพฤติกรรมบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรมีการเผยแพร่การนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้ในเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้กับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนและครู ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อร่วมกันดูแลเด็กให้เด็กได้รับการดูแลไปในแนวเดียวกัน

คำสำคัญ : พฤติกรรมบำบัด พฤติกรรมก้าวร้าว เด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลหลัก การดูแลตามปกติ

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยร้อยละ 3-10 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี โดยพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า (วินัดดาปิยะศิลป์, 2550) จากสถิติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่ามีเด็กสมาธิสั้นเข้ารับบริการในปี 2550 ถึง 2552 จำนวน 5,156, 5,671 และ 6,070 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 2550, 2551 และ 2552) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ตามข้อกำหนด DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) จำแนกโดยมีระดับของพัฒนาการทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความอดทนต่ออุปสรรคต่ำ หุนหันพลันแล่น วุ่นวายไม่สามารถรวบรวมสมาธิ ความตั้งใจและควบคุมตัวเองได้ จากอาการหลักของโรคสมาธิสั้นดังกล่าวข้างต้นทำให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตเหมือนเด็กปกติ เมื่ออยู่ในห้องเรียน มักจะรบกวนชั้นเรียน เนื่องจากการที่

ทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อน จะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) และเมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่อยากไปโรงเรียน เด็กจะรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Thomas & Smith, 2004 อ้างถึงในทัศน ทวีคุณ, 2552) ความซุกซนไม่อยู่นิ่งไม่อาจจะทำอะไรได้ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ ส่งผลกระทบต่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาทั้งที่บ้านและสังคมคือ ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่พบมากในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น กลไกการเกิดอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลว หรือมีการสูญเสียความเชื่อมั่นของตนเอง มีอารมณ์ผิดหวัง (สุมิตรา นิธิสินประเสริฐ, 2540) ในเด็กสมาธิสั้นเนื่องจากความบกพร่องของการควบคุมตนเอง และอาการหุนหันพลันแล่น โดยเด็กไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขปรับพฤติกรรม จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่พัฒนาความรุนแรงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ เกิดขึ้นหลายรูปแบบทั้งทางกายและทางวาจา (Frisch, 2002) ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กคือ ต่อต้านสังคม ดื้อยาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม และสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม และมีรายงานที่สนับสนุนว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเด็กยังคงแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) และในวัยผู้ใหญ่ (Barkley,

1990)

พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นสิ่งที่ทำให้พ่อแม่กังวลใจและอาจเกิดอันตราย ส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ต้องคอยควบคุมอาการต่างๆและจัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นถือได้ว่าเป็นภาระการดูแลที่สำคัญ (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) พบว่าผู้ดูแลหลัก มีความเครียดเรื่องการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวถึงร้อยละ 53.5 (Trangkassombat, 2008) และพบว่าผู้ปกครองขาดความรู้และทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (Anastopolos, 1998) ผู้ดูแลหลักถือว่ามียุทธวิธีที่ดีที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม เพราะผู้ดูแล คือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ผู้ดูแลทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป ไม่ต้องกังวลว่า จะทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี แต่ควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาวิธีการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก จึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลถือเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย อนันตพันธ์, 2540 ; Loukissa, 1995) การสอนผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม

ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; Hechtman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สมมติฐานที่จำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไข การนำผู้ดูแลมีส่วนร่วมจะทำให้เด็กได้รับการพัฒนาความสามารถและการปรับพฤติกรรมไม่เพียงประสงค์ที่ยั่งยืน (ภัทรภรณ์ กาบกลาง, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรม การรักษาเด็กสมมติฐานที่ได้ผลดี การใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสานสำหรับเด็กสมมติฐาน (Multi-Model treatment (MTA) study of ADHD) เด็กที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจะมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าเด็กที่ได้รับการรักษาเพียงอย่างเดียว (Bender, 1997) และในระยะยาวยังให้ผลดีว่าการให้ยาอย่างเดียวทั้งยังมีข้อดีคือช่วยให้เด็กใช้ยาน้อยลงและทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณเองสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้มากขึ้น (วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า, 2543) การรักษาด้วยยา Psycho stimulant ชนิดต่างๆ ช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น ลดอาการของสมมติฐาน และทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งได้มากขึ้น สามารถระงับอาการของเด็กที่มีอาการสมมติฐาน และมีพฤติกรรมไม่นิ่งได้ประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์ การใช้ยาไม่ได้ช่วยในการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (Shaywitz, 2002) ต้องใช้วิธีทางพฤติกรรมบำบัดเข้าช่วย เช่น การเพิ่มทักษะทางด้านสังคมให้เด็กให้ได้รับการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้เรื่องโรคสมมติฐานร่วมกับเทคนิคการปรับพฤติกรรมแก่ผู้ดูแลให้

มีส่วนร่วมจะช่วยให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2547)

พฤติกรรมบำบัดนั้นใช้มากเป็นอันดับหนึ่งในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก เป็นการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวกเพื่อสนับสนุนให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย จากการนำทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) มาใช้ในการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมของเด็กสมมติฐานจะช่วยให้เด็กได้รับการพัฒนาความสามารถและ พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยใช้การฝึกทักษะย่อยทีละทักษะซึ่งใช้ร่วมกับวิธีการให้เด็กเลียนแบบและมีการให้แรงเสริม (reinforcement) หรือรางวัลเพื่อให้เด็กทำทักษะนั้นๆ มากขึ้นเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้นมาแทน เนื่องจากเด็กได้มีการเรียนรู้ว่าผลของการกระทำ หรือว่าพฤติกรรมอะไรที่แสดงออกมาแล้วทำให้เด็กได้รับสิ่งที่พึงพอใจหรือสิ่งที่เป็นรางวัล เพราะฉะนั้นเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ อีกเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ หรือถ้าหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีแล้วได้รับสิ่งที่ไม่น่ารื่นรมย์ เช่น การนำออกไปจากสถานการณ์ (Time out) เด็กก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก วิธีการดังกล่าวมานั้นจะช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมมติฐานลดลง ลดความคับข้องใจของเด็กทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กลดลง

โรงพยาบาลมะการักษ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่ไม่มีจิตแพทย์ และแผนกจิตเวชเด็ก แต่ต้องรับผิดชอบและดูแลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้นไม่มีการบริการพยาบาลเฉพาะทาง ถ้าพบเด็กที่มีเรื่องพฤติกรรมที่ผิดปกติมีสมาธิสั้นจะพบกุมารแพทย์ตรวจทั่วไปที่คลินิกกุมาร จะส่งตัวไปโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เพื่อให้จิตแพทย์เด็กวินิจฉัยและรักษา เด็กที่ต้องรักษาตามอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลสามารถเลือกที่จะรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี หรือจะรับยาต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะการักษ์ไม่มีการบริการในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อเนื่อง ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงเลือกทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะการักษ์ เพื่อเป็นตัวแทนโรงพยาบาลทั่วไป ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยผู้ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยนี้คือ การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องสอนและพัฒนาทักษะด้านต่างๆ และปรับพฤติกรรมควบคู่กันไป ในทุกขั้นตอนของการทำกิจกรรม เพื่อให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้และเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม และการที่จะให้เด็กได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (นงพาง ลิมสุวรรณ, 2547; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2545) สิ่งที่สำคัญคือ การนำผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมเพราะเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้น ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข (ภัทรภรณ์ กาบกลาง, 2545) เพื่อให้เด็ก

ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ของเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ ที่มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลปฏิบัติการและชำนาญการพิเศษ ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญ ให้ความรู้ คำแนะนำ และการบริการที่มีระบบและมาตรฐาน ผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรักษาแบบการพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการนำพฤติกรรมบำบัดกับมาเพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มได้รับพฤติกรรมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดน้อยกว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้พฤติกรรมบำบัดของ Goodman & Scott (2005) จากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ปรับพฤติกรรมทันทีที่เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับ แนวคิดที่ใช้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือ ให้การดูแลเด็กพร้อมๆ กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การให้ความรู้ และการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ดูแลขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติของผู้บำบัดและผู้ดูแลหลักเป็นไปในทางเดียวกันนี้จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ง่ายไม่สับสน ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นน้อยลง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลจะทำการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อน และผลที่ตามมาของพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลักภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้ โดยพยาบาลวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลและโดยผู้ดูแลหลักที่บ้าน ซึ่งมีเงื่อนไขที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมดังนี้ คือ เทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวกเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และการนำออกไปจาก

สถานการณ์เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเด็กสมาธิสั้นอายุ 4 - 9 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) ตามข้อวินิจฉัยของ DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ มีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อทดลอง ด้วยการจับคู่ เด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก (Matched-pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ เพศ จากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่ โดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นเด็กสมาธิสั้นอายุ 4-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เป็นเด็กสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) ตามข้อวินิจฉัยของ DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) มีประวัติจากเวชระเบียนที่ระบุว่ามีพฤติกรรม

ก้าวร้าวหรือผู้ดูแลหลักให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นร่วมด้วยเช่น cerebral palsy เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้น เป็นผู้ที่เฝ้าอยู่กับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็ง และผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและสอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยมีการอธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดในการทำวิจัยและไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่หรือระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และผลการดำเนินงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และสามารถปฏิเสธและแจ้งออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นได้แก่ อายุ บุตรคนที่ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น พัฒนาจาก Overt Aggression Scale ของ Stuart Yudofsky (1986) โดย กชพงศ์ สารการ

(2542) ลักษณะของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมากแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง ข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย ข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น ข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น จู่โจม ทำร้ายตนเอง / ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง ข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น ข้อละ 6 คะแนน

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล

2.2 คู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลหลัก

คู่มือพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของแนวปฏิบัติพฤติกรรมบำบัด และคู่มือการจัดกิจกรรม สร้างคู่มือโดยมีแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ของ Goodman & Scott (2005) พัฒนาขึ้นจนได้แนวปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดเด็กสมาธิสั้นวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับ

พยาบาลวิชาชีพ ในการทำพฤติกรรมบำบัดเด็กสมาธิสั้นโดยส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่องจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยมีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลจะทำการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อน และผลที่ตามมาของพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับ ผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยมีเนื้อหา เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด ผู้วิจัยพัฒนาจนได้รูปแบบเนื้อหา ที่เหมาะสมกับผู้ดูแล โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่ายเรื่องโรคสมาธิสั้น ความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก เน้นการมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลและโดยผู้ดูแลหลักที่บ้านและติดตามผู้ดูแลหลักในการใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังมีเงื่อนไขที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมดังนี้คือเทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวกเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และการนำออกไปจากสถานการณ์เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบวัดการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 4 เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการสร้างแบบการให้คะแนน วัดความสามารถของผู้ดูแลหลักที่บ้านในการใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยครอบคลุมเนื้อหาในคู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแลหลัก มีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ โดยระบุวิธีการประเมิน ดังนี้ (1) หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ (2) หมายถึงไม่สามารถปฏิบัติได้ (ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ระบุปัญหาและสาเหตุ)

เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนรวมแบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก ต้องมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลเด็กใช้เทคนิคพฤติกรรมบำบัดที่บ้านค่อนข้างดี ถ้าคะแนนรวมไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้นจะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการตามแนวปฏิบัติ จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงเด็กและวัยรุ่น 3 ท่าน

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ภายหลังผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือพฤติกรรมบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

ได้ค่า CVI .86 และแบบวัดการปฏิบัติพฤติกรรม บำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลักได้ ค่า CVI .80

2. หาคความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถพฤติกรรมบำบัดในสมาธิสั้น ที่บ้านของผู้ดูแลหลัก ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาคความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) ของผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย .88 และผู้วิจัยกับผู้ดูแลหลัก ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของการสังเกต .87 หลังจากนั้นนำมาทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็ง จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปแก้ไข ปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากที่สุดก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการวิจัย** ผู้วิจัยทำหนังสือการขอจริยธรรมการวิจัย เตรียมเครื่องมือ การเตรียมผู้วิจัย การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ท่าน การเตรียมผู้ดูแลหลักและการ

เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินกิจกรรมต่างๆ

2. **ขั้นการทดลอง** จะคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือเด็กสมาธิสั้น อายุ 4-9 ปี ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็ง เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือผู้ดูแลหลักให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวและผู้ดูแลหลัก โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ เพศ อายุ ของเด็กสมาธิสั้นจำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ละคู่จนครบ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

กลุ่มทดลอง จะได้รับการใช้พฤติกรรมบำบัดตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อน และผลที่ตามมาของพฤติกรรมโดยผู้วิจัยขณะที่เด็กเข้าร่วม กิจกรรมการพัฒนาทักษะการเข้ากลุ่มสัมพันธ์ ที่จัดโดยพยาบาลผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 15 นาที สัปดาห์ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลักภายใต้การช่วยเหลือ และให้ความรู้โดยพยาบาล ผู้วิจัย โดยจัดผู้ดูแลหลักเป็นกลุ่มๆ ละ 5-10 คน ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ความสำคัญกระบวนการปรับพฤติกรรมและการใช้พฤติกรรมบำบัดที่บ้าน จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคล (การใช้แรงเสริมทางบวก และการนำออกไปจากสถานการณ์) โดยพยาบาลผู้วิจัยและผู้ดูแลหลักขณะทำกลุ่มกิจกรรมการพัฒนาทักษะทางสังคม เมื่อพบพฤติกรรมก้าวร้าว หรือ

พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เป็นรายบุคคลตามเงื่อนไข การเสริมแรงทางบวก และการนำออกไปจากสถานการณ์และสนับสนุนผู้ดูแลหลักในการใช้พฤติกรรมบำบัดที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น ที่แผนกผู้ป่วยนอกและให้ผู้ดูแลหลัก ประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นซึ่งประกอบด้วย ความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการมีพฤติกรรมนั้น ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ดูแลหลักเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลหลักพาผู้ป่วยมาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Post-test) อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยจะใช้แบบวัดความสามารถการปฏิบัติพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของผู้ดูแลหลัก ที่เข้าร่วมในการวิจัย หลังสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 4

2. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ให้ผู้ดูแลหลักทำการสังเกตและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง(Pre-test) และผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ดูแลหลักเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลส่งประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 (Post-test)

กลุ่มทดลอง ให้ผู้ดูแลหลักทำการสังเกตและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง(Pre-test) และเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 (Post-test)

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบเพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวพบมากในเพศชายอายุ 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์ (2550) ในปฏิบัติการเด็กสมาธิสั้นในตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะพบมาก ร้อยละ 3-10 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี โดยพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า

ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าลักษณะ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หย่าร้าง/หม้าย คิดเป็นร้อยละ 42.5 และจบประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.5 และพบว่าผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นญาติมากกว่าบิดา/มารดา

ร้อยละ 60

1. จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัด พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดพฤติกรรม

ก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุม พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ระดับคะแนนไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
หลังการทดลอง	4.50	2.140	19	4.360	.00
ก่อนการทดลอง	7.95	2.820			
กลุ่มควบคุม					
หลังการทดลอง	10.00	2.956	19	-1.593	.06
ก่อนการทดลอง	11.45	2.800			

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ภายหลังการทดลอง พฤติกรรม

ก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=40)

คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มได้รับพฤติกรรมบำบัด	7.950	2.820	38	2.245	.015
กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ	10.00	6.930			
หลังการทดลอง					
กลุ่มได้รับพฤติกรรมบำบัด	4.500	2.140	38	5.520	.00
กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ	11.45	2.800			

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับพฤติกรรมบำบัดหลังการใช้ พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับ พฤติกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมบำบัดมีส่วนช่วยให้ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลง

2. จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงกว่าเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมบำบัดช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุของเด็กสมาธิสั้น และเพศของผู้ดูแล ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้ พฤติกรรมบำบัดทั้ง 3 ขั้นตอนซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการวิจัยนี้การที่ผู้วิจัยได้ใช้พฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ปรับพฤติกรรมทันทีที่เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร่วมกับเป็นแนวคิดที่ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม

(Holistic care) คือให้การดูแลเด็กพร้อมๆ กันทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) ที่ได้ทำการศึกษากการใช้ พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลอุบลราชธานีโดยกลุ่มตัวอย่างคือเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงหลังได้รับการปรับพฤติกรรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการบำบัดแก้ไขพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ADHD ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญอย่างมาก ในการบำบัดเพราะเด็กส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านกับพ่อแม่ ดังนั้นการพัฒนาความสามารถของ บิดามารดา/ผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงดูเด็กควบคู่กับการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวและเสริมความสามารถและการปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ทั้งนี้การบำบัดพฤติกรรมของบิดามารดาต้องเป็นไปตามทิศทางเดียวกันกับของผู้บำบัด ดังนั้นการให้ความรู้และพัฒนาความสามารถในการบำบัด พฤติกรรมของผู้ดูแลหลักจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ในการปฏิบัติการพยาบาล

การปรับพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ดูแลหลัก ขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติของผู้บำบัดและผู้ดูแลหลักเป็นไปในทางเดียวกันนี้จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ง่ายไม่ สับสน ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ลดลงได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับชาญวิทย์ พรนภดล (2546) และ Hechtman (2005) ที่

กล่าวว่าการสอนผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียวและสอดคล้องกับภัทรภรณ์ กาบกลาง (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สมาริสันที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขการนำผู้ดูแลมีส่วนร่วมจะทำให้เด็กได้รับการพัฒนาความสามารถและการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาริสัน และอบรมการใช้โปรแกรมการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาริสัน ให้กับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน และครู ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาริสัน เพื่อร่วมกันดูแลเด็กให้ได้รับการดูแลไปในแนวเดียวกัน

2. ควรมีการปรับโปรแกรมการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาริสัน ให้เหมาะสมเป็นกลุ่มตามพัฒนาการเด็ก แต่ละอายุ เพราะเด็กแต่ละวัยจะมีการเรียนรู้พัฒนาการ และเกิดปัญหาความรุนแรงทางพฤติกรรมต่างกัน

3. ในด้านการปฏิบัติพยาบาลควรมีการประยุกต์โปรแกรมการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กโรคลกลุ่มอื่น

4. ในด้านการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาถึงปัจจัยและสาเหตุใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กกลุ่มเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รศ.ดร.ไข่มุก วิเชียรเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน เพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลมะการักษ์ทุกคน ครอบครัวที่เข้าใจ ให้การสนับสนุน เอื้ออาทรในทุกเรื่อง ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษา และในการวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศความดีแด่บุพการีที่ล่วงลับไปแล้ว และเด็กสมาริสันผู้ดูแลหลักทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยให้มีสุขภาพกายสุขภาพใจที่สมบูรณ์

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กษพงศ์ สารการ. (2542). *พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). *การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริม สุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช Mental Health promotion and Psychiatric Nursin หน่วยที่ 8-10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2546). *มารู้จักและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ*. กรุงเทพฯ: บริษัทแจนเช่น ซีแอล.
- คลฤดี แคนน้ำชู. (2549). *ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนาวาทิวน. (2552). พฤติกรรมรุนแรงในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวช*, 23(1), 1-19.
- ทัศนียอนันตพันธ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย: บทความวิชาการ. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 22(2), 110-116.
- ทศพร พรหมประเสริฐ. (2550). การศึกษาการพยาบาลที่เน้นพฤติกรรมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กออทิสติกโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์วัลย์ สุทิน. (2539). *การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนวัยรุ่นโดยรูปแบบการปรับพฤติกรรมด้วยปัญญา*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุขุฎิบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นางพาง ลิมสุวรรณ. (2547). *โรคสมาธิสั้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทรภรณ์ กาบกลาง. (2545). *ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). Attention deficit hyperactivity disorder. *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า. (2543). *ผลของการจัดกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กสมาธิบกพร่องอายุ 9-12 ปี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ. (2549). *การศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์*. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *ช่วยลูกออทิสติกพิมพ์ครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาษาอังกฤษ**
Anastopoulus, A. D., Smith, J. M., & Wien, E. E. (1998). Counseling and Training Parents, Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *A handbook for Diagnosis and treatment* (2nd ed.). London. pp. 373- 393.

- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial Treatment for Attention-deficit-Hyperactivity Disorder Children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Bandura. (1986). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Buss, A.H. (1961). *The Psychology of Aggression*. New York: Wiley.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (4th ed.). New York: W.B. Saunders.
- Fabiano, G.A., Pelham Jr, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Chronis-Tuscano, A. & O'Conner, B. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Frisch, L.E. and Frisch, N.C. (2000) *Psychiatric Mental Health Nursing*. Kansas: Delmar.
- Goodman, R. and Scott, S. (2005). *Child Psychiatry*. Victoria, AU: Blackwell Publishing Ltd. Chapter 35, 273-280.
- Shaywitz, B.A., Fletcher, J.M., Shaywitz, S.E. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Current Treatment Options in Neurology*, 3, 229-236.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. The Free Press. New York.
- Stan o'Dell. (1974). Training Parents in behavior modification : A review. *Psychological Bulletin*, 81, 7, 418-433.
- Susan, B. (2000). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and its deceivers*. Curr Problem Pediatric.
- Yodofsky, S., Silver, J.M., & Jackson, W. (1986) The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143 (1), 35-39.