สำนักงานวิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ร้อยละ 3-10 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี โดยพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) จากสถิติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่ามีเด็กสมาธิสั้นเข้ารับบริการในปี 2550 ถึง 2552 จำนวน 5,156, 5,671 และ 6,070 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 2550, 2551และ 2552) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตามข้อกำหนด DSM IV จำแนกโดยมีระดับของพัฒนาการทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความอดทนต่ออุปสรรคต่ำ หุนหันพลันแล่น วุ่นวาย ไม่สามารถรวบรวมสมาธิ ความตั้งใจและควบคุมตัวเองได้ จากอาการหลักของโรคสมาธิสั้นดังกล่าวข้างต้นทำให้เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตเหมือนเด็กปกติ เมื่ออยู่ในห้องเรียน มักจะรบกวนชั้นเรียน เนื่องจากการที่ทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อน จะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) และเมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่อยากไปโรงเรียน เด็กจะรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ (Thomas & Smith, 2004 อ้างถึงในทัศนา ทวีคูน, 2552) ความซุกซนไม่อยู่นิ่งไม่อาจจะทนอะไรได้ ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ ส่งผลกระทบต่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาทั้งที่บ้าน ครอบครัว และสังคม คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่พบมากในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น กลไกการเกิดอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังไว้ล้มเหลว หรือมีการสูญเสียความเชื่อมั่นของตนเอง มีอารมณ์ผิดหวัง (สุมิตรา นิธิสินประเสริฐ, 2540) ในเด็กสมาธิสั้นเนื่องจากความบกพร่องของการควบคุมตนเอง และอาการหุนหันพลันแล่น โดยเด็กไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขปรับพฤติกรรมจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่พัฒนาความรุนแรงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ เกิดขึ้นหลายรูปแบบทั้งทางกายและทางวาจา (Frisch, 2002) ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กคือ ต่อต้านสังคม ติดยาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม และสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม และมีรายงานที่สนับสนุนว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเด็กยังคงแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) และในวัยผู้ใหญ่ตามมา (Barkley, 1990)

พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นสิ่งที่ทำให้พ่อแม่ กังวลใจและอาจเกิดอันตราย ส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ต้องคอยควบคุมอาการต่างๆและจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ถือได้ว่าเป็นภาระการดูแลที่สำคัญ (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) พบว่าผู้ดูแลหลัก มีความเครียดเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นถึงร้อยละ 53.5 (Trangkasombat, 2008) และพบว่าผู้ปกครองขาดความรู้และทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (Anastopolos, 1998) แต่พบว่า ผู้ดูแลหลักถือว่ามีอิทธิพลที่สุดมีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม เพราะผู้ดูแล คือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ผู้ดูแลทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป ไม่ต้องกังวลว่าจะทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี แต่ควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาวิธีการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก จึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลถือเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย์ อนันตพันธ์, 2540 ; Loukissa, 1995) การสอนผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; Hechtman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข การนำผู้ดูแลมามีส่วนร่วมจะทำให้เด็กได้รับการพัฒนาความสามารถและการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ยั่งยืน (ภัทราภรณ์ กาบกลาง, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรม การรักษาเด็กสมาธิสั้นที่ได้ผลดี การใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสานสำหรับเด็กสมาธิสั้น (Multi-Model treatment (MTA) study of ADHD) เด็กที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจะมีการเปลี่ยนแปลงดีกว่าเด็กที่ได้รับการรักษาเพียงอย่างเดียว (Bender, 1997) และในระยะยาวยังให้ผลดีกว่าการให้ยาอย่างเดียว ทั้งยังมีข้อดีคือช่วยให้เด็กใช้ยาน้อยลงและทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้มากขึ้น (วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า, 2543) การรักษาด้วยยา Psycho stimulant ชนิดต่างๆช่วยให้อาการของโรคดีขึ้นลดอาการของสมาธิสั้นและทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งได้มากขึ้นขึ้น สามารถระงับอาการของเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและมีพฤติกรรมไม่นิ่งได้ประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์ การใช้ยาไม่ได้ช่วยในการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว (Shaywitz, 2002) ต้องใช้วิธีทางพฤติกรรมบำบัดเข้าช่วย เช่นการเพิ่มทักษะ

ทางด้านสังคมให้เด็ก ให้ได้รับการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นร่วมกับเทคนิคการปรับพฤติกรรมแก่ผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมจะช่วยให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2547)

พฤติกรรมบำบัดนั้นใช้มากเป็นอันดับหนึ่งในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก เป็นการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย จากการนำทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) มาใช้ในการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นจะช่วยให้เด็กได้รับการพัฒนาความสามารถและ พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น โดยใช้การฝึกทักษะย่อยทีละทักษะซึ่งใช้ร่วมกับวิธีการให้เด็กเลียนแบบและมีการให้แรงเสริม (reinforcement) หรือรางวัลเพื่อให้เด็กทำทักษะนั้นๆ มากขึ้นเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้นมาแทน เนื่องจากเด็กได้มีการเรียนรู้ว่าผลของการกระทำหรือว่าพฤติกรรมอะไรที่แสดงออกมาแล้วทำให้เด็กได้รับสิ่งที่พึงพอใจหรือสิ่งที่เป็นรางวัล เพราะฉะนั้นเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำๆอีกเพื่อให้ได้รับสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ หรือถ้าหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีแล้วได้รับสิ่งที่ไม่น่ารื่นรมย์ เช่น การนำออกไปจากสถานการณ์ (Time out) เด็กก็ จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก วิธีการดังที่กล่าวมานั้นจะช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลงลดความคับข้องใจของเด็กทำให้ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กลดลง

โรงพยาบาลมะการักษ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่ไม่มีจิตแพทย์และแผนกจิตเวชเด็ก แต่ต้องรับผิดชอบและดูแลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้นไม่มีการบริการพยาบาลเฉพาะทาง ถ้าพบเด็กที่สงสัยเรื่องพฤติกรรมที่ผิดปกติ มีสมาธิสั้นจะพบกุมารแพทย์ตรวจทั่วไปที่คลินิคกุมาร จะส่งตัวไปโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เพื่อให้จิตแพทย์เด็กวินิจฉัยและรักษา เด็กที่ต้องรักษาทานยาต่อเนื่อง ผู้ดูแลสามารถเลือกที่จะรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี หรือจะรับยาต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกกุมาร ไม่มีการบริการในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อเนื่อง ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทยที่มีอยู่เป็นจำนวน ผู้วิจัยจึงเลือกทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะการักษ์ เพื่อเป็นตัวแทนในระบบบริการการดูแลเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลทั่วไป ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ผู้วิจัยผู้ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยนี้คือ การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องสอนและพัฒนาทักษะด้านต่างๆและปรับพฤติกรรมควบคู่กันไปในทุกขั้นตอนของการทำกิจกรรม เพื่อให้เด็กได้เกิดการเรียนรู้และเกิดพฤติกรรมที่

เหมาะสม และการที่จะให้เด็กได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2547; วินัดดา ปียะศิลป์, 2545) สิ่งที่สำคัญคือการนำผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมเพราะเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้น ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข (ภัทราภรณ์ กาบกลาง, 2545) เพื่อให้เด็กได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ของเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ แต่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิ ที่มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลปฏิบัติการและชำนาญการพิเศษ ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญ ให้ความรู้ คำแนะนำ และการบริการที่มีระบบและมาตรฐาน ผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรักษาแบบการพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการนำพฤติกรรมบำบัดกับมาเพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการได้รับพฤติกรรมบำบัดจะน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดหรือไม่

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมบำบัด

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มได้รับพฤติกรรมบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมการรักษาเด็กสมาธิสั้น การใช้ยาไม่ได้ช่วยในการปรับพฤติกรรม และเพิ่มทักษะทางด้านสังคมให้เด็ก สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าการรักษาที่ได้ผลดีคือรูปแบบการรักษาแบบร่วมสำหรับเด็ก สมาธิสั้น (Multi - Treatment Model (MTA) study of ADHD) คือการรักษาด้วยยาร่วมกับการใช้บำบัดทางพฤติกรรมบำบัด การฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นร่วมกับการสาธิตเทคนิคการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวแก่ผู้ดูแลหลักจะช่วยให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง ขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และเพื่อให้

หอสมุดกลาง สำนักงานวิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การปฏิบัติของผู้บำบัดและผู้ดูแลหลักเป็นไปในทางเดียวกันนี้จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ง่ายไม่สับสน จะส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลง การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ร่วมกับเทคนิคการปรับพฤติกรรมแก่ผู้ดูแลหลัก จะช่วยให้เด็กได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเหมาะสมและยั่งยืน (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2547; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550)

ดังนั้นผู้วิจัย จึงใช้พฤติกรรมบำบัดมาบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นเนื่องจากเป็นเทคนิคที่ใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กเป็นอันดับหนึ่ง โดยนำเอาหลักของพฤติกรรมบำบัดตามขั้นตอนของ Goodman & Scott (2005) ซึ่งใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับ เป็นแนวคิดที่ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม (Holistic care) คือ ให้การดูแลเด็กพร้อมๆกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ดูแลขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ ที่จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่น และจากการที่ผู้ดูแลหลักขาดความรู้และทักษะ(Anastopolos, 1998) การสอนผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; Hechtman, 2005) จึงมีการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นร่วมกับเทคนิคการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวแก่ผู้ดูแลหลักจะช่วยให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง ขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติของผู้บำบัดและผู้ดูแลหลักเป็นไปในทางเดียวกันนี้จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ง่ายไม่สับสน ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นลดลง

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดลดลงกว่าพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยทำการทดลองที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 – 9 ปี ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กตาม DSM IV เป็นโรคสมาธิสั้น มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นร่วมด้วย

ผู้ดูแลหลัก ที่เป็นบิดา มารดา หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปีและผู้ดูแลหลักที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะการักษ์ เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 40 คนโดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ เพศ อายุ ของเด็กและเพศของผู้ดูแลหลักจำนวน 40 คู่ โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนครบ 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ และกลุ่มควบคุม 20 คู่

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมบำบัด หมายถึงกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ต่อเด็ก สมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กสมาธิสั้นเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการช่วยให้เด็กได้เรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์นี้ทดแทนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาตามเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวกและ การนำออกจากสถานการณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการปฏิบัติตามขั้นตอนแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) โดยออกแบบการพยาบาลเป็น 2 ระยะคือ ระยะเตรียมการประกอบด้วยการปฏิบัติ 2 ขั้นตอน และระยะการทดลองใช้พฤติกรรมบำบัดโดยพยาบาลและผู้ดูแลหลักประกอบด้วยการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ดังมีสังเขปการปฏิบัติดังนี้

<u>ระยะเตรียมการใช้พฤติกรรมบำบัด</u>

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยพยาบาลผู้ช่วยบำบัดจะทำการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อนและผลที่ตามมาของพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก ภายใต้การสอนและสาธิตของพยาบาลผู้บำบัดแบบเน้นการมีประสบการณ์ตรงเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 6-7 คนเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น ความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก และมีความสามารถในการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านด้วยเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวก และ การนำออกจากสถานการณ์

ระยะการทดลองใช้พฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง ก่อนการปฏิบัติในขั้นตอนที่ 3 โดยพยาบาลจะทำการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าว ลักษณะ ความถี่และความรุนแรงที่เด็กแสดงออก รวมทั้งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นก่อน และผลที่ตามมาของพฤติกรรมขณะที่เด็กเข้าร่วมกลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มละ 6-7 คน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการบำบัดของผู้ดูแลหลัก ภายใต้การช่วยเหลือและให้ความรู้โดยพยาบาล เรื่องโรคสมาธิสั้นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเด็ก เน้นการมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคลกับเด็กด้วยเทคนิคการใช้แรงเสริมทางบวกและการนำออกไปจากสถานการณ์ เป็นกลุ่มๆละ 6-7 คน ครั้งๆละ 30 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลและผู้ดูแลหลักที่บ้านและติดตามผู้ดูแลหลักในการใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นเวลา 3 สัปดาห์

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น หมายถึงการแสดงออกของเด็กสมาธิสั้น ที่กระทำต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบให้ตนเอง และผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และหรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆเสียหาย เป็นพฤติกรรมทางสังคมทั้งทางตรง และทางอ้อม พฤติกรรมก้าวร้าว ดังกล่าวเป็นพฤติกรรมทางกายและวาจา ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจาได้แก่ พูดคำหยาบ ด่าว่าผู้อื่น พูดสบถสาบาน พูดจา ดูหมิ่นต่อว่า ข่มขู่ โต้เถียงโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ การหยิก ตี ข่วน ชกต่อย ตบหน้า ขวางทางเดิน ขว้างปาสิ่งของให้เสียหาย ขีดเขียนโต๊ะเก้าอี้ ฝาหนังหรือสิ่งต่างๆ ให้สกปรกเลอะเทอะ เป็นต้น

ในการวิจัยนี้มีการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นโดยผู้ดูแลหลัก ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ พัฒนามาจาก Overt Aggressive Scale ของ Stuart Yudofsky เนื่องจากมีความเหมาะสมและมีความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกที่ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ และลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในแบบประเมินก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่แสดงออก นอกจากนี้ยังทำให้เห็นถึงระดับ

ความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก จากผลรวมของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น แต่ละข้อมีการกำหนดค่าคะแนนไว้อย่างชัดเจน

ลักษณะของแบบประเมินประกอบ ด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งตามลักษณะความรุนแรง จากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน

ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบ ด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แช่งด่าหยาบคาย ขีดเขียนโต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง คว้าเสื้อผ้าผู้อื่น หากพบพฤติกรรมให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรงอย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น จุดไฟเผา ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นเกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน

โดยให้ผู้ดูแลหลักสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์การวัดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เป็นการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบเป็นความถี่ บันทึกลงในแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นตรงตามรายละเอียดในแต่ละข้อและนำความถี่ที่ได้ มาคูณระดับความรุนแรงของแต่ละข้อนั้น จะได้คะแนนความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก การแปลผล ถ้าคะแนนรวมมากแปลว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวความรุนแรงมาก

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 6 – 9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กตาม DSM IV ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) และไม่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นร่วมด้วย มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

การดูแลตามปกติ หมายถึงกิจกรรมที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จัดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เป็นรายบุคคล เพื่อให้บริการกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย การซักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน และการมาตรวจตามนั

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการการดูแลเด็กสมาธิสั้นแผนกผู้ป่วยนอกสำหรับพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นที่ดีตามมา

2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิต สาขาจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลเด็กสมาธิสั้นแผนกผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นแผนกผู้ป่วยนอกมีการคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

3. เป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมการดูแลเด็กสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอก