

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มเด็ก จัดเป็นโรคเรื้อรัง จำแนกโดยมีระดับของพัฒนาการทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความอดทนต่ออุปสรรคต่ำ หุนหันพลันแล่น วุ่นวายกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง ไม่สามารถรวบรวมสมาธิและความตั้งใจในการทำงานได้ (American Psychiatric Association (APA), 2000 อ้างถึงใน Cormier, 2008; Goodman & Scott, 2005) จากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตเด็ก จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัว และการเข้าสังคมตามมา (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550)

ตามข้อกำหนดของ Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV) จะพบโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 3-7 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-9 ปี พบได้บ่อยในเมือง และในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมต่ำ มีหลายรายงานที่สนับสนุนว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเด็กยังคงแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น โดยพบในเด็กเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550; Faraone et al., 2003) จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่ามีเด็กสมาธิสั้นเข้ารับบริการเป็นอันดับ 2 รองจากโรคออทิสติก และในปี 2550 - 2552 พบเด็กสมาธิสั้นจำนวน 5,156, 5,671 และ 6,070 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาล ยูวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2550, 2551 และ 2552) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น จากอาการหลักของโรคสมาธิสั้นดังกล่าวข้างต้นทำให้เด็กสมาธิสั้นเหล่านี้ไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้เหมือนเด็กปกติ มักจะรบกวนชั้น และเมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่ยอมไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Thomas & Smith, 2004 อ้างถึงใน ทศนา ทวีคุณ, 2552; Frisch & Frisch, 2002)

ปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว และสังคม คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่น เนื่องจากความบกพร่องของการควบคุมตนเอง และอาการหุนหันพลันแล่น โดยเด็กไม่สามารถแสดงความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ออกมาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขปรับพฤติกรรม และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการแสดงออกของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พัฒนาความรุนแรงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ (Frisch & Frisch, 2002)

ปัญหาความก้าวร้าวที่เกิดขึ้นเพราะเด็กมีความรู้สึกเป็นปรปักษ์กับสังคม ในเด็กวัยเรียนมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญขึ้น 2 ประการคือประการแรกเด็กต้องใช้เวลาครึ่งหนึ่งของเวลาตื่นอยู่ที่โรงเรียนปราศจากการปกป้องจากครอบครัว และประการที่สองเด็กเริ่มมีความสัมพันธ์กับคนภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อน ครู เวลาส่วนใหญ่จะอยู่กับเพื่อนฉะนั้นทัศนคติของเพื่อนที่มีต่อเด็กจะมีผลต่อเด็กเป็นอย่างมาก เด็กสมาธิสั้นที่มีอาการหุนหันพลันแล่น จะมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ เมื่อไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนวัยเดียวกันเกิดความคับข้องใจ แสดงความก้าวร้าวออกมาได้ง่าย หรืออาจใช้รูปแบบการทำตัวเป็นนักเลงคบเด็กที่เล็กกว่า เพื่อให้ตัวเองรู้สึกเป็นใหญ่กลบความรู้สึกค้อยของตัวเอง

ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้นต่อไป คือจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้านสังคม คิดยาเสพติด เป็นอันตรายต่อปัญหาอาชญากรรม และสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม มีการศึกษาผู้ป่วยสมาธิสั้น ในวัยผู้ใหญ่ พบว่า มีปัญหาต้องพบตำรวจเรื่องปัญหาทำผิดกฎหมาย ร้อยละ 25 ทำผิดเรื่องทำร้ายร่างกายผู้อื่น ร้อยละ 20 และยังพบปัญหาด้านจิตใจ โดยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 5 พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10 มีปัญหาการใช้สารเสพติด ร้อยละ 12 และมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังพบว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำกว่าคนปกติ (Barkley, 1990) จากการศึกษา ผู้ปกครองที่พาเด็กสมาธิสั้นมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีปัญหาเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าว และคือต่อต้านของเด็กถึงร้อยละ 53.5 (Trangkasombat, 2008) ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมคือต่อต้าน มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดู และการที่ผู้ปกครองขาดทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (Anastopolos et al., 1998)

จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยจำเป็นต้องได้รับยาควบคุมสมาธิ เพื่อให้การเรียนรู้ของเด็กเป็นไปอย่างปกติตามพัฒนาการ และในส่วนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นปัญหาจำเป็นต้องใช้การปรับพฤติกรรมร่วมในการบำบัดอย่างสม่ำเสมอควบคู่กัน เนื่องจากโรคสมาธิสั้นต้องได้รับการวินิจฉัย และรับการรักษาจากจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางพิเศษ และรูปแบบการให้บริการบำบัดทางพฤติกรรมจะมีเฉพาะในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิโดยผู้มีความชำนาญที่ได้รับการฝึกฝนแล้ว ในปัจจุบันมีการพบ และวินิจฉัยว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมากทำให้รูปแบบบริการไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งปัญหาในการเดินทางที่ห่างไกล เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เป็นภาระกับครอบครัว ทำให้มีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพการให้บริการเพิ่มเติมเพื่อรองรับความต้องการของผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลระดับรองลงมา

คงจะเห็นได้ว่าจากสถิติโรงพยาบาลนภักดิ์ ปี พ.ศ. 2551-2552 ที่เริ่มเปิดให้บริการคลินิก เฉพาะทางด้านนี้จึงพบผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ารับการรักษา จำนวน 70 ราย และ 90 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลนภักดิ์, 2551, 2552) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทาง โรงพยาบาลนภักดิ์ ได้จัดให้มีจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นเพื่อให้การวินิจฉัย และรักษาด้วยยาควบคุม สมาธิแก่เด็ก สมาธิสั้นเพื่อให้สามารถเรียนในโรงเรียนเช่นเดียวกับเด็กปกติได้ แต่ยังคงพบเด็กสมาธิ สั้นที่มีปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นปัญหาสำคัญที่มักพบในเด็กสมาธิสั้นอยู่ จากการสุ่มเวชระเบียน 40 ราย พบมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางวาจาและกายรวมกัน 21 ราย เนื่องจากทางโรงพยาบาลยังไม่มีบริการพยาบาลที่ครอบคลุม การบำบัดในรูปแบบกิจกรรมที่ เฉพาะเจาะจง เพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย การบริการพยาบาลที่ให้ในปัจจุบันคือ การแนะนำผู้ปกครองเรื่องการมารับการตรวจรักษาตามนัด การรับประทานยาอย่างถูกวิธี รวมถึง การสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา

ผู้ศึกษาจึงเห็นความจำเป็นสำคัญที่ต้องศึกษารูปแบบการให้บริการเฉพาะในการแก้ปัญหา พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลเป็นไปอย่างครอบคลุมความต้องการ ของผู้รับบริการ ที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง เด็ก และครอบครัวไม่เสียโอกาสที่จะได้รับ การบริการเฉพาะทางที่ช่วยให้พัฒนาการทางพฤติกรรมเป็นไปอย่างเหมาะสมตามวัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เป็นการ บำบัดรักษาที่ได้ผลดีที่สุด โดยเฉพาะพฤติกรรมบำบัดในการแก้ไขปัญหาวินัยก้าวร้าว ร่วมกับการ ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และเทคนิคการปรับพฤติกรรมแก่ครอบครัวให้มีส่วนร่วมจะช่วยให้ เด็กได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเหมาะสม (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2547; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) และวิจัยรูปแบบทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบด้วย Meta-analysis พบว่า Behavior modification ถือเป็น การรักษา ADHD ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถลดพฤติกรรม ก้าวร้าวได้ (Fabiano et al., 2009)

พยาบาลจิตเวชผู้มีความรู้มีความสามารถและมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย ที่มีความซับซ้อน ซึ่งในการศึกษานี้คือเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้รับ การปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น เรียนรู้ที่จะระบายความ โกรธออกมาอย่างเหมาะสม เสริมความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองรับรู้ข้อดีของ ตนเองพูดถึงตัวเองในแง่บวก และมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม สามารถถามใน สิ่งที่ตนเองข้องใจ มีพัฒนาการ ด้านพฤติกรรมเป็นปกติที่สุด สามารถพัฒนาศักยภาพของตนได้ อย่างเต็มความสามารถของเด็กแต่ละคน พยาบาลจึงมีหน้าที่ และบทบาทสำคัญในเรื่อง การให้บริการพยาบาลในการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กโดยตรง และสอนให้ครอบครัวมีความรู้

เรื่อง โรคสมาธิสั้น เรื่องหลักพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม สามารถนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็ก ให้เหมาะสมเมื่ออยู่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง (Frisch & Frisch, 2002)

เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ Piaget เรียกว่า “ปฏิบัติการด้านรูปธรรม” ซึ่งทำให้เด็กวัยนี้มีมโนทัศน์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้น นอกจากนั้นเด็กวัยนี้ยังเข้าใจ และปฏิบัติตามกฎกติกาที่คนอื่นตั้งไว้ จึงเป็นวัยที่เหมาะสมในการอบรมเด็กให้มีทักษะ และความรู้ที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นในเด็กวัยเรียนครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก จึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย์ อนันตพันธ์, 2540 ; Loukissa, 1995) การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในเด็กสมาธิสั้นให้ลดพฤติกรรมไม่เหมาะสม ประกอบด้วย การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการฝึกสอนผู้ดูแลหลัก ให้มีส่วนร่วมในการ ปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Keltner et al., 1999) การฝึกสอนผู้ดูแลหลัก ให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; Hechtman, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น พบมีการศึกษาการทำพฤติกรรมบำบัด ร่วมกับการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวผิดกฎหมายในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7-13 ปีได้ (Nitkowski et al., 2009) จากการรวบรวมหลักฐานผลของการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยาร่วมกับ การทำพฤติกรรมบำบัดในเด็ก และการสอนทักษะผู้ปกครองมีผลให้อาการสมาธิสั้นดีขึ้น อยู่เนิ่งขึ้น และพฤติกรรมคือ ต่อด้านลดลง (Brown et al., 2005) และพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกของ American Academy of Pediatric (2001) สำหรับเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปีมีหลักฐานชัดเจนว่าการรักษาด้วยาร่วมกับการทำพฤติกรรมบำบัดจะมีผลให้อาการหลักดีขึ้น เทคนิคที่ได้ผล คือ การได้รับแรงเสริมทางบวก การสูญเสียแรงเสริมทางบวก การนำออกไปสงบสติอารมณ์ และการใช้เทคนิคร่วมกัน นอกจากอาการสมาธิสั้น และอยู่ไม่เนิ่งจะดีขึ้นแล้วยังลดพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าอีกด้วยพฤติกรรมบำบัดจะรวมถึงการสอนผู้ปกครอง และครูให้รู้จักใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วย

ในประเทศไทยเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) ได้ทำโครงการศึกษาอิสระในเรื่อง การศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่มา รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาททวโทยปถัมภ์ ด้วยการ ใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมด้วยการวางเงื่อนไขการเสริมแรงทั้งทางบวก และทางลบ ในระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่ม

การดำเนินพฤติกรรมบำบัด และการเสนอตัวแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เด็กได้ดู และเกิดการเลียนแบบ รวมทั้ง การให้ความรู้ในเรื่องปัจจัยพื้นฐานของการปรับพฤติกรรม และการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม แก่ผู้ดูแลหลักของเด็กเพื่อนำไปใช้ปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผลของการศึกษาพบว่า สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจเลือกโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่พัฒนาโดย เสาวลักษณ์ทรัพย์ประเสริฐ (2549) มาปรับใช้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภลัย ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักเรื่องโรคสมาธิสั้น และพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมโดยปรับมาจากโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่พัฒนาโดยกลุ่มการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์(2552) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลให้มีการบำบัดแบบเฉพาะเจาะจงมีความครอบคลุม ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนที่โรงพยาบาลนภลัย

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการใช้พฤติกรรมบำบัด โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ของเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลนภลัย

แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษานี้ใช้การเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในเด็ก ด้วยการเสนอตัวแบบให้เด็กเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม(Keltner et al., 1999) และทำพฤติกรรมบำบัดในขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่จัดสร้างสถานการณ์ขึ้นเพื่อให้เด็กแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา โดยใช้การวางเงื่อนไขต่างๆตามแนวคิดของ Skinner (อ้างถึงใน Goodman & Scott, 2005) ในการปรับลดพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขการกระทำ มีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีผลจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมจะเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลของการกระทำที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ผลของการกระทำที่ Skinner สนใจมี 2 ชนิด คือ การลงโทษ จะทำให้พฤติกรรมนั้นยุติ และการเสริมแรง ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น การศึกษานี้ใช้การเสริมแรงเป็นหลักในการปรับพฤติกรรม ทั้งการเสริมแรงทางบวก การเสริมแรงทางลบ ร่วมกับวิธีนำออกไปสงบสติอารมณ์ โดยมีการชี้แจงเหตุผลของการที่เด็กถูกนำออกไปจากการทำกิจกรรมที่จะได้รับการเสริมแรงจะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ ลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Keltner et al., 1999) ร่วมกับให้ความรู้ผู้ดูแลหลักแบบกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการปรับลดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่องให้ผลการรักษาดี มีความคงทนของผลการปรับพฤติกรรมได้นาน

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังจากได้รับ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม จะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อน และหลัง (The One-Group Pretest-Posttest) เพื่อศึกษาผลของการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลนภลัย โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา เป็นเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก ตาม DSM IV ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) และได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมสมาธิ ไม่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นร่วมด้วย ประวัติจากเวชระเบียนมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และ/หรือทางวาจา

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าว

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม คือกระบวนการที่พยาบาลดำเนินการบำบัดเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นกลุ่ม โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมในกลุ่ม ประกอบด้วยการจัดกลุ่ม 3 วัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆละ 1 วันสัปดาห์แรกเป็นกลุ่มผู้ดูแลหลักทั้ง 20 คนสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เป็นกลุ่มบำบัดในเด็กโดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในวันที่กำหนดดำเนินการตั้งแต่เวลา 9.00 น. ถึง 12.00 น. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 3 วัน โดยออกแบบการบำบัดตามหลักการของทฤษฎีการวางเงื่อนไขของ Skinner ซึ่งกระบวนการบำบัดในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วยการจัดสถานการณ์จำลองขึ้น เพื่อให้เด็กแสดงพฤติกรรมต่างๆขณะร่วมกิจกรรม จากนั้น ให้การบำบัดในระหว่างการทำกิจกรรมร่วมกันพยาบาลผู้ศึกษาจะทำการช่วยเหลือ โดยใช้พฤติกรรมบำบัดทันทีที่

เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างการร่วมกิจกรรม ด้วยเทคนิคการบำบัดอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. การให้แรงเสริมทางบวก เมื่อเด็กมีพฤติกรรมเหมาะสมให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ปฏิบัติตามกฎ-ระเบียบของกลุ่ม โดยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรบกวนกลุ่ม พยาบาลผู้บำบัดจะให้คำชมเชย ขนมน หรือสติ๊กเกอร์ เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่จัดไว้แต่ละกิจกรรม สติ๊กเกอร์ที่สะสมไว้สามารถแลกของรางวัลเพิ่มเติมได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การให้แรงเสริมทางลบ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่เป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่น แต่รบกวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ไม่เข้าคิว ไม่ปฏิบัติตามกติกา ผู้ศึกษาเตือน 1 ครั้งไม่หยุด เด็กจะไม่ได้คำชมเชย, ไม่ได้รับสติ๊กเกอร์ และไม่มียุติโทษในการรับรางวัลเมื่อกิจกรรมสิ้นสุด

3. การนำเด็กออกจากสถานการณ์ไปสงบสติอารมณ์ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่น และรบกวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้ศึกษาจะตักเตือน 2 ครั้งหากยังไม่หยุดจะนำออกจากกิจกรรมไปอยู่ในที่ที่จัดไว้เป็นระยะเวลา 5 นาที หรือจนกว่าเด็กจะหยุดพฤติกรรมก้าวร้าว

ต่อจากนั้นผู้ศึกษาเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในเด็ก ด้วยการเสนอตัวแบบ เพื่อให้เด็กเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่ดี และใช้กิจกรรมเกมต่างๆเพื่อเสริมทักษะสังคมให้กับเด็ก เช่นกลุ่มสัมพันธ์ ความภาคภูมิใจในตัวเอง ความรับผิดชอบและระเบียบวินัย ทักษะการสื่อสารและการควบคุมตัวเอง ในกลุ่มผู้ดูแลหลักจัดให้มีการให้ความรู้เป็นกลุ่มเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เรื่องโรคสมาธิสั้น และเทคนิคพื้นฐานการปรับพฤติกรรม เพื่อให้ได้มีส่วนร่วมในการปรับลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กเมื่ออยู่บ้านให้เกิดความต่อเนื่องของโปรแกรม

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นที่กระทำต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบให้ตนเอง และผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และหรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆเสียหาย ทั้งทางตรง และทางอ้อม พฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าวเป็นพฤติกรรมทางกายและวาจา ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ได้แก่ พูดคำหยาบ คำว่าผู้อื่น พูดสบถสาบาน พูดจาคูหมิ่น ต่อว่า ข่มขู่ ได้เถียง โดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ การหยิก ตี ข่วน ชกต่อย ตบหน้า ขวางทางเดิน ขว้างปาสิ่งของให้เสียหาย ชีดเขียน โต๊ะเก้าอี้ ฝาผนังหรือสิ่งต่างๆ ให้สกปรกเลอะเทอะ เป็นต้น

การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ในการศึกษาครั้งนี้การวัดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น จะกระทำโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ปกครองซึ่งพัฒนาจาก Overt Aggressive

Scale ของ Stuart Yudofsky โดยเสวตลักษณะ ทรัพย์สินประเสริฐ (2549) เป็นแบบตรวจสอบ (check list) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อ คะแนนรวมสูง คือมีพฤติกรรมก้าวร้าวมาก

เด็กสมาธิสั้น หมายถึงเด็กอายุ 6-9 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นตามเกณฑ์ของDSM IV ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้านพฤติกรรม ที่ทำให้มีอาการ ไม่มีสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ควบคุมตัวเองได้ยากที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในระยะเวลาอันสมควร มักพูด และทำก่อนคิด ตอบคำถามแบบโพล่งออกมา ชอบขัดจังหวะผู้อื่น และไม่เคยเข้าคิว ผู้ปกครองจะพามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง หากได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี จะป้องกันภาวะคือต่อต้าน พฤติกรรมต่อต้านสังคม และพฤติกรรมอันธพาล

ผู้ดูแลหลัก หมายถึงบิดา มารดา หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กสมาธิสั้นมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา

1. เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการให้การดูแลบำบัดพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิต สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น