

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก  
สมาธิสั้น



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP EXPERIENTIAL LEARNING FOR PARENTS ON AGGRESSIVE  
BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER



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

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์               | ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของ<br>บิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น |
| โดย                             | น.ส.จิรพรรณ สาบุญมา   |
| สาขาวิชา                        | พยาบาลศาสตร์  |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี  |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม | อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล   |

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| .....                                      | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์            |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)       |                                 |
| คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์                   | ประธานกรรมการ                   |
| .....                                      |                                 |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)      |                                 |
| .....                                      | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก |
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)     |                                 |
| .....                                      | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |
| (อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล)              |                                 |
| .....                                      | กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย        |
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีตรัตน์) |                                 |

จิรพรรณ สาบุญญา : ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น. ( THE EFFECT OF GROUP EXPERIENTIAL LEARNING FOR PARENTS ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ประนอม รอดคำดี, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กสมาธิสั้น และบิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยได้รับการจับคู่ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดา 2) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น 3) โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติอนพาราเมตริก

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา      พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา    2561

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5877301836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: GROUP EXPERIENTIAL LEARNING FOR PARENTS, AGRESSIVE BEHAVIORS,  
ATTENTION-DEFICIT, HYPERACTIVITY DISORDER

Jirapan Saboonma : THE EFFECT OF GROUP EXPERIENTIAL LEARNING FOR PARENTS  
ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/ HYPERACTIVITY  
DISORDER. Advisor: Asst. Prof. Branom Rodcumdee, Ph.D. Co-advisor: Sunisa  
Suktrakul, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) To compare aggressive behaviors of children with ADHD before and after using the group experiential learning for parents program 2) To compare aggressive behavior of children with ADHD using the group experiential learning for parents 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 the group experiential learning for parents program for 6 weeks, the control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) The personal data questionnaire, 2) The aggressive behaviors assessment scale, 3) The group experiential learning for parents program of children with ADHD. All instruments were content validated by a panel of 5 experts. The Content Validity Index of the aggressive behavior scale was .93 and The *Nonparametric* statistics was used in data analysis. The findings are as follows:

1. Aggressive behaviors of children with ADHD after using the group experiential learning for parents program was significantly less than that of before the treatment, at the .05 level.

2. Aggressive behaviors of children with ADHD received the group experiential learning for parents program was significantly less than those received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2018

Advisor's Signature .....

Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล ที่ได้กรุณาให้ความรู้ชี้แนะแนวทางให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ความเอาใจใส่ ประคับประคอง ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมาและเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ ที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และผู้ป่วยมากที่สุด ผู้วิจัยมีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และเสียสละของท่านอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาเป็นที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตาให้คำแนะนำในการทำวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา วัฒนตรัตน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ทุกคน ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาและเก็บข้อมูลวิจัย คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนเด็กสมาธิสั้นและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารดำเนินการวิจัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณญาติพี่น้องทุกคนในครอบครัว เพื่อนๆ ผู้เป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือและห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน รวมทั้งให้กำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา เด็กสมาธิสั้น และครอบครัวเด็กสมาธิสั้นทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ต่อไป

จิรพรรณ สาบุญญา

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....   | ค    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....  | ง    |
| กิตติกรรมประกาศ.....   | จ    |
| สารบัญ.....  | ฉ    |
| สารบัญตาราง.....   | ช    |
| สารบัญภาพ.....   | ฌ    |
| สารบัญแผนภูมิ.....   | ญ    |
| บทที่ 1 บทนำ.....  | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....  | 1    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....  | 8    |
| คำถามการวิจัย.....   | 8    |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....  | 9    |
| สมมติฐานการวิจัย.....  | 12   |
| ขอบเขตการวิจัย.....  | 13   |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....   | 13   |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....   | 16   |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                                  | 17   |
| 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น.....                                  | 18   |
| 2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น.....                                     | 33   |
| 3. บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นและการช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น..... | 39   |
| 4. แนวคิดโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา.....            | 43   |

|   |     |
|---|-----|
| 5. การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าว<br>ของเด็กสมาธิสั้น.....                          | 53  |
| 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....   | 59  |
| 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....  | 61  |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....   | 62  |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....   | 62  |
| ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....  | 64  |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....  | 67  |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....  | 67  |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....   | 106 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....  | 117 |
| สรุปผลการวิจัย.....   | 121 |
| อภิปรายผลการวิจัย.....  | 122 |
| ข้อเสนอแนะ .....  | 128 |
| บรรณานุกรม.....   | 129 |
| ภาคผนวก.....  | 140 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....   | 141 |
| ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ.....   | 143 |
| ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....  | 145 |
| ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ<br>ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ..... | 158 |
| ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....   | 168 |
| ประวัติผู้เขียน.....  | 173 |



## สารบัญตาราง

หน้า

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| ตารางที่ 1 | ลักษณะการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....  | 66  |
| ตารางที่ 2 | แสดงรายละเอียดโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ฦ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล .....  | 75  |
| ตารางที่ 3 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา บุตรลำดับที่ อายุการวินิจฉัยครั้งแรก ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออก ..... | 107 |
| ตารางที่ 4 | ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....   | 109 |
| ตารางที่ 5 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....   | 110 |
| ตารางที่ 6 | ข้อมูลทั่วไปของบิดาหรือมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....  | 112 |
| ตารางที่ 7 | คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง .....   | 114 |
| ตารางที่ 8 | การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา (n=20) .....                       | 115 |
| ตารางที่ 9 | การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง .....  | 116 |

## สารบัญภาพ

หน้า

|  |     |
|--|-----|
| ภาพที่ 1 แสดงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb.....                                | 46  |
| ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการเรียนรู้ 4 ประเภท และวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb ..... | 50  |
| ภาพที่ 3 ภาพตัวอย่าง DVD เรื่อง “ครอบครัวปั้นปูน” .....                                | 81  |
| ภาพที่ 4 ภาพตัวอย่างคำพูดของบิดามารดา.....   | 90  |
| ภาพที่ 5 ตัวอย่างภาพวาด “บ้านในฝัน” ของเด็กสมาธิสั้น.....                              | 101 |
| ภาพที่ 6 ตัวอย่างภาพวาด “บ้านในฝัน” ของเด็กสมาธิสั้น.....                              | 101 |



## สารบัญแผนภูมิ

หน้า

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... | 61 |
|---------------------------------------|----|



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวโน้มเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติประชากรทั่วโลกพบความชุกเท่ากับ ร้อยละ 5 – 12 (Freitag et al., 2012) กลุ่มเด็กที่พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 คือ เด็กอายุ 8-11 ปี (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550) ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้นปี พ.ศ.2555 พบมากถึง ร้อยละ 8.1 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) จากสถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนมากที่สุดของผู้รับบริการ โดยมีเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2558-2561 จำนวน 892 คน, 911 คน, 4,635 คน และ 4,530 คน ตามลำดับ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561) สถิติการเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2557-2560 เมื่อคิดเป็นจำนวนรายครั้ง คือ 11,766 ราย 11,249 ราย 11,303 ราย และ 11,507 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2560) นอกจากนี้จากสถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า มีผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเข้ามารับการตรวจรักษามากที่สุดและมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี 2558 มีผู้ป่วยจำนวน 2,408 ราย ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 3,105 ราย ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยจำนวน 4,118 ราย (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้, 2560) และจากสถิติของสถาบันราชานุกูลพบเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2558 – 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันคือ 1,275 ราย 2,272 ราย 3,037 ราย และ 3,325 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้ยังพบว่า เด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการนั้นมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวถึงร้อยละ 57.5 (สถาบันราชานุกูล, 2561) โดยบิดามารดามักพาเด็กพบแพทย์เนื่องด้วยมีพฤติกรรมทำร้ายและทะเลาะกับเพื่อนที่โรงเรียน หงุดหงิดไววายไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางครั้งขณะรับการประเมินจากพยาบาลไม่สามารถรอได้แสดงพฤติกรรมขว้างปาข้าวของ เช่น ปากกา ดินสอ สมุด ใส่พยาบาล เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2561)

อาการของเด็กสมาธิสั้นหมายถึง ความผิดปกติที่แสดงให้เห็นทางพฤติกรรมที่มีมากกว่า พฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน จนส่งผลทำให้สูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม (American Psychiatric Association, 2000) อาการของเด็กสมาธิสั้นที่เป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรมนี้จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ(Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsivity) (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งอาการดังกล่าว

ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน การเข้าสังคมกับผู้อื่น และควมมีคุณค่าในตนเอง เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้มักจะรบกวนชั้นเรียน ทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อน จะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด เมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่ยอมไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ จากการศึกษาพบเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมได้แก่ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกราะ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมด้านอารมณ์ (กิจพิชา สร้อยคำ, 2556; ดารุณี งามขำ, 2554; นันทชา สงวนกุลชัย, 2556) โดยพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเกราะเป็นอาการเด่นถึง 1 ใน 4 (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2551) จากการสำรวจในพื้นที่ภาคกลางตอนบน พบเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 80.50 (นันทชา สงวนกุลชัย, 2556) และจากสถิติงานพยาบาลผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูลปี 2559 พบว่าเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวร้อยละ 57.5 (สถาบันราชานุกูล, 2561) และหากพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาความรุนแรงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Frisch, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์โดยตรงทำให้เกิดการพัฒนาไปสู่ภาวะเกราะ ตื้อต่อต้าน และก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น (Bezdzian et al., 2011; Strine et al., 2006)

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการแสดงออกที่เกิดจากอารมณ์โกรธและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา ส่งผลให้เกิดการกระทำต่อตนเองหรือผู้อื่นให้ได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และ/หรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆ เสียหาย ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง ตะโกนว่ากล่าวผู้อื่นด้วยความโกรธ 2) พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น การหยิก ข่วน ชกตีตนเอง เอาศีรษะโขกพื้น 3) พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายร่างกายผู้อื่น เช่น กระชากเสื้อผ้า ทำให้มีบาดแผล และ 4) พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ เช่น การเขย่าประตู ปิดสิ่งของลงพื้น เป็นต้น (Yudofsky et al., 1986) พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นนั้นหมายถึง การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากอารมณ์โกรธและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ โดยกระทำต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และ/หรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆ เสียหาย ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวดังกล่าวเป็นพฤติกรรมทางกายและวาจา โดยพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ได้แก่ พูดคำหยาบ ด่าว่าผู้อื่น พูดสบถ พูดจา ดูหมิ่น ต่อว่า ข่มขู่ โต้เถียง โดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ การหยิก ตี ข่วน ชกตอย ตบหน้า ขวางทางเดิน ขว้างปาสิ่งของให้เสียหาย ชีตเขียนโต๊ะเก้าอี้ ฝ่าหนังหรือสิ่งต่างๆ ให้สกปรกเลอะเทอะ เป็นต้น (กัญญาวีร์ บุญเสนนท์, 2554)

หากพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อเด็กในด้านการต่อต้านสังคม ดิตยาเสพติด เป็นอันตรายก่อปัญหาอาชญากรรม และสร้างความเดือดร้อนต่อสังคม เป็นต้น (Barkley, 1990; Straus et al., 1994) และยังส่งผลกระทบต่อเด็ก คือ มักต่อต้านสังคม เพื่อนไม่

ยอมรับ อาจนำไปสู่ภาวะก้าวร้าวรุนแรงและติดสิ่งเสพติดได้ (สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง, 2550) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า บิดามารดามีความเครียด มีความยากลำบากในการดูแล (Kuhne, M., Schachar, R. & Tannock, R. 1997; มาโนช อาภรณ์สุวรรณ, 2550) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น พฤติกรรมลักขโมย ต่อต้านสังคม และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ขาดบริการ และเด็กกลุ่มนี้อาจจะมีการก่ออาชญากรรมและทำผิดกฎหมายได้ (Ohlmeier et al., 2008) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องดูแลและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเด็กวัยเรียนต้องเติบโตเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ในอนาคต นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นสิ่งที่ทำให้บิดามารดากังวลใจและอาจเกิดอันตราย ส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาที่ต้องคอยควบคุมอาการต่างๆและจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ถือได้ว่าเป็นภาระการดูแลที่สำคัญ (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) พบว่าผู้ดูแลหลักหรือบิดามารดา มีความเครียดเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นถึงร้อยละ 53.5 (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2551)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลักดังนี้ 1) ปัจจัยภายใน คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ภาวะการแสดงออกทางสังคม การแสดงออกทางอารมณ์โกรธ และบกพร่องทางการสื่อสาร จากการศึกษาที่เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Ercan et al., 2014; Hoza Betsy, 2007) และจากความสัมพันธ์ระหว่างเพศ พบว่าเด็กชายพบพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและปัญหาต่อต้านสังคมมากกว่าเด็กหญิง ส่วนประเด็นด้านอายุ พบว่า เด็กสมาธิสั้นอายุ 4-11 ปี มีปัญหาพฤติกรรมต่อต้านสังคมและปัญหาสมาธิสั้นมากกว่าเด็ก อายุ 12-17 ปี (Strine et al., 2006) 2) ปัจจัยภายนอก คือ 1) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง บิดามารดามีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง เด็กจะเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา (Ercan et al., 2014) ตลอดทั้งบิดามารดาไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง ขาดระเบียบวินัย (Haapasalo & Tremblay, 1994; Miller et al., 2006) บิดามารดามีความขัดแย้งกันสูง การเลี้ยงดูแบบควบคุมมากเกินไปทำให้เด็กรู้สึกต่อต้านและก้าวร้าว (นันทชา สงวนกุลชัย, 2556) 2) ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ การที่เด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสียงดัง แออัดจะกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกของเด็กทำให้มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Strine et al., 2006) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม พบว่า เด็กสามารถเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบ ซึ่งส่วนใหญ่จะเลียนแบบบิดามารดาคนในครอบครัว เพื่อน หรือจากโทรทัศน์ สื่อต่างๆ (Varcarolis and Halter, 2010; Videbeck, 2006) เมื่อพิจารณาจากปัจจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลที่จะช่วยจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่สามารถจัดการกระทำเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นและป้องกันไม่ให้พฤติกรรมก้าวร้าวมีความรุนแรงมากขึ้นจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นนอกจากการใช้ยาการรักษาที่ได้ผลดีคือ การใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสาน ที่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยา การปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพบิดามารดา และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้ เป็นต้น (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) เด็กที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจะมีอาการเปลี่ยนแปลงดีกว่าเด็กที่ได้รับการรักษาเพียงอย่างเดียว (Bender, 1997) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด คือให้เด็กสมาธิสั้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ทั้งนี้ยังพบปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นคือ บิดามารดาไม่เข้าใจถึงธรรมชาติและจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็ก ไม่สามารถจัดการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม บางปัญหาจึงถูกละเลยหรือถูกแก้ไขอย่างผิดวิธีด้วยความไม่รู้ ทำให้ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ 2558) และการที่บิดามารดาขาดความรู้และทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นจนเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (Anastopolos, 1998) บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม การสอนบิดามารดาให้เรียนรู้วิธีและมีทักษะในการปรับพฤติกรรม วิธีจัดการกับปัจจัยกระตุ้นอาการ ร่วมกับการให้การดูแลช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Hechtman, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยบิดามารดานั้นพบว่า เมื่อบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการฝึก หรือได้รับความรู้ในการดูแลเด็กตามแนวทางการรักษา และให้การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสมแล้วจะทำให้บิดามารดาที่มีความเข้าใจในพฤติกรรมของเด็ก สามารถใช้ความรู้และทักษะในการดูแลเด็กได้เหมาะสมกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก โดยพบการศึกษาของ Webster-Stratton et al. ในปี 2011 (Webster-Stratton et al. อ้างถึงใน วราภรณ์ ชุมภูสีบ, 2556) ที่นำโปรแกรมอินคริดิเบิลเยียร์สหรือโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กก้าวร้าว สำหรับเด็กอายุ 2-10 ปี (Incredible Years: IY) มาใช้กับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นวัยก่อนเรียนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคเกเรนั้น ส่งผลต่อการจัดการอาการจน อยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมต่อต้าน การใช้อารมณ์และทักษะทางสังคม รวมถึงการใช้ภาษา อารมณ์ และความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กสมาธิสั้น อายุ 4-6 ปี ดีขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มบิดามารดาที่มีความเสี่ยงสูง อย่างมารดาที่เลี้ยงลูกสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี โดยลำพังที่นำโปรแกรมนี้มาใช้พบว่า บิดามารดาสามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลเด็ก ลดระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าของบิดามารดา รวมทั้งเด็กและบิดามารดามีความสัมพันธ์ต่อกันดีขึ้นกว่าเดิม ช่วยลดค่าใช้จ่าย และเป็นการดูแลเบื้องต้นสำหรับครอบครัว (Lee & Rinan, 2008 อ้างถึงในวราภรณ์ ชุมภูสีบ, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมบิดามารดาขั้นพื้นฐาน (Basic Parent Training: BPT) และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กก้าวร้าวสำหรับเด็กอายุ 2-10 ปี (IY) ในการบำบัดรักษาในระยะแรกเริ่ม สำหรับเด็กสมาธิสั้นก่อนวัย

เรียนที่มีปัญหาพฤติกรรม พบว่า ร้อยละ 52 ของกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษา มีอาการชุน อยู่ไม่นิ่ง และขาดความยับยั้งชั่งใจอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 21 (Jones, Daley, Hutchings, Bywater, & Eames, 2007 อ้างถึงในวรารภรณ์ ชุมภูสีบ, 2556) จากการศึกษายังพบการใช้โปรแกรม Standard Triple P (Sanders, 1999) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับบิดามารดา เพิ่มทักษะและความมั่นใจแบบเข้มข้นในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กโดยเฉพาะเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรง รวมทั้งมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวด้วย จากงานวิจัยระดับ RCT ของ Sumargi, Sofronoff and Morawska (2014) ที่นำโปรแกรม Standard Triple P มาใช้กับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นอายุ 2-12 ปี ที่มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 143 คน พบว่าช่วยให้ปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็ก เช่น การกรีดร้อง ตะโกน และอาละวาดลดลง ทั้งยังช่วยให้การเลี้ยงดูที่ผิดวิธี และความเครียดของบิดามารดาลดลง รวมถึงทำให้ความเชื่อมั่นในการดูแลเด็กของบิดามารดาเพิ่มมากขึ้น และมีการศึกษาการใช้โปรแกรม Standard Triple P กับบิดามารดาที่มีเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมในประเทศฮ่องกงจำนวน 91 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนปัญหาพฤติกรรมด้านความรุนแรงลดลง และคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดาเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Leung et al, 2003) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Standard Triple P ในเด็กก่อนวัยเรียนสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก่อน โดยศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมก่อน 87 คน พบว่า ทำให้ปัญหาพฤติกรรมก่อนลดลง การเลี้ยงดูของบิดามารดาดีขึ้น และเมื่อติดตามไป 1 ปี ยังพบว่าร้อยละ 80 ของเด็กที่ได้รับการรักษามีพฤติกรรมก่อนลดลง (Bor et al., 2002)

ในประเทศไทยพบการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นไม่มากนัก เนื่องจากสถาบันที่พัฒนาการศึกษาด้านนี้ไม่มาก การศึกษาที่พบคือ การศึกษาของวรรณิริมวิทยากร สุนทรี ศรีโกไสย และจักริน ปิงคลาศัย (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับบิดามารดา/ผู้ปกครองเด็กทั่วไป พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัวของบิดามารดา/ผู้ปกครองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ความสามารถของบิดามารดา/ผู้ปกครองกลุ่มได้รับโปรแกรมก็จะสูงกว่า จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมบิดามารดา/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของชมัยพร จันทร์ศิริ (2553) พบว่า หลังบิดามารดา/ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง และความสามารถในการปฏิบัติของบิดามารดา/ผู้ดูแลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของพรทิพย์ วชิรติลล, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง (2552) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างความสามารถของบิดามารดา/ผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในการดูแลเด็ก



สมาธิสั้นที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นนราชนครินทร์ พบว่าการเสริมสร้างความสามารถของบิดามารดา/ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก และสามารถพัฒนาความรู้ทัศนคติและทักษะในการดูแลของบิดามารดา/ผู้ปกครองให้ดีขึ้นได้ และจากการศึกษาของกัญญาวีร์ บุญเสนันท์ (2554) ได้ศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ ใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดที่ใช้การพยาบาลองค์รวม (Holistic care) ที่ให้การดูแลเด็กพร้อมๆ กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวกับบิดามารดา/ผู้ดูแลขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่นพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด แต่ทั้งนี้จากข้อเสนอแนะในงานวิจัยขอเสนอให้เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา/ครอบครัว และการจัดการกระทำกับบิดามารดา/ครอบครัวเพื่อให้สามารถพัฒนาทักษะการดูแลและสนับสนุนการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กให้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และความสามารถของบุคคลนั้น พบการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb (1984) เป็นการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียน มาเป็นศูนย์กลางของเรียนรู้ มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ ด้านประสบการณ์ ซึ่งเป็นการนำประสบการณ์เดิมที่เคยรับรู้ ออกมาใช้ในการเรียนรู้เพื่อการสะท้อนความคิด และอภิปรายในกลุ่มที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ข้อสรุปที่หลากหลาย โดยผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ เกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้อง นำมาซึ่งความคิดรวบยอดและส่งผลต่อการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิดา มีทิพย์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ผลการวิจัยพบว่า หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อสม.มีระดับความรู้ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิต การปฏิบัติการให้คำแนะนำเรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ณัฐชฎิ จังศิริกุลวิทย์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกทักษะครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยง โดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) พบว่า โปรแกรมฝึกทักษะครูด้วยการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ช่วยให้ครูมีความรู้ความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมเด็ก สามารถลดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และเพิ่ม

ทักษะสังคมของเด็กได้ หลังปรับพฤติกรรมครบ 3 เดือนเด็กกลุ่มเสี่ยงมีปัญหารวม 7 พฤติกรรมเกร พฤติกรรม ซนอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และร้อยละ 33.96 มีคะแนนปัญหาพฤติกรรมโดยรวมลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งจากการทบทวนผลการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในการจัดการเรียนรู้ ศึกษาศาสตร์ ของ Allodola VF (2014) ได้สรุปว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลได้สะท้อนคิด ได้ทบทวนตัวเอง ซึ่งประสบการณ์ด้านบวกจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ โดย Kolb and Fry (1975) กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้แบบต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบพื้นฐาน ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่สั่งสมมา 2) การสังเกต และการสะท้อนความรู้สึกรู้สึก 3) การสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม 4) การทดสอบในสถานการณ์ใหม่ๆ ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถช่วยผู้เรียน ในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ เนื่องจากการเรียนรู้ในลักษณะเช่นนี้เป็นการเรียนรู้จากการสะท้อนความรู้สึกของตนเอง ผู้เรียนเกิดการสร้างองค์ความรู้ใหม่ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นๆ ถือเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน (Allodola VF ,2014)

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ขึ้น โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาการเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลเด็กของบิดามารดา เพื่อให้บิดามารดามีความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน และช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมุ่งเน้นและให้ความสำคัญการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมองการรับรู้ของบิดามารดาที่ถูกต้องทั้งที่มีต่อตนเอง เด็กสมาธิสั้น หากบิดามารดาเข้าใจและปฏิบัติ ได้ถูกต้องจะทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ในสังคมและเติบโตได้อย่างมีความสุข โดยเริ่มจาก องค์ประกอบด้าน Cognitive เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับทัศนคติโดยให้ผู้ปกครองรับรู้ตระหนักผลกระทบที่รุนแรงจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น สำหรับองค์ประกอบด้าน Behavioral เป็นการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้น เทคนิคการสื่อสาร เทคนิคการฝึกวินัยและความรับผิดชอบ โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีแนวทางและสามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสมภายใต้แนวคิดการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb (1984) ซึ่งพบว่า สามารถพัฒนาผู้เรียนด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจเนื้อหาความรู้ มีแรงจูงใจ ในการเรียน มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่ได้จากเรียนรู้ไปปฏิบัติใช้ในการทำงานได้จริง อีกทั้งรูปแบบการเรียนรู้มีลำดับ องค์ประกอบที่ ชัดเจนทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม 4) การทดลองปฏิบัติจริง แต่ละองค์ประกอบ ผู้เรียนมีส่วนร่วมไม่ จะเป็นการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ สรุปเนื้อหา และการลงมือปฏิบัติจริง ไม่ใช่การฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว อีกทั้งผู้สอนคอยกระตุ้น ผู้เรียนอยู่ตลอดเวลา เกิดการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เรียนและผู้สอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาการเรียนรู้ (กรมสุขภาพจิต, 2543; สมชาย สุริยะไกร,

2554 ; Kolb, 1984) และกระบวนการกลุ่ม (group process) โดยให้ความสำคัญกับ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาส ให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับการแบ่งปัน และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยเน้น การปรับเปลี่ยนตนเองก่อนสามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริม กำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก ดังนั้นการจัดการเรียน การสอนที่เพิ่มความยืดหยุ่นและศักยภาพในการผสมผสานความรู้เดิมกับประสบการณ์ในรูปแบบใหม่ และแตกต่างกันออกไปจนเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ถือเป็น การเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็น ศูนย์กลางจึงสอดคล้องกับการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential Learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ แบบหนึ่งที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และสามารถส่งเสริมศักยภาพได้ตามารดาได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดการ เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดการคิดวิเคราะห์และสรุปมาเป็นแนวคิดหลักการนำไปปฏิบัติจริงใน การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังบิตามารดาได้รับการ บำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่บิตามารดาได้รับการ บำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบ กลุ่มของบิตามารดาลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์ แบบกลุ่มของบิตามารดาลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น 2 ด้าน คือ ด้านตัวเด็กเองและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว (Pineda et al., 2000; Miller et al., 2006; Ercan et al., 2014) โดยบิดามารดามีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่เน้นสถานการณ์สัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็กบนความเชื่อที่ว่าพ่อแม่คือผู้มีอิทธิพลในการที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดพฤติกรรมของลูก และพ่อแม่จะเป็นคนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนให้ลูกเกิดพฤติกรรมที่ดีได้ (Bandura, 1977) การรักษาเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบันที่ได้ผลดีจึงเป็นการใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสานคือ การรักษาด้วยยาร่วมกับการใช้การบำบัดทางพฤติกรรมโดยบิดามารดาที่ดูแลเด็กใกล้ชิดมีส่วนร่วม (Bender, 1997) การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น เน้นการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการสาธิตและฝึกเทคนิคการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวแก่บิดามารดาตลอดจนการปฏิบัติของผู้บำบัดและบิดามารดาที่เป็นตัวแบบที่ดีอย่างเป็นไปในทางเดียวกัน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนเด็กคล้ายๆ กันนี้จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ง่ายไม่สับสนจะช่วยให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง บิดามารดาถือว่ามีอิทธิพลที่สุดมีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม เพราะบิดามารดาคือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง บิดามารดาทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป บิดามารดาควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาวิธีการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นบิดามารดาของเด็ก จึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งบิดามารดาถือเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดและเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับเด็ก โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับบิดามารดา เพิ่มทักษะและความมั่นใจ ในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดา ให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract

conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับการแบ่งปัน และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยเน้น การปรับเปลี่ยนตนเองก่อนสามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก

โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ตามกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) และกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้ง กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัว ประกอบด้วยบิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

### **ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้**

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม แนะนำโปรแกรม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม พร้อมแจกคู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาของกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วยใบงานและใบความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น อาการ และสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าใจข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นในด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าสังคม การรอคอย เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและตัวเด็กและตั้งความหวังกับเด็กบนความเป็นจริง

### **ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้**

**กิจกรรมที่ 2** การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก การที่บิดามารดาทราบกลยุทธ์ หรือวิธีในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กจากปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากตัวเด็กเอง และหากบิดามารดาไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรม ไม่มีระเบียบวินัยก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยผู้วิจัยแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ ดังต่อไปนี้ 1) กลยุทธ์สำหรับส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก 2) กลยุทธ์ในการช่วยบิดามารดาในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบิดา

มารดาที่เคยประสบปัญหาพฤติกรรมเด็ก ให้นำเสนอกิจกรรมที่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมเด็กแล้วได้ผล ให้กลุ่มฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็น และให้บิดามารดาเรียนรู้ผ่านสื่อโดยใช้ DVD เพื่อให้บิดามารดาเกิดการเรียนรู้และเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมไปใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กต่อไป ให้การบ้านเรื่องการฝึกการใช้กลยุทธ์ตามใบการบ้านในสมุดงาน

### ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว** การทบทวนสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เสนอประสบการณ์และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของบิดามารดา เรียนรู้วิธีการใหม่เพิ่มเติมจากการแสดงบทบาทสมมติ นำไปสู่การฝึกและการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยการจดบันทึกการใช้กลยุทธ์จัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

**กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม** กิจกรรมนี้เน้นการสอนบิดามารดา ในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะทางสังคม ประกอบด้วยกลยุทธ์ 1.การใช้เวลาที่มีคุณภาพกับเด็ก 2.พูดคุยกับเด็ก 3.การให้ความรัก 4.การชม 5.การให้ความสนใจ 6.การทำกิจกรรมร่วมกัน 7.การเป็นตัวอย่างที่ดี 8.ใช้เทคนิคการตั้งคำถาม 9.การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า 10.บันทึกการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยให้บิดามารดาตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการสื่อสาร ซึ่งจะเป็ปัจจัยพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยให้บิดามารดาทราบว่าเด็กสมาธิสั้นมีข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้การแปลความหมายการสื่อสาร จำเป็นต้องมีเทคนิคในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม บิดามารดาต้องใช้กลยุทธ์ทั้ง 10 อย่าง โดยให้บิดามารดา เรียนรู้ผ่านใบความรู้และผ่านกิจกรรมการลองเขียนคำพูดที่ฟังแล้วรู้สึกดีและรู้สึกไม่ดีเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นก็รู้สึกแบบเรา เมื่อได้ยินคำพูดที่ดีและไม่ดี จากนั้นให้บิดามารดาเล่าลักษณะการสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านแล้วได้ผลดีและให้บิดามารดาทำอันช่วยกันวิเคราะห์ว่าเป็นการสื่อสารแบบใด ฟังแล้วรู้สึกอย่างไร จะนำไปปรับใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างไร และมีวิธีการสื่อสารแบบใดที่จะสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นพร้อมทั้งอธิบายบิดามารดา ว่าเด็กสมาธิสั้นมักมีอาการงอแง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะอาการหุนหันพลันแล่นของเขา ควบคุมอารมณ์ได้น้อย หากบิดามารดา สอนเด็กให้รู้จักระงับอารมณ์โกรธพร้อมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้เรียนรู้ก็จะทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ และกิจกรรมนี้จะกระตุ้นให้บิดามารดา เห็นความสำคัญของการฝึกทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้กับเด็กโดยเฉพาะ บุคคลรอบข้าง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ นอกจากนี้กิจกรรมนี้ยังช่วยให้เด็กเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสอนเด็กให้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น รู้จักกฎกติกา กลุ่ม การรอคอยระหว่างทำกิจกรรมกลุ่มจากการทำกิจกรรม “สร้างบ้านด้วยไฟ” เพื่อส่งผลในการพัฒนาความคิด และการแสดงออกกับสมาชิกใน

กลุ่มและส่งเสริมทักษะทางสังคม เด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

**กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ** การเน้นให้บิดามารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลเด็ก และให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมารถขึ้นได้อย่างเหมาะสม การเข้าใจว่าการขาดความมีระเบียบหรือวินัยต่อการกระทำต่างเป็นผลจากเด็กควบคุมตนเองได้น้อย บิดามารดาจึงเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญมากในการฝึกลูก ด้วยการเป็นตัวอย่างที่ดีของลูกในการฝึกระเบียบวินัย และต้องเข้าใจว่ากฎเกณฑ์หรือระเบียบวินัยต่างๆ ที่ตั้งขึ้นให้กับเด็กต้องเหมาะสมกับอายุ ความสามารถ และความต้องของเด็ก การเรียนรู้ผ่านการจำลองสถานการณ์ให้ร่วมกันแสดงบทบาทสมมติฝึกการเลือกใช้กลยุทธ์ เช่น 1) การตั้งกฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจ่าง โดยการแนะนำโดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเงียบ 7) การใช้ time-out ให้สามารถเลือกนำไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

#### ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆร่วมกัน** การนำกลยุทธ์หรือเทคนิคที่บิดามารดาต้องนำไปปฏิบัติต่อเนื่องและเป็นประจำเพื่อให้พฤติกรรมที่ดียังคงอยู่ประกอบด้วย 1) การวางแผนล่วงหน้า 2) การใช้กฎกติกา 3) การเลือกกิจกรรมที่ทำร่วมกัน 4) การให้รางวัล 5) การสนทนาร่วมกับเด็กเป็นประจำ ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบิดามารดาและเด็กสมารถขึ้นว่าเหมาะสมหรือไม่แล้วสะท้อนให้เห็นจากสถานการณ์จริง

ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมนี้จะช่วยให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมารถลดลงได้

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมารถขึ้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา น้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมารถขึ้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

### ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

1. เด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตาม DSM V มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวจากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

2. บิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูเด็กโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อายุ 6-12 ปี ว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นโดยมีหลักการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามข้อวินิจฉัยของ DSM V มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวจากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น และบิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่และกลุ่มควบคุม 20 คู่ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น** หมายถึง การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากอารมณ์โกรธและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ กระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบให้ตนเอง และผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และหรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆ เสียหาย เป็นพฤติกรรมทางสังคมทั้งทางตรง และทางอ้อม พฤติกรรมก้าวร้าว ดังกล่าวเป็นพฤติกรรมทางกายและวาจา ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ได้แก่ พูดคำหยาบ ด่าว่าผู้อื่น พูดสบถสาบาน พูดจา ดูหมิ่น ต่อว่า ข่มขู่ โต้เถียงโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น 2) พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ได้แก่ การหยิก ตี ช่วน ชกตอย ตบหน้า ขวางทางเดิน ขว้างปาสิ่งของให้เสียหาย ขีดเขียนโต๊ะเก้าอี้ ฝาผนัง หรือสิ่งต่างๆ ให้สกปรกเลอะเทอะ เป็นต้น (กัญญาวิรุ์ บุญเสนันท์, 2554)

**โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการเรียนรู้โดยประสบการณ์ของบิดามารดาที่เป็นสมาชิกในกลุ่ม เพื่อการจัดกระทำกับปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยสิ่งแวดล้อม



ภายในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู การสื่อสารการฝึกวินัย การแสดงออกทางอารมณ์ และการจัดการพฤติกรรมเด็กของพ่อแม่ วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจ ในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็ก โดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของ ตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (GROUP PROCESS) โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามกระบวนการการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) และกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและให้ความรู้บิดามารดาในเรื่องเด็กสมาธิสั้น รวมถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก และกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะบิดามารดาในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กและเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการกลุ่ม

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นกิจกรรมที่ให้บิดามารดาเกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และสามารถนำกลยุทธ์ 7 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การตั้งกฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจ่าง โดยการแนะนำโดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเงียบ 7) การใช้ time-out มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม กิจกรรมนี้เน้นการฝึกบิดามารดาในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ กิจกรรมนี้เน้นให้บิดามารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีวินัย และให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆรวมกัน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมประเมินผลความรู้และทักษะของบิดามารดาหลังจากได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มมาแล้ว 5 สัปดาห์ ในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การให้บริการทางด้านการพยาบาลจากพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพที่จัดให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นและบิดามารดาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลและสถาบันเด็กในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน กิจกรรมประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและบิดามารดา การให้สุขภาพจิตศึกษาตามสภาพปัญหาและความต้องการของบิดามารดา ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา เช่น กลไกการออกฤทธิ์ ขนาดยา อาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ ข้อห้ามใช้ การให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ(Breathing Exercise) แก่เด็กสมาธิสั้นและบิดามารดา ทั้งนี้การให้บริการแต่ละแห่งเกิดขึ้นตามสภาพเวลาที่เอื้ออำนวยและอัตรากำลังของพยาบาลในแต่ละแห่ง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับบิดามารดาในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิต สาขาจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลเด็กสมาธิสั้นแผนกผู้ป่วยนอกให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นแผนกผู้ป่วยนอกมีการคงไว้ซึ่งสถานะที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาแนะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น

- 1.1 พฤติกรรมและพัฒนาการเด็กวัยเรียน
- 1.2 ความหมายของโรคสมาธิสั้น
- 1.3 อาการและอาการแสดง
- 1.4 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น
- 1.5 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
- 1.6 การรักษาเด็กสมาธิสั้น
- 1.7 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

#### 2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- 2.5 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

#### 3. บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นและการช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

- 3.1 บิดามารดาเด็กสมาธิสั้น
- 3.2 การช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

#### 4. แนวคิดโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

- 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
- 4.2 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
- 4.3 กระบวนการกลุ่ม

#### 5. การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น

1.1 พฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555)

เด็กวัยเรียนนี้เป็นวัยแห่งการเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ถ้าเด็กได้รับสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กทุก ๆ ด้าน เด็กก็จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้อย่างราบรื่น เด็กในวัยนี้จะมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เข้าโรงเรียน เด็กจะเริ่มเรียนรู้ในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวก่อนแล้วจึงค่อยเป็นประสบการณ์ไปหาสิ่งแวดล้อมที่อยู่ไกลตัวออกไป สำหรับเด็กที่เริ่มเข้าเรียน จะสามารถเรียนรู้ได้ดี ถ้าทางโรงเรียนได้จัดสิ่งแวดล้อมโดยปล่อยให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหว และเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มหรือเสริมพัฒนาการทางปัญญาของเด็กเป็นอย่างมาก เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ จะเป็นสิ่งที่ช่วยหรือก่อให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น อยากรทดลอง ค้นคว้าสิ่งเหล่านี้ของเด็ก ได้แก่ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ ภาพการ์ตูน สิ่งดังกล่าวนี้มี อิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาการของเด็กในด้านอารมณ์ ภาษาและสติปัญญา เด็กวัยเรียนนี้วุฒิภาวะทุกด้านกำลังงอกงามเกือบเต็มที่ ทำให้เด็กมีความสามารถเพิ่มขึ้นอีกหลายด้าน เป็นเพราะเด็กได้เรียนรู้กว้างขวางขึ้นในช่วงนี้ ทำให้เด็กสามารถที่จะคิดและแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตัวของตัวเอง เด็กในวัยนี้จะเริ่มเรียนรู้โลกกว้างมากขึ้น ชอบความตื่นเต้น พึงพอใจในสิ่งแปลกใหม่ จะหันเหไปสู่การเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน เช่น เรียนรู้เกี่ยวกับเพื่อน ครู การเรียน การเล่นกับเพื่อน (Freud : Psychoanalytic Theory , Latency stage) เด็กจะใฝ่เรียนรู้และพยายามกระทำการสิ่งต่างๆ เพื่อให้เห็นว่าเขาสามารถทำได้หรือประสบความสำเร็จ อยากให้ผู้อื่นยอมรับในความสามารถของตนเอง (Erikson : ทฤษฎีจิตสังคม ขั้นที่ 4) ดังนั้น พ่อแม่ควรช่วยให้เด็กได้เกิดความรู้สึกรู้สึกว่าเขาทำได้ มีความสามารถ โดยการสนับสนุนให้เด็กได้ทำในสิ่งที่เขาชอบอย่างสุดความสามารถ หากจุดดี-จุดเด่นของตัวเด็กเพื่อชมเชย เป็นการบ่มเพาะความรู้สึกขยันหมั่นเพียรให้เกิดขึ้น เพราะความสามารถจริงของเด็กที่ปฏิบัติได้นั้น ยังต้องได้รับการส่งเสริมและช่วยเหลือจากผู้ใหญ่และสังคมในการช่วยให้เด็กมีศักยภาพสูงสุดที่เป็นไปได้ (Vygotsky : Cultural-Historical Theory , Zone of Proximal Development) แต่ถ้าไม่ได้รับการส่งเสริม หรือได้รับการส่งเสริมที่มากเกินไปความสามารถของเด็ก เด็กจะรู้สึกที่ตัวเองด้อยค่า ไม่มีความสามารถบิดามารดาควรทำความเข้าใจว่าเด็กในวัยนี้มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวมากขึ้น สามารถคิดหาเหตุผล แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และสามารถเข้าใจกฎเกณฑ์ต่างๆ ได้ก็จริง แต่ก็มีข้อจำกัดว่าความรู้ความเข้าใจเหล่านี้ก็ต้องอยู่ในรูปธรรม เช่น การสอนให้เด็กทำความดี (นามธรรม) บิดามารดาจะต้องยกตัวอย่างให้อยู่ในรูปของพฤติกรรมที่เด็กสามารถปฏิบัติได้ เช่น การตั้งใจเรียน เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ใหญ่ เป็นการทำความดี (Piaget : Constructivist Theory, Concrete operational stage) ทักษะการเรียนรู้ของเด็กวัยนี้จะเป็นลักษณะการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก คือ การประสานกันระหว่างมือกับสายตา

เช่น การต่อบล็อก การเขียนหนังสือ จะเห็นได้ว่าเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากบ้านสู่โรงเรียน ดังนั้น ทักษะการเข้าสังคมในกลุ่มเพื่อน และทักษะทางภาษาเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง กระบวนการพัฒนาต่างๆจะเป็นในลักษณะของกระบวนการทางสังคมเข้ามาหล่อหลอมในตัวเด็ก เพราะวัยเด็กตอนปลายไม่ต้องการเล่นตามลำพังที่บ้านหรือทำสิ่งต่างๆ ร่วมกับสมาชิกของครอบครัวอีกต่อไป เพื่อนจึงเป็นบุคคลอันดับแรกๆ ที่เด็กจะเลือกปฏิบัติตาม ทั้งด้านการแต่งกาย ความคิด และพฤติกรรม เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างบิดามารดากับเพื่อนเด็กมักจะทำตามและให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากกว่า ซึ่งทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ทักษะการเข้าสังคมหลายอย่างที่เป็นประโยชน์ เช่น เด็กจะเรียนรู้ถึงการยอมรับและมีความรับผิดชอบ การมีน้ำใจนักกีฬา และการมีพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ เพื่อเป็นรากฐานในการเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะสามารถเห็นได้ว่า ช่วงอายุของเด็กในวัยเรียน 6-12 ปีนั้น ถือเป็นช่วงสำคัญของเด็กในการเรียนรู้ทักษะชีวิต และพัฒนาการต่างๆ ทางด้านสติปัญญา (higher cognitive functions) เป็นช่วงที่การทำงานของสมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและเต็มที่ ดังนั้นธรรมชาติและพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กในช่วงวัยเรียนจึงมีการเปลี่ยนแปลงและแสดงให้เห็นถึงการเจริญเติบโตที่ค่อนข้างเด่นชัดในแต่ละขวบปี ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

อายุ 6 ปี เด็กวัยนี้สามารถมองเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งของได้ เช่น ความแตกต่างของลวดลายต่าง ๆ เข้าใจความหมายของหน้า-หลังและบน-ล่างของตัวเด็ก แต่ไม่เข้าใจระยะใกล้หรือไกลของสถานที่ เด็กวัยนี้ยังคิดถึงแต่เรื่องปัจจุบัน คิดถึงแต่เรื่องที่ตนเองพัวพันอยู่ด้วย มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมค่อนข้างสั้น สนใจการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่จะไม่สนใจความสำเร็จของกิจกรรมนั้น ๆ เด็กจะกระตือรือร้นทำงานที่ตนเองสนใจ แต่เมื่อหมดความสนใจจะเลิกทำทันที โดยไม่สนใจว่างานนั้นจะสำเร็จหรือไม่

อายุ 7 ปี เด็กวัยนี้จะมีความอยากรู้อยากเห็น สามารถจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ มีความสนใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ และจะพยายามทำให้สำเร็จ รู้จักชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นสิ่งนี้ มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมยังค่อนข้างสั้น จะสนใจสิ่งต่างๆที่ละอย่าง ดังนั้น ถ้ามีงานหลายอย่างให้เด็กทำ ควรจะแบ่งหรือกำหนดให้เป็นส่วน ๆ ไม่ควรให้พร้อมกันทีเดียว เพราะจะทำให้เด็กเบื่อ

อายุ 8 ปี เด็กวัยนี้จะมีความอยากรู้อยากเห็น สนใจซักถามมากขึ้น ชอบทำสิ่งใหม่ ๆ ที่ตนเองไม่เคยทำมาก่อน มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมนานขึ้น มีความสนใจที่จะทำงานให้สำเร็จ มีความพิถีพิถันและรับฟังคำแนะนำในการทำงานมากขึ้น สามารถเข้าใจคำชี้แจงง่าย ๆ มีความสนใจในการเล่นต่าง ๆ สามารถแสดงละครง่าย ๆ ได้ สนใจการวาดภาพ ดนตรี ภาพยนตร์ โทรทัศน์ การ์ตูน ฟังวิทยุ และชอบนิทาน สนใจในการสะสมสิ่งของ

อายุ 9 ปี เด็กวัยนี้เป็นวัยที่รู้จักใช้เหตุผล สามารถตอบคำถามอย่างมีเหตุผล มีความรู้ในด้านภาษา และความรู้รอบตัวกว้างขึ้น ชอบอ่านหนังสือที่กล่าวถึงข้อเท็จจริง สามารถแก้ปัญหาและรู้จัก

หาเหตุผลโดยอาศัยการสังเกต ในวัยนี้ต้องการอิสรภาพเพิ่มขึ้น สนใจที่จะสะสมสิ่งของ และจะเลียนแบบการกระทำต่าง ๆ ของคนอื่น

อายุ 10 ปี วัยนี้เป็นวัยที่สมองกำลังพัฒนาเต็มที่ การเรียน การหาเหตุผล ความคิดและการแก้ปัญหาดีขึ้น สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และมีการไตร่ตรองก่อนตัดสินใจ ไม่ทำอย่างหุนหันพลันแล่น มีความคิดริเริ่ม เด็กชายชอบเรียนดาราศาสตร์ วิทยาศาสตร์ เด็กหญิงจะสนใจเกี่ยวกับการเรียน การสร้างมโนภาพเกี่ยวกับเวลา แม่นยำและกว้างขวางขึ้น ทำให้สามารถศึกษาประวัติศาสตร์สำคัญ วัน เดือน ปี ได้ สามารถเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว

อายุ 11-12 ปี เด็กวัยนี้จะมีเพื่อนวัยเดียวกัน มีการเล่นเป็นกลุ่ม บางคนจะเริ่มแสดงความสนใจในเพศตรงข้าม สนใจกีฬาที่เล่นเป็นทีม กิจกรรมกลางแจ้ง สัตว์เลี้ยง งานอดิเรก หนังสือ การ์ตูน จะมีลักษณะเป็นคนที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ๆ อาจกลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ และชอบการวิพากษ์วิจารณ์ จะเห็นว่าความคิดเห็นของกลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมากกว่าความคิดเห็นของผู้ใหญ่ และจะมีความกังวล เริ่มเอาใจใส่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจและยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของตนด้วย

## 1.2 ความหมายของเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วน Prefrontal Cortex ที่ทำให้เกิดการ บริหารจัดการบกพร่อง (Executive Dysfunction) อาการของเด็กสมาธิสั้นจะประกอบด้วย 3 อาการ หลัก ได้แก่ ขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น และอาการอยู่นิ่ง อาการที่พบจะเป็นมากกว่า พฤติกรรม ตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม โดยเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 7 ปีและแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน (American Psychiatric Association, 2013)

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2554) ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นหรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่แสดงความใส่ใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในเวลาสั้น หรือไม่สนใจเลย หรือเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่มีการแสดงออกซ้ำๆ แตกต่างจากพัฒนาการในเด็กตามปกติ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก

วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน (2550) ได้ให้ความหมายของเด็กสมาธิสั้นว่า หมายถึง ความผิดปกติของพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่แสดงออกซ้ำๆ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก ประกอบด้วย พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการในเรื่องการขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น ยับยั้งตัวเองไม่ได้ และหรือซุกซน อยู่นิ่งโดยอาการปรากฏให้เห็นก่อนอายุ 7 ขวบและมีความรุนแรงมากพอ จนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้เกี่ยวข้อง

สถาบันราชานุกูล (2555) ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นหรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) หมายถึง เป็นกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรม ประกอบด้วย ขาดสมาธิ ชน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจ โดยแสดงอาการอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการเรียน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุ และระดับพัฒนาการ โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี อาการต้องเป็นมาตลอดต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

ศิริชัย หงส์สงวนศรี และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ (2558) กล่าวว่า สมาธิสั้น เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านการเรียน สังคม พัฒนาการด้านจิตใจ และบุคลิกภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การกระทำผิดกฎหมาย การตั้งครมภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น โรคสมาธิสั้น ยังเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อ ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสังคมด้วย แต่เด็กที่เป็นโรคนี้นี้จำนวนมากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม

จึงพอสรุปได้ว่าเด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) หมายถึงกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในเด็ก ประกอบด้วย 1) ขาดสมาธิ 2) ชน อยู่ไม่นิ่ง 3) หุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจ หรือเป็นพฤติกรรมแสดงออกซ้ำๆ ที่ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับพัฒนาการ โดยแสดงอาการอย่างต่อเนื่องยาวนาน และความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี และมีอาการเป็นมาตลอดต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และพฤติกรรมเหล่านี้รุนแรงพอที่จะทำให้มีผลกระทบต่อ การใช้ชีวิตประจำวัน

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้นมักเกิดปัญหาด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ลักษณะของอาการที่สำคัญในโรค สมาธิสั้นมีด้วยกัน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

1.2.1 ความบกพร่องของสมาธิ เป็นอาการสำคัญที่สุดของโรคนี้นี้ เด็กจะมีสมาธิไม่ได้ (inattention) ไม่สามารถควบคุมและรักษาสมาธิไว้ได้นานพอ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) อาการที่แสดงว่าเด็กพร่องสมาธิ คือ ไม่สามารถจดจ่กรายละเอียดของงาน เสียสมาธิ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.2.2 ความบกพร่องของพฤติกรรม คือมีอาการชนมาก อยู่ไม่นิ่งและกระสับกระส่าย ที่เรียกว่า hyperactive (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) การแสดงออกของเด็กมีลักษณะดังต่อไปนี้ ไม่สามารถอยู่นิ่งๆได้ มือเท้าขยับไปมา มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.2.3 ความบกพร่องในการคิดและวางแผน เด็กมักมีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ (impulsivity) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) แสดงออกโดยขาดความ



อดทน ไม่สามารถรอได้ จนทำให้มีปัญหาทางกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การเรียน อาชีพการงาน (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

### พฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder – ADHD) ประกอบด้วย อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactive) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และอาการขาดสมาธิ (Inattentiveness) จะมีพฤติกรรมคือ

1. ขาดสมาธิ (Inattention) เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่ายและไม่สามารถคงความสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน ถูกรบกวนจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กจะแสดงอาการเหม่อลอย ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อย เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืม มีลักษณะเหมือนไม่ฟังเวลาสนทนาด้วย อาการนี้มักจะมีต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ (กัญญาวิรี บุญเสนนันท์, 2554)

2. อาการซน (Hyperactivity) เด็กจะมีลักษณะซน อยู่ไม่สุข นั่งนิ่งๆไม่ค่อยได้ หยุกหยิก ต้องลุกเดินขยับตัวไปมา ชอบปีนป่าย เล่นผาดโผน เสียงดัง หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตรายมักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซน และความไม่ระมัดระวัง พุดมาก อาการนี้จะสังเกตเห็นเด่นชัดในเด็กเล็กๆ เมื่อโตขึ้นอาการซนมักจะลดลงตามวัย จนเหลือแต่เพียงความรู้สึก กระวนกระวายใจ กระสับกระส่าย เวลาต้องอยู่นิ่งๆในวัยผู้ใหญ่หรือวัยรุ่น (กัญญาวิรี บุญเสนนันท์, 2554)

3. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กจะมีลักษณะวู่วามใจร้อน ขาดความระมัดระวัง ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นเช่น ต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยไม่ได้ พุดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาต มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่ เวลาทำการบ้านจะรีบทำให้เสร็จไวๆ โดยไม่คำนึงว่างานจะเรียบร้อยหรือถูกต้องหรือไม่ (กัญญาวิรี บุญเสนนันท์, 2554)

4. อาการอื่นๆ เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นบางรายจะมีพฤติกรรมคือ ต่อต้าน ก้าวร้าว เกเร หรือมีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆร่วมด้วย บางรายอาจมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านภาษา การประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี (Poor motor coordination) หรือมีปัญหาการเรียนรู้อ่าน (Learning disorder) ในบางรายอาจมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย เช่นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) (กัญญาวิรี บุญเสนนันท์, 2554)

### 1.4 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น

ในปัจจุบันแม้จะยังไม่มีความชัดเจนแน่นอนว่าโรคสมาธิสั้นมีสาเหตุจากปัจจัยใดบ้างเป็นปัจจัยหลักแต่ผลการศึกษาวัยในช่วงเวลาที่ผ่านมามีสมมติฐานที่พอจะสรุปได้ดังนี้

1. พันธุกรรม จากข้อมูลพบว่า concordance rate ของโรคสมาธิสั้นในแฝดไข่ใบเดียวกันสูงถึง 0.6-0.8 นอกจากนั้นยังพบญาติใกล้ชิดในครอบครัวเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นว่าเป็น

โรคนี้ด้วยสูงถึงร้อยละ 20-25 ผลการศึกษาวิจัยที่มีจนถึงปัจจุบันพบยีนหลายตัวที่อาจเป็นสาเหตุร่วมกัน แต่ ยีนที่ได้รับความสนใจและมีความพยายามที่จะศึกษาเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ gene dopamine receptor (DRD4) ซึ่งได้รับการศึกษาต่อเนื่องมาหลายปี เพราะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความสนใจที่ต้องการการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (novelty seeking behavior) และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น DAT1 เป็น gene ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มประชากรทั่วไป (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2551; นิชรา เรื่องดารกานนท์และคณะ, 2551)

2. สารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) พบความบกพร่องใน dopamine receptor gene (DRD4) ได้ 29% จาก metaanalysis พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นกับ DRD4 เกี่ยวข้องกันอย่างชัดเจนในกลุ่มที่ตอบสนองกับ methylphenidate ต่ำ ในเด็กพบว่ามีความบกพร่องที่ dopamine transporter gene (DAT1) จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ถ้ามี NE ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะ hyperactivity และ impulsive (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550)

3. ประสาทชีววิทยา (neurobiology) ในปัจจุบันพบหลักฐานว่าน่าจะเป็นความบกพร่องในพัฒนาของระบบประสาทมากที่สุด ซึ่งจากการศึกษาในระดับ neuropsychological measurement พบการทำงานผิดปกติที่บริเวณ frontal cortex, cerebellum, corpus callosum และ basal ganglia (globus pallidus และ caudate nucleus) ซึ่งบริเวณ prefrontal cortex เป็นบริเวณซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับ executive function (การยับยั้ง ตั้งสติ การใช้เหตุผล การวางแผน การทำงานตามขั้นตอน ฯลฯ) ในขณะที่ basal ganglia ทำหน้าที่สำคัญในการควบคุม impulsive (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550) ทำให้เด็กมีระดับของความอดทนหรือแรงต้าน (Threshold) ต่อการร่ำของสิ่งแวดล้อมลดลง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

4. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มลพิษที่เกิดจากสารตะกั่ว มีการศึกษาว่าอาจมีความเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรี่รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ของมารดาตั้งครรภ์กับโรคสมาธิสั้นในบุตร มารดาตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเสพสารดังกล่าว (นิชรา เรื่องดารกานนท์และคณะ, 2551)

5. ปัจจัยทางจิตสังคม พบว่า ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความเครียด การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว และผู้ดูแลขาดทักษะไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู พบว่าสามารถทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้นหรือเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (เบญจพร ปัญญา, 2543)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโรคสมาธิสั้นเกิดจากปัจจัยด้านกายภาพที่มีความผิดปกติของยีนในสมอง ส่วนหน้าที่ผลิตสาร Dopamine และระบบของ dopamine partway ซึ่งมีผลต่อสมาธิและอารมณ์ ร่วมกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และประกอบกับปัจจัยทางจิตสังคม ในเรื่องการเลี้ยงดูสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจของผู้เลี้ยงดู ที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้น

**1.5 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition: DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013; ศิริไชย หงส์สงวนศรีและคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2558)

การสัมภาษณ์พ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญที่สุด แต่ต้องอาศัยข้อมูลพฤติกรรมจากครูและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กด้วย

1.5.1 มีอาการขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ตลอดเวลา และรบกวนการทำหน้าที่หรือพัฒนาการ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน ถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

เกณฑ์การวินิจฉัยของ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition: DSM-V) (ศิริไชย หงส์สงวนศรีและคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2558)

- 1) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเล่นเล่ในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงานหรือกิจกรรมอื่น
- 2) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบกรงานหรือเล่น
- 3) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังว่าใครพูดอะไรบ่อยๆ
- 4) มักไม่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำเรื่องกรบ้านหรือหน้าที่ต่างๆ บ่อยๆ
- 5) มักไม่สามารถจัดลำดับก่อนหลังงานหรือกิจกรรมของตัวเองบ่อยๆ
- 6) มักเลี้ียง ไม่ชอบ หรือล้งเล ที่จะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม
- 7) ทำอุปกรณ์ข้าวของ เช่น ดินสอ สมุด หนังสือ ของเล่น หายบ่อยๆ
- 8) มักอวกแวกงายมีอะไรภายนอกมากกระตุ้นนิตเดียวก็หันเหความสนใจไปจากงานที่ ทำอย่างงายตายบ่อยๆ
- 9) มักลิมทำกิจกรรมประจำวันบ่อยๆ

1.5.2 อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป อย่างน้อย 6 เดือนและถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรม ทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

1.5.3 มีอาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆ อาการเริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

1.5.4 อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆอาการเกิดขึ้นในสถานการณ้อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่โรงเรียนด้วย ที่บ้านด้วย

1.5.5 มีหลักฐานชัดเจนว่ามีความบกพร่องทางด้านสังคม การศึกษาหรืองานอาชีพ

1.5.6 อาการไม่ได้เกิดขณะป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ และไม่ได้เกิดจากความกังวล

หรือการได้สารพิษ หรือลงแดงจากการขาดสารเซพติด (ศิริไชย หงส์สงวนศรี และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2558)

## 1.6 การรักษาเด็กสมาธิสั้น

จากการศึกษาแนวทางการรักษา ณ ปัจจุบันพบว่าการรักษาแบบ multi-modelity approach หรือการผสมผสานการรักษาด้วยยาร่วมกับ psychosocial intervention จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด การรักษาที่ได้ผลประกอบด้วย

1.6.1 การรักษาด้วยยา เด็กบางคนอาจต้องรักษาด้วยยา ซึ่งยาจะทำให้เด็กนิ่งขึ้น และมีสมาธิมากขึ้น บิดามารดาควรดูแลการกินยาของเด็กตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด (สถาบันราชานุกูล, 2555) ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น มีดังนี้

1.6.1.1 กลุ่ม psychostimulants drug เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อย ยา methyphenidate มีชื่อการค้าว่า Ritalin<sup>®</sup>, Rubifen<sup>®</sup> (10 mg) ได้ผล 75-80% ออกฤทธิ์เป็น sympathomimetic agent โดยไปเพิ่มการหลั่งและระงับการ reabsorb ของ central catecholamine ออกฤทธิ์ภายใน 30 นาทีหลังบริหารยา half life 2-5 ชั่วโมง เพิ่มสมาธิ ลดความก้าวร้าวและอาการหุนหันพลันแล่นได้บ้าง เพิ่มความสามารถในการควบคุมตัวเอง ไม่มีฤทธิ์สะสมภายในตัว และชนิดออกฤทธิ์ยาวมีชื่อการค้าว่า Concerta<sup>®</sup> ออกฤทธิ์นาน 12 ชั่วโมงหลังได้ยา ในคนไข้ที่มีอาการ Tic disorder แบบซ่อนเร้น การใช้ยา methyphenidate จะไปทำให้อาการเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามโรค Tic ที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นมิใช่ข้อห้ามในการใช้ยากลุ่มนี้ (วินิตดา ปิยะศิลป์, ปราณี เมืองน้อย และศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, 2550)

1.6.1.2 กลุ่ม non-psychostimulants drug ได้แก่ 1) ยาอะโทม็อกซีทีน (Atomoxetine) มีชื่อการค้าว่า Strattera<sup>®</sup> เป็นยาเพิ่มสมาธิที่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง ไปเพิ่มสารเคมีในสมองเช่นกันแต่ไม่อยู่ในกลุ่มกระตุ้นสมอง แต่สามารถเพิ่มสมาธิได้ ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล 2) ยา antidepressants เช่น Tricyclic antidepressants เช่น Imipramine จัดเป็นกลุ่มยาอันดับสอง สำหรับการรักษา ADHD ได้ผล 60-70% ขนาด 1-3 mg/kg/day แบ่งให้เช้าและก่อนนอน 3) Alpha-2-agonist เช่น Clonidine (Catapres<sup>®</sup>) ช่วยลดอาการซนและหุนหันพลันแล่น แต่ไม่ช่วยให้สมาธิยาวขึ้น สามารถให้ร่วมกับ stimulants ได้อย่างปลอดภัย ใช้ในกรณีที่มีโรค Tourett's disorder ร่วมกับโรคสมาธิสั้น 4) Antipsychotic drugs เช่น risperidone, haloperidol, thioridazole ใช้ในกรณีที่มีความก้าวร้าวรุนแรง หรือมี conduct disorder ร่วมด้วย (วินิตดา ปิยะศิลป์, ปราณี เมืองน้อย และศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, 2550)

1.6.2 การให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับเด็กกว่าปัญหาที่ตนเองมีนั้นไม่ได้เกิดจากการที่ตนเองเป็นคนไม่ดี (สถาบันราชานุกูล, 2555) ให้เด็กมีความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค ADHA และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในยาที่รับประทานฝึกทักษะทางสังคม การสังเกตอารมณ์ผู้อื่น พัฒนาทักษะ การอยู่ร่วมกับคนอื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์, ปราณี เมืองน้อย และศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, 2550)

1.6.3 การรักษาจิตสังคม (psychosocial Intervention) ซึ่งจะเน้นทั้งที่ครอบครัว โรงเรียน และผู้ป่วย การช่วยเหลือด้านครอบครัว (Family intervention) ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้ (Psycho education) เพื่อให้บิดามารดาและบุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับ ธรรมชาติของโรคสมาธิสั้นว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งให้ความรู้กับบิดามารดาในการช่วยเหลือทางการเรียน ของเด็กที่บ้าน เน้นการสร้างสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับบิดามารดา เพื่อเป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ให้บิดามารดาและบุคคลในครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินไปของโรคสมาธิสั้น (นิชรา เรือง ดารกานนท์ และคณะ, 2551)

2) การฝึกอบรมผู้ปกครอง (Parent management training) โดยการให้ความรู้และ ฝึกทักษะให้แก่บิดามารดาในการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (behavioral approaches) ด้วยการให้แรงเสริมต่างๆ ฝึกให้มีทักษะออกคำสั่งที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจนมีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการให้รางวัลพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของบิดามารดา และการรักษาจิตวิทยา โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี เพื่อเพิ่ม Self-Esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่างและมีการใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม ได้มีโอกาสฝึกซ้อมปฏิบัติ ให้โอกาสในการซักถามปัญหาที่สงสัยทั้งหมด จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีเวลากับผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

3) การช่วยเหลือด้านโรงเรียน (School intervention) โดยมีการประสานกับทางโรงเรียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของเด็กสมาธิสั้น และสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม

## 1.7 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

การช่วยเหลือเด็กที่มีสมาธิสั้น นอกจากแพทย์จะให้ยารับประทานเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว บิดามารดารวมทั้งครูจะมีส่วนในการฝึกทักษะหลายๆ อย่างที่ยังขาดอยู่ จนเกิดผลดีต่อเด็กสามารถประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือให้บิดามารดา และครูเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้การดูแลได้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550; สมภพ เรืองวงตระกูล, 2551) ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถใช้กระบวนการพยาบาล มาเป็นกรอบในการวางแผนให้การดูแลได้ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การ

วางแผนการพยาบาล (Planning) การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) และการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งกระบวนการพยาบาลเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2554) ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น พยาบาลต้องดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหา ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพราะเด็กกลุ่มนี้จะมี ความยุ่งยากในการสร้างสัมพันธภาพ บ่อยครั้งที่เด็กจะมีพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล ตัวอย่างการวินิจฉัยการพยาบาลมีดังนี้

2.1 เสี่ยงต่ออันตรายและการบาดเจ็บทั้งของตนเอง บุคคลแวดล้อม และความเสียหายที่เกิดกับสิ่งของ เนื่องจากอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ยับยั้งตนเองไม่ได้ และมีความบกพร่องในการรับรู้อันตราย

2.2 มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม เนื่องจากพฤติกรรมที่เป็นเหตุแห่งความวุ่นวายและพฤติกรรมที่ไม่สมวัย

3. การวางแผนการพยาบาล

3.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ ได้แก่

- 1) เด็กปลอดภัย ไม่มีอาการบาดเจ็บหรือทำลายสิ่งของ
- 2) เด็กมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสม
- 3) เด็กมีพัฒนาการของการเผชิญความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม
- 4) เด็กกล่าวถึงจุดเด่นหรือความดีของตนเองได้
- 5) เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมน้อยลง

6) เด็กร่วมมือในการทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการเรียนรู้และการอยู่ร่วมกัน

3.2 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาลที่พยาบาลต้องวางแผนและร่วมมือกับผู้เลี้ยงดูใกล้ชิดเด็ก ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม

4. การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น อาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจการเกิดพฤติกรรมของเด็กและมีการรู้จักตนในฐานะผู้ดูแลช่วยเหลือและผู้บำบัดทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

5. การประเมินผลการพยาบาล พยาบาลจะประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยเน้นการประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตน การแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาน้อยลง เด็กมีความปลอดภัยจากการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ และเด็กสามารถเรียนรู้เพื่อการพัฒนาสติปัญญา พัฒนาการทางสังคม และด้านอื่นๆ

การดูแลเด็กสมาธิสั้น พยาบาลต้องให้การปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งส่งเสริมพัฒนาการตามวัยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ จิตวิญญาณของเด็กบิดามารดาและครอบครัว เพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับคนรอบข้าง และการใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างมีปกติสุข

การประเมิน (Assessment) การประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นนั้น สามารถประเมินได้โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมาของเด็ก เช่น พฤติกรรมซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น พุดมาก ใจร้อน ควบคุมตนเองได้น้อย ช่วงความสนใจต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งน้อย และไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้ ประเมินทักษะทางสังคมสัมพันธภาพ ทักษะการ แก้ปัญหา และด้านการเรียน ซึ่งความล้มเหลวของการศึกษาและสัมพันธภาพจะนำไปสู่ความรู้สึก สูญเสียคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งประเมินโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง เช่น ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Rasche และ Knotkova, 2014)

**การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)** ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบได้ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ตาม NANDA Nursing Diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014) มีดังนี้

- 1) Ineffective impulse control related to disorder of development (ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เนื่องจากความผิดปกติของพัฒนาการ)
- 2) Impaired social interaction related to impulsive behavior (บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพเนื่องจากอาการหุนหันพลันแล่น)
- 3) Chronic low self-esteem related to difficult in participating in expected activities (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองคาดหวังได้)
- 4) Risk for self-directed or other-directed violence related to lack of impulse control (เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ เนื่องจากอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และควบคุมตนเองไม่ได้)
- 5) Disable family coping related to significant person with chronically unexpressed feelings of guilt, anxiety, and despair (ครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล และความสิ้นหวัง)

#### **การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)**

##### **การลงมือปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย**

- 1) ให้ความรู้และส่งเสริมให้บิดามารดาและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2) การจัดสภาพแวดล้อมให้สงบและปลอดภัย เนื่องจากเด็กที่มีสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง การปรับสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้เด็ก สามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น และช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ง่าย

3) การใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี โดยทั้งที่บ้านและโรงเรียน ควรมีความเข้าใจและเป็นกำลังให้เด็ก ให้ความสนใจ ชื่นชม เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี หากเด็กกระทำผิดโดยไม่ตั้งใจ สมควรใช้คำพูดปลอบใจ มีท่าทีเห็นใจ ช่วยแนะนำวิธีแก้ไข ไม่ประจานเด็ก และไม่ลงโทษด้วยความรุนแรง หากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมควรปราม ตักเตือนอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้เด็กได้แก้ไขด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และทำให้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลงหรือหมดไปในที่สุด

4) การให้คำแนะนำสำหรับครู เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือเด็กทั้งในด้านต่างๆ ทั้งด้านการเรียน และการปรับตัวที่โรงเรียน

5) การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาเกี่ยวกับวิธีการใช้ การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง และการ ติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

6) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล เพื่อให้ไว้วางใจในตัวพยาบาลและมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

#### การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

- 1) ได้รับความปลอดภัยจากการได้รับอันตราย
- 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
- 3) สามารถควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
- 4) มีทักษะด้านการเรียนรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตตามศักยภาพ
- 5) เผชิญความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมและมองเห็นคุณค่าในตนเอง
- 6) ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีความคาดหวังอย่างเหมาะสม

การรักษาเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบัน ประกอบด้วย การรักษาโดยการให้ยา และด้านจิตสังคม ซึ่ง จะเน้นทั้งที่ครอบครัว โรงเรียน และผู้ป่วย (มนัสวี จาปาเทศ และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

**การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น (Patient intervention)** ในเด็กสมาธิสั้นจะมี ปัญหาหลายด้าน ทำให้มีปัญหาการควบคุมตนเอง ขาดความอดทนในการรอคอย เอาแต่ใจตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังนั้นจึงควรให้การช่วยเหลือ ดังนี้

1) การสอนเสริมทักษะ (Academic Skill Training) มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเรียน การฝึกทักษะด้านการเรียน โดยฝึกแบบ individual หรือ group ก็ได้โดยจะเน้น เรื่องการทำตามคำสั่ง การจัดระบบระเบียบ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การจดบันทึก และการ เรียนที่มีประสิทธิภาพ



2) การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่เด็ก (Counseling and Psycho education) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ข้อจำกัดของตนเอง ผลของยาที่ได้รับและเข้าใจว่าปัญหาที่ตนมีนั้นไม่ได้เกิดจากการที่ตนเป็นคนไม่ดี จึงควรช่วยเหลือทางจิตบำบัดหรือให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขความรู้สึกลบที่มีต่อตนเอง การปรับสัมพันธภาพกับผู้อื่น และครอบครัว

3) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill Training) เด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะขาดทักษะทางสังคม ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ง่าย ควรได้รับการฝึกทักษะทางสังคมร่วมด้วย (วินัดดาปิยะศิลป์, 2550) จะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมาและได้รับการแก้ไขผ่านประสบการณ์การเรียนรู้จากกลุ่มจากการฝึกหลายด้าน พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายบุคคลจะไม่ได้ผล เพราะเด็กสมาธิสั้นขาดทักษะในการสังเกตตนเอง การฝึกเป็นกลุ่มจะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมา และได้รับการแก้ไขผ่านขบวนการ modeling, practice, feedback และ Contingent reinforcement (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

4) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) มีประโยชน์ในการรักษาอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ที่พบร่วมกับสมาธิสั้น และอาจใช้จิตบำบัด เฉพาะบุคคลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการปรับตัวความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น

5) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Modification) เน้นการปรับพฤติกรรมโดย เน้นการใช้ positive reward ซึ่งการศึกษาด้าน neuropsychological measurement พบว่าเด็กกลุ่มนี้ จะตอบสนองต่อ positive reward ที่รวดเร็วได้ดี แต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่าย เมื่อใช้ negative reward ควร เน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด การใช้เงิน เป็นต้น

6) การทำกลุ่มบำบัด (Children group support) เน้นการให้ข้อมูลผ่าน กลุ่มเพื่อน ให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และเข้าใจข้อจำกัดของตนเอง พัฒนา ทักษะทางกีฬา และการทำกิจกรรม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น

7) การปรับพฤติกรรม โดยใช้การเสริมแรงบวก ซึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะตอบสนองต่อการเสริมแรงทางบวก ที่รวดเร็วได้ดี แต่เพิ่มปัญหาได้ง่าย เมื่อใช้การเสริมแรงทางลบ การปรับพฤติกรรมหรือ พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ สำหรับเด็กและครอบครัวนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีประโยชน์ เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยพัฒนาความสามารถในการเข้าสังคม และความสามารถในการควบคุม ตนเอง เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของเด็กให้พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น (มานิช อารณสุวรรณ , 2550) ซึ่งหลักในการปรับพฤติกรรม ต้องอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มุ่งเน้นการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่เด็กโดยใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่การฝึกอบรม ผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม การใช้เทคนิคการชม การให้รางวัล เป็นต้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2554) การฝึกสอนผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก (parent management training) โดยให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่บิดามารดาในการใช้เทคนิคการ

ปรับพฤติกรรม (behavioral approaches) ด้วยการเสริมแรงที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ บิดามารดาควรมีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับเข้าใจในอาการและข้อจำกัดต่างๆ ของเด็ก เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ดีและได้รับแรงเสริมทางบวก จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์น้อยลง

แนวทางการบำบัดรักษา การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีดังนี้ 1) โปรแกรมการให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทางอินเทอร์เน็ต เป็นการให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีข้อดีคือ ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานร่วมกันสอนผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผู้ดูแลสามารถติดต่อสื่อสารและขอความช่วยเหลือได้ง่าย สามารถลดความเครียดของบิดามารดาหรือผู้ดูแลได้โดยรวม แต่ผลด้านความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาหรือผู้ดูแลกับเด็กไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล โดยมีข้อจำกัดคือ ต้องใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ต ต้องมีอุปกรณ์สื่อสารได้ และต้องรอทีมสหวิชาชีพเข้ามาตอบคำถาม ส่วนบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดในด้านการศึกษาหรือการใช้เทคโนโลยี จะไม่สามารถใช้งานโปรแกรมฝึกการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ (เทพสิรินทร์ มากบุญศรี, 2549) 2) ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมอินทรีดิเบิ้ลเอียร์ส หรือโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กก้าวร้าวสำหรับเด็กอายุ 2-10 ปี มีข้อดีคือ มีโปรแกรมเฉพาะสำหรับบิดามารดาหรือผู้ดูแล ครู และเด็ก ในการส่งเสริมประสิทธิภาพทางอารมณ์และสังคม ข้อจำกัดคือ เน้นเด็กระดับอนุบาลและประถมที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวคือ ไม่เชื่อฟังมาก หรือเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาดังกล่าวโดยใช้วิดีโอเทปเป็นสื่อบิดามารดาหรือผู้ดูแลต้องเข้ากลุ่ม 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ 3) โปรแกรมการฝึกอบรมบิดามารดาหรือผู้ดูแลในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training Program) เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ใช้อยู่ในปัจจุบันพัฒนาขึ้นโดย ชาลวินท์พรนภดล และคณะ (2554) โดยรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2554 เน้นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมอง การรับรู้ของบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่มีต่อตนเอง เด็ก และปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมาจากทฤษฎี 3 ด้าน ได้แก่ 1) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยให้ความสำคัญกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่เข้า ร่วมการฝึกอบรมเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม ทำให้เกิดการ พัฒนาองค์ความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้กว้างขวางออกไป เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ความรู้จากการนำประสบการณ์และการเรียนรู้เดิมของบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่เข้ารับการฝึกอบรมมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้เปิดโอกาสให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลได้แสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเกิดการ เรียนรู้ร่วมกันด้วยการสะท้อนและแลกเปลี่ยนความคิดก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ จากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันและประสานให้เป็นความคิดรวบยอด และประยุกต์แนวคิดหรือการนำไปใช้โดยนำ การเรียนรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง 2) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ ที่เชื่อว่าการแสดงออกทางพฤติกรรมเกิดจากการวางเงื่อนไขอย่างไรใด

อย่างหนึ่ง ทั้งจากสิ่งเร้า จากเงื่อนไขผลกระทบ และจากการผ่านตัวแบบ ซึ่งการเสริมแรงก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการ เสริมสร้างและปรับพฤติกรรม โดยหากผู้แสดงพฤติกรรมพอใจใน ผลพฤติกรรมนั้นๆ จะมีผลให้พฤติกรรมที่ แสดงออกมามีเพิ่มขึ้น หรืออาจทำให้พฤติกรรมนั้นๆ ลดลง หากไม่พอใจในผล พฤติกรรมดังกล่าว 3) แนวคิดจากทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (group process) ให้ ความสำคัญกับ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงสุด โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับ การ แบ่งปัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่ หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้ง แก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนตนเองก่อน สามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือ ผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ จนเกิดความ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งได้บรรลุตามจุดมุ่งหมายของกลุ่มผู้ดูแลนี้โดยการนำทฤษฎีการเรียนรู้ที่ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งฝึกการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มากยิ่งขึ้น ร่วมกับ แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแนวคิดกระบวนการกลุ่ม มาเป็นกรอบแนวคิดในการอบรมให้ ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กโดย โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเด็ก สำหรับบิดามารดาหรือผู้ดูแลมีแผนการสอนทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติ มี กิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้ เวลาครั้งละ 2.5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 วัน รวม 7 สัปดาห์ ติดต่อกันไป และในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความรู้ตามใบความรู้ของเนื้อหาครั้งนั้นๆ มีการฝึกปฏิบัติกรณีศึกษาตัวอย่าง ตามใบงาน และ การฝึกปฏิบัติกับเด็กในความดูแลของตนเองที่บ้าน โดยให้การบ้านแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กใน แต่ละครั้งและเว้นระยะเวลาให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลนากล้ากลับไปทดลองใช้เทคนิคต่างๆ ที่ได้เรียนรู้กับ เด็กสมาธิสั้นในความดูแลของตนเอง เมื่อมีการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปต้องส่งการบ้าน นำเสนอในกลุ่ม และ ให้กลุ่มช่วยกันหาคำตอบ ในประเด็นที่ไม่สามารถทำการบ้านได้ ทั้งนี้พยาบาลจะเป็นผู้สรุปสาระของ การบ้านให้กลุ่มตัวอย่างรับฟังอีกครั้ง ซึ่งมีแผนกิจกรรม ดังนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม เด็ก 2) เทคนิคในการสื่อสาร 3) การชม 4) การให้รางวัล 5) การลงโทษ 6) การใช้ระบบคะแนน และ การใช้เบี้ยอรรถกร และ 7) การ ประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกัน ผลของโปรแกรมการฝึกอบรม บิดามารดาหรือผู้ดูแลในการปรับพฤติกรรมเด็ก พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของคะแนนประเมิน การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และพิจารณาจากคะแนน ประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของ พฤติกรรมเด็กด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม (ชาญวิทย์ พร นภดล และคณะ, 2554)

## 2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

### 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

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

Buss (1961) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ในรูปของการกระทำอย่างทันที แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ความก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกาย เช่น แขน ขา ฟัน หรือใช้อวัยวะทางกายร่วมกับอาวุธ เช่น มีด ไม้ เพื่อทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด 2) ความก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ การปฏิเสธ ซึ่งมักจะแสดงท่าทางประกอบด้วย เช่น ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หลบหน้า เป็นต้น และการบังคับ เป็นการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ

รัตโนทัย พลับรูการ (2551) ได้รวบรวมความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีความหมายกว้างขวาง มีความแตกต่างกันตามความคิดเห็น เจตคติของแต่ละบุคคล และสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันแสดงไว้ในหนังสือตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก ดังนี้

- พฤติกรรมที่เกะกะระราน ใช้กิริยาและวาจาที่ไม่เรียบร้อย
- พฤติกรรมที่ตั้งใจทำให้เกิดการเจ็บตัว หรือทำให้เกิดความกังวลต่อผู้อื่นได้แก่การตี เตะ ทำลายของ ทะเลาะ แย่งชิง ใช้คำพูดโจมตีผู้อื่น และต่อต้านไม่ร่วมมือ
- พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อต้องการทำร้ายผู้อื่น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแสดงออกอาจมีหลายรูปแบบ ได้แก่ทางวาจา เช่น พูดกระทบกระเทียบเปรยเปรย การด่าทอ เยาะเย้ย เป็นต้น ทางร่างกาย เช่น ทำร้ายร่างกายด้วยความรุนแรงในระดับต่างๆ เป็นต้น ด้วยท่าทาง เช่น การดูหมิ่นด้วยสีหน้าท่าทางพฤติกรรมที่แสดงออกด้วยการทำลาย มักเกิดจากการรวมของปัจจัยต่างๆ ที่สั่งสมไว้นานไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพซึ่งหมายถึงสภาพจิตใจ บุคลิกภาพ และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต (2549) กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเรียกร้องสิทธิแห่งตน โดยไม่สนใจว่าจะไปก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่นหรือไม่ การแสดงออกจะมีลักษณะของการ เรียกร้อง ช่มชู้ บีบบังคับ หรือลักษณะของการแสดงออกที่รุนแรง

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) ให้ความหมายความก้าวร้าวว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลหนึ่งแสดงออก โดยมีเจตนาสร้างความเจ็บปวดทั้งร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเป้าหมาย อาจเป็นทางวาจา หรือร่างกายที่อาจถึงขั้นรุนแรงให้บาดเจ็บถึงชีวิต

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่หลากหลายสามารถสรุปความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในการวิจัยได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวคือ การกระทำทั้งทางกาย วาจาต่อสิ่งของ บุคคลอื่นและ/หรือตนเองโดยมีเจตนาให้สิ่งของได้รับความเสียหาย และบุคคลอื่นหรือตนเองได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายและจิตใจไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือรุนแรงก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจากการเลียดู การสื่อความต้องการ ของตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ มีความไวต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งเร้ามากเกินไปถูกกดดันให้ทำสิ่งที่ไม่ชอบหรือสิ่งที่ยากเกินไป

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ หรือเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากสังคม จนกระทั่งยังไม่มีคำตอบที่แน่ชัด ได้มีการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไว้หลายรูปแบบและได้ข้อสรุปดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา Freud (1963) อ้างใน Tesser, 1995) กล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์นั้นมีแนวโน้มที่จะก้าวร้าวมาตั้งแต่เกิด ซึ่งเขาอธิบายว่า สัญชาตญาณเป็นส่วนหนึ่งของอิด (ID) ซึ่งเป็นความต้องการของร่างกายมนุษย์โดยธรรมชาติ

2.2.2 ทฤษฎีชีววิทยา กล่าวว่าลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากรสามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่าถ้าพ่อเป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

2.2.3 ทฤษฎีสิ่งแวดล้อม ได้แก่ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ และทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว

2.2.3.1 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration Aggression Theory) ทฤษฎีนี้มาจากความเชื่อของ Dollard & Miller (1939) ที่เชื่อว่าความก้าวร้าวของบุคคลมาจากความคับข้องใจที่สะสมอยู่

2.2.3.2 ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว (Aggression Cues Theory) มาจากแนวคิดของเบอร์โควิทซ์ (Berkowitz, 1962) ที่กล่าวว่า ความคับข้องใจเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว แต่การแสดงออกความก้าวร้าวจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มาก กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม

2.2.3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory of Aggression) ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าความก้าวร้าวเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล และเชื่อว่าขั้นตอนที่สำคัญของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ประการ คือ แม่แบบและการเสริมแรง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เชื่อว่าเด็กไม่ได้เรียนรู้ความ

ก้าวร้าวโดยตรงจากการให้รางวัลหรือลงโทษจากผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว แต่เด็กจะเลียนแบบผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง

## 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่นำไปสู่การแสดงออกก้าวร้าวของบุคคล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีดังนี้

### 2.3.1 ปัจจัยภายใน

#### 2.3.1.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) ซึ่งประกอบด้วย

2.3.1.1.1 พันธุกรรม (Genetic) โลเรนซ์ (Lorenz) นักสรีรวิทยา และนักธรรมชาติวิทยาเชื่อว่าความก้าวร้าว เกิดจากสัญชาตญาณการต่อสู้ (Fight instinct) เป็นพฤติกรรมโต้ตอบที่มีมาแต่กำเนิด และได้อิทธิพลจากพันธุกรรม (Rawlins, Williams, and Beck, 1993)

2.3.1.1.2 ความผิดปกติทางประสาทวิทยา (Neurological disorders) จากการศึกษาวิจัยพบว่า ภาวะทางประสาทวิทยาจำนวนมากเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับภาวะโกรธ และก้าวร้าว ได้แก่ การเกิดรอยโรคใน Limbic system เนื้องอกในสมองบริเวณ Limbic system Temporal lobe epilepsy, Alzheimer's disease รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Brain injury) จะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

2.3.1.1.3 สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ระดับของสาร Serotonin ต่ำ จะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า Serotonin มีบทบาทสำคัญในการยับยั้งพฤติกรรมก้าวร้าว

#### 2.3.1.2 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (Psychological factors)

2.3.1.2.1 นักพฤติกรรมนิยม เชื่อว่าอารมณ์ต่างๆ รวมทั้งอารมณ์โกรธ เป็นปฏิกิริยาของการเรียนรู้ที่มีต่อสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น (Skinner, 1979)

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

2.3.1.3 ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ การสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม ได้แก่ การเล่นกับเพื่อนแรง แสดงออกทางอารมณ์โกรธไม่เป็น ควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (Ercan et al., 2014; Hoza Betsy, 2007)

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

2.3.2 ปัจจัยภายนอกทางด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัว สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

2.3.2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ได้ศึกษาพบว่าเด็กสามารถเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบคนรอบข้าง และการที่คนเหล่านั้นทำพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นซ้ำกลับมาอีกเท่ากับเป็นการให้รางวัลแก่เด็ก (Vaccaro and Halter, 2010) ซึ่งเด็กมักจะเลียนแบบบิดามารดาหรือผู้ดูแลในครอบครัวและจากโรงเรียน แต่ในปัจจุบันจะพบว่าเด็กมีการลอกเลียนแบบจากโทรทัศน์ และเกมส์คอมพิวเตอร์มากขึ้น

2.3.2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมครอบครัว (Family factors) เกิดจากการที่บุคคลในครอบครัวไม่เข้าใจเรื่องการดูแล ขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว และขาดความรู้ในการจัดการพฤติกรรม ไม่มีระเบียบวินัย และจัดการพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ (Haapasalo & Tremblay, 1994; Miller et al., 2006) การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ไม่มั่นคง เด็กจะเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา (Ercan et al., 2014)

2.3.2.3 ปัจจัยด้านกายภาพได้แก่ เด็กที่สภาพแวดล้อมที่แออัด เสียงดัง กระตุ้น ทำให้เด็กมีอาการโกรธ หงุดหงิด และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว (Strine et al., 2006)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นนั้นเกิดจากทั้งตัวเด็กเอง ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการรับรู้ การสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม (Pineda et al., 2000; Miller et al., 2006; Ercan et al., 2014) สภาพแวดล้อมรอบตัวได้แก่ สภาพแวดล้อมที่แออัด แสง เสียงไม่เหมาะสม (Strine et al., 2006) ไม่ได้ได้รับการยอมรับจากเพื่อน นำไปสู่การคบเพื่อนที่ก้าวร้าวเกร (Miller et al., 2006) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดาหรือผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแล มีความขัดแย้งกันสูง เลี้ยงดูแบบควบคุม (Ercan et al., 2014; Haapasalo & Tremblay, 1994; Miller et al., 2006; นันทชา สงวนกุลชัย, 2556)

## 2.4 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

ในกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำเป็นต้องหาข้อมูลของเด็กและครอบครัวเพิ่มเติมทั้งประวัติการเจริญเติบโต พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพของเด็ก ของบิดามารดา วิธีการเลี้ยงดู ประเมินว่ามีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคติดต่อ ควรถามประวัติที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ในส่วนของโรงเรียนต้องประเมินพฤติกรรม ผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างครูและความสัมพันธ์กับเพื่อน ความรุนแรงของพฤติกรรมที่แสดงออกที่โรงเรียนร่วมด้วย (รัตโนทัย พลบูรณ์การ, 2551) ในการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยนั้นได้มีการประเมินหลายรูปแบบ ดังนี้

2.4.1 CAS-Children's aggression Scale ของ Helparin & McKay (2002) เป็นแบบวัดความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก และวัยรุ่นสำหรับกลุ่มอายุ 5-18 ปี เครื่องมือโดยรวมมีส่วนของบิดามารดาหรือผู้ดูแลและครู ข้อมูลจากเครื่องมือทั้งสองส่วนรวมกันจะมีน้ำหนักมากในการประเมินความรุนแรง และความถี่ วัดในส่วนของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำ ทั้งต่อตนเอง คนอื่น และสัตว์ ทั้งใช้อาวุธ และไม่ใช้อาวุธ เหมาะสำหรับกลุ่ม ADHD, ODD, CD โดยเฉพาะกลุ่ม CD จะมีความเหมาะสมที่สุด

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

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ที่สร้างจากแนวคิดของ Yudofsky et al., (1986) ที่กาญจนาวิทย์ บุญเสนันท์ (2554) ได้พัฒนาและปรับปรุงมาเป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น และพิศุลทอง กัลยา (2559) ได้พัฒนาต่อมาเป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากมีความเหมาะสมและมีความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออก ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ นอกจากนี้ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในแบบประเมิน ก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่แสดงออกด้วย ทำให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก จากผลรวมของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น โดยแต่ละข้อมีการกำหนดค่าคะแนนไว้อย่างชัดเจน โดยปรับวิธีการประเมินใหม่สังเกตจาก ถ้าเด็กทำพฤติกรรมที่เป็นลักษณะเดียวกันแต่กระทำหลายครั้งในช่วงเวลาหนึ่งให้นับเป็น 1 ครั้ง หรือทำพฤติกรรมเดียวแต่ทำพฤติกรรมนั้นเป็นเวลานานก็ให้นับเป็น 1 ครั้งรวมคะแนนใหม่ มีคะแนนสูงสุด 57 คะแนน

## 2.5 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

### 2.5.1 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีดังนี้

2.5.1.1 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว จัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ให้เหมาะสมต่อการทำกิจกรรม และจัดปัจจัยที่จะเบนความสนใจของเด็ก

2.5.1.2 การใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึง เทคนิคที่สำคัญในการทำพฤติกรรมบำบัด คือ การใช้การ



เสริมแรงเนื่องจากการเสริมแรงช่วยให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่นาน ซึ่งเทคนิคการบำบัด มีดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556; Goodman and Scott, 2012)

1. การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือจะให้แรงเสริมนี้หลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ

2. การใช้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) ขบวนการที่ส่งเสริมพฤติกรรมของเด็ก เพื่อให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซ้ำ

3. การลงโทษ (Punishment) เป็นกระบวนการในการจัดกิจกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่เด็กแสดงออกและไม่ให้เด็กแสดงพฤติกรรม เช่นนี้อีกใน

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

5. การนำออกไป (Time - Out) คือ การนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ เป็นการถอดถอนโอกาสที่บุคคลนั้นจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต

2.5.1.3 การส่งเสริมทักษะทางสังคม เพราะเด็กมักบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม แสดงออกกับผู้อื่นไม่เป็น โดยจัดให้เด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อน เนื่องจากพฤติกรรมที่เหมาะสม มักเกิดจากการเรียนรู้อารมณ์ที่หลากหลายทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเฉพาะการเล่นแบบพฤติกรรมจากคนรอบข้าง ทั้งคนในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน

2.5.1.4 การเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้เด็ก พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

2.5.1.5 และกิจกรรมที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จัดให้เด็กสมาธิสั้นและบิดามารดาเป็นรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลดังต่อไปนี้ ได้แก่ การชักประวัติ การให้คำแนะนำเรื่องยา การให้คำปรึกษาในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ขณะอยู่ที่บ้านแก่บิดามารดา ระบบการมาตามนัด และนัดเข้าคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นคลินิกสำหรับเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน

### 3. บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นและการช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

#### 3.1 บิดามารดาเด็กสมาธิสั้น

บิดามารดาเป็นหน่วยพื้นฐานของการรวมกลุ่มครอบครัวที่มีการแลกเปลี่ยนสิ่งสำคัญต่อกันคือความรัก ดังนั้นประสบการณ์แต่ละวันที่ได้รับภายในครอบครัว จึงมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลเป็นอย่างมาก ประสบการณ์ดังกล่าวอาจทำให้เกิดความสุขความมั่นคง หรืออาจทำให้เกิดความทุกข์และความเปราะบางในบุคคลก็ได้ ดังนั้นบิดามารดาและครอบครัวควรเป็นสถานที่ให้เด็กได้พึ่งพาได้ช่วยปกป้องเด็กและได้เกิดการเรียนรู้ พบว่าเด็กที่ปรับตัวในครอบครัวได้ไม่เหมาะสม มักปรับตัวในสังคมอื่นๆได้ไม่เหมาะสมเช่นกัน (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ระบบครอบครัวประกอบด้วย ลักษณะการเลี้ยงดู พยาธิสภาพทางจิตใจของบิดามารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียและการแยกจากบิดามารดา ซึ่งจะเป็นรูปแบบการถ่ายทอดพฤติกรรมต่างๆ ไปยังบุตรได้ (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2552) ในเด็กสมาธิสั้นบิดามารดามีบทบาทกับเด็กอย่างมาก ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดามีผลต่อลูกสมาธิสั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การแสดงออกทางพฤติกรรมและวิถีของพัฒนาการที่แตกต่างออกไป (Johnton and Mash, 2001 อ้างถึงใน Deault, 2009) จึงสรุปได้ว่าบิดามารดามีผลต่อพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น และการเลี้ยงดูซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก

#### 3.2 การช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ระบบการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นมีดังนี้

1. การให้ความรู้ (Psycho education) กับบิดามารดาให้เข้าใจโรค สมาธิสั้นพร้อมทั้งให้การรับฟัง ตอบข้อซักถาม โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การพยากรณ์โรค และบทบาทของบิดามารดาในการช่วยเหลือเด็ก การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่บิดามารดา (Counseling and Psycho education) เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติแก่บิดามารดา และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง ได้ดีขึ้น และช่วยลดความเครียดของบิดามารดาให้มีทัศนคติทางบวก ยอมรับ และเห็นอกเห็นใจในอาการ และข้อจำกัดของเด็ก ให้คำปรึกษากับบิดามารดาเนื่องจากพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีผลต่อชีวิตสมรส พี่น้อง และสภาพอารมณ์ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว การให้ความรู้ การให้คำปรึกษากับบิดามารดาจึงเป็นสิ่งจำเป็น การให้การช่วยเหลือบิดามารดา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้พฤติกรรมบำบัด ในการช่วยปรับเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสม การปรับสภาพอารมณ์ของบิดามารดาให้ไม่หงุดหงิดง่าย สงบ การให้รางวัลหรือการทำโทษ การปรับสภาพบ้าน การฝึกให้เด็กรอคอยและอื่นๆ (นิชรา เรื่องดารกา นนท์ และคณะ, 2551) เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับเด็ก หรือคุณครูกับเด็กดีขึ้น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2554) บิดามารดาควรจัดตารางเวลากิจกรรมของเด็ก จัดสถานที่ทำการบ้าน โดยปราศจากการรบกวน ควรนั่งเป็นเพื่อนขณะเด็กทำงาน ไม่ควรดุหรือลงโทษเด็กแบบรุนแรง ควรชมเมื่อเด็กทำดี และควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็ก(เนตรทราย อยู่สวัสดิ์,

2552) สอนแนะบิดามารดาเกี่ยวกับ ทักษะการดูแลเด็กโดยใช้คำพูดหรือคำสั่งชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีจัดการที่เหมาะสม (ชาลวูวิทซ์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

### 2. การเปิดโอกาสให้บิดามารดาและครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ

ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดาหรือครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้บิดามารดามีโอกาสระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ จะทำให้กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับกำลังใจ ลดความเครียด และเรียนรู้วิธีการดูแลเด็กร่วมกันได้ (กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม, 2555)

### 3. การให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (psychosocial interventions) แก่บิดามารดาและครูซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ ลดสิ่งกระตุ้น เพิ่มสมาธิ และเพิ่มการควบคุมตนเองของเด็ก (สถาบันราชานุกูล, 2555) เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาด้านพฤติกรรม ทั้งที่เป็นพฤติกรรมที่มีปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การช่วยเหลือเด็กเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบิดามารดาและครู ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของปัญหา และได้รับการสนับสนุนให้กำหนดการฝึกวินัยให้แก่เด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียนให้สอดคล้องกัน การบำบัดครอบครัว (Family therapy) จะช่วยให้ครอบครัวเผชิญกับความเครียดของตน และสามารถดูแลเด็กให้มีพัฒนาการและมีการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย รวมทั้งสามารถดูแลเด็กให้ได้รับยาตามแผนการรักษา (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2554) ประกอบด้วย

#### 3.1 Parental intervention and training มีเป้าหมายเพื่อขจัดความเข้าใจผิดๆ ของบิดามารดาโดยเฉพาะความเข้าใจผิดที่คิดว่าเด็กดื้อหรือเกียจคร้าน (สถาบันราชานุกูล, 2555) ช่วยให้บิดามารดาและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ADHD ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็ก เรียนรู้แนวทางการดูแลรักษาเด็ก สอนให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหา ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี เพื่อเพิ่ม self esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม เช่น time-out เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์, ปราณี เมืองน้อย และศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, 2550) ก า ร ฝึ ก อ บ ร ม ผู้ปกครอง (Parent management training) การจัดกลุ่มบิดามารดาฝึกให้มีทักษะ การสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการปรับสภาพแวดล้อม เรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของบิดามารดา โดยให้การเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างถูกต้อง ที่ไม่ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) ของเด็กเพื่อช่วยในการปรับตัวของเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียน การใช้ยารักษาเมื่อจำเป็น การติดตามและแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้น โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavioral approaches) ด้วยการให้แรงเสริมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เช่น

การให้ขนมหรือของเล่น เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ ,2550) ในการทำ Parent management training จะได้ผลดีในช่วงอายุต่ำกว่า 11 ปี และปัญหาพฤติกรรมของเด็กไม่รุนแรง และบิดามารดาไม่มีปัญหาทางจิตเวช (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

3.2 School intervention มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับครู เพื่อการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับเด็ก (สถาบันราชานุกูล, 2555) สร้างความเข้าใจร่วมกับครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เข้าใจข้อจำกัดของเด็ก เพื่อที่จะให้การดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างเหมาะสม ปรับสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก (วินัดดา ปิยะศิลป์, ปราณี เมืองน้อย และศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, 2550) การให้คำแนะนำ แก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการช่วยเหลือในด้านการศึกษา การปรับตัวที่ โรงเรียน ให้ครูมีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม ADHD Rating Scale-IV เพื่อประเมินหลังการรักษา แนวทางการให้ความช่วยเหลือขณะอยู่ในห้องเรียน และมีการให้ความรู้คำแนะนำและแนวทางการช่วยเหลือของครูต่อเด็กโรคสมาธิสั้น รวมถึงการแรงจูงใจให้เด็กกระทำความดีด้วยการให้รางวัลและคำชมเชย มากกว่าการดุหรือการชู่ว่าจะลงโทษ (เนตรทราย อยู่สวัสดิ์, 2552) มีดังนี้

- 1) ไม่ควรให้เด็กนั่งติดหน้าต่างหรือประตู เพราะจะทำให้เด็กเสียสมาธิง่าย ควรให้นั่งอยู่หน้าสุดใกล้โต๊ะครูเพื่อจะได้เรียกหรือเตือนได้
- 2) ควรมีกิจกรรมให้เด็กได้ผ่อนคลาย หากเห็นว่าเด็กหมดสมาธิ โดยให้เด็กลุกจากที่ได้บ้าง ซึ่งจะช่วยลดความเบื่อของเด็กและทำให้เรียนได้นานขึ้น
- 3) หากเด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้นมาก ให้ลดระยะเวลาการทำงานให้สั้นลง แต่ให้ทำบ่อยกว่าคนอื่น
- 4) ไม่ลงโทษด้วยความรุนแรง หากเป็นพฤติกรรมจากโรคสมาธิสั้น เช่น ทำของเสียหาย หุนหันพลันแล่น ควรตั้งเตือนว่าพฤติกรรมใดไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เหมาะสมคืออะไร
- 5) ให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี หรือมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น
- 6) ในการสื่อสารกับเด็ก ควรสังเกตว่าเด็กพร้อมหรือมีสมาธิที่จะให้ความสนใจในสิ่งที่ครูจะพูดหรือไม่
- 7) เด็กอาจมีปัญหาการปรับตัวกับเพื่อน เนื่องจากเด็กมักใจร้อน เล่นแรง ซึ่งครูต้องตั้งเตือน และแนะนำด้วยท่าทีที่เข้าใจ เพื่อให้เด็กสามารถควบคุมตนเองให้ได้มากขึ้น
- 8) ให้ความช่วยเหลือด้านการเรียนพิเศษ เนื่องจากเด็กมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disability) เช่น การอ่าน การสะกดคำ การคำนวณ เป็นต้น

- 9) ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนที่บ้าน โดยสถานที่ที่จะให้เด็กทำการบ้านต้องเป็นมุมที่สงบ ไม่มีโทรทัศน์ หรือสิ่งของที่ดึงดูดความสนใจ กำหนดเวลาในการทำการบ้านให้แน่นอน และให้เด็กได้เปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักในช่วงสั้นๆ
- 10) ดูแลเรื่องการรับประทานยามื้อกลางวันในรายที่รักษาด้วยยา

นอกจากนี้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่บิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

- 1) การจัดสถานที่ที่สงบ เพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ ไม่มีคนรบกวนหรือทำให้เสียสมาธิ เช่น โทรทัศน์ วิทยุเกม มาดึงดูดความสนใจ ถ้าเด็กสมาธิสั้นมากๆ ควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ
- 2) จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาทำการบ้าน ทบทวนบทเรียนเริ่มตั้งแต่เวลาในการตื่นนอน หลังจากนั้นต้องทำอะไรบ้าง เช่น เก็บที่นอน แปรงฟัน เป็นต้น ในกรณีที่เด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้บิดามารดาเตือนสั้นๆ ครั้งเดียว ถ้าไม่มีทีท่าว่าจะทำให้บิดามารดาพาไปทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าบิดามารดาเอาจริงและจะยอมรับกตিকা
- 3) จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดคำหยาบ บิดามารดาต้องทำเป็นตัวอย่าง และเป็นผู้คุมกฎ
- 4) ให้รางวัล ในกรณีที่ทำพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำต่อ เช่น คำชม ให้แต้มสะสม เป็นต้น และกำหนดโทษให้ชัดเจนเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการจำกัดสิทธิต่างๆ เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกม หรือให้ทำงานที่มากขึ้น เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน หรือใช้การเตือนหรือตำหนิที่เน้นพฤติกรรม เช่น แม่ไม่ชอบการนอนตื่นสาย และไม่ควรใช้คำพูดที่ตำหนิที่ตัวเด็ก เช่น ลูกไม่ดีเลยที่นอนตื่นสาย เป็นต้น
- 5) ฝึกควบคุมอารมณ์ ทำให้บรรยากาศสงบ ให้กำลังใจเป็นระยะ หลีกเลี้ยง การดุด่า เพราะทำให้เด็กเบื่อไม่สนใจที่บิดามารดาพูด
- 6) การทำงานต่างๆ ควรมีการแบ่งเป็นชิ้นเล็กๆ เด็กมักท้อใจกับงานที่ตนเองไม่ชอบ ไม่สนุก ไม่ถนัด ดังนั้นบิดามารดาควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็กๆ พอทำเสร็จในเวลาสั้น ให้มีกำลังใจ ทำต่อ ต้องให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถ หรือหยุดพักเป็นระยะ
- 7) เด็กจะมีจุดอ่อนคือทักษะในการวางแผนล่วงหน้า มักทำตามสิ่งเร้าที่ผ่านมามากกว่าสิ่งที่คิดไว้ล่วงหน้า บิดามารดาควรฝึกให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุดคิดวางแผนตามขั้นตอนและฝึกการแก้ปัญหา
- 8) บิดามารดาต้องฝึกกำลังเป็นหนึ่งเดียว ความคิดของบิดามารดาถ้าแตกต่างกันทำให้การแก้ปัญหาไปคนละทาง เด็กจะหลบไปอยู่กับคนที่ตามใจ จะเกิดความ

ขัดแย้ง ดังนั้นบิดามารดาต้อง พุดคุยกันก่อน เรื่องที่ไม่แน่ใจ ให้ชะลอการตัดสินใจจนกว่าจะตกลงกันได้

9) การทำกลุ่มบำบัด (Parental group support) โดยให้บิดามารดาที่มีเด็กสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคในการดูแล และปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง และให้โอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มบิดามารดามีกิจกรรมร่วมกัน และเป็นประโยชน์กับเด็กสมาธิสั้นคนอื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550)

10) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) มีประโยชน์ในครอบครัวที่ dysfunction อาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากผู้ป่วยเอง หรือจากพ่อแม่ ชีวิตสมรส (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

#### 4. แนวคิดโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นแนวคิดของนักการศึกษาที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วง ศตวรรษที่ 19 ถึงตอนต้นศตวรรษที่ 20 ประกอบด้วยแนวคิดแบบพิพัฒนานิยม หรือพิพัฒนาการนิยม (Progressivism) ของ John Dewey นักปรัชญาชาวอเมริกัน มาใช้กับการศึกษาจนกลายเป็นการปฏิรูปทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาที่เสนอแนวคิดใหม่ที่เน้นนักเรียนเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากธรรมชาติของเด็กมีความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมและมีความต้องการที่จะพึ่งพาตนเอง ดังนั้น นักเรียนควรมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น ได้เรียนรู้จาก การกระทำและมีประสบการณ์ตรงกับสิ่งแวดล้อม ได้ทำกิจกรรมอย่างอิสระ มีโอกาสช่วยเหลือซึ่ง กันและกัน และทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งนักวิชาการและนักการศึกษาหลายท่านได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ไว้ดังนี้

Bruner (1963) ได้เสนอทฤษฎีพัฒนาการของความคิดมนุษย์ โดยแบ่งแนวคิดของมนุษย์ ออกเป็น 3 ชั้น คือ

ขั้นแรก เป็นระยะของการคิดบนพื้นฐานของการกระทำ (Acting) หมายถึง การถ่ายทอดประสบการณ์ ด้วยการกระทำ

ขั้นที่สอง เป็นการคิดที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม การพัฒนาความคิดระยะนี้ขึ้นอยู่กับ การมองเห็น การใช้ประสาทสัมผัสและการเกิดภาพในใจ

ขั้นสูงสุด เป็นการพัฒนาความรู้คือ ความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์ ต่างๆ ด้วยการใช้สัญลักษณ์ ในระยะนี้สามารถคิดหาเหตุผลและเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมและสามารถคิด แก้ปัญหาได้

กระบวนการคิดทั้งหมดนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกันตลอดชีวิต ทฤษฎีการสอนของ Bruner เน้นการเรียนการสอนแบบค้นพบด้วยตนเอง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาความคิดของคน มิใช่การสอนเพื่อให้ท่องจำแต่สอนให้ผู้เรียนสามารถคิดอย่างมีเหตุผล

Kurt Lewin (อ้างถึงใน ทิศนา แคมมณี, 2551) ได้เสนอว่า การเรียนรู้ของมนุษย์ จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีกระบวนการประสานสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์ เดิมเข้ากับข้อมูลใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรเริ่มจากการศึกษาเรื่องราว เหตุการณ์ หรือสิ่งของ โดยนำมาเปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้มีการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และการเกิดปฏิกิริยาทางความคิด ข้อมูลที่เกิดจากสิ่งเหล่านี้ อาจเริ่มจากการสังเกตแล้วเกิดความคิดอย่างไตร่ตรองและวิเคราะห์ในเรื่องที่สังเกตเห็น ทำให้ได้ข้อมูลเข้ามาจากการรับรู้ทางใดทางหนึ่ง ซึ่งสมองจะประมวลข้อมูลเหล่านั้นแล้วสรุปผลออกมาเป็นข้อมูลหรือความรู้ใหม่ๆ

Page (อ้างถึงใน พรปภัสสร ปริญาญาณกุล, 2546: 26) ได้เสนอว่าวิธีการการเรียนรู้แบบค้นพบ ซึ่งกล่าวถึงการให้ประสบการณ์ที่ถูกต้องจะทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยแสดงความสัมพันธ์ของประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยวัฏจักร 4 ขั้นตอนของการเรียนรู้แบบค้นพบ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ตรง ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการสังเกตและการคิดไตร่ตรอง ขั้นตอนที่ 3 การเกิดมโนทัศน์นามธรรม ขั้นตอนที่ 4 การทดลองอย่างจริงจัง วัฏจักรที่ได้คิดค้นขึ้นเป็นวัฏจักรการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้สิ่งใหม่ต่อไป วนเวียนกันไปไม่จบสิ้น กระบวนการเรียนรู้ที่จัดว่าเป็นกระบวนการเรียนอย่างเป็นวิทยาศาสตร์

Piaget (1972) ได้กล่าวถึงทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาและความคิดที่ว่า การที่คนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการพัฒนาการทางสติปัญญาขึ้น จึงสรุปได้ว่าสติปัญญาและความคิดจะพัฒนาจากการมีปฏิสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ มีแนวโน้มพื้นฐานติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด 2 ประการ คือ การจัดและรวบรวมกระบวนการต่างๆ ภายในเข้าเป็นระบบที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องกันตลอดเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ในการพัฒนาสติปัญญานั้น บุคคลต้องมีการปรับตัว ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การดูดซึม ซึ่งเป็นการซึมซับสิ่งต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ของเขา และการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งเป็นความสามารถในการปรับความคิดเดิมหรือความเข้าใจเดิมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ หรือสอดคล้องกับสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยรุ่น ซึ่งจะค่อยๆ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้มากขึ้น

Witrock (อ้างถึงใน พรณิ ช. เจนจิต, 2528) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสอนจากประสบการณ์ใน 4 ระดับ ซึ่งมีความเหมาะสมกับการสอนที่เน้นการแก้ปัญหา การทดลอง และการสอนแบบโครงงาน โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้ 1) ผู้สอนให้หลักการและปัญหา เป็นการสอนที่ผู้สอนกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาให้กับผู้เรียน วิธีนี้สามารถพัฒนาความคิดของนักเรียนได้ถ้าผู้สอนมี

หลักการที่หลากหลายในการแก้ปัญหา และกำหนดให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดในการพิจารณาเลือกหลักการที่เหมาะสมที่สุดในการนำไปใช้แก้ปัญหา 2) ผู้สอนให้หลักการที่จะใช้ในการแก้ปัญหาแต่ไม่บอกปัญหา วิธีนี้ผู้เรียนจะต้องสร้างสถานการณ์ที่เป็นปัญหาขึ้นเอง หรือกำหนดปัญหาที่สอดคล้องและนำมาใช้ในการเรียน หรือปฏิบัติการทดลองได้ โดยที่ผู้เรียนจะเป็นผู้วางแผนการทดลอง ตลอดจนออกแบบการทดลองทั้งหมด ให้สอดคล้องกับหลักการที่กำหนดให้ 3) ผู้สอนไม่ให้หลักการ แต่ให้ปัญหา วิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการเรียนการสอน เพราะผู้สอนเป็นผู้กำหนดระดับความสามารถในการใช้ความคิด ตลอดจนการใช้กลวิธีในการแก้ปัญหา และผู้สอนมักจะกำหนดให้ผู้เรียนแก้ปัญหาได้โดยใช้วิธีการที่หลากหลายและไม่ควรจะแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งในส่วนนี้ผู้เรียนจะเป็นผู้พิจารณาเลือกหลักการที่เหมาะสมมาใช้ในการแก้ปัญหา 4) ผู้สอนไม่ให้หลักการและปัญหา วิธีการนี้ผู้เรียนจะเป็นผู้คิดเองทั้งหมด ลักษณะของปัญหาที่เหมาะสมเป็นลักษณะปัญหาปลายเปิด ปัญหาแบบตอบเสรี ปัญหาในชีวิตจริง หรือปัญหาที่ไม่รู้ขอบเขตของปัญหา ซึ่งผู้เรียนจะต้องกำหนดขอบเขตของปัญหาใหม่ และวางแผนแนวทางในการแก้ปัญหา รูปแบบการสอนชนิดนี้เป็นการค้นพบที่สมบูรณ์แบบที่เน้นให้ผู้เรียนได้พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งในการเรียนระดับสูงมักจะใช้วิธีการค้นพบแบบไม่ให้แนวทางในงานวิจัยต่างๆ และการทำโครงการอีกด้วย ในการจัดการเรียนการสอน Wittrock ได้เสนอว่า ควรใช้การแนะนำแบบไม่ชี้แนวทางในการแก้ปัญหาให้กับผู้เรียน ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนแบบค้นพบอย่างมีทิศทางและประสบ ความสำเร็จในการแก้ปัญหาตามเวลาที่ได้กำหนดไว้

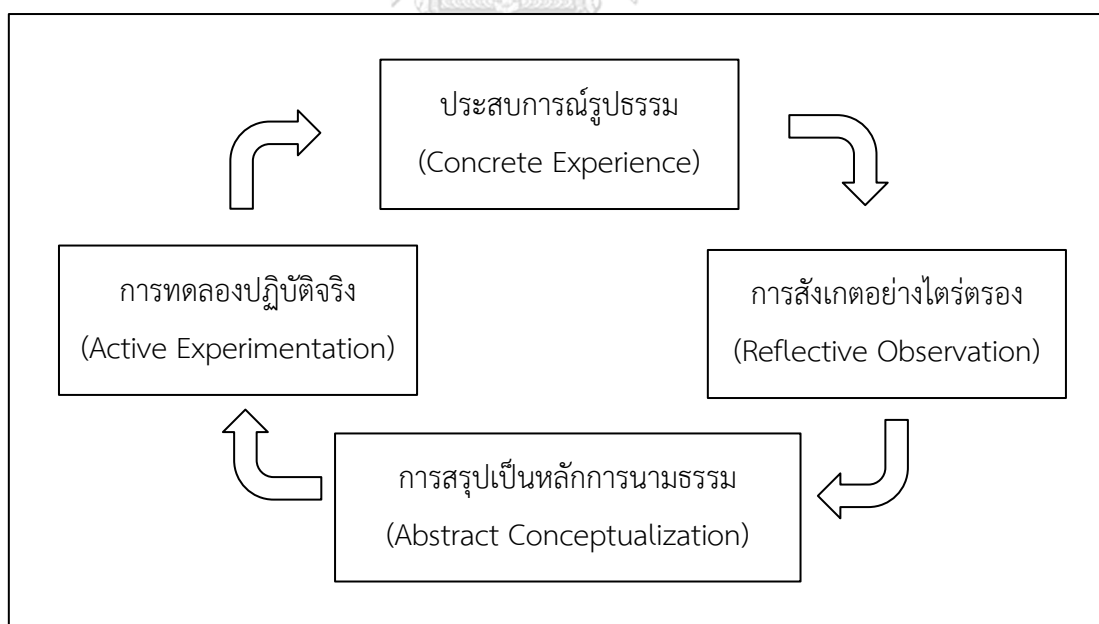
Kolb (1984) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ John Dewey กล่าวคือ กระบวนการสร้างความรู้เกิดจากการปรับเปลี่ยนประสบการณ์ กล่าวคือ การเรียนรู้จากประสบการณ์เริ่มที่ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ ที่เป็นรูปธรรม จากนั้นผู้เรียนสังเกตแล้วเกิดความคิดอย่างไตร่ตรอง ต่อจากนั้นผู้เรียนสร้างเป็นแนวคิดเชิงนามธรรม แล้วสรุปเป็นหลักการให้ครอบคลุมกว้างขวาง และผู้เรียนทดสอบการใช้แนวคิดหรือหลักการที่ได้มาใหม่นั้น ในสถานการณ์ ใหม่อื่นๆ อีกจากการกระทำในขั้นสุดท้ายนี้ผู้เรียนจะได้เผชิญกับประสบการณ์ ที่เป็นรูปธรรมใหม่อีกครั้ง เป็นการเริ่มต้นวงจรของการเรียนรู้จากประสบการณ์ และเกิดการสร้างความรู้ของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นความรู้ใหม่ต่อไป

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของนักวิชาการและนักการศึกษา ช่างต้นสามารถสรุปได้ว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่นำความรู้หรือประสบการณ์เดิมเป็นพื้นฐานในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากการคิดพิจารณา ไตร่ตรอง แล้วนำมาสรุปเป็นมโนทัศน์ หรือหลักการในลักษณะของนามธรรม ก่อนที่จะนำมโนทัศน์ หรือหลักการดังกล่าวไปทดลองใช้จริงกับสถานการณ์อื่นๆ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้หรือประสบการณ์ใหม่ๆ ขึ้นกับผู้เรียน



## 4.2 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ตามทัศนะเกี่ยวกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb ผู้เรียนจะเรียนรู้จากประสบการณ์เชิงรูปธรรม โดยผ่านการสะท้อนประสบการณ์ต่างๆ และปรับสถานการณ์ เหล่านั้นมาสู่การทดลอง และการปฏิบัติกับปัญหาหรือสถานการณ์จริง และจากการที่การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เน้นที่การแก้ปัญหา การสะท้อนคิด และการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทฤษฎีของ Kolb จึงสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) พัฒนาการคิดที่ซับซ้อน (Cognitive Complexity) 2) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) 3) ความเข้าใจในเนื้อหาความรู้ (Content Knowledge) 4) แรงจูงใจในการเรียน (Motivation to Learn) 5) ความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem Solving Ability) 6) สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นการนำประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาเป็นส่วนสำคัญในการเรียนรู้และเป็นการศึกษาที่เพิ่มเติมประสบการณ์ ให้กับผู้เรียน ดังนั้น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ จึงรวมการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการฝึกงานในศาสตร์ต่างๆ รวมถึงประสบการณ์ของบุคคลไม่ว่าจะได้จากงานอดิเรก การมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น การดูละคร ภาพยนตร์ เป็นต้น ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เป็นวงจรต่อเนื่องกัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb

(เสาวภา วิชาดี, 2554;176)

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete Experience) เป็นขั้นที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วม และรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึกและยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบใน ขณะนั้น ในการจัดกิจกรรมหรือการจัดการเรียนการสอน เนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การ สอนทักษะต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่มีประสบการณ์ มาก่อนแล้ว เช่น การจัดกิจกรรมให้ ผู้เรียนได้ประยุกต์ ความรู้ทางคณิตศาสตร์มาใช้ จะเห็นได้ว่าผู้เรียนจะมีประสบการณ์ หรือความรู้ เกี่ยวกับคณิตศาสตร์ เป็นพื้นฐานมาก่อน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมในครั้งนี้ได้ ขั้น ประสบการณ์ รูปธรรมนี้ ผู้สอนต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนซึ่งมีประสบการณ์อยู่แล้วได้ดึง ประสบการณ์เดิมของตัวเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ อีกทั้งแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีไปยัง เพื่อนๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือน หรือต่างไปจากตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่ม ของผู้สอน ดังนั้น การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้ในการอบรมจะทำให้เกิด ประโยชน์ ทั้งผู้สอน และผู้เรียน ดังนี้ 1) ประโยชน์ กับผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับ เพื่อนๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคน หนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟัง เรื่องราวของตนเอง และได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มี ความรู้และประสบการณ์ ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี 2) ประโยชน์ กับผู้สอน ผู้สอนไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อย กระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง ทั้งนี้ ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจง กิจกรรมของผู้เรียนในการ กำหนดประเด็นในการนำเสนอประสบการณ์ ของผู้เรียน และในกรณีที่ ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ ใน เรื่องที่จะสอนหรือมีประสบการณ์อยู่น้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่าง หรือสถานการณ์ แทนได้

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) เป็นขั้นที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำ ความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการสังเกตอย่างรอบคอบ เพื่อการไตร่ตรอง พิจารณา ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม การ สังเกตอย่างไตร่ตรอง เป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึก ของตนเอง แลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจัย ซึ่ง ผู้เรียนจะได้ เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่ หลากหลาย หรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ขณะปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึง กระบวนการ ทำงานเป็นกลุ่ม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเอง และการยอมรับความ คิดเห็นของผู้อื่น ทั้งหมดนี้จะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ และเจตคติใน เรื่องที่อภิปราย ด้วย และการที่ผู้เรียนจะอภิปราย หรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยเพียงใด เป็นตามเนื้อหาที่จะ สอนหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับใบกิจกรรมที่ผู้สอนจัดเตรียมไว้ ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็น การ อภิปราย หรือตารางการวิเคราะห์ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จ

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract Conceptualization) เป็นขั้นที่ผู้เรียน ใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการอภิปราย การสรุปเป็นหลักการนามธรรม เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชา หรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) สามารถเกิดขึ้นได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายงานให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็น และอภิปรายในชั้น การสังเกตอย่างไตร่ตรอง โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดหรือโมทัศน์ ให้กับผู้เรียน จากการ อภิปราย และการนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเกิดความเข้าใจและเกิดโมทัศน์ ซึ่งโมทัศน์นี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติกิจกรรมได้ง่ายขึ้น

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) เป็นขั้นที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริงเพื่อทดสอบความถูกต้องของข้อสรุป หรือขั้นตอนนี้ เน้นที่การประยุกต์ ใช้การทดลองปฏิบัติจริง เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนจะได้ทดลองใช้โมทัศน์ ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา สร้างคำขวัญ ทำแผนภูมิ เล่นบทบาทสมมติ ประดิษฐ์ สิ่งใหม่ๆ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลของความสำเร็จของการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ซึ่งผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในขั้นการทดลองปฏิบัติจริงนี้ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้ เช่น ถ้าวัตถุประสงค์ ของการจัดกิจกรรม ตั้งไว้ว่า ให้ผู้เรียนสามารถประดิษฐ์สิ่งของหรืออุปกรณ์ ต่างๆ ได้ กิจกรรมในการเรียนรู้ของขั้นการทดลองปฏิบัติจริงนี้ผู้สอนต้องเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ ให้ผู้เรียนได้ทดลองประดิษฐ์สิ่งของหรืออุปกรณ์ ต่างๆ ซึ่งผู้เรียนจะต้องนำความรู้หรือข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการประดิษฐ์ขึ้น ในขั้นของการสรุปเป็นหลักการนามธรรมมาใช้ในขั้นนี้ การเรียนการสอน หรือการปฏิบัติกิจกรรมส่วนใหญ่มักจะขาดขั้นตอนของการทดลองปฏิบัติจริง หรือการประยุกต์ แนวคิดซึ่งเมื่อพิจารณาให้ดีจะเห็นได้ว่า ขั้นการทดลองปฏิบัติจริงเป็นขั้นตอน ที่สำคัญที่ผู้สอนจะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ ไม่ใช่เรียนแค่รู้ แต่ควร นำไปใช้ได้จริงในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนทั้ง 4 มีความสัมพันธ์ เป็นไป อย่างมีพลวัต (dynamic) เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน อีกทั้งระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละองค์ ประกอบไม่จำเป็นต้อง เท่ากัน ผู้สอนสามารถจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรม และประเด็นที่ต้องการเน้นเป็นพิเศษใน แต่ละขั้นตอน เช่น ถ้าเนื้อหาที่สำคัญมากก็อาจใช้เวลากับขั้นการสรุปเป็นหลักการนามธรรมมากกว่า ขั้นอื่นๆ หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญและมาก ก็อาจใช้เวลาในขั้นการสังเกตอย่าง ไตร่ตรองมากกว่าส่วนของขั้นตอนอื่นๆ

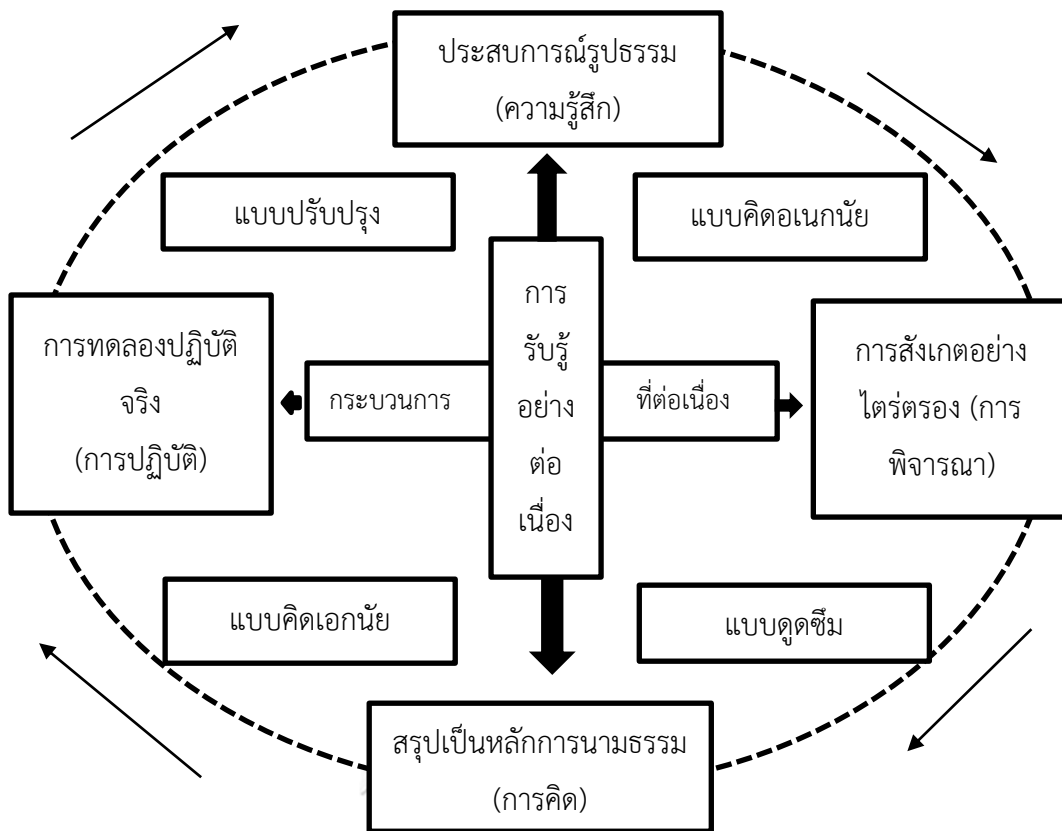
Kolb Rubin และ Ostland (1991) ได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ดังกล่าวของ Kolb มาจำแนกรูปแบบการเรียนรู้ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. แบบคิดอเนกนัย (Diverging) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นในขั้นของประสบการณ์รูปธรรม และขั้นการสังเกตอย่างไตร่ตรอง ซึ่งผู้เรียนจะมีความสามารถในการรับรู้ และสร้างสรรค์จินตนาการต่างๆ ขึ้นเองได้ และสามารถพิจารณา ไตร่ตรอง จนกระทั่งมองเห็นภาพโดยส่วนรวม ผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ในลักษณะนี้ จะเป็นบุคคลที่สามารถทำงานได้ดีในสถานการณ์ ที่ต้องการความคิดที่หลากหลาย และมีมุมมองที่แตกต่าง

2. แบบดูดซึม (Assimilating) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นในขั้นของการสังเกตอย่างไตร่ตรอง และขั้นการสรุปเป็นหลักการนามธรรม ซึ่งผู้เรียนจะมีความสามารถในการสรุปหลักการหรือกฎเกณฑ์ ต่างๆ ได้ดี ซึ่งผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ในลักษณะนี้ จะเป็นบุคคลที่สนใจในหลักการที่เป็นลักษณะของนามธรรมมากกว่ารูปธรรม ไม่ชอบการทดลอง หรือการลงมือปฏิบัติกิจกรรม และมักเป็นบุคคลที่ไม่คำนึงถึงการนำทฤษฎีไปประยุกต์ ใช้เท่าใดนัก

3. แบบคิดเอกนัย (Converging) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นในขั้นของการสรุปเป็นหลักการนามธรรม และขั้นการทดลองปฏิบัติจริง ซึ่งผู้เรียนในกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการนำแนวคิด หรือหลักการเชิงนามธรรมไปใช้ในการปฏิบัติได้ดี ซึ่งผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ในลักษณะนี้ จะเป็นบุคคลที่สามารถสรุปวิธีการที่ถูกต้องเพียงวิธีการเดียว แล้วสามารถนำไปประยุกต์ ใช้ในการแก้ปัญหาได้ เป็นบุคคลที่ไม่ใช้อารมณ์ ในการแก้ปัญหา แต่จะใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาต่างๆ ชอบทำงานกับวัตถุมากกว่าทำงานกับบุคคลอื่น และมักจะสนใจในเรื่องที่เฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จนมีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี

4. แบบปรับปรุง (Accommodating) เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นในขั้นของการทดลองปฏิบัติจริง และขั้นประสบการณ์รูปธรรม ผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ในลักษณะนี้ จะเป็นบุคคลที่ชอบลงมือปฏิบัติ ชอบทดลอง ลองผิดลองถูกด้วยตนเอง บุคคลเหล่านี้จะสามารถทำงานได้ดีในสถานการณ์ ที่ต้องใช้การปรับตัวอยู่เสมอ และมีแนวโน้มที่จะแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ตนเองคิดค้นขึ้นมาเอง ด้วยการลองผิดลองถูก อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่ชอบทำงานร่วมกับผู้อื่น Chapman (2005 Cited in Kolb, 2006: online) ได้เสนอรูปแบบการเรียนรู้ทั้ง 4 ประเภท รวมกับวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการเรียนรู้ 4 ประเภท และวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb

#### 4.3 กระบวนการกลุ่ม

ความหมายของกระบวนการกลุ่ม การศึกษาเกี่ยวกับกลุ่ม มีนักวิชาการหลายท่านเรียกชื่อแตกต่างกันออกไป เช่น กลุ่มสัมพันธ์ (Group Dynamics) กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

ทิตนา แชมมณี (2545) กล่าวถึง กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ว่า หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอนวิธีการพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้กลุ่ม ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ได้ทั้งผลงานที่ดีและได้ทั้งความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ร่วมงาน ซึ่งจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพลังผลักดันจากองค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของกลุ่ม หากผู้นำและสมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องกลุ่มสัมพันธ์ ก็ย่อมส่งผลต่อกระบวนการของกลุ่มด้วย ส่วนที่สำคัญที่สุดซึ่งสามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนได้มาก

เสถียร จิรรังสีมันต์ (2549) ได้ให้ความหมายของกลุ่มว่า หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคน ขึ้นไป มาร่วมกัน หรือมาปรึกษาหารือกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อที่ จะแก้ไขหรือจัดข้อขัดข้องข้อข้องใจในเรื่องนั้น ๆ หรือปัญหานั้น ๆ ให้หมดไป หรือให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของตนเองที่มีจุดหมายเอาไว้

ฮูเบิร์ต (Hubert, 1959, อ้างถึงใน รัชณี ศิลป์ศร 2542) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มว่า เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดแรงผลักดันที่เกิดจากบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมา รวมตัวกันโดยมีความสัมพันธ์ มีการสื่อสาร และมีการปรับตัวเข้าหากัน ก่อให้เกิดพลังขึ้นในกลุ่ม ขนาดของพลังที่จะเกิดมากหรือน้อยต่างกันออกไปตามสภาพการณ์ ของแต่ละกลุ่ม โดยสมาชิกต้อง เข้าไปมีส่วนร่วมในประสบการณ์ที่ผู้สอนจัดขึ้น แล้ววิเคราะห์ประสบการณ์จากการเรียนการสอน

จากความหมายข้างต้นสรุปว่ากระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการทำงานอย่างมีขั้นตอนหรือวิธีการปฏิบัติงานร่วมกันของสมาชิกภายในกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ ขนาดของกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่สองคนขึ้นไป โดยที่สมาชิกกลุ่มมีการสร้างความสัมพันธ์ต่อกันในกลุ่ม มีการกำหนดเป้าหมายการวางแผนการทำงานร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน การปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามที่กำหนดไว้

ความสำคัญของกระบวนการกลุ่มเน้นความสำคัญของกระบวนการกลุ่มว่าเป็น กระบวนการวิธีสอนอีกวิธีหนึ่งจะช่วยในการพัฒนาการเรียนการสอน โดยมุ่งเน้นการสอนที่มีลักษณะดังนี้ 1) ยึดสมาชิกเป็นศูนย์กลางเปิดโอกาสให้สมาชิกมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมการเรียนอย่างทั่วถึงและมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ 2) ยึดกลุ่มเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน อันจะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองและผู้อื่น การเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้สามารถอยู่และทำงานร่วมกับผู้อื่น 3) ยึดการค้นพบด้วยตนเอง ผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ ที่ส่งเสริมให้สมาชิกได้ ค้นหาและค้นพบคำตอบด้วยตนเอง ซึ่งจะมีผลให้สมาชิกจดจำได้ดี 4) เน้นกระบวนการควบคู่ไปกับผลงานโดยการส่งเสริมให้สมาชิกได้คิดวิเคราะห์ถึง กระบวนการกลุ่มและกระบวนการต่างๆ ที่ทำให้เกิดผลงานซึ่งประสิทธิภาพของผลงานขึ้นอยู่กับ ประสิทธิภาพของกระบวนการด้วยการเรียนรู้ กระบวนการจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผลงานดีขึ้น 5) เน้นการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยให้ผู้เรียนมีโอกาสค้นหาแนวทางที่จะนำความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาบทเรียน ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยสรุปจะเห็นได้ว่า กระบวนการกลุ่มมีความสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนในลักษณะเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เน้นขั้นตอนกระบวนการ วิธีการหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่จะช่วยให้การ ดำเนินงานแบบกลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ได้ทั้งผลงานที่มีคุณภาพ มีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เรียนภายในกลุ่ม ผู้เรียนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รู้จักการเรียนรู้ด้วยตนเองอีกทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ ในชีวิตประจำวัน จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม มีหลักการในการจัดการเรียนการสอน สรุปได้ดังนี้

1. ให้สมาชิกได้เรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุดค้นพบและสร้างสรรค์ความรู้ด้วยตัวของสมาชิกเอง
2. ให้ความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ผู้นำกลุ่มจะต้องให้ความสำคัญของกระบวนการต่างๆ ในการแสวงหาคำตอบ

3. เป็นการเรียนการสอนที่ยึดสมาชิกกลุ่มเป็นศูนย์กลางของการเรียนโดยให้สมาชิกทุกคน มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมให้มากที่สุด เพราะการเข้าร่วมและมีบทบาทในการเรียน จะช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อม มีความกระตือรือร้น และมีความสุขในการเรียน

4. เป็นการเรียนการสอนที่ให้สมาชิกได้เรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุดกลุ่มจะเป็นแหล่ง ความรู้ที่สำคัญ ที่จะฝึกให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถปรับตัวและเข้ากับคนอื่นได้

5. เป็นการสอนที่ยึดหลักการค้นพบและสร้างสรรค์ความรู้ด้วยตัวของสมาชิกเองโดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนพยายามค้นหาและพบคำตอบด้วยตนเองอันจะทำให้ผู้เรียนจดจำได้ดี และจำได้นาน

6. เป็นการสอนที่ให้ความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ว่าเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการแสวงหาความรู้และคำตอบต่างๆ ผู้นำกลุ่มจะต้องให้ความสำคัญของกระบวนการต่างๆ ในการแสวงหา คำตอบ ไม่ใช่มุ่งอยู่ที่คำตอบ โดยไม่คำนึงถึงกระบวนการและวิธีที่ได้มาซึ่งคำตอบ

คมเพชร ฉัตรสุกกุล (2546) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของกิจกรรมกระบวนการกลุ่มอาจ แบ่งได้ดังต่อไปนี้ 1) เพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเอง การอยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นในกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดจากการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองได้ดีขึ้น เช่น รู้ความสามารถบางประการของตน รู้จักขอบกว้างบางอย่าง ทั้งมี เพราะกลุ่มจะมีกิริยาให้เห็นข้อเท็จจริงได้ 2) เพื่อใช้กิจกรรมกลุ่มให้เกิดความเข้าใจบุคคลอื่น เมื่อสมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน ก็ย่อมจะทำให้รู้จักกันและกันดีขึ้น 3) เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้ดียิ่งขึ้น เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน การจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านใดแก่สมาชิก ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายว่าต้องการจะให้เกิดการเรียนรู้ในด้านใด ก็จัดให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย

สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ (2545) ได้กำหนดวัตถุประสงค์การจัดการเรียนรู้ โดยกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

1. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและมีบทบาทในการเรียนจะช่วยให้ผู้เรียน มีความพร้อม มีความกระตือรือร้น และมีความสุขในการเรียน

2. เพื่อพัฒนาผู้เรียนทางด้านวิชาการและทักษะทางสังคม เช่น ทักษะมนุษยสัมพันธ์ ทักษะกระบวนการกลุ่ม เป็นต้น

3. เพื่อเตรียมผู้เรียนให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมประชาธิปไตยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม มุ่งเน้นที่ผู้เรียนเป็น สำคัญ การจัดการสอนด้วยวิธีการกระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ อันดีกับผู้อื่น มีความเข้าใจผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกับสมาชิกคนอื่นได้รวมทั้งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ ผู้เรียนได้รู้จัก การเรียนรู้ร่วมกัน การแสวงหาความรู้มีการแสดงความคิดเห็น และยอมรับความ คิดเห็นต่อกันได้ดี ส่งผลให้เกิดการพัฒนาผู้เรียนในทุกๆ ด้าน

## 5. การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการของโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กในต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะ ผู้ปกครอง (parent management training) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจ ในการจัดการปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียน ทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของ ตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และ มีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาส ให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับ การแบ่งปัน และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยเน้น การปรับเปลี่ยนตนเองก่อนสามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นภายใต้การประยุกต์แนวคิดและโปรแกรมดังกล่าว ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามกระบวนการการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) และกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้ง กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัว ประกอบด้วยบิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้



| แนวคิดหลัก  | โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบ<br>กลุ่มของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น   | การบูรณาการ  |
|---|--|--|
| <p>ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และ มีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete</p> | <p>โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการของโปรแกรม ฝึกทักษะผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กใน ต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะ ผู้ปกครอง (parent management training) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจ ในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็ก ผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็ก <b>มีกิจกรรมแต่ละครั้งดังนี้</b><br/><b>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก</b><br/>กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบิดามารดาให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม พร้อมแจกคู่มือการฝึกทักษะการดูแลแบบเข้มข้นของบิดามารดาของกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วยใบงานและใบความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น อาการ และสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าใจข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นในด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าสังคม การ</p> | <p>โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการของโปรแกรม ฝึกทักษะผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กใน ต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะ ผู้ปกครอง (parent management training) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจ ในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ ความสามารถทางภาษา และพฤติกรรมของเด็ก ผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning</p> |

| แนวคิดหลัก  | โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบ<br>กลุ่มของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น  | การบูรณาการ   |
|---|---|---|
| <p>experience)</p> <p>ขั้นที่ 2 การสังเกต<br/>อย่างไตร่ตรอง<br/>(Reflective<br/>Observation)</p> <p>ขั้นที่ 3 การสรุปเป็น<br/>หลักการนามธรรม<br/>(Abstract<br/>conceptualization)</p> | <p>รอคอย เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจใน<br/>เรื่องโรคและตัวเด็กและตั้งความหวังกับเด็กบน<br/>ความเป็นจริง</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2 การแนะนำและให้ความรู้เรื่อง<br/>กลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก</b><br/>การที่บิดามารดาทราบกลยุทธ์ หรือวิธี<br/>ในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กจากปัจจัยที่ทำให้<br/>ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่เกิด<br/>จากตัวเด็กเอง และหากบิดามารดาไม่เข้าใจ<br/>เรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรม ไม่มี<br/>ระเบียบวินัยก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิด<br/>พฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยผู้วิจัยแนะนำและให้<br/><b>ความรู้เรื่อง</b>กลยุทธ์ ดังต่อไปนี้ 1) กลยุทธ์<br/>สำหรับส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการ<br/>ของเด็ก 2) กลยุทธ์ในการช่วยบิดามารดาใน<br/>การจัดการกับพฤติกรรมเด็ก ให้แลกเปลี่ยน<br/>ประสบการณ์จากบิดามารดาที่เคยประสบ<br/>ปัญหาพฤติกรรมเด็ก ให้นำเสนอกลยุทธ์ที่ใช้ใน<br/>การจัดการพฤติกรรมเด็กแล้วได้ผลให้กลุ่มฟัง<br/>และร่วมกันแสดงความคิดเห็น และให้บิดา<br/>มารดาเรียนรู้ผ่านสื่อโดยใช้ DVD เพื่อให้บิดา<br/>มารดาเกิดการเรียนรู้และเลือกกลยุทธ์ที่<br/>เหมาะสมไปใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรม<br/>เด็กต่อไป ให้การบ้านเรื่องการฝึกการใช้กล<br/>ยุทธ์ตามใบการบ้านในสมุดงาน</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว</b><br/>การทบทวนสาเหตุของการเกิด<br/>พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นเสนอ<br/>ประสบการณ์และการจัดการของบิดามารดา</p> | <p>theory) ของ kolb<br/>(1984) ผ่าน<br/>กระบวนการกลุ่ม โดย<br/>ผู้วิจัยได้ใช้สื่อการสอน<br/>เป็นใบความรู้ ใบงาน<br/>คู่มือการเรียนรู้โดย<br/>ประสบการณ์แบบกลุ่ม<br/>ของบิดามารดาเด็กสมาธิ<br/>สั้น และ DVD มา<br/>ประกอบการทำกิจกรรม<br/>และในกิจกรรมจะมีการ<br/>เรียนรู้ผ่านการ<br/>แลกเปลี่ยน<br/>ประสบการณ์ การรับรู้<br/>เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น<br/>อาการ และสาเหตุการ<br/>เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว<br/>เข้าใจข้อจำกัดของเด็ก<br/>สมาธิสั้นในด้านต่างๆ<br/>เช่น การสื่อสาร การเข้า<br/>สังคม การรอคอย<br/>เพื่อให้บิดามารดาเกิด<br/>ความเข้าใจในเรื่องโรค<br/>และตัวเด็กและตั้ง<br/>ความหวังกับเด็กบน<br/>ความเป็นจริง มีการ<br/>แลกเปลี่ยน<br/>ประสบการณ์จากบิดา<br/>มารดาที่เคยประสบ</p> |

| แนวคิดหลัก | โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบ<br>กลุ่มของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น   | การบูรณาการ   |
|------------|--|---|
|            | <p>เรียนรู้วิธีการใหม่เพิ่มเติมจาก การแสดง บทบาทสมมติ นำไปสู่การฝึกและการเลือกใช้ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยการจดบันทึกการใช้กลยุทธ์จัดการพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม</b></p> <p>กิจกรรมนี้เน้นการฝึกบิดามารดา ใน เรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริม พัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะ ทางสังคม ประกอบด้วยกลยุทธ์ 1.การใช้เวลา ที่มีคุณภาพกับเด็ก 2.พูดคุยกับเด็ก 3.การให้ ความรัก 4.การชม 5. การให้ความสนใจ 6.การ ทำกิจกรรมร่วมกัน 7.การเป็นตัวอย่างที่ดี 8.ใช้ เทคนิคการตั้งคำถาม 9.การแก้ไขปัญหาเฉพาะ หน้า 10.บันทึกการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยให้บิดามารดา ตระหนักและเข้าใจถึง ความสำคัญของการสื่อสาร ซึ่งจะเป็น ปัจจัยพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดย ให้บิดา มารดา รับทราบว่าเด็กสมาธิสั้นมี ข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้ การแปล ความหมายการสื่อสารจำเป็นต้องมีเทคนิคใน การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการฝึก ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคมบิดา มารดา ต้องใช้กลยุทธ์ทั้ง 10 อย่าง โดยให้บิดา มารดา เรียนรู้ผ่านใบความรู้และผ่านกิจกรรม การลองเขียนคำพูดที่ฟังแล้วรู้สึกดีและรู้สึกไม่ ดีเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นก็รู้สึก แบบเรา เมื่อได้ยินคำพูดที่ดีและไม่ดี จากนั้น ให้บิดามารดาเล่าลักษณะการสื่อสารกับเด็ก</p> | <p>ปัญหาพฤติกรรมเด็ก ให้ นำเสนอกลยุทธ์ที่ใช้ใน การจัดการพฤติกรรม เด็กที่ได้ผล และมีการแสดงบทบาท สมมติ</p> <p>นำไปสู่การฝึกและการ เลือกใช้ให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ โดยการจด บันทึกการใช้กลยุทธ์ จัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวในระหว่างการ ทำกิจกรรม นอกจากนี้ ยังมีการเรียนรู้เรื่อง ทักษะการสื่อสารและ ทักษะทางสังคม และ การฝึกวินัยและความ รับผิดชอบ อันเป็นหัวใจ สำคัญของการดูแลเด็ก สมาธิสั้น พร้อมทั้งมีการ ประยุกต์กิจกรรมต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มาตลอดการ ทำกิจกรรมนาสรูปรวบ ยอด เกิดเป็นความรู้ใหม่ และลองนำไปใช้ปฏิบัติ ที่บ้านอันจะส่งผลให้ บิดามารดาเด็กสมาธิสั้น สามารถจัดการกับ พฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน</p> |

| แนวคิดหลัก | โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบ<br>กลุ่มของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น   | การบูรณาการ  |
|------------|--|--|
|            | <p>สมาธิสั้นที่บ้านแล้วได้ผลดีและให้บิดามารดาท่านอื่นช่วยกันวิเคราะห์ว่าเป็นการสื่อสารแบบใด ฟังแล้วรู้สึกอย่างไร จะนำไปปรับใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างไร และมีวิธีการสื่อสารแบบใดที่จะสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นพร้อมทั้งอธิบายบิดามารดา ว่าเด็กสมาธิสั้นมักมีอารมณ์โกรธง่าย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะอาการหุนหันพลันแล่นของเขา ควบคุมอารมณ์ได้น้อย หากบิดามารดา สอนเด็กให้รู้จักระงับอารมณ์โกรธพร้อมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้เรียนรู้ก็จะทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ และกิจกรรมนี้จะกระตุ้นให้บิดามารดาเห็นความสำคัญของการฝึกทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้กับเด็กโดยเฉพาะ บุคคลรอบข้าง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ นอกจากนี้กิจกรรมนี้ยังช่วยให้เด็กเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสอนเด็กให้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์ การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นรู้จักกฎกติกา กลุ่มการรอคอยระหว่างทำกิจกรรมกลุ่มจากการทำกิจกรรม “สร้างบ้านด้วยไฟ” เพื่อส่งผลในการพัฒนาความคิด และการแสดงออกกับสมาชิกในกลุ่มและส่งเสริมทักษะทางสังคม เด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหนที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว</p> | <p>ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในอนาคตได้</p> |

| แนวคิดหลัก   | โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบ<br>กลุ่มของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น   | การบูรณาการ |
|--|--|-------------|
| <p>ขั้นที่ 4 การทดลอง<br/>ปฏิบัติจริง (Active<br/>Experimentation)</p> | <p><b>กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความ<br/>รับผิดชอบ</b></p> <p>การเน้นให้บิดามารดาทราบและ<br/>ตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็ก<br/>และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลเด็ก และ<br/>ให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัยและความ<br/>รับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม<br/>การเข้าใจการขาดความมีระเบียบหรือวินัยต่อ<br/>การกระทำต่างๆ ซึ่งเป็นผลจากเด็กควบคุม<br/>ตนเองได้น้อย บิดามารดาจึงเป็นผู้ที่มีส่วน<br/>สำคัญมากในการฝึกลูก ด้วยการเป็นตัวอย่างที่<br/>ดีของลูกในการฝึกระเบียบวินัย และต้องเข้าใจ<br/>ว่ากฎเกณฑ์หรือระเบียบวินัยต่างๆ ที่ตั้งขึ้น<br/>ให้กับเด็กที่ต้องเหมาะกับอายุ ความสามารถ<br/>และความต้องการของเด็ก การเรียนรู้ผ่านการ<br/>จำลองสถานการณ์ให้ร่วมกันแสดงบทบาท<br/>สมมติฝึกการเลือกใช้กลยุทธ์ เช่น 1) การตั้ง<br/>กฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3)<br/>การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจำง โดยการ<br/>แนะนำโดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้<br/>ความเงียบ 7) การใช้ time-out ให้สามารถ<br/>เลือกนำไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างเหมาะสม</p> <p><b>กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆ<br/>รวมกัน</b></p> <p>การนำกลยุทธ์หรือเทคนิคที่บิดา<br/>มารดาต้องนำไปปฏิบัติต่อเนื่องและเป็น<br/>ประจำเพื่อให้พฤติกรรมที่ดียังคงอยู่<br/>ประกอบด้วย 1) การวางแผนล่วงหน้า 2) การ<br/>ใช้กฎกติกา 3) การเลือกกิจกรรมที่ทำร่วมกัน</p> |             |

| แนวคิดหลัก | โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบ<br>กลุ่มของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น   | การบูรณาการ |
|------------|--|-------------|
|            | 4) การให้รางวัล 5) การสนทนาร่วมกับเด็ก<br>เป็นประจำ ใช้การสังเกตพฤติกรรมของบิดา<br>มารดาและเด็กสมาธิสั้นว่าเหมาะสมหรือไม่<br>แล้วสะท้อนให้เห็นจากสถานการณ์จริง |             |

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของเทคนิคและโปรแกรมต่างๆในลักษณะของการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการทำพฤติกรรมบำบัด การให้ความรู้ และการฝึกทักษะให้ผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีดังนี้

กัญญาวีร์ บุญเสนนท์ (2554) ได้ศึกษา ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับ เป็นแนวคิดที่ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม (Holistic care) คือให้การดูแลเด็กพร้อมๆกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ดูแลขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ ที่จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่น

พรทิพย์ วชิรดิถก, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง (2552) ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์ โดยใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ผลการทดลองพบว่า การเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก และสามารถพัฒนาความรู้ทัศนคติและทักษะในการดูแลในระยะหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ

Sumargi, Sofronoff and Morawska (2014) เป็นงานวิจัยระดับ RCT ศึกษาโปรแกรม Triple P รูปแบบที่ 2 มาใช้กับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นอายุ 2-12 ปี ที่มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม จำนวน 143 คน พบว่า ช่วยแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็ก เช่น การกรีดร้อง ตะโกน อาละวาด

ลดลง การเลี้ยงดูที่ผิดวิธี และความเครียดของผู้ปกครองลดลง และความเชื่อมั่นในการดูแลเด็กของผู้ปกครองเพิ่มขึ้น

Leung et al., (2003) ศึกษาการใช้โปรแกรม Triple P level 4 (Standard Triple P) กับผู้ปกครองที่มีเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมในประเทศฮ่องกงจำนวน 91 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนปัญหาพฤติกรรมด้านความรุนแรงลดลง และคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ปกครองเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

Bor et al., (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Triple P-Positive Parenting ในเด็กก่อนวัยเรียนสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก่อน โดยศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมก่อน 87 คนร่วมกับครอบครัวพบว่า ปัญหาพฤติกรรมก่อนลดลง การเลี้ยงดูของพ่อแม่ดีขึ้นและเมื่อติดตามไป 1 ปีก็ยังพบว่าร้อยละ 80 ของเด็กที่มารับการรักษามีพฤติกรรมลดลง

Danforth. (2005) ศึกษาผลลัพธ์ ของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองสำหรับครอบครัวของด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว แบบเป็นกลุ่มโดยใช้ Behavior Management FlowChart (BMFC) เป็นการอนุমানด้วยเหตุผลโดยการชี้มาจากโครงสร้างของโปรแกรมและรูปการที่มีลักษณะเฉพาะของโปรแกรมที่ฝึกพ่อแม่ให้สามารถวิเคราะห์แยกแยะพฤติกรรมเด็กเป็นการ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน แบ่งเป็นกลุ่ม 9-10 ครอบครัว อบรมครั้งละ 75-90 นาที สัปดาห์ละครั้งรวม 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาจากการใช้โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าว, อาการสมาธิสั้น และลดความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ มีเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ ทางกายภาพโดยใช้แบบประเมินอาการของสมาธิสั้นเป็น Behavior Assessment System for Children-Parent Report (BASC)

Nazemi, F., Mohammadkhani, P., & Khoshabi, K. (2010) ทาการศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการของบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค พฤติกรรมของเด็กและวิธีการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก แหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือให้แก่บิดามารดา พบว่า บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความวิตกกังวล ความเครียดลดลง สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กได้ และทำให้บุตรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง

จากการศึกษาปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว และสังคม คือความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่น เนื่องจากความบกพร่องของการควบคุมตนเอง และอาการหุนหันพลันแล่น ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่มีความยากและซับซ้อน การที่จะควบคุมหรือจัดการความก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการใช้การผสมผสานในหลายแนวทาง โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการของโปรแกรม ฝึกทักษะผู้ปกครองและครูใน

การปรับพฤติกรรมเด็กใน ต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะ ผู้ปกครอง (parent management training) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) โดยโปรแกรมเป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเรื่องโรคและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก พร้อมทั้งมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการกับพฤติกรรมเด็กด้วย และโปรแกรมนี้เน้นการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นได้แก่ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู การสื่อสาร การฝึกวินัย การแสดงออกทางอารมณ์ และการจัดการพฤติกรรมเด็กของพ่อแม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กลดลง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ประหยัดงบประมาณของประเทศชาติในด้านการรักษาพยาบาล และยังป้องกันการเกิดปัญหาสังคมจากเด็กกลุ่มนี้อีกด้วย

## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984)

### ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

### ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation)

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก

### ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ

### ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation)

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆรวมกัน

พฤติกรรม  
ก้าวร้าวของ  
เด็กสมาธิสั้น  
(Yudofsky,  
1986)

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – post test control group design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

|             |    |   |    |
|-------------|----|---|----|
| กลุ่มทดลอง  | O1 | X | O2 |
| กลุ่มควบคุม | O3 |   | O4 |

|     |    |         |  |
|-----|----|---------|--|
| โดย | X  | หมายถึง | โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา  |
|     | O1 | หมายถึง | พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา |
|     | O2 | หมายถึง | พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา  |
|     | O3 | หมายถึง | พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ                                    |
|     | O4 | หมายถึง | พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ                                    |

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กกว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และ 2) บิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น

**กลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการรักษาแผนกงานพยาบาลผู้ป่วยนอกที่สถาบันราชานุกูล เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอย่างอื่นร่วมด้วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ จับคู่เพศของเด็กสมาธิสั้น แล้วสุ่มใช้

วิธีการจับฉลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่มๆ ละ 20 คน (กลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน)

2. บิดาหรือมารดา ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน (กลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน)

#### **เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของเด็กสมาธิสั้น มีดังนี้**

1. เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามข้อวินิจฉัยจากแพทย์
2. มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวจากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการสอบถามบิดามารดาประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น (พิกุลทอง กัลยา, 2559)
3. อายุระหว่าง 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
4. ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้

#### **เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของบิดามารดา มีดังนี้**

1. บิดาหรือมารดา ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
2. สามารถ อ่าน เขียน สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

#### **เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)**

เด็กและ/หรือบิดามารดาเจ็บป่วยมีปัญหาสุภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรมในช่วงระยะเวลาทำการวิจัย

ในการทดลองครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการทดลองได้ทั้งหมดโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองก่อนเสร็จสิ้นกิจกรรม

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายแบบโค้งปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Grove, Burns and Gray, 2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 40 คน ในแต่ละกลุ่ม (กลุ่มเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก) โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) จนครบทั้ง 40 คนจากนั้นจับคู่ (Match pair) ด้วยวิธีการจับคู่เพศของเด็กสมาธิสั้นเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนแล้วจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลอง 20 คน

### ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกเด็กสมาธิสั้นและบิดามารดาเข้ากลุ่มตัวอย่าง เป็นลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดาที่มารับบริการ ณ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก และคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันราชานุกูล
2. ประสานงานกับหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้าพยาบาลคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งเกณฑ์ในการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. ทำการคัดเลือกเด็กสมาธิสั้นเข้ากลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คนโดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
4. ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างตามเบอร์โทรศัพท์จากประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ จะติดต่อโดยการส่งไปรษณียบัตรพร้อมเบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัยตามที่อยู่ในประวัติ เวชระเบียนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างติดต่อกลับมายังผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยพบบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สร้างสัมพันธภาพพูดคุย แนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของเด็กและบิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลจากนั้นให้บิดามารดาและเด็กสมาธิสั้นลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

6. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับสลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มที่เป็นตัวแทน โดยสลับกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อมีเด็กสมาธิสั้นและบิดามารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมารับการรักษาอีก ก็จะพิจารณาเด็กรายนั้นว่ามีลักษณะตรงกันหรือใกล้เคียงในเรื่องเพศของเด็กสมาธิสั้นเดียวกันจะจัดให้อยู่คนละกลุ่ม (Matched pair) แต่ถ้าลักษณะไม่ตรงกันจะวิธีการจับสลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไว้คอยเด็กและบิดามารดารายต่อไป เฉลี่ยสัปดาห์ละ 6-8 คู่ โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์

7. บิดามารดาและเด็กสมาธิสั้นที่ยินดีเข้าร่วม เลือกวันและเวลาที่ตนเองสะดวกตามวันและเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดคือ วันพฤหัสบดีเวลา 10.00 น.-11.40 น. และเวลา 13.30 – 15.10 น. และวันศุกร์เวลา 10.00 น.-11.40 น. และเวลา 13.30 – 15.10 น. เป็นกิจกรรมสำหรับบิดามารดาในช่วง 1-3 สัปดาห์แรก และกิจกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้นและบิดามารดาาร่วมกัน สัปดาห์ที่ 4-6 และมีผู้ช่วยวิจัยช่วยทำหน้าที่ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างทำกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4-6 โดยแบ่งกลุ่มเด็กและบิดามารดา กลุ่มละ 5 ครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยให้ตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการวิจัย

8. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ได้ ให้มีคุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันและเป็นไปได้มากที่สุด โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันและสามารถจับคู่ได้ใกล้เคียงกันตามการกำหนดทุกคู่ในเด็กคือ เพศเด็กสมาธิสั้น ดังที่แสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ทั้งสิ้น 40 คู่ เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

ตารางที่ 1 ลักษณะการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ลำดับคู่ | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
|----------|------------|-------------|
|          | เพศ        | เพศ         |
| 1        | ชาย        | ชาย         |
| 2        | ชาย        | ชาย         |
| 3        | ชาย        | ชาย         |
| 4        | ชาย        | ชาย         |
| 5        | ชาย        | ชาย         |
| 6        | ชาย        | ชาย         |
| 7        | ชาย        | ชาย         |
| 8        | ชาย        | ชาย         |
| 9        | ชาย        | ชาย         |
| 10       | ชาย        | ชาย         |
| 11       | ชาย        | ชาย         |
| 12       | ชาย        | ชาย         |
| 13       | ชาย        | ชาย         |
| 14       | หญิง       | หญิง        |
| 15       | ชาย        | ชาย         |
| 16       | ชาย        | ชาย         |
| 17       | ชาย        | ชาย         |
| 18       | ชาย        | ชาย         |
| 19       | ชาย        | ชาย         |
| 20       | ชาย        | ชาย         |

จากตารางที่ 1 พบว่า วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันคือ เพศของเด็กสมาธิสั้น โดยจับคู่ได้ใกล้เคียงกันตามการกำหนดทุกคู่

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2561 (รหัสโครงการ RI 006/2561) ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งมีการเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น จากนั้น ผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้บิดามารดาลงนามในเอกสารยินยอม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดา
- 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

### 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

- 2.1 โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา (สำหรับพยาบาล) (experiential learning theory)
- 2.2 คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น (สำหรับบิดามารดา)

## รายละเอียดของเครื่องมือมีดังนี้

### 1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

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

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของพิกุลทอง กัลยา (2559) ซึ่งได้พัฒนามาจากกัญญาวิร์ บุญเสนนท์ (2554) ที่สร้างจากแนวคิดของ Yudofsky et al., (1986) แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรง โดยได้ค่าความตรง เชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 ลักษณะของแบบประเมินเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สามารถใช้ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบ่งหัวข้อการประเมิน 15 ข้อ ตามลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย และ สิ่งของ แบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรง ถึงรุนแรงมาก ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย

ส่วนที่ 1 คือ ข้อ 1-2 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง ข้อ 3 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยท่าทางที่ไม่รุนแรง เช่น ปิด/ ถีบประตู โยนเสื้อผ้า ขีดเขียนผนัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน

ส่วนที่ 2 คือข้อ 4-7 ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคามหรือทำร้าย ตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แข่งตำหยาบคายด้วยอารมณ์โกรธขว้างปาสิ่งของเกลื่อน ไม่เป็นระเบียบ ขีด เขียนโต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง กระชากเสื้อผ้าผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 คือ ข้อ 8-10 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และท่าทางที่คุกคามด้วยความรุนแรง อย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ต่อยหน้าต่างแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 คือ ข้อ 11-13 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทางทำลายสิ่งของ เช่น ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นแผลถลอก เคล็ดขัดยอก จุดไฟเผาสิ่งของและขว้างปาสิ่งของ อย่างรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 คือ ข้อ 14- 15 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่าง รุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น เช่น ทำตนเองให้เป็นแผลลึก หรือเลือดไหลบาดเจ็บภายในร่างกาย กระตุกหัก สลบ ฟันหัก และทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระตุกหัก มีแผลลึก หากพบพฤติกรรมดังกล่าว ให้คะแนน ข้อละ 6 คะแนน

วิธีรวมคะแนนนำคะแนนของแต่ละข้อมารวมกันเพื่อเป็นคะแนนผลรวมของพฤติกรรม ก้าวร้าวของเด็กแต่ละคนโดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 57 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)** ของแบบประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความ คิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่าง ที่เว้นไว้ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กสมาธิสั้นนี้ ได้ค่า CVI .93

มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมและปรับแก้เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้น ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไข ดังนี้

ข้อที่ 2 ปรับจาก “ตะโกนดูถูกคนอื่นรุนแรงไม่มากเช่น ด่าว่าเหยียดหยาม ไอ้บ้า ไอ้โง่” เป็น “ตะโกนดูถูกคนอื่น เช่น ด่าว่า เหยียดหยาม ไอ้บ้า ไอ้โง่”

ข้อที่ 3 ปรับจาก “ปิดกั้น/ทูปประตูดังปัง โยนเสื้อผ้า สิ่งของยุ่งเหยิง ซิดเขียนฝาผนัง” เป็น “ปิด/กั้น ทูปประตูดังมาก โยนเสื้อผ้า สิ่งของยุ่งเหยิง ซิดเขียนฝาผนัง”

ข้อที่ 6 ปรับจาก “จิก หยิกหรือข่วนจนผิวหนังถลอก,ตีตนเอง,ตีผม,ทูปตี ศรีษะไขกพื้น กัดตัวเอง (บาดเจ็บเล็กน้อยหรือไม่บาดเจ็บเลย) เป็น “หยิกหรือข่วนจนผิวหนังถลอก,ตีตนเอง,ตีผม,ทูปตี (บาดเจ็บเล็กน้อยหรือไม่บาดเจ็บเลย”

ข้อที่ 11 ปรับจาก “ใช้ของแหลมทิ่มตัวเองเป็นแผลเล็กน้อยหรือแค่เป็นแผลถลอก กัดตนเอง” เป็น “ใช้ของทิ่มเป็นแผลเล็กน้อยหรือแค่เป็นแผลถลอก กัดตนเอง”

ข้อ 13 ปรับจาก “ทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บทางร่างกายเล็กน้อย เป็นแผลถลอก ถึงปานกลาง เช่น เคสัดขัดขอกหรือเป็นรอยถูกเขี่ยจนเป็นแนวเกิดรอยฟกช้ำหรือบวม” เป็น “ทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บทางร่างกายเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น แผลถลอก เคสัดขัดขอก ช้ำ”

ข้อที่ 15 ปรับจาก “ทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บทางร่างกายรุนแรง กระดุกหัก รอยถลอกลึกหรือบาดเจ็บในร่างกาย” เป็น “ทำร้ายคนอื่นจนเกิดบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดุกหัก มีแผลลึก”

## 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการและศึกษาจากโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กใน ต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง (parent management training) ในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับบิดามารดา เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ตามแนวคิดของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective



Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (group process) โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและให้ความรู้บิดามารดาในเรื่องเด็กสมาธิสั้น รวมถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก และกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะบิดามารดาในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กและเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นกิจกรรมที่ให้บิดามารดาเกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และสามารถนำกลยุทธ์ 7 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การตั้งกฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจ่าง โดยการแนะนำโดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเงียบ 7) การใช้ time-out มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม กิจกรรมนี้เน้นการฝึกบิดามารดาในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ กิจกรรมนี้เน้นให้บิดามารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีวินัย และให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆร่วมกัน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมประเมินผลความรู้และทักษะของบิดามารดาหลังจากได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มมาแล้ว 5 สัปดาห์ ในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา สำหรับพยาบาล มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

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

### ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. เนื้อหาเข้าใจยาก ไม่ชัดเจน ใช้ภาษาวิชาการและภาษาที่ยากเกินไป ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงเนื้อหา กิจกรรมให้ชัดเจนรวมถึงการใช้ภาษาที่ให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจง่าย เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ทักษะการสื่อสาร ในเอกสารใช้คำว่า “I MESSAGE” ปรับแก้เป็น “ภาษาฉัน”
2. ให้เพิ่มแนวทางการประเมินผล เช่น ผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็น 3 ใน 5 คน
3. เพิ่มแนวคำตอบในแนวทางการประเมินผล เพื่อ เป็นแนวทางในการประเมินความเข้าใจของบิดามารดา

### 2.2 คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น (สำหรับบิดามารดา)

ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการจัดกระทำต่อปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู การสื่อสาร การฝึกวินัย การแสดงออกทางอารมณ์ และการจัดการพฤติกรรมเด็กของพ่อแม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบิดามารดา ในการช่วยเหลือดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้น สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีการติดตามบิดามารดาในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาจนได้เนื้อหาที่เหมาะสมกับบิดามารดา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย และปฏิบัติได้จริง

### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการทดลองใช้

1. การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา ของคู่มือการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับผู้ดูแลหลัก มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (แสดง

รายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยนำคู่มือดังกล่าวที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหลัก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูล จำนวน 1 กลุ่ม 5 ราย (pilot study) ดำเนินกิจกรรมจนครบ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

### **ประเด็นที่ต้องแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมี ดังนี้**

เนื้อหาเข้าใจยาก ไม่ชัดเจน ใช้ภาษาวิชาการและภาษาที่ยากเกินไป ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงเนื้อหาให้ชัดเจนรวมถึงการใช้ภาษาที่ให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจง่ายขึ้น และให้เพิ่มในส่วนของเอกสารอ้างอิงเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มในส่วนของเอกสารอ้างอิงในท้ายคู่มือ

### **การดำเนินการทดลอง**

การดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

#### **1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง**

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือการขออนุญาต และขอความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์จากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล และหัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก นำเสนอโครงการ รายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลา สถานที่ ทรัพยากรที่ต้องใช้เพื่อพิจารณาอนุมัติ

1.2 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เทคนิคการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2.1 โดยทำการศึกษาศาการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ฝึกปฏิบัติทำกลุ่มการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาที่สถาบันราชานุกูล โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กเป็นผู้ให้คำแนะนำ

1.3. เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด และศึกษาการใช้เครื่องมืออย่างละเอียด

1.4 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน

1.4.1 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกท่านทราบเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูลและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1.4.2 พยาบาลผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มี

คุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม และเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในขณะทำกลุ่ม

1.5. การเตรียมบิดามารดา ให้ความรู้บิดามารดาเรื่องการใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1.6 การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ป้ายชื่อ กติกากลุ่ม และการเข้าห้องน้ำก่อนเข้ากลุ่มโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

1.7 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินกิจกรรมต่างๆ จัดห้องที่ใช้จำกัดพฤติกรรมที่มีอยู่เดิมให้เป็นห้องสำหรับดูแลเด็กที่ถูกนำออกมาจากห้องฝึกกิจกรรม (Time - Out) ลักษณะของห้องต้องปลอดภัย เช่น เป็นห้องบุญวม ที่โรงพยาบาลไม่มีกระจก ไม่มีของมีคม เป็นต้น และที่บ้านจัดให้อยู่ในมุมที่ปลอดภัยไม่มีของมีคม มองเห็นตลอดเวลา

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

คัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูล เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวและบิดามารดา โดยจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่เพศ ของเด็กสมาธิสั้นจำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 40 คน (กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน)

**กลุ่มทดลอง** มีการดำเนินการทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเป็นผู้ใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (group process) โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์

2. ผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กกิจกรรมขณะทำกิจกรรมกลุ่มตั้งแต่สัปดาห์ 4-6 หากพบเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยแยกเด็กออกจากกลุ่มไปที่ห้องบุญวม

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว กลุ่มที่ 1 ดำเนินการทดลองในวันพฤหัสบดีที่ 5,12,19,25 กรกฎาคม 2561, 2, 9 สิงหาคม 2561 เวลา 10.00-11.40 น. และกลุ่มที่ 2

ดำเนินการทดลองในวันพฤหัสบดีที่ 5,12,19,25 กรกฎาคม 2561, 2, 9 สิงหาคม 2561 เวลา 13.30-15.10 น. กลุ่มที่ 3 ดำเนินการทดลองในวันศุกร์ที่ 6,13,20,26 กรกฎาคม 2561, 3, 10 สิงหาคม 2561 เวลา 10.00-11.40 น. กลุ่มที่ 4 ดำเนินการทดลองในวันศุกร์ที่ 6,13,20,26 กรกฎาคม 2561, 3, 10 สิงหาคม 2561 เวลา 13.30-15.10 น. มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และข้อมูลของบิดามารดา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก

2. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยสอบถามบิดามารดา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นและให้บิดามารดาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น โดยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ (Setting) ลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) และผลที่เกิดขึ้น(Consequence) เป็นการจัดทำข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Pretest) เกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการมีพฤติกรรมนั้น เหมือนกลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองได้รับการใช้พฤติกรรมบำบัดตามขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (group process) โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กกิจกรรมขณะทำกิจกรรมกลุ่มตั้งแต่สัปดาห์ 4-6 หากพบเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยแยกเด็กออกจากกลุ่มไปที่ห้องบุนวม ตามคู่มือโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาสำหรับพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา  
ณ งานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

| วัน                                       | เวลา                  | กลุ่ม                      | กิจกรรม  |
|---|-----------------------|----------------------------|--|
| สัปดาห์ที่ 1<br>วันที่ 5<br>กรกฎาคม 2561  | 10.00 น.-<br>11.40 น. | กลุ่มที่ 1<br>(5 ครอบครัว) | <b>ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม<br/>(Concrete experience)</b><br>สร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม<br>และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก         |
|   | 13.30 น.-<br>15.10 น. | กลุ่มที่ 2<br>(5 ครอบครัว) |  |
| สัปดาห์ที่ 2<br>วันที่ 12<br>กรกฎาคม 2561 | 10.00 น.-<br>11.40 น. | กลุ่มที่ 1<br>(5 ครอบครัว) | <b>ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง<br/>(Reflective Observation)</b><br>การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ใน<br>การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก |
|   | 13.30 น.-<br>15.10 น. | กลุ่มที่ 2<br>(5 ครอบครัว) |  |
| สัปดาห์ที่ 3<br>วันที่ 19<br>กรกฎาคม 2561 | 10.00 น.-<br>11.40 น. | กลุ่มที่ 1<br>(5 ครอบครัว) | <b>ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม<br/>(Abstract conceptualization)</b><br>การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว                                   |
|   | 13.30 น.-<br>15.10 น. | กลุ่มที่ 2<br>(5 ครอบครัว) |  |
| สัปดาห์ที่ 4<br>วันที่ 25<br>กรกฎาคม 2561 | 10.00 น.-<br>11.40 น. | กลุ่มที่ 1<br>(5 ครอบครัว) | <b>ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม<br/>(Abstract conceptualization)</b><br>ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม                             |
|   | 13.30 น.-<br>15.10 น. | กลุ่มที่ 2<br>(5 ครอบครัว) |  |
| สัปดาห์ที่ 5<br>วันที่ 2<br>สิงหาคม 2561  | 10.00 น.-<br>11.40 น. | กลุ่มที่ 1<br>(5 ครอบครัว) | <b>ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม<br/>(Abstract conceptualization)</b><br>การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ                                 |
|   | 13.30 น.-<br>15.10 น. | กลุ่มที่ 2<br>(5 ครอบครัว) |  |
| สัปดาห์ที่ 6<br>วันที่ 9<br>สิงหาคม 2561  | 10.00 น.-<br>11.40 น. | กลุ่มที่ 1<br>(5 ครอบครัว) | <b>ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง<br/>(Active Experimentation)</b><br>การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆร่วมกัน  |
|   | 13.30 น.-<br>15.10 น. | กลุ่มที่ 2<br>(5 ครอบครัว) |  |

## รายละเอียดการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

### ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience)

#### กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

วันที่ 5 - 6 กรกฎาคม 2561 กลุ่มเช้า (1,3) และ กลุ่มบ่าย (2,4) ช่วงเวลา 10.00-11.40 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-15.10 น. (กลุ่มบ่าย)

สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น จากนั้นให้บิดามารดาเล่าถึงพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านและวิธีการจัดการพฤติกรรม ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการทบทวนความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น โดยทำแบบความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น (pre test) เพื่อประเมินว่าบิดามารดารู้จักโรคสมาธิสั้นหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น อาการ และสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าใจข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นในด้านต่างๆ เช่นการสื่อสาร การเข้าสังคม การรอคอย ภายในกลุ่ม เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและตัวเด็ก และตั้งความหวังกับเด็กบนความเป็นจริงและหลังจากที่ทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสร็จแล้ว ให้บิดามารดาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในบ้านหรือในสถานที่ต่างๆที่ท่านได้ประสบมาให้กลุ่มฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม และให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยศึกษาตามใบความรู้เรื่อง “โรคสมาธิสั้น” จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บิดามารดาและใช้คำพูดชักจูงส่งเสริมเพื่อให้บิดามารดาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและเมื่อได้รับคำแนะนำและคำพูดชักจูงจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็ก มีการจัดการที่ดี สามารถนำไปสู่การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้

#### วัตถุประสงค์

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับบิดา/มารดาเด็กสมาธิสั้นภายในกลุ่ม
2. เพื่อให้บิดา/มารดาเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

#### กิจกรรมพยาบาล

##### 1.สร้างสัมพันธภาพโดย

- 1.1 กล่าวแนะนำตนเอง
- 1.2 ให้บิดามารดาแนะนำชื่อ สกุล ตัวเอง เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 1.3 แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 1.4 พร้อมแจ้งระยะเวลาในการทำกิจกรรมในครั้งนี้คือ ใช้เวลา 90 นาที (พัก 10 นาที หลังจบกิจกรรมพยาบาลที่ 3)

1.5 พยาบาลแจ้งบิดามารดาให้รับทราบว่าสิ่งที่พูดคุยกันภายในกลุ่มจะเป็นความลับ

1.6 แจกคู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นและเน้นย้ำให้นำมาด้วยทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม

### ผลการประเมิน

บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม มีรอยยิ้มและเข้าใจติกากลุ่ม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป

### 2. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างสมาชิกกลุ่ม

ให้สมาชิกร่วมกันทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น เพื่อประเมินว่าบิดามารดารู้จักโรคสมาธิสั้นหรือไม่ ให้บิดามารดาช่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในบ้านหรือในสถานที่ต่างๆที่ได้ประสบมาให้กลุ่มฟังและร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม

### ผลการประเมิน

1. บิดามารดามีคะแนนประเมินความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น Pre-test อยู่ระหว่าง 12-20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

2. บิดามารดาในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นในประเด็นประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นโดยแสดงความคิดเห็นมากกว่า 3 ใน 5 คน ให้บิดามารดาช่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในบ้านหรือในสถานที่ต่างๆที่ได้ประสบมา ดังตัวอย่างคำพูดสมาชิกบางราย ต่อไปนี้

“เป็นโรคที่เด็กชน ฝรั่ง เรียนได้ เวลาไปร้านอาหารก็วิ่งไปมา ไม่ยอมอยู่กับที่”

“เป็นโรคที่เด็กไม่สามารถรอคอย หรือยับยั้งชั่งใจได้ และหงุดหงิดง่าย เหมือนลูกตนเอง ชอบแย่งพูด และบางครั้งอยู่โรงเรียนครูบอกชอบแหย่เพื่อน และกวนชั้นเรียน”

“เวลาพาเด็กไปห้างจะชอบให้คุณปู่ คุณย่าซื้อของเล่นให้ หากไม่ได้จะก่อกวนกับพื้น และโวยวาย”

### 3. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก (ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด)

ให้บิดามารดาช่วยกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวเรื่องโรคสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บิดามารดาและใช้คำพูดชักจูงส่งเสริมเพื่อให้บิดามารดาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเมื่อได้รับคำแนะนำและคำพูดชักจูงจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็ก มีการจัดการที่ดี สามารถนำไปสู่การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้ โดยให้ศึกษาตามใบความรู้ที่ 1 เรื่อง “โรคสมาธิสั้น



## ผลการประเมิน

บิดามารดาให้ความสนใจ ตั้งใจฟังและร่วมมือในการออกมานำเสนอใบความรู้และบิดามารดาในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น 4 ใน 5 คน ในประเด็นดังนี้

“โรคสมาธิสั้น คือ เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งมีอาการสำคัญของโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 อาการเด่น คือ สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น เป็นมาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยอาการเกิดใน 2 สถานที่ขึ้นไป”

“พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น คือ การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากอารมณ์โกรธและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ กระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบให้ตนเอง และผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และหรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆเสียหาย”

“ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ปัจจัยด้านตัวเด็กซึ่งเป็นภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การรับรู้ มีระดับสติปัญญาต่ำ (IQ) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง หรือบิดามารดามีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา”

“การรักษาเด็กสมาธิสั้น รักษาโดยใช้ยาและการปรับพฤติกรรม”

### 4. กระตุ้นให้วิเคราะห์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้

ให้บิดามารดาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มในประเด็นต่างๆ เช่น ลูกมีอาการอย่างไร จึงพามาหาหมอ คิดว่าสาเหตุอะไรที่ทำให้เกิดอาการหรือพฤติกรรมนั้น สมาธิสั้นมีวิธีการรักษาอย่างไรบ้าง และผลกระทบจากที่เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการช่วยเหลือไม่เหมาะสมเมื่อโตจะเป็นอย่างไรบ้าง

## ผลการประเมิน

บิดามารดาในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น ประเด็นดังนี้

“ที่พาลูกมาหาหมอ คือสังเกตว่าลูกไม่นิ่ง และชนกว่าลูกคนอื่น บางครั้งวิ่งชนขอบประตู”

“จากที่ได้เข้ากลุ่มมาคิดว่า การที่ลูกไม่นิ่ง ชน ไม่มีสมาธิ น่าจะเกิดจากการเคมีในสมอง คุณหมอเลยต้องให้ยา”

“ทุกวันนี้ดูข่าวเห็นวัยรุ่นนยกพวกตีกัน ทะเลาะ ฆ่ากันง่าย น่าจะมีสาเหตุมาจากโรคสมาธิสั้นที่พ่อแม่ไม่พามารักษาแน่เลย”

### 5. สรุปการทำกิจกรรมที่ 1

1. บิดามารดาให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม และร่วมแสดงความคิดเห็นได้ตรงประเด็นและถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยให้การบ้านแก่บิดามารดา เพื่อประเมินความเข้าใจในการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และเน้นให้นำมาส่งในสัปดาห์ถัดไป

2. บิดามารดาเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นมากขึ้นสังเกตจากการสอบถามภายในกิจกรรม

## รายละเอียดการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

### ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation)

#### กิจกรรมที่ 2 การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก

วันที่ 12-13 กรกฎาคม 2561 กลุ่มเช้า (1,3) และ กลุ่มบ่าย (2,4) ช่วงเวลา 10.00-11.40 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-15.10 น. (กลุ่มบ่าย) โดยสร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น จากนั้นให้บิดามารดาร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วและขอตัวแทนนำเสนอ จากนั้นให้บิดามารดาตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยประสบปัญหาเด็กที่มีพฤติกรรมและนำเสนอวิธีการที่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมนั้นแล้วได้ผลดีให้กลุ่มฟังและให้กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมากับกลุ่มพร้อมแนะนำวิธีการในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในด้านการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็กและวิธีการในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก จากนั้นให้ดู DVD เรื่อง “ครอบครัวปั่นป่วน” (<http://www.youtube.com/watch?v=eH3zQa39LAQ>) มีความยาวประมาณ 2 นาที จากนั้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นตามใบกิจกรรมที่ 3.1 และส่งตัวแทนนำเสนอ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ความรู้บิดามารดาเกี่ยวกับวิธีการที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก และสามารถเลือกใช้วิธีการในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างเหมาะสม

#### กิจกรรม

##### 1. สร้างสัมพันธภาพ โดย

- 1.1 กล่าวแนะนำตนเอง
- 1.2 ให้บิดามารดาแนะนำชื่อ สกุล ตัวเอง เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 1.3 แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 1.4 พร้อมแจ้งระยะเวลาในการทำกิจกรรมในครั้งนี้คือ ใช้เวลา 90 นาที (พัก 10 นาที หลังจบกิจกรรมพยาบาลที่ 3)
- 1.5 พยาบาลแจ้งบิดามารดาให้รับทราบว่าสิ่งที่พูดคุยกันภายในกลุ่มจะเป็นความลับ
- 1.6 สอบถามถึงคู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นและเน้นย้ำให้นำมาด้วยทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม

#### ผลการประเมิน

บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม มีรอยยิ้มและเข้าใจติกาในกลุ่ม ในความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป

## 2. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

โดยให้บิดามารดาช่วยกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วขอตัวแทนนำเสนอ จากนั้นให้ บิดามารดาช่วยกันยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยประสบปัญหาเด็กที่มีพฤติกรรมและนำเสนอวิธีการที่ใช้ ในการจัดการพฤติกรรมนั้นแล้วได้ผลดีให้กลุ่มฟังและให้กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมากับกลุ่ม แล้วเรามาช่วยกันสรุปเกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรม ผลการประเมิน .

1. บิดามารดาให้ความร่วมมือโดยส่งตัวแทนนำเสนอบ้านและร่วมแสดงความคิดเห็น 3 ใน 5 คน บิดามารดาสามารถตอบคำถามการบ้านได้ถูกต้อง ตามแนวคำตอบดังนี้

1. อาการโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย 3 อาการเด่นๆคือ 1) ขน ไม่นิ่ง 2) ไม่มีสมาธิ 3) หุนหัน พลันแล่น

2. สาเหตุการเกิดสมาธิสั้น เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

3. การรักษาโรคสมาธิสั้น ปัจจุบันใช้ยา แต่การรักษาที่ได้ผลดี คือ การรักษาแบบผสมผสาน การสอนผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมและบิดามารดาต้องเห็นความสำคัญ

4. ผลกระทบจากที่เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการช่วยเหลือไม่เหมาะสมเมื่อโตจะทำให้เด็กรู้สึกไร้ค่า โดดเดี่ยว เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอาจก่ออาชญากรรมได้

5. สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นคือ มาจาก 2 ปัจจัยจากตัวเด็กและปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัวพ่อแม่ควรเป็นตัวอย่างการแสดงพฤติกรรมที่ดีให้ลูก

6. บิดามารดาช่วยกันแชร์พฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ขว้างปาข้าวของ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ด่าทอด้วยคำพูดรุนแรง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และมีบิดามารดาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านและ วิธีการจัดการให้กลุ่มฟังประเด็นดังนี้

“อยู่บ้านเวลาลูกโดนขัดใจ จะชอบ และลงไปกลิ้งกับพื้นและโวยวาย ที่บ้านแก้โดยการ เพิกเฉยกับพฤติกรรมนั้น จนลูกหยุดและสงบลง จากนั้นก็อธิบายความเข้าใจกับลูก”

“บ้านดิฉันมีลูกสองคน คนเล็กอายุ 5 ขวบ ผู้ป่วยชอบตีน้องและแย่งของเล่นน้อง ดิฉันลงโทษ โดยการให้ไปอยู่มุมห้อง จนอาการสงบและอธิบายเหตุผลในการทำโทษ”

## 3. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำกลุ่มและ สมาชิกผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดผลประเมินผล

หลังจากผู้ปกครองมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวแล้วพยาบาลให้ความรู้ในส่วนของวิธีการสำหรับส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก และวิธีการในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กเพิ่มเติมโดยให้ศึกษาพร้อมใบความรู้ที่แจก

### ผลการประเมิน

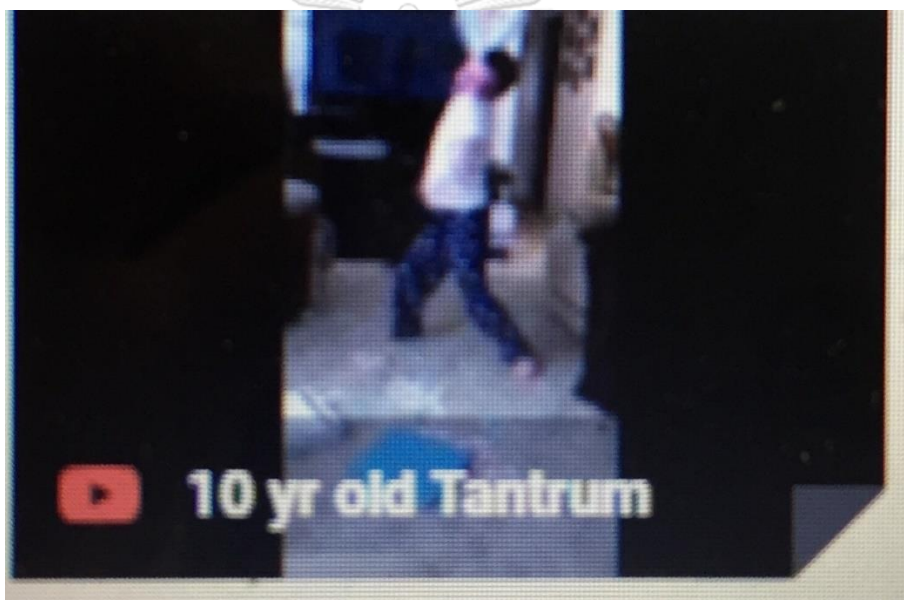
บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง และแสดงความสนใจและร่วมซักถามในประเด็น ดังนี้

“คุณพยาบาลคะ ดิฉันเคยทำกฎระเบียบติดฝาตู้เย็นบ้าน แต่ก็เห็นลูกทำตามเลย จะทำอย่างไรดีคะ”

ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมในส่วนของการตั้งกฎกติกาที่บ้านหากจะให้ดีควรให้เด็กมีส่วนร่วมในการตั้งกฎกติกานั้นด้วย

#### 4. กระตุ้นให้วิเคราะห์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้

หลังจากได้เรียนรู้เรื่องการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็กและวิธีการในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก ผู้วิจัยให้บิดามารดาดู DVD เรื่อง “ครอบครัวปั่นป่วน” (<http://www.youtube.com/watch?v=eH3zQa39LAQ>) และให้บิดามารดาช่วยกันวิเคราะห์ประเด็นตามใบกิจกรรมที่ 3.1 และส่งตัวแทนนำเสนอ



ภาพที่ 3 ภาพตัวอย่าง DVD เรื่อง “ครอบครัวปั่นป่วน”

### ผลการประเมิน

หลังจากดู DVD “ครอบครัวปั่นป่วน” บิดามารดาในกลุ่มส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี และร่วมนำเสนอในประเด็น ดังนี้

A. ลูกมีปัญหาพฤติกรรมอะไรบ้าง

“ก้าวร้าว ต่อต้าน ต้องการความรัก เรียกร้องความสนใจ”

B. ผู้ปกครองใช้วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของลูกอย่างไร

“ ดุด่า ใช้เสียงดัง และให้ความสนใจในพฤติกรรมก้าวร้าวลูก”

C. คิดว่าวิธีการของผู้ปกครองใน DVD เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมอย่างไร

“ ไม่เหมาะสม เนื่องจากเด็กจะจำพฤติกรรมที่ไม่ดีนั้นมาและคิดว่าผู้ปกครองให้ความสนใจ และจะเลียนแบบพฤติกรรมผู้ปกครอง และก้าวร้าว ต่อต้านในที่สุด”

D. ถ้าท่านเป็นผู้ปกครองใน DVD ท่านจะมีวิธีการจัดการที่เหมาะสมอย่างไร

“ต้องใช้วิธีการเพิกเฉย time-out ร่วมกับการใช้กฎกติกาค่ะ”

## 5. สรุปการทำกิจกรรมที่ 2

1. บิดามารดาให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม และร่วมแสดงความคิดเห็นได้ ตรงประเด็นและถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยให้การบ้านแก่บิดามารดา เพื่อประเมินความเข้าใจในการร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และเน้นให้นำมาส่งในสัปดาห์ถัดไป

2. บิดามารดาทราบวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กและสามารถเลือกใช้วิธีการในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้องสังเกตจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

รายละเอียดการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

### ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)

#### กิจกรรมที่ 3 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

วันที่ 19 - 20 กรกฎาคม 2561 กลุ่มเช้า (1,3) และ กลุ่มบ่าย (2,4) ช่วงเวลา 10.00-11.40 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-15.10 น. (กลุ่มบ่าย) สร้างสัมพันธ์ภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจากนั้นให้บิดามารดาช่วยกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วขอตัวแทนนำเสนอ จากนั้นขอตัวแทนที่เคยมีประสบการณ์ลูกมีพฤติกรรมก้าวร้าว และสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นสำเร็จ ช่วยเล่าประสบการณ์ความสำเร็จนั้นตามใบกิจกรรมที่ 4.1 และให้ความรู้ผ่านใบความรู้ที่ 3 และให้บิดามารดาช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ตามใบกิจกรรมที่ 4.2 และออกมานำเสนอ และร่วมกันแสดงความคิดเห็น

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้บิดามารดาเกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และสามารถนำวิธีการทั้ง 7 ได้แก่ 1) การตั้งกฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจำง โดยการแนะนำ โดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเงียบ 7) การใช้ time-out ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้

#### กิจกรรม

##### 1.สร้างสัมพันธ์ภาพ โดย

1.1 กล่าวแนะนำตนเอง

1.2 ให้บิดามารดาแนะนำชื่อ สกุล ตัวเอง เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

1.3 แนะนำโปรแกรม ซีแองวัตฤประสงค์ และบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.4 พร้อมแจ้งระยะเวลาในการทำกิจกรรมในครั้งนี้คือ ใช้เวลา 90 นาที (พัก 10 นาที หลังจบกิจกรรมพยาบาลที่ 3)

1.5 พยาบาลแจ้งบิดามารดาให้รับทราบว่าสิ่งที่พูดคุยกันภายในกลุ่มจะเป็นความลับ

1.6 สอบถามถึงคู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นและเน้นย้ำให้นำมาด้วยทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม

### ผลการประเมิน

บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม มีรอยยิ้มและเข้าใจทิศทางกลุ่ม ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป

### 2. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

ให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วร่วมกันและขอตัวแทนนำเสนอ และให้บิดามารดาแสดงความคิดเห็นจากนั้นพยาบาลขอตัวแทนที่เคยมีประสบการณ์ลูกมีพฤติกรรมก้าวร้าว และสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นสำเร็จ ช่วยเล่าประสบการณ์ความสำเร็จนั้นตามใบกิจกรรมที่ 4.1 ให้บิดามารดาในกลุ่มและบิดามารดาในกลุ่มแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

### ผลการประเมิน

1. บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง และแสดงความสนใจ ร่วมแสดงความคิดเห็นและเข้าใจการบ้านจากการตอบการบ้าน ตัวอย่างดังนี้

“เด็กปาของ สาเหตุเกิดจากโดนขัดใจ และไม่ตามใจ เนื่องจากอยากได้ของเล่นที่ตลาด วิธีการที่แม่ใช้คือ จับมือเด็กไว้ และลงโทษโดยใช้ time out เมื่อเด็กสงบใช้วิธีการสนทนากับเด็กโดยตรงว่า แม่เข้าใจความรู้สึกลูกนะครับว่าเสียใจ ไหนลูกลองเล่าให้แม่ฟังสิว่าเกิดอะไรขึ้น เรามาช่วยกันหาทางออกอย่างไรดี จากการลองใช้สองวิธีนี้ คือ time out และ วิธีการสนทนากับเด็กโดยตรง พฤติกรรมต่อต้านที่บ้านลดลง ”

2. เมื่อมีการนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้ปกครองให้ความร่วมมือ และนำเสนอในประเด็นประสบการณ์ ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ตัวอย่างดังนี้

“ลูกกลับจากโรงเรียนมาขอเงินไปซื้อขนมที่ร้านข้างบ้าน ตนจึงแจ้งไปว่าขนมในตู้เย็นก็มี หนูลองทานดูก่อนม๊าย จากนั้นลูกก็ลงมือไปนอนกับพื้น ร้องโวยวายว่าแม่ไม่รัก โดยไม่ฟังเหตุผล ดิฉันก็ใช้วิธีการเพิกเฉยกับพฤติกรรมนั้น และเดินออกไปหลังบ้านทำกิจกรรมอื่น จนเสร็จและกลับเข้ามาในบ้านพบลูกนั่งทานขนมในตู้เย็นที่เตรียมไว้ให้ และบอกอร่อยดี จากนั้นดิฉันก็กลับมานั่งข้างลูกและชวนลูกให้ระบายความรู้สึก และใช้วิธีการสนทนากับลูกโดยตรง ว่าแม่เข้าใจความรู้สึกลูกนะที่ไม่ได้ไปซื้อ

ขนม ไหนลูกลองบอกซิว่าลูกรู้สึกอย่างไร ลูกกล่าวขอโทษ และบอกว่าไม่อยากทานขนมในตู้เย็น คิดว่าไม่อร่อย ที่ยังไม่ได้เปิดชิมดู แต่พอมาทานอร่อยมาก ดีใจที่แม่ซื้อมาให้ คราวหลังจะใจเย็นกว่านี้ และไม่ก้าวร้าวอีก” มารดากล่าวด้วยรอยยิ้มแห่งความภูมิใจ

“กลับจากโรงเรียน หลังพักผ่อนแล้วไม่ยอมทำการบ้านส่งครู มัวแต่เล่นเกม แม่จึงเตือนและไม่ยอมหยุด แม่เดินไปปิดคอมพิวเตอร์ ลูกร้องไห้ โวยวาย ปาของ แม่จึงนิ่งและเพิกเฉยกับพฤติกรรมนั้น และให้ลูกอยู่ตามลำพังเพื่อให้สงบ เมื่อลูกสงบและมีสติมากขึ้น แม่จึงเข้ามาคุยกับลูกด้วยสีหน้าเห็นใจ และลูบหัวเบาๆ บอกลูกคงรู้สึกโมโห ที่มีปิดคอมไม่ให้เล่นเกม ลูกลองช่วยแม่คิดซิว่าเราจะช่วยกันอย่างไรได้บ้าง หรือเรามาลองตั้งกฎกติกาในการเล่นเกมนี้อีกดีมั๊ย ลูกเสนอขอเล่นเกม 2 ชั่วโมง หลังทำการบ้านเสร็จ มารดาใช้วิธีการใช้เหตุผลโดยบอกเหตุผลของการเป็นนักเรียนและหน้าที่ของนักเรียนแม้ว่าเราควรเล่นเกมเพื่อให้ผ่อนคลาย แต่หน้าที่หลักของลูกคือต้องเรียนหนังสือและอ่านหนังสือเพื่อจะได้มีอนาคตที่ดี แม่จะไม่ห้ามลูกเล่นเกม แต่ขอลดลงเหลือวันละ 1 ชั่วโมงดีมั๊ยครับ ส่วนวันเสาร์ อาทิตย์ แม่อนุญาตให้เล่น 2 ชั่วโมงได้ครับ ลูกมีความเห็นอย่างไรกับกฎกติกานี้ครับ ลูกตอบตกลงจะทำตามกฎตั้งร่วมกัน และไม่มีปัญหาเรื่องการเล่นเกมเลยเวลาเกิดขึ้นอีก แต่จะมีบางครั้งที่แม่จะเตือนลูกก่อนหมดเวลาเล่นเกม 15 นาที มารดาแจ้งใช้เทคนิคการเพิกเฉย ตั้งกฎกติกา และวิธีการใช้เหตุผล แล้วได้ผล”

ในระหว่างทำกิจกรรมกลุ่มมีผู้ปกครองแจ้งว่า “ลูกผมก็มีปัญหาเรื่องเล่นเกม โดยไม่สนใจเวลา เด๋วผมจะลองนำวิธีของคุณแม่ไปปฏิบัติดูนะครับ”

### 3. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก

#### (ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด)

พยาบาลเปิดประเด็นคำถามและให้บิดามารดาในกลุ่มตอบ “จากที่เราได้เรียนรู้กันในสัปดาห์ที่ 1 ท่านคิดว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นเกิดจากสาเหตุใดบ้าง” และจากสัปดาห์ที่ 2 ที่เราได้เรียนมา ท่านคิดว่ามีวิธีการใดบ้างที่ช่วยจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ้างคะ ให้บิดามารดาช่วยกัน แสดงความคิดเห็น และให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ว่าการเกิดปัญหาพฤติกรรมนั้นเกิดจากวงจรอะไรบ้างคะ และร่วมกันเรียนรู้ผ่านใบความรู้ที่ 3 นะคะ”

#### ผลประเมินผล

1. บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง และแสดงความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นเกิดจากสาเหตุใดบ้างได้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างดังนี้

“จากที่เรียนมาในสัปดาห์แรกดิฉันว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวหลักๆมาจาก 2 สาเหตุคือจากตัวเด็กเอง ทางการสื่อสาร และการแสดงออกทางสังคม ได้แก่ การเล่นกับเพื่อนแรง แสดงออกทางอารมณ์โกรธไม่เหมาะสม จึงใช้ความรุนแรงออกมา และจากสิ่งแวดล้อมภายใน

ครอบครัว เช่น บิดามารดามีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา”

“ดิฉันว่าการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลมาก ๆ ค่ะ ที่บ้านดิฉันกับสามีจะชอบทะเลาะกันเสียงดัง ต่อหน้าลูก วันหนึ่งหลังกลับจากที่ทำงานเห็นลูกทะเลาะกับน้องเสียงดังโวยวาย ใช้กมึงดั่งเต็มบ้าน จึงบอกให้ลูกหยุดทะเลาะ และคุยกันเพราะๆ ลูกชายพูดสวนกลับมาว่า “คนเรามีสิทธิเท่าเทียมกัน เวลาพ่อแม่ทะเลาะกันยังเสียงดังและใช้คำพูดไม่ดี ทำไมผมจะพูดบ้างไม่ได้”

2. บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง และแสดงความสนใจและร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นว่า ท่านคิดว่ามีวิธีการใดบ้างที่ช่วยจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวได้บ้าง ได้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างดังนี้

“ มีหลายวิธีครับจากตัวอย่างที่ในกลุ่มนำเสนอมา ได้แก่ การเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก เช่น ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล การ time-out เมื่อลูกก่อกวนคนอื่นที่กำลังทำกิจกรรมอยู่ การตั้งกฎกติกา เพื่อรักษาความเป็นระเบียบที่แน่นอน เสมอต้นเสมอปลาย การสนทนากับลูกโดยตรง เช่น ให้ลูกได้พูดระบายความรู้สึกและความต้องการออกมา หรือผู้ปกครองบอกความต้องการที่อยาก ให้เด็กทำ การให้ความกระจำง โดยบอกถึงสาเหตุที่ต้องลงโทษเด็ก การใช้เหตุผล มีเวลาคุยกับลูก และอธิบายทุกอย่างอย่างเป็นเหตุและผล”

“ส่วนบ้านผมนี่ทุกวันนี้ใช้หลักการติดกฎกติกาและข้อปฏิบัติที่ตกลงร่วมกันไว้ข้างฝาเลยครับ และทุกคนในบ้านถือปฏิบัติใครทำผิดต้องโดนหักค่าขนมครับ”

3. จากใบความรู้ที่ 3 เรื่อง “วงจรการเกิดปัญหาพฤติกรรม” บิดามารดาส่วนใหญ่เข้าใจวงจรการเกิดปัญหาพฤติกรรม ยกตัวอย่าง ดังนี้

มารดาท่านหนึ่งในกลุ่มพูดว่า “เด็กแต่ละคนเลี้ยงไม่เหมือนกัน บางคนเลี้ยงง่าย บางคนเลี้ยงยาก หากเราเข้าใจในความเป็นเค้า เพราะเด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ก็จะทำให้เราเข้าใจและไม่ซ้ำเติมเด็ก ตัดวงจรการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้จากการตำหนิ ดิเตียนเด็ก ที่จะทำให้เด็กรู้สึกด้อยค่า”

พยาบาลกล่าวเพิ่มในส่วนวงจรการเกิดปัญหาพฤติกรรมว่า “รางวัลที่ดีที่สุดสำหรับเด็ก ไม่ใช่ข้าวของที่มีค่า แต่คือคำชม เพราะเมื่อเด็กกระทำดีและได้รับคำชมจะทำให้เด็กรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอยากจะทำพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น ตรงข้ามกับเด็กที่ถูก ดุด่า ดิเตียนตลอด ทำอะไรก็ไม่ถูกจะทำให้เด็กเชื่อว่าตนเองเป็นอย่างนั้นจริงๆ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีออกมา”

#### 4. กระตุ้นให้วิเคราะห์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้

พยาบาลเปิดประเด็น เรื่อง วิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนมาในสัปดาห์ที่ 2 จากนั้นให้บิดามารดา ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ว่าจะใช้วิธีการใดในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ พร้อมทั้งแสดงบทบาทสมมติประกอบ จากนั้นให้ช่วยกันวิเคราะห์ว่าใช้วิธีการใดเหมาะสมหรือไม่ พร้อมให้บิดามารดาที่มีประสบการณ์ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของลูกสำเร็จแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะเพิ่มเติม



## ผลประเมินผล

บิดามารดาในกลุ่มให้ความสนใจ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นคนและกล้าแสดงออกโดยการออกมาแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ที่ให้และสามารถวิเคราะห์ประเด็นคำถามในสถานการณ์แสดงบทบาทสมมติได้อย่างถูกต้อง โดยมีบิดามารดาช่วยแสดงความคิดเห็น ดังนี้

1. จากสถานการณ์ที่ 1 ลูกมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจ และ ที่บ้านมีตา ยายที่เลี้ยงดูแบบตามใจ และไร้ระเบียบข้อตกลงในการเลี้ยงดู พ่อแม่ลงโทษลูกด้วยวิธีการที่รุนแรง และขาดการสื่อสารที่ดี ซึ่งเป็นวิธีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม”

บิดาท่านหนึ่ง กล่าวว่า “ผมเคยเจอสถานการณ์แบบนี้เหมือนกันครับตอนไปห้างลูกอยากได้หุ่นยนต์ ร้องให้กับพื้นเสียงดัง โวยวายทั่วร้าน ผมแสดงท่าไม่สนใจและแอบเดินหนี และแอบมองเรื่องความปลอดภัยโดยไม่ให้ลูกรู้ พอเค้าไม่เห็นเราเค้าก็ตามหา และหยุดร้องไปเอง ผมใช้วิธีการเพิกเฉยครับแต่ผมไม่ได้ลูกรครับ”

2. จากสถานการณ์ที่ 2 ลูกทำตามกฎระเบียบที่ได้ตั้งไว้ ยอมรับกฎกติกา และที่บ้านพ่อแม่มีการเลี้ยงดูแบบไม่ตามใจ มีข้อตกลง กฎเกณฑ์ที่ชัดเจน ไม่ใช้ความรุนแรงเมื่อลูกมีพฤติกรรมที่ไม่ดี และเพิกเฉยกับพฤติกรรมที่ไม่ดีเหล่านั้น ส่งเสริมให้ต้องทำพฤติกรรมที่ดี และยังใช้การสื่อสารทางบวกกับลูก”

## 5. สรุปการทำกิจกรรม

1. ผู้ปกครองให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม และร่วมแสดงความคิดเห็นได้ตรงประเด็นและถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยให้การบ้านแก่บิดามารดา เพื่อประเมินความเข้าใจในการร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 และเน้นให้นำมาส่งในสัปดาห์ถัดไป

2. บิดามารดาเกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และสามารถนำวิธีการทั้ง 7 ได้แก่ 1) การตั้งกฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจำง โดยการแนะนำ โดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเจ็บ 7) การใช้ time-out ไปใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องสังเกตจากการทำกิจกรรม

รายละเอียดการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม

วันที่ 25 - 26 กรกฎาคม 2561 กลุ่มเช้า (1,3) และ กลุ่มบ่าย (2,4) ช่วงเวลา 10.00-11.40 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-15.10 น. (กลุ่มบ่าย) กิจกรรมที่ 4 แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 ทำเฉพาะผู้ปกครอง ช่วงที่ 2 ผู้ปกครองทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

**ช่วงที่ 1** สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วและขอตัวแทนนำเสนอ จากนั้นให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำสู่ประเด็นการสื่อสารโดยแจกกระดาษให้คนละแผ่น โดย

1. เขียนคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกดีจำนวน 10 คำ
2. เขียนคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกไม่ดีจำนวน 10 คำ
3. ส่งตัวแทนนำเสนอประสบการณ์การใช้คำพูดเหล่านี้กับเด็กสมาธิสั้นและเล่าปฏิกิริยาที่เด็กแสดงออกหลังได้ยินคำพูดนั้น “ตามใบกิจกรรมที่ 5.2”

จากนั้นพยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง “การสื่อสาร ข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้ การแปลความหมายของเด็กสมาธิสั้น” พร้อมแจกใบความรู้ที่ 4.1 ใบความรู้ที่ 4.2 และใบความรู้ที่ 4.3 โดยให้บิดามารดาทราบว่าเด็กสมาธิสั้นมีข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้ การแปลความหมายการสื่อสารจำเป็นต้องมีวิธีการในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จากนั้นพยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง การนำวิธีการต่างๆไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการสื่อสาร และการฝึกทักษะทางสังคม โดยให้ผู้ดูแลยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยประสบปัญหาในการสื่อสารกับเด็กพร้อมนำเสนอวิธีที่ใช้ในการจัดการแล้วได้ผลอย่างไรให้กลุ่มฟังและร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

**ช่วงที่ 2** พยาบาลเปิดประเด็นโดยแจกใบกิจกรรมที่ 5.3 เรื่อง “สร้างบ้านด้วยไฟ” เป็นกิจกรรมพัฒนาสื่อสารและการฝึกทักษะทางสังคมโดยให้เด็กเข้าใจกฎระเบียบ กติกากลุ่ม และร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ และให้ผู้ปกครองเข้าใจว่าหากสื่อสารกับเด็กในแบบกิจกรรมแล้วเด็กจะรู้สึกอย่างไร (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม)

### วัตถุประสงค์

เพื่อฝึกบิดามารดาในการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการสื่อสาร และการฝึกทักษะทางสังคม

### กิจกรรม

#### 1.สร้างสัมพันธภาพ โดย

- 1.1 กล่าวแนะนำตนเอง
- 1.2 ให้บิดามารดาแนะนำชื่อ สกุล ตัวเอง เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการทำ

#### กิจกรรม

- 1.3 แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม

- 1.4 พร้อมแจ้งระยะเวลาในการทำกิจกรรมในครั้งนี้คือ ใช้เวลา 90 นาที (พัก 10 นาที หลังจบกิจกรรมพยาบาลที่ 3)

1.5 พยาบาลแจ้งบิดามารดาให้รับทราบว่ามีสิ่งที่พูดคุยกันภายในกลุ่มจะเป็นความลับ

1.6 สอบถามถึงคู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาชิก  
สั้นและเน้นย้ำให้นำมาด้วยทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม

### ผลการประเมิน

บิดามารดาเด็กสมาชิกสั้นเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม มีรอยยิ้มและเข้าใจติกากลุ่ม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป

### 2. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

**ช่วงที่ 1** พยาบาลเปิดประเด็นโดยขอตัวแทนนำเสนอการบ้านเรื่อง “วิธีการในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว” และให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำเสนอประเด็นการสื่อสารโดยแจกกระดาษให้คนละแผ่น โดย

1. เขียนคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกดีจำนวน 10 คำ
2. เขียนคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกไม่ดีจำนวน 10 คำ
3. ส่งตัวแทนนำเสนอประสบการณ์การใช้คำพูดเหล่านี้กับเด็กสมาชิกสั้นและเล่าปฏิกริยาที่เด็กแสดงออกหลังได้ยินคำพูดนั้น “ตามใบกิจกรรมที่ 5.1”

### ผลประเมินผล

1. บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง และแสดงความสนใจ ร่วมแสดงความคิดเห็นและเข้าใจการบ้านจากการตอบการบ้าน ตัวอย่างดังนี้

“เด็กทุบกระຈกและประตู่ สาเหตุเกิดจากโดนขัดใจ วิธีการที่แม่ใช้คือ จับมือเด็กไว้ และพูดสั้นๆ ว่า “อย่าทำแบบนี้” และลงโทษโดยใช้ time out เมื่อเด็กสงบใช้วิธีการสนทนากับเด็กโดยตรงว่า แม่เข้าใจความรู้สึกลูกนะครับว่าเสียใจ ไหนลูกลองเล่าให้แม่ฟังสิว่าเกิดอะไรขึ้น เรามาช่วยกันหาทางออกอย่างไรดี และใช้วิธีการใช้เหตุผล บอกเด็กว่าทำไมเราต้อง time-out จากการใช้ 3วิธีนี้คือ time out วิธีการสนทนากับเด็กโดยตรง และ วิธีการใช้เหตุผลพฤติกรรมต่อต้านที่บ้านลดลง ”

“มีอยู่วันหนึ่งเด็กและเพื่อนจูงมือกันเข้าไปซื้อของในร้าน 7-11 ปรากฏว่าเพื่อนซื้อขนมตามเด็กไม่พอใจผลักเพื่อน ตีเพื่อน และด่าเพื่อน ดิฉันอดไม่ได้จึงเอามือตีและตบปากลูกดิฉันไป 1 ครั้ง เด็กกลัวและร้องไห้เดินกลับบ้าน”

จากประเด็นนี้ประเมินได้ว่าผู้ปกครองคนนี้ยังขาดทักษะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกต้องพยาบาลจึงให้กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์และนำเสนอวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกต้องโดยทางกลุ่มให้ความเห็นว่า เมื่อเจอสถานการณ์แบบนี้ มารดาควรจับเด็กแยกออกจากกันและใช้การกอดแทนการตีหรือตบปาก ปล่อยให้เด็กสงบและ ใช้วิธีการสนทนากับเด็กโดยตรง ว่าแม่เข้าใจว่าลูกกำลัง

รู้สึกโกรธ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขต่อไป หรือ หากวิธีนี้ไม่ได้ผล อาจจะต้องใช้วิธีการ time out เด็ก และใช้วิธีการตั้งกติกามาซื้อของนอกบ้าน

2. เมื่อมีการทำกิจกรรมภายในกลุ่ม ผู้ปกครองให้ความร่วมมือ และนำเสนอในประเด็น ประสพการณ์การใช้คำพูดเหล่านี้กับเด็กสมาธิสั้นและเล่าปฏิกิริยาที่เด็กแสดงออกหลังได้ยินคำพูดนั้น”ตามใบกิจกรรมที่ 5.1 สรุปได้ดังนี้

ยกตัวอย่างคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกดี ได้แก่ “เก่งจังเลย”, “สุดยอดมาก”, “ขยันมากเลย”, “อร่อยมาก”, “ลูกชายเก่งจังเลย”, “เลื้อยสวยมากค่ะ”, “แม่เก่งนะ”, “พ่อเก่งนะ”, “ยิ้มเก่งจัง”, “พูดเพราะจัง”, “ภูมิใจในตัวเธอ”, “จะคอยเป็นกำลังใจให้”, “คุณเป็นคนจิตใจดีมาก”, “คุณมักมองโลกในแง่ดี”, “ทำงานเป็นระเบียบ”, “แต่งตัวเรียบร้อย”

ยกตัวอย่างคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกไม่ดี “ทำไมโง่แบบนี้”, “แกมันคนเรียนไม่เก่ง”, “ทำไมพูดไม่เพราะ”, “คนอื่นทำไมเก่งกว่า”, “สอนเท่าไรก็ไม่จำ”, “หัวขี้เสื่อย”, “เรื่องง่ายๆแค่นี้ทำไมทำไม่ได้”, “ใครๆ เขาก็ทำได้ทั้งนั้น”, “ทำไมเข้าใจอะไรยากอย่างนี้”, “ปัญญาอ่อน”, “โง่เหมือนควาย”, “พยายามเข้าใจอะไรเร็วๆ สิ”, “ชอบใส่อารมณ์ร้าย”

จากการส่งตัวแทนนำเสนอประสพการณ์การใช้คำพูดเหล่านี้กับเด็กสมาธิสั้นและเล่าปฏิกิริยาที่เด็กแสดงออกหลังได้ยินคำพูดนั้น ตามใบกิจกรรมที่ 5.1 ตัวอย่างการนำเสนอ ดังนี้

ประสพการณ์จากคำพูดที่ดี เช่น

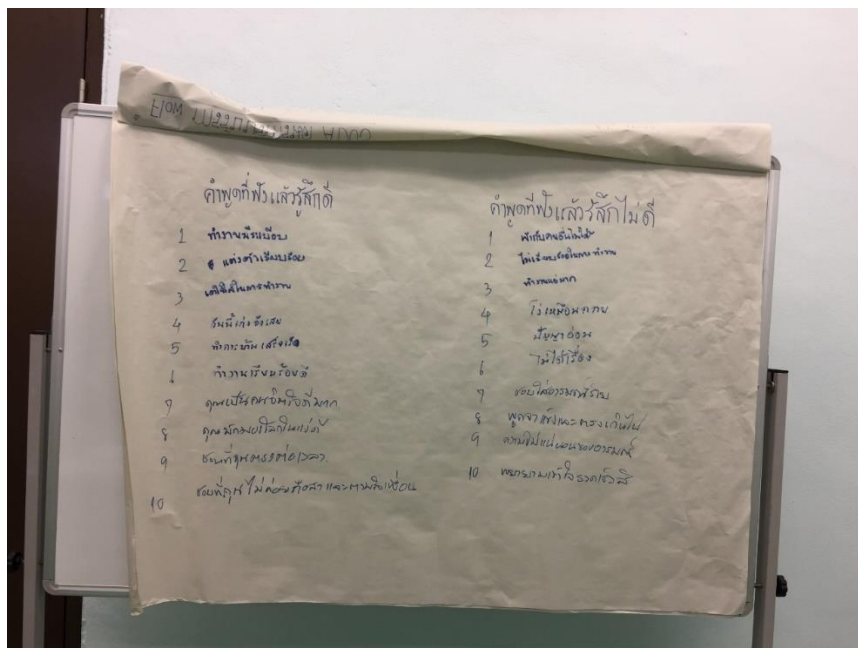
“ลูกกลับจากโรงเรียน และเดินมาบอกว่าวันนี้ผมได้เป็นตัวแทนของโรงเรียนไปแข่งฟุตบอลด้วย ผมจึงชมไปว่า ลูกเก่งมากเลย พ่อภูมิใจในตัวลูกมากครับ ขยันซ้อมต่อไปนะลูก พ่อจะคอยเป็นกำลังใจให้ เมื่อลูกได้ยินเดินเข้ามาถอดผม และยิ้ม พร้อมบอกว่า ผมจะทำให้พ่อภูมิใจในตัวผมครับ”

“ลูกเก็บเสื้อผ้าเป็นระเบียบ ดิฉันเลยชมว่า ลูกเก่งมากเลย แม่รู้สึกดีใจที่หนูเก็บเสื้อผ้าเป็นระเบียบ ลูกแสดงปฏิกิริยายิ้มอย่างภาคภูมิใจ และบอกขอบคุณค่ะแม่ที่ชมหนู”

ประสพการณ์จากคำพูดที่ไม่ดี เช่น

“ขณะสอนการบ้านลูก ลูกจำไม่ได้ต้องสอนหลายทีจึงด่าลูกไปว่า ทำไมแกมันหัวขี้เสื่อยจึงสอนเท่าไรก็ไม่จำ ลูกแสดงปฏิกิริยา มองหน้าแบบขาดความมั่นใจ และไม่ยอมทำการบ้านต่อ”

“ลูกไม่ยอมอ่านหนังสือ จึงดุไปว่า ดูลูกบ้านโน้นสิเค้าเรียนเก่งกันทุกคนเพราะเค้าขยันอ่านหนังสือ ไม่เหมือนพวกแกขี้เกียจตัวเป็นขน ลูกมีปฏิกิริยาต่อต้านและไม่เชื่อฟัง และจะดูทีวีต่อ”



ภาพที่ 4 ภาพตัวอย่างคำพูดของบิดามารดา

### 3. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก (ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด)

พยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง “การสื่อสาร ข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้ การแปลความหมายของเด็กสมาธิสั้น” ให้ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นเรื่องข้อจำกัดในการสื่อสารของเด็กสมาธิสั้นว่ามีอะไรบ้าง พร้อมแจกใบความรู้ที่ 4.1 ใบความรู้ที่ 4.2 และใบความรู้ที่ 4.3 โดยให้บิดามารดารับทราบว่าเด็กสมาธิสั้นมีข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้ การแปลความหมายการสื่อสารจำเป็นต้องมีวิธีการในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

#### ผลประเมินผล

บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง แสดงความสนใจ เข้าใจเนื้อหาในใบความรู้ที่แจก และร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นว่าข้อจำกัดในการสื่อสารของเด็กสมาธิสั้นว่ามีอะไรบ้าง ดังนี้

“ชอบพูดแทรก รอคอยไม่ได้ เมื่อไม่พอใจจะโต้ตอบเร็ว ไม่ยั้งคิด”

“ชอบพูดก้าวร้าว เมื่อไม่พอใจ”

“การสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นต้องกะซิบ ลั้น ไม่เป็นเยื่อ”

“ไม่สามารถฟังข้อความยาวๆได้เข้าใจในครั้งเดียว”

### 4. กระตุ้นให้วิเคราะห์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้

พยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง การนำวิธีการต่างๆไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการสื่อสาร และการฝึกทักษะทางสังคม

โดยให้ผู้ดูแลยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยประสบปัญหาในการสื่อสารกับเด็กพร้อมนำเสนอวิธีที่ใช้ในการจัดการแล้วได้ผลอย่างไรให้กลุ่มฟังและร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

### ผลการประเมิน

บิดามารดาในกลุ่มให้ความสนใจ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นคนและร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นได้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างดังนี้

“เมื่อลูกทำการบ้านไม่ได้ และมีท่าทีหงุดหงิด ดิฉันจึงบอกกับลูกว่า แม่เข้าใจความรู้สึกลูกนะ ครบว่ากำลังหงุดหงิด ไหนลองเล่าให้แม่ฟังสิว่าเกิดอะไรขึ้น เราลองมาช่วยกันทำใหม่อีกครั้งดีมั้ย ครับ”

จากคำพูดนี้สมาชิกในกลุ่ม บอกว่าเป็นการสื่อสารที่เหมาะสมใช้รูปแบบการสื่อสารแบบภาษาฉัน บอกความรู้สึกและสิ่งที่ต้องการให้ลูกทำ โดยฟังแล้วรู้สึกมีกำลังใจ

“เมื่อลูกทานข้าวแล้วไม่ยอมเก็บจาน แม่จึงพูดว่า ทำไมแกไม่เก็บจานให้เรียบร้อย ดูลูกบ้านอื่นลิทานเสร็จแล้วเค้าช่วยแม่เก็บกันทั้งนั้น”

จากคำพูดนี้สมาชิกในกลุ่ม บอกว่าเป็นการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมใช้รูปแบบการสื่อสารแบบภาษาเธอ ต้องการให้ลูกเก็บจาน แต่สื่อสารไม่ดี ใช้การเปรียบเทียบลูกบ้านอื่นว่าทำ ฟังแล้วรู้สึกอยากต่อต้าน ชอบเอาบ้านอื่นมาเปรียบเทียบ และอาจจะไม่เข้าใจความต้องการของแม่เนื่องจากแม่ไม่สื่อสารโดยตรงว่าต้องการให้ลูกเก็บจาน

**ช่วงที่ 2** พยาบาลเปิดประเด็นโดยแจกใบกิจกรรมที่ 5.3 เรื่องสร้างบ้านด้วยไฟ”เป็นกิจกรรมพัฒนาสื่อสารและการฝึกทักษะทางสังคมโดยให้เด็กเข้าใจกฎระเบียบ กติกากลุ่ม และร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ และให้ผู้ปกครองเข้าใจว่าหากสื่อสารกับเด็กในแบบกิจกรรมแล้วเด็กจะรู้สึกอย่างไร (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม)

### ผลการประเมิน

จากการทำกิจกรรมร่วมกันผู้ปกครองและเด็กส่วนมากให้ความร่วมมือดี มีเด็ก 2 คนต้องโดน time-out เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกติการะหว่างทำกิจกรรมว่าห้ามพูดคุยกันจนกว่าจะได้รับอนุญาต และแก้มคนอื่น

ผลจากการนำเสนอแนะหลังทำกิจกรรมส่วนใหญ่ บอกว่า

“รู้สึกอึดอัดที่ระหว่างทำกิจกรรมไม่ได้สื่อสารหรือบอกความต้องการ และขาดการวางแผนทำให้งานออกมาช้า และไม่ดี”

“รู้สึกรำคาญ และบ่นทอนกำลังใจมาก และอึดอัดอยากต่อหน้า ตอนทำกิจกรรมตามที่มีคนแนะนำให้ทำสิ่งต่างๆ ตัวอย่างประโยค คือ “ช้าจังเลย” “ทำไมไม่ทำแบบนี้ก่อน” “ทำไมแกทำเหมือนยาจวะ”

## 5. สรุปการทำกิจกรรมที่ 4

1. ผู้ปกครองให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม และร่วมแสดงความคิดเห็นได้ตรงประเด็นและถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยให้การบ้านแก่บิดามารดา เพื่อประเมินความเข้าใจในการร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 และเน้นให้นำมาส่งในสัปดาห์ถัดไป

2. บิดามารดามีความรู้และทักษะในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการสื่อสารมากขึ้นจากการร่วมกิจกรรมกลุ่มสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

3. เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่สามารถร่วมกิจกรรมกลุ่มได้และปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มได้ เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้เด็ก และมีเด็กสมาธิสั้น 2 คนต้องโดน time-out เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกติการะหว่างทำกิจกรรมว่าห้ามพูดคุยกันจนกว่าจะได้รับอนุญาตและแก่ผู้อื่น

**รายละเอียดการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา**

**ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)**

**กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ**

วันที่ 2 – 3 สิงหาคม 2561 กลุ่มเช้า (1,3) และ กลุ่มบ่าย (2,4) ช่วงเวลา 10.00-11.40 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-15.10 น. (กลุ่มบ่าย) กิจกรรมที่ 5 แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 ทำเฉพาะผู้ปกครอง ช่วงที่ 2 ผู้ปกครองทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

**ช่วงที่ 1** สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วขอตัวแทนนำเสนอและให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำเสนอประเด็นการฝึกวินัยและความรับผิดชอบโดยการให้บิดามารดาในกลุ่มเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การแสดงบทบาทสมมติ “ครอบครัวอลม่าน” และแสดงความคิดเห็นจากการแสดงบทบาทสมมติ และสอบถามบิดามารดาเพิ่มเติมให้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน พร้อมแจกใบความรู้ที่ 5 จากนั้นพยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง การนำวิธีการต่างๆไปประยุกต์ใช้ในการช่วยพ่อแม่ในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กในเรื่องของการฝึกระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ โดยให้สมาชิกร่วมกันเขียนตัวอย่าง กฎกติกาต่างๆในบ้านที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรม และช่วยกันออกแบบตารางกิจกรรมสำหรับทำกับลูก ในแต่ละสัปดาห์ ลงใน flip chart พร้อมนำเสนอให้กลุ่มฟังและร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

**ช่วงที่ 2** พยาบาลเปิดประเด็นเรื่องการฝึกวินัยแนวคิดที่ได้จากกิจกรรม การฝึกวินัย เป็นการหัดให้เด็กควบคุมความต้องการ หรือแรงผลักดันในตนเองให้อยู่ในขอบเขต และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งต่างต้องฝึกความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงในขณะนั้น ในช่วงแรกของการฝึกวินัยที่เด็กต้องฝึกใจตนเอง ต้องทำในสิ่งที่คนอื่นกำหนด หรือกติกาที่กำหนดไว้ จึงอาจได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจเท่าใดนัก ผู้ปกครองจำเป็นต้องใจเย็น คอยชี้แนะ ช่วยเหลือประคับประคองให้ลูกทำได้จน

สำเร็จ โดยไม่นำเอาความคาดหวัง หรือความต้องการของตนเป็นเป้าหมาย แต่ควรคำนึงถึงขีดความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงวัย และความเป็นจริงที่ลูกสามารถทำได้ในขณะนั้น พร้อมทั้งชื่นชมในความสามารถที่ทำได้เพื่อเป็นกำลังใจในครั้งต่อไป สิ่งสำคัญคือความสม่ำเสมอ และการเป็นต้นแบบที่ดีของบิดามารดาจะสามารถช่วยให้ลูกเรียนรู้และปฏิบัติได้ในที่สุด และให้ทำกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 6.3 “กระจกเงาสะท้อน” (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม) **วัตถุประสงค์**

เพื่อให้บิดา/มารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีวินัย และให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

### กิจกรรม

#### 1. สร้างสัมพันธภาพ โดย

1.1 กล่าวแนะนำตนเอง

1.2 ให้บิดามารดาแนะนำชื่อ สกุล ตัวเอง เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

1.3 แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.4 พร้อมแจ้งระยะเวลาในการทำกิจกรรมในครั้งนี้คือ ใช้เวลา 90 นาที (พัก 10 นาที หลังจบกิจกรรมพยาบาลที่ 3)

1.5 พยาบาลแจ้งบิดามารดาให้รับทราบว่าสิ่งที่พูดคุยกันภายในกลุ่มจะเป็น

ความลับ

1.6 สอบถามถึงคู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นและเน้นย้ำให้นำมาด้วยทุกครั้งเข้ากลุ่ม

**ผลการประเมิน** บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม มีรอยยิ้มและเข้าใจกติกากลุ่ม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป

#### 2. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

**ช่วงที่1** พยาบาลเปิดประเด็นโดยขอตัวแทนนำเสนอการบ้านเรื่อง “ทักษะการสื่อสาร” และให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น

#### ผลการประเมิน

1. บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง และแสดงความคิดเห็น ร่วมแสดงความคิดเห็นและเข้าใจการบ้านจากการตอบการบ้าน ตัวอย่างดังนี้



บันทึกว่าในแต่ละวันคุณใช้คำพูดที่เป็นภาษาเธอ , ภาษาเขา กับเด็กบ่อยเพียงใดและพูดอย่างไร (เช่น พูด 4 ครั้งว่า “โง่งงเลย” พูด 3 ครั้งว่า “ทำไมถึงซี้เกียจแบบนี้”) เปลี่ยนคำพูดที่บันทึกไว้ดังกล่าวข้างบนให้เป็นการใช้ภาษาฉัน ( I message)

ตัวอย่างที่ 1 คำพูดที่เป็นภาษาเธอ, ภาษาเขา ที่คุณใช้สนทนากับเด็ก

“ไอ้หัวซี้เลื้อย” พูดประมาณ 3 ครั้งต่ออาทิตย์ เวลาลูกทำการบ้านไม่ได้

เปลี่ยนเป็น ภาษาฉัน ดังนี้ “ดูเหมือนว่าลูกกำลังมีปัญหาในการทำการบ้าน ไหนลองเล่าให้แม่ฟังสิเดี๋ยวเรามาช่วยกันพยายามอีกครั้งดีมั๊ยครับ”

ตัวอย่างที่ 2 คำพูดที่เป็น ภาษาเธอ, ภาษาเขา ที่คุณใช้สนทนากับเด็ก

“ใครๆเขาก็ทักกันทั้งนั้นแหละ เก็บร่องเท้าให้เป็นระเบียบนะ”

เปลี่ยนเป็น ภาษาฉัน ดังนี้ “แม่อยากให้คุณช่วยเก็บร่องเท้าให้เป็นระเบียบทุกวันครับ”

2. ประเด็นการฝึกวินัยและความรับผิดชอบโดยการให้บิดามารดาในกลุ่มเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การแสดงบทบาทสมมติ “ครอบครัวอลม่าน” และแสดงความคิดเห็นจากการแสดงบทบาทสมมติไป และสอบถามบิดามารดาเพิ่มเติมและให้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน สรุปได้ดังนี้

- สมาชิกรู้สึกอย่างไรต่อบทบาทที่แสดง

สมาชิกตอบว่า “เหมือนเล่นเป็นตัวเองเลย” “เข้าใจความรู้สึกพ่อแม่และเด็กและญาติผู้ใหญ่ว่าแต่ละคนจะมีมุมมองและความต้องการไม่เหมือนกัน”

- พฤติกรรมปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวนี้

สมาชิกตอบว่า “ขาดความมีระเบียบวินัย” “ไม่ปฏิบัติตามกฎ” “ก้าวร้าว” “การเป็นแบบอย่างที่ไม่ดี”

- สมาชิกมีแนวทางการแก้ไข พฤติกรรมดังกล่าวอย่างไร อธิบายทีละขั้นตอน

สมาชิกตอบว่า “ 1. ให้ลูกได้ร่วมกำหนดระเบียบ กำหนดกฎเกณฑ์การปฏิบัติร่วมกับลูก

2. ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอปลาย 3.การติดตาม ต่อไปอย่างใกล้ชิดจริงจัง 4. เมื่อเด็กทำตามกติกาแล้วให้ชื่นชมเด็ก ส่งเสริมให้เด็กชื่นชมตนเอง ให้คนอื่นชมด้วย 5. เมื่อเด็กทำได้สม่ำเสมอให้เด็กเป็นตัวอย่างของน้อง และพ่อแม่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีด้วย 6. ทุกคนในบ้านต้องปฏิบัติตามกฎกติกาที่ตั้งไว้ร่วมกัน”

3. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก (ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด)

พยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง” การฝึกระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ” ที่ได้เรียนรู้จากการแสดงบทบาทสมมติไป และสอบถามบิดามารดาเพิ่มเติมและให้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน พร้อมแจกใบความรู้ที่ 5

### ผลการประเมิน

บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง แสดงความสนใจ เข้าใจเนื้อหาในใบความรู้ที่แจก และร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นการฝึกระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ ดังนี้

“การวางกฎระเบียบในครอบครัวเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของครอบครัว เพื่อให้ลูกสามารถฝึกระเบียบวินัย เพื่อเตรียมพร้อมที่จะปรับตัวเผชิญกับระเบียบข้อบังคับของสังคมในอนาคต เพราะเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ข้อจำกัดที่ชัดเจน จะสามารถสร้างวินัยในตนเองและสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ การตั้งกฎระเบียบในครอบครัวให้แก่ลูกกำหนดกฎระเบียบของบ้านต้องชัดเจนเข้าใจง่าย เหมาะกับวัยของเด็กที่เขาสามารถปฏิบัติได้พ่อแม่เองต้องรักษากฎอย่างมั่นคง เสมอต้นเสมอปลาย สิ่งสำคัญก็คือจะต้องปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน เป็นแบบอย่างที่ดีในทิศทางเดียวกัน เป็นแบบอย่างที่ดีในการเคารพกฎ ไม่ละเมิดกฎเสียเอง แล้วท่านก็จะได้ลูกที่สามารถสร้างวินัยในตนเองควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้และ สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนในสังคมได้เป็นอย่างดี”

#### 4. กระตุ้นให้วิเคราะห์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้

พยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง การนำวิธีการต่างๆไปประยุกต์ใช้ในการช่วยพ่อแม่ในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กในเรื่องของการฝึกระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ โดยให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กฎกติกาในการควบคุมพฤติกรรมเด็กที่บ้านที่ได้ผลดี และช่วยกันออกแบบตารางกิจกรรมสำหรับทำกับลูก ในแต่ละสัปดาห์พร้อมนำเสนอให้กลุ่มฟังและร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

### ผลการประเมิน

บิดามารดาในกลุ่มให้ความสนใจ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นคนและร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นได้อย่างถูกต้อง สรุปได้ดังนี้

“ ในบ้านจะเขียนกฎกติกาของการปิดไฟไว้ว่า หากใครใช้สถานที่เป็นคนสุดท้ายจะต้องรับผิดชอบในการปิดไฟและอุปกรณ์ให้เรียบร้อย หากใครไม่ทำตามต้องเก็บเงินเสียค่าไฟเอง ที่บ้านจึงไม่มีปัญหาเรื่องเปิดทิ้งไว้”

“ วางกฎกติการ่วมกับลูกไว้ว่าจะเล่นเกมได้ 1 ชั่วโมงหลังจากทำบ้านเสร็จ จึงไม่มีปัญหาเรื่องการต่อรองไม่ทำการบ้าน”

ตัวอย่างการออกแบบตารางกิจกรรมที่จะทำร่วมกับเด็กเคสที่ 7 ดังนี้

| ตารางกิจกรรม           | อาทิตย์ | จันทร์ | อังคาร | พุธ | พฤหัสบดี | ศุกร์ | เสาร์ |
|------------------------|---------|--------|--------|-----|----------|-------|-------|
| 1. เล่านิทาน           | ✓       | ✓      | ✓      | ✓   | ✓        | ✓     | ✓     |
| 2. ไปเที่ยว<br>นอกบ้าน | ✓       | X      | X      | X   | X        | X     | ✓     |
| 3. ทำ<br>การบ้าน       | X       | ✓      | ✓      | ✓   | ✓        | ✓     | X     |

**ช่วงที่ 2** พยาบาลเปิดประเด็นเรื่องการฝึกวินัยแนวคิดที่ได้จากกิจกรรม การฝึกวินัย เป็นการหัดให้เด็กควบคุมความต้องการ หรือแรงผลักดันในตนเองให้อยู่ในขอบเขต และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งต่างต้องฝึกความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงในขณะนั้น แต่ควรคำนึงถึงขีดความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงวัย และความเป็นจริงที่ลูกสามารถทำได้ในขณะนั้น พร้อมทั้งชื่นชมในความสามารถที่ทำได้เพื่อเป็นกำลังใจในครั้งต่อไป สิ่งสำคัญคือความสม่ำเสมอ และการเป็นต้นแบบที่ดีของบิดามารดาจะสามารถช่วยให้ลูกเรียนรู้และปฏิบัติได้ในที่สุด และให้ทำกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 6.3 “กระจกเงาสะท้อน” (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม)

**ผลการประเมิน**

จากการทำกิจกรรมร่วมกันผู้ปกครองและเด็กส่วนมากให้ความร่วมมือดี มีเด็ก 1 คนต้องโดน time-out เนื่องจากมีพฤติกรรมฉีกกระดาษทิ้งจากหุ้ดหงิดระหว่างทำกิจกรรม ผลจากการนำเสนอแนะหลังทำกิจกรรม สรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกของสมาชิกขณะวาดภาพเป็นอย่างไร  
 “รู้สึกอึดอัดที่ระหว่างทำกิจกรรมที่ต้องทำตามกฎกติกา”  
 “อยากเอากะจกออกเพราะมันซัดๆ วาดไม่สะดวก”
2. เมื่อสมาชิกเห็นผลงานแล้วเกิดความรู้สึกอย่างไร (เช่น ชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ ภูมิใจ หดหู่)  
 “รู้สึกชอบ เพราะเป็นภาพที่วาดจากการมองผ่านกระจก เหมือนทดสอบตัวเองอีกขั้น”  
 “รู้สึกไม่ชอบ เพราะไม่สวยและอึดอัดที่ต้องมองผ่านกระจก”
3. สมาชิกได้อะไรจากการทำกิจกรรมนี้  
 “การวางกฎระเบียบในครอบครัวเป็นสิ่งที่สอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิตประจำวันของครอบครัว ซึ่ง

จำเป็นจะต้องจัดให้มีขึ้นตามสมควร เพื่อให้ลูกสามารถฝึกระเบียบวินัย เพื่อเตรียมพร้อมที่จะปรับตัวเผชิญกับระเบียบข้อบังคับของสังคมในอนาคต เพราะเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีกฎเกณฑ์ข้อจำกัดที่ชัดเจน จะสามารถสร้างวินัยในตนเองและสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ การตั้งกฎระเบียบในครอบครัวให้แก่ลูกกำหนดกฎระเบียบของบ้านต้องชัดเจนเข้าใจง่าย เหมาะกับวัยของเด็กที่เขาสามารถปฏิบัติได้พ่อแม่เองต้องรักษากฎอย่างมั่นคง เสมอต้นเสมอปลาย สิ่งสำคัญก็คือจะต้องปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน เป็นแบบอย่างที่ดีในทิศทางเดียวกัน เป็นแบบอย่างที่ดีในการเคารพกฎ ไม่ละเมิดกฎเสียเอง แล้วท่านก็จะได้ลูกที่สามารถสร้างวินัยในตนเองควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้และสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนในสังคมได้เป็นอย่างดี”

### 5. สรุปการทำกิจกรรมที่ 5

1. บิดามารดาให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม และร่วมแสดงความคิดเห็นได้ตรงประเด็นและถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยให้การบ้านแก่บิดามารดา เพื่อประเมินความเข้าใจในการร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 และเน้นให้นำมาส่งในสัปดาห์ถัดไป

2. บิดามารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีวินัย และมีแนวทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นสังเกตจากการร่วมทำกิจกรรมกลุ่มและตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

3. เด็กสมาธิสั้นในกลุ่มส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี เข้าใจและปฏิบัติตามกติกากลุ่มได้ดี แต่มีเด็กสมาธิสั้น 1 คนต้องถูก time-out เนื่องจากมีพฤติกรรมฉีกกระดากทิ้งจากหยุดหึงระหว่างทำกิจกรรม หลัง time-out เด็กสงบลง

รายละเอียดการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

### ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation)

#### กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆร่วมกัน

วันที่ 9-10 สิงหาคม 2561 กลุ่มเช้า (1,3) และ กลุ่มบ่าย (2,4) ช่วงเวลา 10.00-11.40 น. (กลุ่มเช้า) และ 13.30-15.10 น. (กลุ่มบ่าย) กิจกรรมที่ 6 แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 ทำเฉพาะผู้ปกครอง ช่วงที่ 2 ผู้ปกครองทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

**ช่วงที่ 1** สร้างสัมพันธภาพ กับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วขอตัวแทนนำเสนอเรื่อง “การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ” และให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำเข้ากลุ่มโดยให้บิดามารดาเล่าถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ ทักษะคิด สัมพันธภาพ พฤติกรรมของเด็กและบิดามารดาตลอดการทำกิจกรรมทั้ง 5 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมสอบถึงประเด็นที่บิดามารดาไม่เข้าใจและมีข้อสงสัยในหัวข้อที่ผ่านมา จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง “การจัดการกับเด็กคือ และการสอนเด็กให้รู้จักรับผิดชอบตามใบความรู้ที่ 6.1 และใบความรู้ 6.2

**ช่วงที่ 2** พยาบาลเปิดประเด็นสนทนาเพื่อให้บิดามารดาและเด็กร่วมทำกิจกรรมตามใบงานที่เตรียมไว้ โดยใบงานจะเป็นการประยุกต์ใช้วิธีการต่างๆที่ได้เรียนรู้มาตลอดจาก 5 กิจกรรมที่ผ่านมา และแจ้งให้สมาชิกทุกคนร่วมกันทำกิจกรรมที่ 1 ตามใบกิจกรรมที่ 7.1 “บ้านในฝัน” โดยให้บิดามารดาและเด็กทำกิจกรรมร่วมกัน และกิจกรรมที่ 2 ตามใบกิจกรรมที่ 7.2 เรื่อง “ตารางบันทึกงานที่ต้องรับผิดชอบ” โดยให้บิดามารดาและเด็กวางแผนร่วมกันในการจัดตารางความรับผิดชอบในการทำวัตรประจำวันร่วมกัน (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม) **วัตถุประสงค์**

เพื่อประเมินผลความรู้และทักษะของบิดามารดาหลังจากได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มมาแล้ว 5 สัปดาห์ ในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

### กิจกรรม

#### 1. สร้างสัมพันธภาพ โดย

- 1.1 กล่าวแนะนำตนเอง
- 1.2 ให้บิดามารดาแนะนำชื่อ สกุล ตัวเอง เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
- 1.3 แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
- 1.4 พร้อมแจ้งระยะเวลาในการทำกิจกรรมในครั้งนี้คือ ใช้เวลา 90 นาที (พัก 10 นาที หลังจบกิจกรรมพยาบาลที่ 3)
- 1.5 พยาบาลแจ้งบิดามารดาให้รับทราบว่ามีสิ่งที่เป็นที่พูดคุยกันภายในกลุ่มจะเป็นความลับ

### ผลการประเมิน

บิดามารดาเด็กสามัคคีกันเกิดความไว้วางใจต่อพยาบาล และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม มีรอยยิ้มและเข้าใจติกาในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป

#### 2. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นระหว่างสมาชิก

**ช่วงที่1** พยาบาลเปิดประเด็นโดยขอตัวแทนนำเสนอการบ้านเรื่อง “การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ” และให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น สรุปได้ดังนี้

### ผลการประเมิน .

1. บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง และแสดงความสนใจ ร่วมแสดงความคิดเห็นและเข้าใจการบ้านจากการตอบการบ้านเรื่อง “การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ” ตัวอย่างดังนี้

ตัวอย่างกรณีที่ 14 ประเด็นที่ต้องการฝึกวินัยและความรับผิดชอบของลูกคือ หลังเลิกเรียนต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า แล้วต้องทำการบ้านให้เสร็จและอาบน้ำให้เรียบร้อยก่อนดูทีวี

| ขั้นตอนวิธีการ |   | ผลที่เกิดขึ้น  | ปัญหาอุปสรรค            |
|----------------|---|--|-------------------------|
| ขั้นที่ 1      | ร่วมสร้างกฎกติกา<br>ร่วมกับลูก                    | ตกลงกันว่าหลังเลิกเรียนทุกวันต้อง<br>ทำเปลี่ยนเสื้อผ้า ทำการบ้าน และ<br>อาบน้ำให้เรียบร้อยก่อนดูทีวีทุกครั้ง | ช่วงแรกมีต่อรอง<br>บ้าง |
| ขั้นที่ 2      | การปฏิบัติอย่างเสมอต้น<br>เสมอปลาย                | เมื่อลูกเริ่มเข้าใจ สามารถทำได้ทุก<br>วัน  | ไม่มี                   |
| ขั้นที่ 3      | การติดตามอย่างใกล้ชิด<br>จริงจัง                  | มีการชมเมื่อลูกทำต่อเนื่อง และให้<br>กำลังใจ   | ไม่มี                   |
| ขั้นที่ 4      | เมื่อเด็กทำได้ตามกติกา<br>แล้วชื่นชมเด็ก          | พูดชมลูกทุกวันที่ทำตามกฎ พร้อม<br>ลูกศิระะแสดงความรัก  | ไม่มี                   |
| ขั้นที่ 5      | เมื่อทำได้สม่ำเสมอให้<br>เด็กเป็นตัวอย่างเป็นน้อง | น้องสาวเริ่มทำตามพี่ชายในเรื่อง<br>ของการเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังเลิกเรียน<br>และทำการบ้าน                        | ไม่มี                   |

2. พยาบาลให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำเข้ากลุ่มโดยให้บิดามารดาเล่าถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ ทักษะคิด สัมพันธภาพ พฤติกรรมของเด็กและบิดามารดาตลอดการทำกิจกรรมทั้ง 5 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมสอบถามถึงประเด็นที่บิดามารดาไม่เข้าใจและมีข้อสงสัยในหัวข้อที่ผ่านมา สรุปได้ดังนี้

“เริ่มเข้าใจเด็กมากขึ้น และเข้าใจในข้อจำกัดของเด็กมากขึ้น ทำให้ใจเย็นลง เริ่มสื่อสารกับลูกชัดเจนขึ้น และเข้าใจการมากขึ้น ปัญหาพฤติกรรมต่อต้านน้อยลง ก้าวร้าวน้อยลง เวลาไปห้างสบายมากขึ้นหลังจากนำการสร้างกฎกติกามาใช้ ลูกไม่แอแงเอาของเล่นที่ไม่จำเป็น”

“ตั้งแต่เข้ากลุ่มครั้งแรก พอได้เรียนรู้สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวว่า การเลี้ยงดูและการแบบอย่างที่ดีให้ลูกทั้งเรื่องระเบียบวินัย การสื่อสาร นั้นมีความสำคัญมากเพราะลูกอยู่กับเราทุกวันจะซึมซับพฤติกรรมเรา หลังเข้ากลุ่มได้ปรับเรื่องการสื่อสารและลดการทะเลาะกับสามีลง ลูกเสียงดังน้อยลง และต่อต้านน้อยลง ไม่มีประโยคที่บอกว่าทุกคนมีสิทธิ์ เท่าเทียมกัน พ่อแม่เสียงดังหนูก็เสียงดังได้ อีกละ”

### 3. กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก (ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด

พยาบาลสอบถามประเด็นข้อสงสัยกับบิดามารดา พร้อมให้ออกสารแนะนำความรู้เพิ่มเติม ในความรู้ที่ 6.1 เรื่อง “ทำอะไรเมื่อลูกไม่เชื่อฟัง” และใบความรู้ที่ 6.2 เรื่อง “ การสอนเด็กให้มีความรับผิดชอบ”

#### ผลการประเมิน

บิดามารดาในกลุ่มตั้งใจฟัง แสดงความสนใจ เข้าใจเนื้อหาในใบความรู้ที่แจก แจ้งจะนำไปปฏิบัติต่อเนืองเพื่อให้พฤติกรรมดีของลูกยังคงอยู่

### 4. กระตุ้นให้วิเคราะห์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้

**ช่วงที่ 2 พยาบาลแจ้งบิดามารดาทราบกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรมให้สมาชิกทุกคนร่วมกันทำกิจกรรมที่ 1 ตามใบกิจกรรมที่ 7.1 “บ้านในฝัน” โดยให้บิดามารดาและเด็กทำกิจกรรมร่วมกันทำกิจกรรมที่ 2 ตามใบกิจกรรมที่ 7.2 เรื่อง “ตารางบันทึกงานที่ต้องรับผิดชอบ” โดยให้บิดามารดาและเด็กวางแผนร่วมกันในการจัดตารางความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน ระหว่างทำกิจกรรมพยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมและนำมาพูดคุยกันหลังจบกิจกรรม**

#### ผลการประเมิน

บิดามารดาและเด็กในกลุ่มให้ความสนใจและให้ความร่วมมือกับกิจกรรมวาดรูป บ้านในฝัน เป็นอย่างดี ไม่มีเด็กที่ต้องแยกจากกลุ่ม และร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นได้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างดังนี้

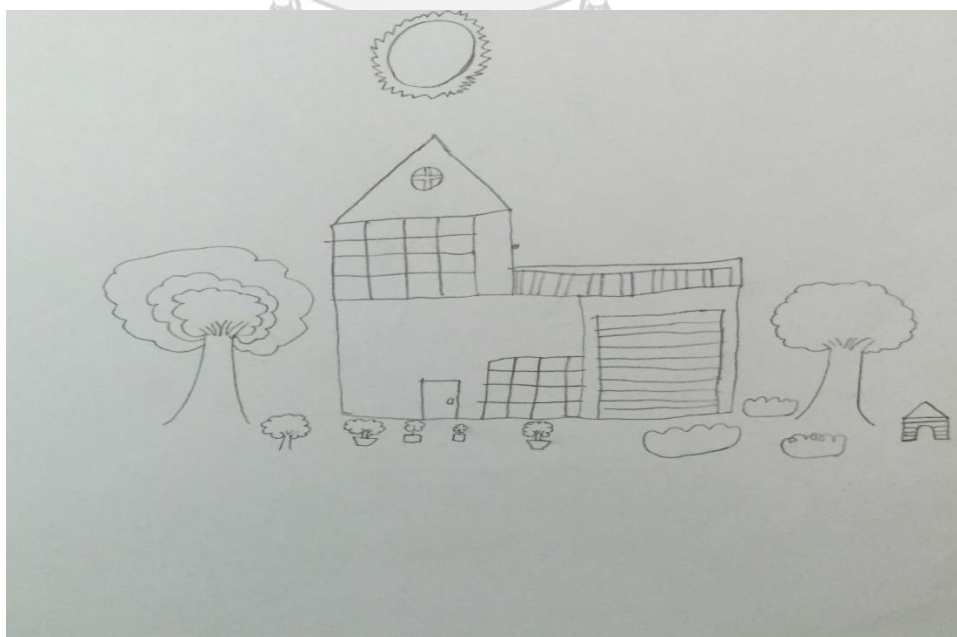
**กิจกรรมที่ 1** ตามใบกิจกรรมที่ 7.1 “บ้านในฝัน” โดยให้บิดามารดาและเด็กทำกิจกรรมร่วมกัน

**ตัวอย่างที่เคสที่ 6** เด็กและมารดาร่วมกันวาดภาพบ้านชั้นเดียวทาดด้วยสีชมพู หลังคาหลายสี ประกอบด้วยสีเขียว สีฟ้า สีเหลือง สีเทา สีชมพู สีน้ำเงิน ประตูหน้าต่างสีฟ้า รอบๆ บ้านมีต้นไม้ สามต้น และมีกอหญ้าและสนามหญ้า มีแม่น้ำสีฟ้า มีปูสีเขียวน มีปลา มีกระชังสีเขียว นกสีดำ และก้อนเมฆสีฟ้า พร้อมทั้งอธิบาย ข้อดีของการมีบ้านแบบนี้คือ มีความสงบร่มเย็น พ่อแม่และทุกคนในบ้านรักกันอยู่ในบ้านจึงไม่เห็นในรูป และรอบบ้านเต็มไปด้วยบรรยากาศที่สดชื่น และมีความสุข ในน้ำมีปลาให้ทาน มีสนามหญ้าไว้วิ่งเล่นกับคนในบ้านได้ใช้เวลาร่วมกัน



ภาพที่ 5 ตัวอย่างภาพวาด “บ้านในฝัน” ของเด็กสมาธิสั้น

ตัวอย่างเคสที่ 10 เด็กและมารดาวาดภาพบ้านสีขาว มีต้นไม้ใหญ่ 2 ต้น มีต้นไม้เล็ก 4 ต้น มีดวงอาทิตย์ และเก้าอี้วางนอกบ้าน พร้อมทั้งอธิบาย ข้อดีของการมีบ้านแบบนี้คือ พ่อแม่ลูกใช้เวลาร่วมกัน ในการทำกิจกรรมหน้าบ้านอย่างมีความสุข เช่น นั่งรับประทานอาหาร และพูดคุยร่วมกัน ท่ามกลางบรรยากาศที่สดชื่น ในบ้านมีความเข้าใจกัน ไม่ทะเลาะกัน



ภาพที่ 6 ตัวอย่างภาพวาด “บ้านในฝัน” ของเด็กสมาธิสั้น



**กิจกรรมที่ 2** ใบกิจกรรมที่ 7.2 เรื่อง “ตารางบันทึกงานที่ต้องรับผิดชอบ” โดยให้บิดามารดาและเด็กวางแผนร่วมกันในการจัดตารางความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ตัวอย่างตารางบันทึกงานที่ต้องรับผิดชอบ ดังนี้

### ตัวอย่างเคลสที่ 8

| งานของนก         | อาทิตย์ | จันทร์ | อังคาร | พุธ | พฤหัสบดี | ศุกร์ | เสาร์ |
|------------------|---------|--------|--------|-----|----------|-------|-------|
| 1. ช่วยแม่ซักผ้า |         |        |        | ✓   |          |       | ✓     |
| 2. กรอกน้ำ       | ✓       | ✓      | ✓      | ✓   | ✓        | ✓     | ✓     |
| 3. เล่นกับน้อง   | ✓       | ✓      | ✓      | ✓   | ✓        | ✓     | ✓     |
| 4. ล้างจาน       | ✓       |        |        |     |          |       | ✓     |

### ตัวอย่างเคลสที่ 15

| งานของฟ้า        | อาทิตย์ | จันทร์ | อังคาร | พุธ | พฤหัสบดี | ศุกร์ | เสาร์ |
|------------------|---------|--------|--------|-----|----------|-------|-------|
| 1. เก็บที่นอน    | ✓       | ✓      | ✓      | ✓   | ✓        | ✓     |       |
| 2. รดน้ำต้นไม้   | ✓       |        |        |     |          |       | ✓     |
| 3. เอาอาหารให้นก | ✓       |        |        | ✓   |          |       | ✓     |
| 4. ซักถุงเท้า    |         |        |        |     |          |       | ✓     |

### 5. สรุปการทำกิจกรรม

1. บิดามารดาและเด็กให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มและสามารถตอบคำถามตามใบงานได้อย่างถูกต้อง

2. บิดามารดามีความรู้และทักษะของบิดามารดาหลังจากได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มมาแล้ว 5 สัปดาห์ ในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กเป็นอย่างดีจากการเสนอการบ้านและการทำกิจกรรมกลุ่มสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

3. ในกิจกรรมนี้เด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ร่วมทำกิจกรรมกับคนอื่นได้ดี ไม่มีปัญหาระหว่างทำกิจกรรม

### กลุ่มควบคุม จะได้รับ

1. การดูแลตามปกติ หมายถึง เด็กสมาธิสั้นและบิดามารดาได้รับบริการทางด้านการพยาบาลจากพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพที่จัดให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลและสถาบันเด็กในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน กิจกรรมประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาตามสภาพปัญหาและความ

ต้องการของครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา เช่น กลไกการออกฤทธิ์ ขนาดยา อาการข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ ข้อห้ามใช้ การให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว(Family Counseling) การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆ(Breathing Exercise) แก่เด็กสมาธิสั้นและผู้ครอบครัว ทั้งนี้การให้บริการแต่ละแห่งเกิดขึ้นตามสภาพเวลาที่เอื้ออำนวยและอัตรากำลังของพยาบาลในแต่ละแห่ง

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นได้แก่ อายุ บุตรคนที่ และข้อมูลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็ก

3. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น ที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยสอบถามจากบิดามารดาบิดามารดา และให้บิดามารดาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น โดยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ (Setting) ลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) และผลที่เกิดขึ้น (Consequence) เป็นการจัดทำข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Pre-test) เกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาของการมีพฤติกรรมนั้น

4. ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ดูแลหลักเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Post-test) อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

### 3.ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

#### คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนทดลอง (Pre-test)

##### รวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pretest)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในวันแรกที่มาเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ก่อนเริ่มกิจกรรมโดยสอบถามจากบิดามารดา

##### รวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest)

##### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้บิดามารดาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้นที่บ้านภายหลังสิ้นสุดการพยาบาล โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา (Post-test) และนำผลมาวันนัดพบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น (พิกุลทอง กัลยา, 2559) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

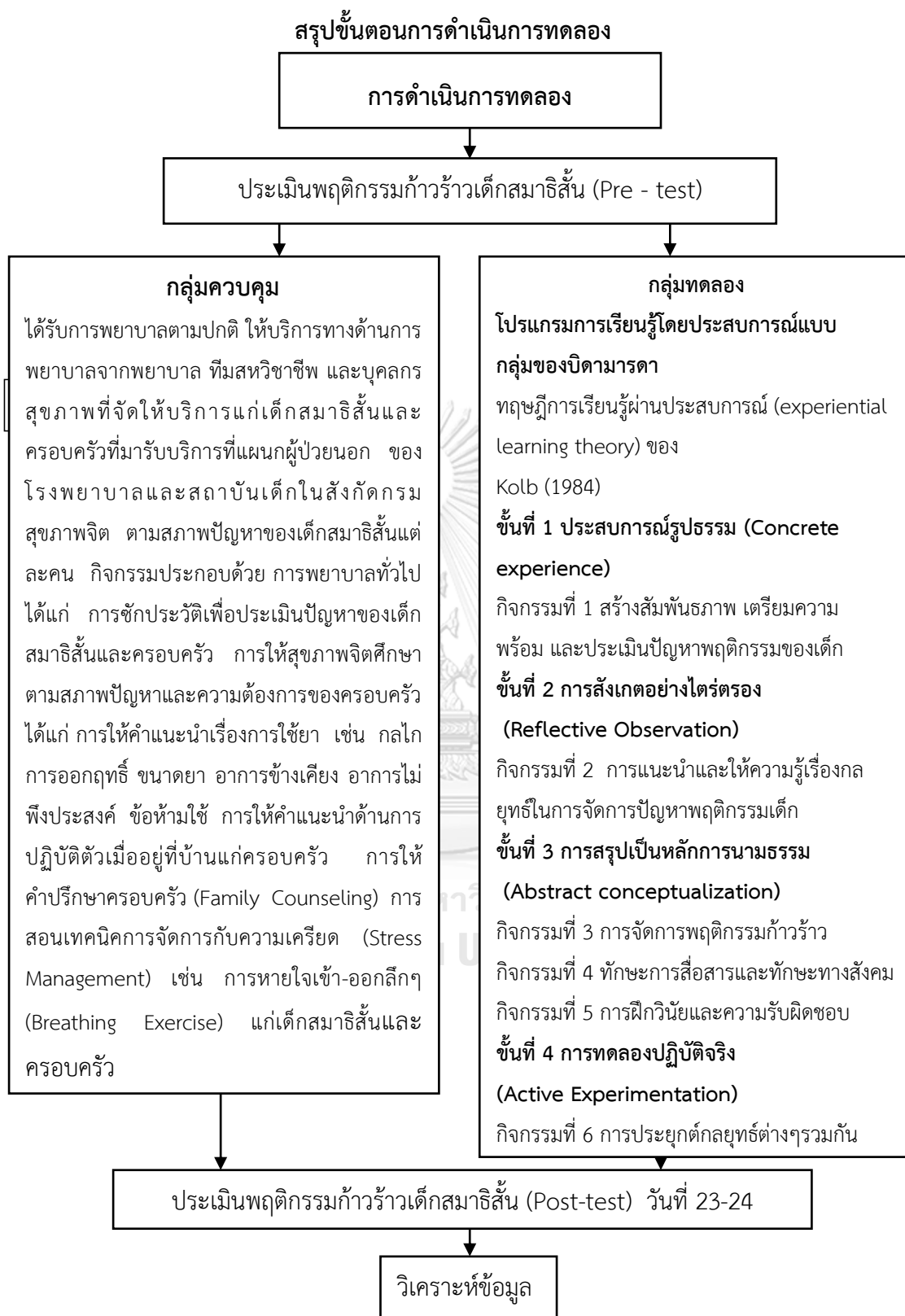
### กลุ่มควบคุม

บิดามารดาทำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน และนำสรุปผลมาให้กับผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น (พิกุลทอง กัลยา, 2559) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Wilcoxon signed ranks test)
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (Mann-Whitney U Test)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุตรลำดับที่ อายุการวินิจฉัยครั้งแรก ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออก

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบิดาหรือมารดา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Wilcoxon signed ranks test)

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (Mann-Whitney U Test)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา บุตรลำดับที่ อายุการวินิจฉัยครั้งแรก ระยะเวลาในการรักษา การรักษาในปัจจุบัน และพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออก

| ข้อมูลส่วนบุคคล                     | กลุ่มทดลอง<br>(n=20) |        | กลุ่มควบคุม<br>(n=20) |        | รวม<br>(n=40) |        |
|-------------------------------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
|                                     | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>                          |                      |        |                       |        |               |        |
| ชาย                                 | 19                   | 95.00  | 19                    | 95.00  | 38            | 95.00  |
| หญิง                                | 1                    | 5.00   | 1                     | 5.00   | 2             | 5.00   |
| <b>อายุ (ปี)</b>                    |                      |        |                       |        |               |        |
| 6-7                                 | 3                    | 15.00  | 2                     | 10.00  | 5             | 10.00  |
| 8-9                                 | 9                    | 45.00  | 7                     | 35.00  | 14            | 35.00  |
| 10-12                               | 8                    | 40.00  | 11                    | 55.00  | 12            | 55.50  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                |                      |        |                       |        |               |        |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา                   | 2                    | 10.00  | 0                     | 0.00   | 2             | 5.00   |
| ประถมศึกษา                          | 18                   | 90.00  | 20                    | 100.00 | 38            | 95.00  |
| <b>บุตรลำดับที่</b>                 |                      |        |                       |        |               |        |
| 1                                   | 17                   | 85.00  | 17                    | 85.00  | 34            | 85.00  |
| 2                                   | 2                    | 10.00  | 2                     | 10.00  | 4             | 10.00  |
| 3                                   | 1                    | 5.00   | 1                     | 5.00   | 2             | 5.00   |
| <b>อายุการวินิจฉัยครั้งแรก (ปี)</b> |                      |        |                       |        |               |        |
| 0-6                                 | 6                    | 30.00  | 1                     | 5.00   | 7             | 17.50  |
| 7-12                                | 14                   | 70.00  | 19                    | 95.00  | 33            | 82.50  |
| <b>ระยะเวลาในการรักษา (ปี)</b>      |                      |        |                       |        |               |        |
| 0-1                                 | 9                    | 45.00  | 7                     | 35.00  | 16            | 40.00  |
| 2-3                                 | 8                    | 40.00  | 11                    | 55.00  | 19            | 47.50  |
| มากกว่า 3 ปี                        | 3                    | 15.00  | 2                     | 10.00  | 5             | 12.50  |

| ข้อมูลส่วนบุคคล              | กลุ่มทดลอง<br>(n=20) |        | กลุ่มควบคุม<br>(n=20) |        | รวม<br>(n=40) |        |
|------------------------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
|                              | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |
| <b>การรักษาในปัจจุบัน</b>    |                      |        |                       |        |               |        |
| ไม่ได้รับยา                  | 2                    | 10.00  | 1                     | 5.00   | 3             | 7.50   |
| ได้รับยา                     | 18                   | 90.00  | 19                    | 95.00  | 37            | 92.50  |
| <b>มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่</b> |                      |        |                       |        |               |        |
| <b>แสดงออก</b>               |                      |        |                       |        |               |        |
| กาย                          | 16                   | 80.00  | 19                    | 95.00  | 35            | 87.50  |
| วาจา                         | 20                   | 100.00 | 20                    | 100.00 | 40            | 100.00 |
| สิ่งของ                      | 20                   | 100.00 | 18                    | 90.00  | 38            | 95.00  |

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.00 เท่ากัน โดยอายุของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 8-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 10-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.00 ระดับการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 100.00 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 85.00 เท่ากัน และมีอายุการวินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 6-12 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 95.00 ตามลำดับ ระยะเวลาในการรักษาของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 0-1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 แต่ในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการรักษาอยู่ระหว่าง 2-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.00 โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 95.00 ตามลำดับ โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางกาย วาจา และการทำลายสิ่งของมากกว่าร้อยละ 80.00

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คู่<br>ที่ | ข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มทดลอง) |              |                      |                  |                                | ข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มควบคุม) |              |                      |                  |                                |
|------------|------------------------------|--------------|----------------------|------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------|----------------------|------------------|--------------------------------|
|            | เพศ                          | อายุ<br>(ปี) | บุตร<br>ลำดับ<br>ที่ | วิธีการ<br>รักษา | ระยะเวลา<br>ในการ<br>รักษา(ปี) | เพศ                           | อายุ<br>(ปี) | บุตร<br>ลำดับ<br>ที่ | วิธีการ<br>รักษา | ระยะเวลา<br>ในการ<br>รักษา(ปี) |
| 1          | ชาย                          | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 2                              | ชาย                           | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              |
| 2          | ชาย                          | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 3                              | ชาย                           | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 3                              |
| 3          | ชาย                          | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              | ชาย                           | 12           | 1                    | ได้รับยา         | 1                              |
| 4          | ชาย                          | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 3                              | ชาย                           | 12           | 1                    | ได้รับยา         | 2                              |
| 5          | ชาย                          | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 1                              | ชาย                           | 8            | 1                    | ไม่ได้รับยา      | 2                              |
| 6          | ชาย                          | 12           | 1                    | ได้รับยา         | 5                              | ชาย                           | 12           | 1                    | ได้รับยา         | 2                              |
| 7          | ชาย                          | 10           | 2                    | ได้รับยา         | 3                              | ชาย                           | 8            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              |
| 8          | ชาย                          | 6            | 1                    | ไม่ได้รับยา      | 3                              | ชาย                           | 12           | 1                    | ได้รับยา         | 2                              |
| 9          | ชาย                          | 7            | 2                    | ได้รับยา         | 1                              | ชาย                           | 12           | 3                    | ได้รับยา         | 9                              |
| 10         | ชาย                          | 7            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              | ชาย                           | 12           | 1                    | ได้รับยา         | 4                              |
| 11         | ชาย                          | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 3                              | ชาย                           | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              |
| 12         | ชาย                          | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              | ชาย                           | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 2                              |
| 13         | ชาย                          | 8            | 1                    | ได้รับยา         | 2                              | ชาย                           | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 3                              |
| 14         | หญิง                         | 8            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              | หญิง                          | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 3                              |
| 15         | ชาย                          | 10           | 1                    | ไม่ได้รับยา      | 1                              | ชาย                           | 7            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              |
| 16         | ชาย                          | 9            | 1                    | ได้รับยา         | 4                              | ชาย                           | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 3                              |
| 17         | ชาย                          | 9            | 3                    | ได้รับยา         | 5                              | ชาย                           | 9            | 2                    | ได้รับยา         | 1                              |
| 18         | ชาย                          | 8            | 1                    | ได้รับยา         | 1                              | ชาย                           | 10           | 2                    | ได้รับยา         | 2                              |
| 19         | ชาย                          | 12           | 1                    | ได้รับยา         | 1                              | ชาย                           | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 1                              |
| 20         | ชาย                          | 10           | 1                    | ได้รับยา         | 2                              | ชาย                           | 6            | 1                    | ได้รับยา         | 3                              |



**จากตารางที่ 4** พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากที่สุด โดยอายุของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 8-9 ปี แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 10-12 ปี ระดับการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 มากที่สุด และมีอายุการวินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 6-12 ปี มากที่สุดคือ ระยะเวลาในการรักษาของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 0-1 ปี มากที่สุด แต่ในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการรักษาอยู่ระหว่าง 2-3 ปีมากที่สุด โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยยามากที่สุดคือ

**ตอนที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของบิดาหรือมารดา

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

| ข้อมูลทั่วไป         | กลุ่มทดลอง<br>(n=20) |        | กลุ่มควบคุม<br>(n=20) |        | รวม<br>(n=40) |        |
|----------------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
|                      | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>           |                      |        |                       |        |               |        |
| ชาย                  | 6                    | 30.00  | 10                    | 50.00  | 16            | 40.00  |
| หญิง                 | 14                   | 70.00  | 10                    | 50.00  | 24            | 60.00  |
| <b>อายุ (ปี)</b>     |                      |        |                       |        |               |        |
| 20-29                | 4                    | 20.00  | 1                     | 5.00   | 5             | 12.50  |
| 30-39                | 6                    | 30.00  | 8                     | 40.00  | 14            | 35.00  |
| 40-49                | 6                    | 30.00  | 9                     | 45.00  | 15            | 37.50  |
| 50-59                | 4                    | 20.00  | 2                     | 10.00  | 6             | 15.00  |
| <b>สถานภาพสมรส</b>   |                      |        |                       |        |               |        |
| โสด                  | 0                    | 0.00   | 0                     | 0.00   | 0             | 0.00   |
| คู่                  | 16                   | 80.00  | 13                    | 65.00  | 29            | 72.50  |
| หม้าย                | 2                    | 10.00  | 1                     | 5.00   | 3             | 7.50   |
| หย่าร้าง             | 1                    | 5.00   | 4                     | 20.00  | 5             | 12.50  |
| แยกกันอยู่           | 1                    | 5.00   | 2                     | 10.00  | 3             | 7.50   |
| <b>ระดับการศึกษา</b> |                      |        |                       |        |               |        |
| ไม่ได้เรียน          | 0                    | 0.00   | 0                     | 0.00   | 0             | 0.00   |
| ประถมศึกษา           | 4                    | 20.00  | 4                     | 20.00  | 8             | 20.00  |

| ข้อมูลทั่วไป               | กลุ่มทดลอง<br>(n=20) |        | กลุ่มควบคุม<br>(n=20) |        | รวม<br>(n=40) |        |
|----------------------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
|                            | จำนวน                | ร้อยละ | จำนวน                 | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |
| มัธยมศึกษาตอนต้น           | 6                    | 30.00  | 6                     | 30.00  | 12            | 30.00  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.     | 3                    | 15.00  | 3                     | 15.00  | 6             | 15.00  |
| อนุปริญญา/ปวส.             | 3                    | 15.00  | 3                     | 15.00  | 6             | 15.00  |
| ปริญญาตรี                  | 4                    | 20.00  | 4                     | 20.00  | 8             | 20.00  |
| สูงกว่าปริญญาตรี           | 0                    | 0.00   | 0                     | 0.00   | 0             | 0.00   |
| <b>อาชีพ</b>               |                      |        |                       |        |               |        |
| เกษตรกร                    | 0                    | 0.00   | 0                     | 0.00   | 0             | 0.00   |
| รับจ้าง                    | 9                    | 45.00  | 12                    | 60.00  | 21            | 52.50  |
| ค้าขาย                     | 3                    | 15.00  | 2                     | 10.00  | 5             | 12.50  |
| แม่บ้าน                    | 6                    | 30.00  | 3                     | 15.00  | 9             | 22.50  |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ      | 2                    | 10.00  | 3                     | 15.00  | 5             | 12.50  |
| <b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b> |                      |        |                       |        |               |        |
| บิดา                       | 6                    | 30.00  | 9                     | 45.00  | 15            | 37.50  |
| มารดา                      | 14                   | 70.00  | 11                    | 55.00  | 25            | 62.50  |

จากตารางที่ 5 พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมบิดามารดาเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี และ 40-49 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30.00 กลุ่มควบคุมมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 65.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30.00 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 60.00 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างและบิดามารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือมารดา คิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 55.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของบิดาหรือมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คู่มือ | ข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มทดลอง) |           |             |                   |                       |                     | ข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มควบคุม) |           |             |                   |                       |                     |
|--------|------------------------------|-----------|-------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------------|-----------|-------------|-------------------|-----------------------|---------------------|
|        | เพศ                          | อายุ (ปี) | สถานภาพสมรส | ระดับการศึกษา     | อาชีพ                 | ความสัมพันธ์กับเด็ก | เพศ                           | อายุ (ปี) | สถานภาพสมรส | ระดับการศึกษา     | อาชีพ                 | ความสัมพันธ์กับเด็ก |
| 1      | หญิง                         | 40-49     | แยกกันอยู่  | มัธยมศึกษาตอนปลาย | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               | หญิง                          | 40-49     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนปลาย | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               |
| 2      | หญิง                         | ย30-39    | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               | ชาย                           | 40-49     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | บิดา                |
| 3      | หญิง                         | 20-29     | หม้าย       | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               | ชาย                           | 40-49     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                |
| 4      | หญิง                         | 40-49     | คู่/สมรส    | ประถมศึกษา        | แม่บ้าน               | มารดา               | ชาย                           | 40-49     | คู่/สมรส    | ประถมศึกษา        | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                |
| 5      | หญิง                         | 20-29     | หย่าร้าง    | มัธยมศึกษาตอนปลาย | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | มารดา               | ชาย                           | 40-49     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนปลาย | ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  | บิดา                |
| 6      | ชาย                          | 50-59     | คู่/สมรส    | อนุปริญญา/ปวส.    | ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  | บิดา                | หญิง                          | 40-49     | แยกกันอยู่  | อนุปริญญา/ปวส.    | แม่บ้าน               | มารดา               |
| 7      | หญิง                         | 50-59     | คู่/สมรส    | อนุปริญญา/ปวส.    | แม่บ้าน               | มารดา               | หญิง                          | 30-39     | หย่าร้าง    | อนุปริญญา/ปวส.    | แม่บ้าน               | มารดา               |
| 8      | หญิง                         | 30-39     | คู่/สมรส    | ปริญญาตรี         | ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  | มารดา               | ชาย                           | 30-39     | แยกกันอยู่  | ปริญญาตรี         | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | บิดา                |
| 9      | หญิง                         | 30-39     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | แม่บ้าน               | มารดา               | หญิง                          | 50-59     | หย่าร้าง    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | แม่บ้าน               | มารดา               |
| 10     | หญิง                         | 20-29     | หม้าย       | ประถมศึกษา        | แม่บ้าน               | มารดา               | หญิง                          | 30-39     | คู่/สมรส    | ประถมศึกษา        | ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  | มารดา               |
| 11     | ชาย                          | 30-39     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | บิดา                | หญิง                          | 30-39     | หม้าย       | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               |

| คู่มือ | ข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มทดลอง) |           |             |                   |                       |                     | ข้อมูลส่วนบุคคล (กลุ่มควบคุม) |           |             |                   |                       |                     |
|--------|------------------------------|-----------|-------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------------|-----------|-------------|-------------------|-----------------------|---------------------|
|        | เพศ                          | อายุ (ปี) | สถานภาพสมรส | ระดับการศึกษา     | อาชีพ                 | ความสัมพันธ์กับเด็ก | เพศ                           | อายุ (ปี) | สถานภาพสมรส | ระดับการศึกษา     | อาชีพ                 | ความสัมพันธ์กับเด็ก |
| 12     | หญิง                         | 20-29     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  | มารดา               | ชาย                           | 40-49     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                |
| 13     | ชาย                          | 40-49     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนปลาย | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                | หญิง                          | 30- 39    | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนปลาย | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               |
| 14     | หญิง                         | 30- 39    | คู่/สมรส    | ปริญญาตรี         | แม่บ้าน               | มารดา               | ชาย                           | 30- 39    | หย่าร้าง    | ปริญญาตรี         | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                |
| 15     | หญิง                         | 40-49     | คู่/สมรส    | อนุปริญญา/ปวส.    | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               | ชาย                           | 20-29     | หย่าร้าง    | อนุปริญญา/ปวส.    | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                |
| 16     | ชาย                          | 40-49     | คู่/สมรส    | ปริญญาตรี         | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                | หญิง                          | 30-39     | คู่/สมรส    | ปริญญาตรี         | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               |
| 17     | ชาย                          | 50-59     | คู่/สมรส    | ประถมศึกษา        | แม่บ้าน               | บิดา                | หญิง                          | 40-49     | คู่/สมรส    | ประถมศึกษา        | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               |
| 18     | ชาย                          | 40-49     | คู่/สมรส    | ปริญญาตรี         | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                | ชาย                           | 40-49     | คู่/สมรส    | ปริญญาตรี         | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               |
| 19     | หญิง                         | 50-59     | คู่/สมรส    | ประถมศึกษา        | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               | ชาย                           | 50-59     | คู่/สมรส    | ประถมศึกษา        | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | บิดา                |
| 20     | หญิง                         | 30-39     | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | รับจ้าง/พนักงานบริษัท | มารดา               | หญิง                          | 30- 39    | คู่/สมรส    | มัธยมศึกษาตอนต้น  | ราชการ/รัฐวิสาหกิจ    | มารดา               |

**จากตารางที่ 6** พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ในขณะที่กลุ่มควบคุมบิดามารดาเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน กลุ่มทดลองมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี และ 40-49 ปี เท่ากัน กลุ่มควบคุมมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างและบิดามารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือมารดา

ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

| คนที่      | กลุ่มควบคุม  |              | กลุ่มทดลอง   |              |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|            | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง |
|            | คะแนน        | คะแนน        | คะแนน        | คะแนน        |
| 1          | 15.00        | 22.00        | 22.00        | 18.00        |
| 2          | 23.00        | 30.00        | 26.00        | 18.00        |
| 3          | 12.00        | 18.00        | 15.00        | 9.00         |
| 4          | 18.00        | 22.00        | 22.00        | 15.00        |
| 5          | 18.00        | 22.00        | 26.00        | 22.00        |
| 6          | 18.00        | 22.00        | 18.00        | 12.00        |
| 7          | 9.00         | 12.00        | 22.00        | 12.00        |
| 8          | 12.00        | 15.00        | 12.00        | 12.00        |
| 9          | 22.00        | 22.00        | 15.00        | 9.00         |
| 10         | 26.00        | 26.00        | 9.00         | 6.00         |
| 11         | 18.00        | 26.00        | 15.00        | 9.00         |
| 12         | 26.00        | 30.00        | 12.00        | 6.00         |
| 13         | 15.00        | 15.00        | 18.00        | 9.00         |
| 14         | 18.00        | 22.00        | 15.00        | 6.00         |
| 15         | 22.00        | 26.00        | 22.00        | 15.00        |
| 16         | 15.00        | 18.00        | 22.00        | 15.00        |
| 17         | 15.00        | 18.00        | 22.00        | 12.00        |
| 18         | 18.00        | 18.00        | 12.00        | 9.00         |
| 19         | 12.00        | 15.00        | 18.00        | 12.00        |
| 20         | 15.00        | 18.00        | 12.00        | 12.00        |
| <b>รวม</b> | 347          | 417          | 355          | 238          |
| $\bar{x}$  | 17.35        | 20.85        | 17.75        | 11.90        |
| <b>SD</b>  | 4.65         | 5.01         | 5.04         | 4.30         |

**จากตารางที่ 7** พบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาโดยส่วนใหญ่มีค่าคะแนนน้อยลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ค่าคะแนนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนก่อนการทดลอง

**ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Wilcoxon signed ranks test)**

**ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา (n=20)**

| ตัวแปร                                  | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |      | Z      | p-value |
|---|--------------|------|--------------|------|--------|---------|
|   | $\bar{x}$    | SD   | $\bar{x}$    | SD   |        |         |
| <b>พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น</b> |              |      |              |      |        |         |
| กลุ่มควบคุม                             | 17.35        | 4.65 | 20.85        | 5.01 | -3.559 | .000    |
| กลุ่มทดลอง                              | 17.75        | 5.04 | 11.90        | 4.30 | -3.743 | .000    |

**จากตารางที่ 8** พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (Mann-Whitney U Test)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

| ตัวแปร                                  | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | Z      | p-value |
|---|------------|------|-------------|------|--------|---------|
|   | $\bar{x}$  | SD   | $\bar{x}$   | SD   |        |         |
| <b>พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น</b> |            |      |             |      |        |         |
| ก่อนการทดลอง                            | 17.75      | 5.04 | 17.35       | 4.65 | -.179  | .858    |
| หลังการทดลอง                            | 11.90      | 4.30 | 20.85       | 5.01 | -4.499 | .000    |

จากตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

#### ผลการดำเนินการ

##### สรุปข้อคิดเห็นของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น

1. เป็นโปรแกรมที่ดีมีความเหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้น บิดามารดาได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะต่างๆ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวสามารถนำไปปฏิบัติกับเด็กได้จริง

2. มีคู่มือสำหรับบิดามารดา ทำให้สะดวกต่อการปฏิบัติ มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น วิธีการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งการสื่อสาร การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ที่บ้านหรือแนะนำบิดามารดาท่านอื่นได้

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – post test control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา
2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กกว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และบิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้น

**กลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอย่างอื่นร่วมด้วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัย



จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดย จับคู่เพศของเด็กสมาธิสั้น แล้วสุ่มใช้วิธีการจับฉลาก

2. บิดาหรือมารดา ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กมีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สุ่มโดยใช้วิธีการจับฉลาก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดา

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา (สำหรับพยาบาล) (experiential learning theory)

2.2 คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น (สำหรับบิดามารดา)

### รายละเอียดของเครื่องมือมีดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

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

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของพิกุลทอง กัลยา (2559) ซึ่งได้พัฒนามาจากกัญญาวีร์ บุญเสรินทร์ (2554) ที่สร้างจากแนวคิดของ Yudofsky et al., (1986)

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและให้ความรู้บิดามารดาในเรื่องเด็กสมาธิสั้น รวมถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก และกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะบิดามารดาในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กและเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นกิจกรรมที่ให้บิดามารดาเกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และสามารถนำกลยุทธ์ 7 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การตั้งกฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจำง โดยการแนะนำโดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเงียบ 7) การใช้ time-out มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม กิจกรรมนี้เน้นการฝึกบิดามารดาในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ กิจกรรมนี้เน้นให้บิดามารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีวินัย และให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆรวมกัน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมประเมินผลความรู้และทักษะของบิดามารดาหลังจากได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มมาแล้ว 5 สัปดาห์ ในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

2.2 คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น (สำหรับบิดามารดา)

มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การดูแลเด็กสมาธิสั้น สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยมีการติดตามบิดามารดาในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้านเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาจนได้เนื้อหาที่เหมาะสมกับบิดามารดา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย และปฏิบัติได้จริง

## การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

- 1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อพิจารณาอนุมัติ ณ สถาบันราชานุกูล
- 1.2 การเตรียมผู้วิจัย ในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดา พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เทคนิคการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง
- 1.3 เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด และศึกษาการใช้เครื่องมืออย่างละเอียด
- 1.4 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม และเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นในขณะทำกลุ่ม
- 1.5 การเตรียมบิตามารดา ให้ความรู้บิตามารดาเรื่องการใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูล
- 1.6 การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ป้ายชื่อ กติกากลุ่ม และการเข้าห้องน้ำก่อนเข้ากลุ่มโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดา
- 1.7 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินกิจกรรมต่างๆ ลักษณะของห้องต้องปลอดภัย เช่น เป็นห้องบุนวม ที่โรงพยาบาลไม่มีกระจก ไม่มีของมีคม เป็นต้น และที่บ้านจัดให้อยู่ในมุมที่ปลอดภัยไม่มีของมีคม มองเห็นตลอดเวลา

### 2. ขั้นการทดลอง

คัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ละคู่จนครบ 40 คน (กลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน)

**กลุ่มทดลอง** มีการดำเนินการทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยเป็นผู้ใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดา ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิตามารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์
2. ผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้สังเกตและบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กกิจกรรมขณะทำกิจกรรมกลุ่มตั้งแต่สัปดาห์ 4-6 หากพบเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยแยกเด็กออกจากกลุ่มไปที่ห้องบุนวม

### กลุ่มควบคุม จะได้รับ

1. การดูแลตามปกติ หมายถึง เด็กสมาธิสั้นและบิดามารดาได้รับบริการทางด้านการพยาบาลจากพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพที่จัดให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้นและครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลและสถาบันเด็กในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตามสภาพปัญหาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น และข้อมูลของบิดามารดา 3. ผู้วิจัยจะประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น ที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยสอบถามจากบิดามารดา และให้บิดามารดาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวเด็กสมาธิสั้น

4. ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงบิดามารดาเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้บิดามารดาพาผู้ป่วยมาประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก (Post-test) อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 พร้อมทั้งมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด

**3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนทดลอง (Pre-test) และรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (Posttest)

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่า การให้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา มีผลทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลง

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนผลการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้คือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเนื้อหาโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการของโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กในต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง (parent management training) ในประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับการแบ่งปัน และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อ

ตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยเน้น การปรับเปลี่ยนตนเองก่อนสามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก

ซึ่งหากบิดามารดามีความเข้าใจในเรื่องทักษะต่างๆ จากการเข้าโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ไม่ว่าจะเป็นทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านการสื่อสาร การให้ความรัก ความเอาใจใส่ การชม การใช้เวลาที่มีคุณค่ากับลูก การเป็นตัวอย่างที่ดี การใช้เทคนิคตั้งคำถาม การให้ความสนใจและมีทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า รวมทั้งบิดามารดา มีความเข้าใจเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกต้อง และการใช้เทคนิคเพื่อให้พฤติกรรมดีคงอยู่ เช่น การใช้กฎกติกา การให้รางวัลเมื่อมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การวางแผนทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็ก ดังกิจกรรมที่ 2 การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว และจากกิจกรรมที่ 4 เรื่องทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม หากบิดามารดามีความเข้าใจในเรื่องการสื่อสารกับเด็กและฝึกทักษะทางสังคมให้เด็กได้เรียนรู้กฎกติกาในการอยู่ร่วมกับคนอื่น ก็จะทำให้เด็กสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ จากกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้และทักษะในการจัดการกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้มากขึ้น พิจารณาได้จากพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นที่บ้านลดลงอย่างชัดเจนและบิดามารดาให้ความร่วมมือกับการเข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วชรติลก, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง (2552) ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ราชชนรินทร์ ผลการทดลองพบว่า การเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็ก และสามารถพัฒนาความรู้ทัศนคติและทักษะในการดูแลในระยะหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ และกัญญาวิรุ์ บุญเสนันท์ (2554) ได้ศึกษา ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-9 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ ใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) ร่วมกับแนวคิดที่ใช้การพยาบาลองค์รวม (Holistic care) คือให้การดูแลเด็กพร้อมๆ กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การให้ความรู้และการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวกับผู้ดูแลขณะเด็กดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ ที่จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่น พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับพฤติกรรมบำบัด

2. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลจากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นจากการไปจัดการกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับการแบ่งปัน และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยเน้น การปรับเปลี่ยนตนเองก่อนสามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นภายใต้การประยุกต์แนวคิดและโปรแกรมดังกล่าว ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอนตามกระบวนการการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) และกระบวนการกลุ่ม (group process) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็ก กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบิดามารดาให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่ความร่วมมือในการทำกิจกรรม แนะนำโปรแกรม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม พร้อมแจกคู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาของกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วยใบงานและใบความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น อาการ และสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าใจข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นในด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าสังคม การรอคอย เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและตัวเด็กและตั้งความหวังกับเด็กบนความเป็นจริง และรับทราบแนวทางในการช่วยเหลือสังเกตจากคำตอบของผู้ดูแลในการทำกิจกรรมกลุ่มดังนี้

“โรคสมาธิสั้น คือ เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งมีอาการสำคัญของโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 อาการเด่น คือ สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น เป็นมาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยอาการเกิดใน 2 สถานที่ขึ้นไป”

“พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น คือ การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากอารมณ์โกรธและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ กระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ ส่งผลกระทบให้ตนเอง และผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดทั้งทางกาย และหรือจิตใจ รวมทั้งอาจทำให้สิ่งของต่างๆเสียหาย”

“ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ปัจจัยด้านตัวเด็กซึ่งเป็นภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การรับรู้ มีระดับสติปัญญาต่ำ (IQ) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง หรือบิดา มารดามีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เด็กเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา”

“การรักษาเด็กสมาธิสั้น รักษาโดยใช้ยาและการปรับพฤติกรรม”

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก การที่บิดามารดาทราบกลยุทธ์ หรือวิธีในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กจากปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากตัวเด็กเอง และหากบิดามารดาไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรม ไม่มีระเบียบวินัยก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ โดยผู้วิจัยแนะนำและให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ ดังต่อไปนี้ 1) กลยุทธ์สำหรับส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก 2) กลยุทธ์ในการช่วยบิดามารดาในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบิดามารดาที่เคยประสบปัญหาพฤติกรรมเด็ก ให้นำเสนอกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมเด็กแล้วได้ผล ให้กลุ่มฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็น และให้บิดามารดาเรียนรู้ผ่านสื่อโดยใช้ DVD จากกิจกรรมดังกล่าวบิดามารดาเกิดการเรียนรู้และเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสม และนำเสนอภายในกลุ่มเรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กไปใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กต่อไป

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การทบทวนสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นเสนอประสบการณ์และการจัดการของบิดามารดา เรียนรู้วิธีการใหม่เพิ่มเติมจากการแสดงบทบาทสมมติ นำไปสู่การฝึกและการเลือกใช้ให้เหมาะกับสถานการณ์ โดยการจดบันทึกการใช้กลยุทธ์จัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม กิจกรรมนี้เน้นการสอนบิดามารดา ในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะทางสังคม



ประกอบด้วยกลยุทธ์ 1.การใช้เวลาที่มีคุณภาพกับเด็ก 2.พูดคุยกับเด็ก 3.การให้ความรัก 4.การชม 5. การให้ความสนใจ 6.การทำกิจกรรมร่วมกัน 7.การเป็นตัวอย่างที่ดี 8.ใช้เทคนิคการตั้งคำถาม 9.การ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า 10.บันทึกการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยให้บิดามารดา ตระหนักและ เข้าใจถึงความสำคัญของการสื่อสาร ซึ่งจะเป็ปัจจัยพื้นฐานในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยให้บิดา มารดา รับทราบว่าเด็กสมาธิสั้นมีข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้ การแปลความหมายการ สื่อสารจำเป็นต้องมีเทคนิคในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการฝึกทักษะการสื่อสารและทักษะ ทางสังคมบิดามารดา ต้องใช้กลยุทธ์ทั้ง 10 อย่าง โดยให้บิดามารดา เรียนรู้ผ่านใบความรู้และผ่าน กิจกรรมการลองเขียนคำพูดที่ฟังแล้วรู้สึกดีและรู้สึกไม่ดีเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นก็รู้สึก แบบเรา เมื่อได้ยินคำพูดที่ดีและไม่ดี จากนั้นให้บิดามารดาเล่าลักษณะการสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นที่ บ้านแล้วได้ผลดีและให้บิดามารดาท่านอื่นช่วยกันวิเคราะห์ว่าเป็นการสื่อสารแบบใด ฟังแล้วรู้สึก อย่างไร จะนำไปปรับใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างไร และมีวิธีการสื่อสารแบบใดที่จะสื่อสารกับ เด็กสมาธิสั้นพร้อมทั้งอธิบายบิดามารดา ว่าเด็กสมาธิสั้นมักมีอาการโกรธง่าย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ อาการหุนหันพลันแล่นของเขา ควบคุมอารมณ์ได้น้อย หากบิดามารดา สอนเด็กให้รู้จักระงับอารมณ์ โกรธพร้อมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้เรียนรู้ก็จะทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ และกิจกรรมนี้จะกระตุ้นให้บิดามารดา เห็นความสำคัญของการฝึกทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้กับ เด็กโดยเฉพาะ บุคคลรอบข้าง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ นอกจากนี้กิจกรรมนี้ยังช่วยให้เด็ก เรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และสอนเด็กให้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยให้เด็กได้เรียนรู้จาก ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นรู้จักกฎกติกา กลุ่ม การรอคอยระหว่างทำกิจกรรมกลุ่มจาก การทำกิจกรรม “สร้างบ้านด้วยไฟ” เพื่อส่งผลในการพัฒนาความคิด และการแสดงออกกับสมาชิกใน กลุ่มและส่งเสริมทักษะทางสังคม เด็กจะได้เรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่กลุ่มยอมรับและพฤติกรรมไหน ที่กลุ่มไม่ชอบ ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ การเน้นให้บิดามารดาทราบและตระหนักถึง ความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลเด็ก และให้บิดา มารดามีแนว ทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม การเข้าใจการขาดความมี ระเบียบหรือวินัยต่อการกระทำต่างๆ ซึ่งเป็นผลจากเด็กควบคุมตนเองได้น้อย บิดามารดาจึงเป็นผู้ที่มี ส่วนสำคัญมากในการฝึกลูก ด้วยการเป็นตัวอย่างที่ดีของลูกในการฝึกระเบียบวินัย และต้องเข้าใจว่า กฎเกณฑ์หรือระเบียบวินัยต่างๆ ที่ตั้งขึ้นให้กับเด็กที่ต้องเหมาะสมกับอายุ ความสามารถ และความต้อง ของเด็ก การเรียนรู้ผ่านการจำลองสถานการณ์ให้ร่วมกันแสดงบทบาทสมมติฝึกการเลือกใช้กลยุทธ์ เช่น 1) การตั้งกฎกติกา 2) การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจ่าง โดย การแนะนำโดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเงียบ 7) การใช้ time-out ให้สามารถเลือก นำไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

จากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมทำให้บิดามารดาสามารถใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการอภิปราย สามารถสรุปเป็นหลักการความรู้ เป็นขั้นตอนเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม และการการฝึกวินัยและความรับผิดชอบ ซึ่งเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มและจากการที่ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม และศึกษาจากใบงานและใบความรู้ในกิจกรรม ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจและเกิดมโนทัศน์ซึ่งมโนทัศน์นี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่างๆ ที่ ช่วยทำให้บิดามารดาสามารถนำไปดูแลเด็กสมาธิสั้น และจัดการพฤติกรรม ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงได้

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆรวมกัน การนำกลยุทธ์หรือเทคนิคที่บิดามารดาต้องนำไปปฏิบัติต่อเนื่องและเป็นประจำเพื่อให้พฤติกรรมที่ยังคงอยู่ประกอบด้วย 1) การวางแผนล่วงหน้า 2) การใช้กฎกติกา 3) การเลือกกิจกรรมที่ทำร่วมกัน 4) การให้รางวัล 5) การสนทนาร่วมกับเด็กเป็นประจำ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่บิดามารดานำเอาควา เข้าใจที่สรุปได้กิจกรรมที่ผ่านมาไปทดลองปฏิบัติจริงเพื่อทดสอบความถูกต้องของข้อสรุป เน้นที่การประยุกต์ใช้การทดลองปฏิบัติจริง ในกิจกรรมบิดามารดาสามารถสรุปแนวทางการดูแลเด็ก ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สามารถนำเสนอวิธีการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวได้ถูกต้อง มีแนวทางการ ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม และการการฝึกวินัยและความรับผิดชอบ อีกทั้งสามารถจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่ก้าวร้าวในขณะที่ทำกลุ่มได้อย่างถูกต้อง และสามารถร่วมทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเด็กสมาธิสั้นได้เป็นอย่างดี ตอบคำถามได้ถูกต้อง

จากปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู การสื่อสารการฝึกวินัย การแสดงออกทางอารมณ์ และการจัดการพฤติกรรมเด็กของพ่อแม่ โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการของโปรแกรม ฝึกทักษะผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กใน ต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะ ผู้ปกครอง (parent management training) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัว เพิ่มทักษะและความมั่นใจ ในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียน ทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของ ตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) หากบิดามารดามีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ถูกต้อง รวมถึงการมีทักษะและความรู้ในการจัดการพฤติกรรม จะสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้ จากการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาที่ได้พัฒนาขึ้น ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลในเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งยังช่วยให้เด็กเรียนรู้การอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ครอบคลุมเรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมไม่พึ่งประสงค์ของเด็กซึ่งจะช่วยให้เด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและมีส่วนช่วยพัฒนาประเทศชาติในอนาคต

### ข้อจำกัด

ระยะเวลาในการทดลองมีจำกัด ควรทดลองให้นานขึ้น เพื่อดูว่าพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงจนไม่ปรากฏพฤติกรรมก้าวร้าว จะใช้เวลานานเท่าไร

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น และอบรมการใช้โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ให้กับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน และครู ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อร่วมกันดูแลเด็กให้เด็กได้รับการดูแลไปในแนวเดียวกัน
2. ควรจัดให้มีโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น อยู่ในกระบวนการรักษาเด็กสมาธิสั้นทั่วไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้มากขึ้น นอกเหนือจากการใช้ยา ซึ่งเป็นการรักษาหลักอยู่ในปัจจุบัน
3. สามารถนำโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทอิสระของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมการดูแลเด็กสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอก

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาไปใช้กับเด็กที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชอื่นและบิดามารดา

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม. (2555). เด็กสมาธิสั้น : บทบาทของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 13(3): 10-17.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: วงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด.

กัญญาวรรณ ระเบียบ. (2555). ผลของโปรแกรมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื่องร่วมกับการควบคุมความโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กัญญาวีร์ บุญเสนนันท์. (2554). ผลของพฤติกรรมบำบัด ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กิจพิชา สร้อยคำ. (2556). ปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้น. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). ทำไมเด็กก้าวร้าวรุนแรง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เรือนปัญญา.

กลุ่มการพยาบาลสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2552). โปรแกรมเสริมสร้าง

ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น.

เกษศิริรินทร์ นิลนนท์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วย

เด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมปฏิบัติ) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จริญญา แก้วสกุลทอง. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ปกครอง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2544). การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริม

สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช Mental Health promotion and Psychiatric

Nursing หน่วยที่ 8-10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- จินตนา ยูนิพันธ์. (2554). หน่วยที่ 10 การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. **เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15.** สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- คมเพชร ฉัตรศุกกุล. (2546). **จิตวิทยาการทำงานร่วมกัน.** กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ .
- ชมัยพร จันทร์ศิริ. (2553). **ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.** การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาญวิทย์ พรนภดลและคณะ. (2558). **คู่มือวิทยากร การฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องการปรับพฤติกรรมเด็ก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. (2554). **คู่มือวิทยากร การฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล สาขาจิตเวชศาสตร์.
- ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน. (2550). **คลินิกจิต-ประสาทโรคสมาธิสั้น.** สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 แหล่งที่มา <http://www.psychclin.co.th/myweb1.htm>
- ดารุณี งามขำ. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นภาคตะวันออก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดลฤดี แดงน้ำคู้. (2549). **ความเครียดของผู้ครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ. (2558). **การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรม กลุ่มฝึกทักษะครูในการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน กลุ่มเสี่ยง.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(2): 115-126
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). **การบำบัดทางเลือก ในเด็กพิเศษ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ. (2556). **ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 21(2): 66-75.**
- ทัศนวัต สมบุญธรรม. (2551). **โรคสมาธิสั้น. ใน นิขรา เรื่องดารกานนท์และคณะ, ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม, หน้า 272-285 .** กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- ทัศนัย วงศ์สุวรรณ. (2542). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว พิจารณาเหตุผล**

**อารมณ์และพฤติกรรมต่อความโกรธของนักเรียนวัยรุ่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทศนา แคมมณี. (2551). **ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มี**

**ประสิทธิภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2549). **ประสิทธิภาพโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น.** ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงนุช เสือพุ่มี วัลลภณี นาคศรีสังข์ และประไพพิศ สิงหเสม. **การจัดการเรียนรู้แบบประสบการณ์**  
**ทางการพยาบาล** วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

นันทชา สงวนกุลชัย. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ**  
**พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่** ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหา  
**พฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์-  
มหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิชรา เรื่องดารากานต์และคณะ. (2551). **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก.** พิมพ์ครั้งที่ 1.  
กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.

นิตา มีทิพย์ เดชา ทำดี และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. (2559). **ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อ**  
**ความรู้และการปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของ**  
**อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.** พยาบาลสาร ปีที่ 43 ฉบับพิเศษ ธันวาคม.

เบญจพร ปัญญาขง. (2543). **คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น.** กรุงเทพฯ : ศูนย์สุขภาพจิต กรม  
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5.  
กรุงเทพมหานคร: ยูเอนต์ไออินเตอร์มีเดีย.

ปาจริย์ วงษ์ไกร. (2557). **ผลการพัฒนาครูเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้โปรแกรม**  
**อบรมครู.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการให้  
คำปรึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พัฒนานุสรณ์ สถาพรวงศ์. (2538). **พฤติกรรมบำบัดทฤษฎีและการประยุกต์.** ภาควิชาจิตวิทยา  
การศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

พิกุลทอง กัลยา. (2559). **โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น.** วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรณีย์ ช. เจนจิต. 2528. **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2550). **พัฒนาการมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมดาเพรส จำกัด.

พรทิพย์ วชิรติลก โขษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และวรวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2555). การดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 20(2): 113-120.

พรทิพย์ วชิรติลก มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 17(2): 77-90.

พรปภัตสร ปริญาญกุล. (2546). **การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเชิงประสบการณ์ เพื่อเสริมสร้างทักษะและการทำงาน สำหรับนักศึกษาสาขาวิชาศิลปศาสตร์ในสถาบันราชภัฏ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต. ภาควิชาอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทรภรณ์ กาบกลาง. (2545). **ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มาโนช อารมณ์สุวรรณ. (2550). **โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก**. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมิลี่กรุ๊ป.

รัชณี ศิลป์ ศร. (2542). **การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์, การฝึก ก่อานออกเสียงร้อยกรองของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนพันท้ายนรสิงห์วิทยา จังหวัดสมุทรสาคร ที่เรียนโดยใช้ วิธีสอนแบบกระบวนการกลุ่มและวิธีสอนแบบปกติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.

รัตโนทัย พลับฐ์การ. (2551). พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก. ใน นิชรา เรื่องดารกานนท์ ซาครिया อีเรนตร รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย และทิพวรรณ หรรษคุณาชัย บรรณาธิการ. 286-296. **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก**. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง.

โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2560). **รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ปีงบประมาณ 2560**.

วรภรณ์ ชุมภูสีบ. (2556). **ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลลำปาง**. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณิ ริมวิทยากร สุนทรี ศรีโกไสย และจักริน ปิงคลาศัย. (2551). **ผลของโปรแกรมการฝึกอบรม**

### การปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองเด็กทั่วไป.

- วรรณารถ อยู่สุข. (2555). การพัฒนาความสามารถในการให้เหตุผลและความคิดสร้างสรรค์ทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยใช้ชุดกิจกรรมเสริมหลักสูตรคณิตศาสตร์และวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์. ปรินญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาคณิตศาสตร์ ภาควิชาหลักสูตรและการสอนคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ ปราณี เมืองน้อย และศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์. (2550, พฤษภาคม-สิงหาคม). เด็กสมาธิสั้นและแนวทางให้ความช่วยเหลือ. *กุมารเวชสาร*. 14(2): 145-149.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- ศศิธร แก้วพรรัตน์. (2541). *แรงสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมที่มีต่อความเครียดของบิดา มารดา เด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. บรรณาธิการ, มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันราชานุกูล. (2555). *เด็กสมาธิสั้น คู่มือสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- สถาบันราชานุกูล. (2561). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2561*. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.
- สถาบันราชานุกูล. (2561). *สถิติการเกิดอุบัติเหตุสถาบันราชานุกูลประจำปี 2561*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้. (2560). *สถิติสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ประจำปี 2560*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). *รายงานประจำปี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *พัฒนาการของเด็กวัยเรียน 6 – 12 ปี*. สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 แหล่งที่มา <https://www.gotoknow.org/posts/305008>.
- เสถียร จิรรังสีมันต์. (2549). *ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย*. กรุงเทพฯ : สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วมองค์กรเครือข่าย สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุวิทย์ มูลคำและอรทัย มูลคำ. (2545). *21 วิธีจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบความคิด*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.



- สมชาย สุริยะไกร. (2554). **แบบการเรียนของนักศึกษาเภสัชศาสตร์: ทฤษฎีและข้อค้นพบ**. วารสารเภสัชศาสตร์ อีสาน, 7(1), 1-10.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พิมพ์ครั้งที่ 1**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). **ทฤษฎี และเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง. (2550). **คุณจะจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของลูกได้อย่างไร**. วารสารศึกษาศาสตร์.30 (2-3), 41-47.
- สิรินภา จาติเสถียร. (2547). **ผลการสอนเทคนิคการควบคุมความโกรธต่อการแสดงความโกรธของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา**. รายงานการศึกษาระดับปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวภา วิชาดี. (2554). **รูปแบบการเรียนของผู้เรียนในมุมมองของทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ Learners' Learning Styles: The Perspectives from the Theory of Experiential Learning**. วารสารนักบริหาร: Executive Journal 31 (มกราคม - มีนาคม 2554): 175 - 180.
- เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ. (2549). **การศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์**. โครงการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อลิสสา วัชรสินธุ์. (2546). **จิตเวชเด็ก**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2546. **สร้างสมาธิให้ลูกคุณ(ฉบับปรับปรุงใหม่)**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชันด์การพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2551). **ลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิบกพร่องในเด็กไทย**. J. Med Asso Thai 91(12), 1894-1899.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

#### ภาษาอังกฤษ

- Allodola VF (2014). **The effects of educational models based on experiential learning in Medical Education: an international literature review**. Vol. 14, N.

- 1, 2014: 23-49 DOI: 10.14601/Tutor-14725.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4 th ed. Text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric.
- AnastopoulosAD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. (1990). **Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder**. *J Abnorm Child Psychol*. 5:503-20
- Association. American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5 th ed. Text rev. (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive perspective. **Englewood Cliffs, NJ: Princeton-Hall**.
- Bender, W. N. (1997). **Understanding ADHD: A Practical Guide for Teachers and Parents**. Merrill/Prentice Hall, One Lake Street, Upper Saddle River, NJ 07458.
- Barkley, R. A. (1990). Attention-deficit hyperactivity disorder. **A handbook for diagnosis and treatment**. New York: The Guilford Press.
- Berkowitz, L. (1962). **Aggression: A Social Psychology Analysis**.
- Bezdjian, S., Krueger, R. F., Derringer, J., Malone, S., McGue, M., & Iacono, W. G. (2011). The structure of DSM-IV ADHD, ODD, and CD criteria in adolescent boys: A hierarchical approach. **Psychiatry research**, 188(3), 411-421.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. **Journal of abnormal child psychology**, 30(6), 571-587.
- Bruner, J. (1963). **The Process of Education**. New York: Alfred A. Knopf, Inc. and Rando House.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2001). **The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (4th ed.)**. New york: W.B. Saunders.
- Buss, A. H. (1961). **The psychology of aggression**, New York and London (John Wiley & Sons) 1961.

- Danforth, J.S. and other. (2005).The outcome of group parent training for families of children with attention- deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry** , 37, 188-205.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. **Applied nursing research**, 5(4), 194-197.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **Child Psychiatry & Human Development**, 41(2), 168-192.
- Dollard, J., Miller, N. E. (1939). **Frustration and aggression**. New Haven.CT: Yale.University.
- Ercan, E., Ercan, E. S., Atılğan, H., Başay, B. K., Uysal, T., İnci, S. B., & Ardiç, Ü. A. (2014). Predicting aggression in children with ADHD. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, 8(1), 15.
- Freitag, C. M., Hänig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., & Meyer, J. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. **Journal of neural transmission**, 119(1), 81-94.
- Frisch, L. E. & Frisch, N. C. (2002). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Kansas: Delmar.
- Goodman, R. and Scott, S. (2012). **Child and Adolescent Psychiatry**.Third Edition.Publising Ltd. Chapter 39, 328-335.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). **The practice of nursing research..** St. Louis, Mo.: Saunders.
- Haapasalo, J., & Tremblay, R. E. (1994). Physically aggressive boys from ages 6 to 12: Family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. **Journal of consulting and clinical psychology**, 62(5), 1044.
- Halperin, J. M., McKay, K. E., & Newcorn, J. H. (2002). Development, reliability, and validity of the Children's Aggression Scale-Parent Version. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 41(3), 245-252.
- Hamolia, C.D. (2005). **Preventing and managing aggressive behavior**. In Stuart, G.W. &

- laria (8th Eds). Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis: Mosby.
- Hechtman, L. (2005). **Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder**. In B.J. Sadock & VA, Sadock, Eds., Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott.
- Hoza, B. (2007). **Peer Functioning in Children With ADHD**. Ambulatory Pediatrics. Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, VT, 7: 101 – 106.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. **Clinical child and family psychology review**, 4(3), 183-207.
- Kazdin, Alan E. (1982). **Behavior Modification in Applied setting**. 3 ed., Homewood, Illinois: The Dorsey Press
- Kolb D.A. (1984). **Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kolb DA & Fry R (1975). **Toward an applied theory of experiential learning**. In C. Cooper (ed.) Theories of Group Process. London: John Wiley.
- Kolb, D.A. 2006. **Kolb Learning Styles** [Online]. Available from : <http://www.businessballs.com/kolblearningstyles.html> [2018, November 30].
- Kolb, D.A., Rubin, I.M., and Osland, J. 1991. **Organization Behavior Reader**. Englewood Cliffs, NJ: Practice-Hall.
- 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.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R., & Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. **Family process**, 42(4), 531-544.
- Miller, C. J., Miller, S. R., Trampush, J., McKay, K. E., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2006). Family and cognitive factors: Modeling risk for aggression in children with ADHD. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 45(3), 355-363.

- 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.
- Nazemi, F., Mohammadkhani, P., & Khoshabi, K. (2010). Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. **Procedia- Social and Behavioral Sciences**, *5*, 244-249.
- 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.
- Piaget, J. 1972. Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. **Human Development** *19*: 1-12.
- Pineda, D. A., Rosselli, M., Henao, G. C., & Mejía, S. E. (2000). Neurobehavioral assessment of attention deficit hyperactivity disorder in a Colombian sample. **Applied Neuropsychology**, *7*(1), 40-46.
- Rawlins, R. P., Williams, S. R., & Beck, C. K. (Eds.). (1993). **Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach**. Mosby.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. **Clinical child and family psychology review**, *2*(2), 71-90.
- Sanders, M. R., Morawska, A., Haslam, D. M., Filus, A., & Fletcher, R. (2014). Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. **Child Psychiatry & Human Development**, *45*(3), 255-272.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G., & Studman, L. J. (2004). Stepping Stones Triple P: the theoretical basis and development of an evidence based positive parenting program for families with a child who has a disability. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, *29*(3), 265-283.
- Skinner, B. F. (1953). **Science and human behavior**. Simon and Schuster.
- Skinner, B.F. (1979). **Science and Human Behavior**. New York: The Free Press.
- Spielberger, C. D. (1996). **Manual for the state-trait anger expression inventory**

- (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse and wife beating. **Adolescence**, *29*(115), 543.
- Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., McGuire, L. C., Chapman, D. P., Balluz, L. S., & Mokdad, A. H. (2006). Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. **Prev Chronic Dis**, *3*(2), A52.
- Sumargi, A., Sofronoff, K., & Morawska, A. (2015). A randomized-controlled trial of the Triple P-Positive Parenting Program Seminar Series with Indonesian parents. **Child Psychiatry & Human Development**, *46*(5), 749-761.
- Tesser, A. (1995). **Advance Social Psychology**. New York: Mc Grew-Hill.
- 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.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. **Pediatrics**, *114*(1), e43-e50.
- 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.
- Webster-Stratton, C.(1999).**How to promote children's social and emotional competence**. London: Sage.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. **The American journal of psychiatry**.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

| ชื่อ-สกุล                            | ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน  |
|--------------------------------------|---|
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน | อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลจิตเวชและ<br>สุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย             |
| นางสุพิศรา จันทร์สุวรรณ              | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต<br>เวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| แพทย์หญิงปาฏิโมกข์ พรหมช่วย          | นายแพทย์เชี่ยวชาญ<br>สถาบันราชานุกูล  |
| นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์                 | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (อ.พย.)<br>โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์               |
| นางอัญชรส ทองเพชร                    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สถาบันราชานุกูล  |



### การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

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

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

$$CVI = \frac{14}{15} = .93$$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
  - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดา
  - 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง
  - 2.1 โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา (experiential learning theory)
  - 2.2 คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น (สำหรับบิดามารดา)



### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและบิดาหรือมารดา

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับเด็กและตัวท่านให้มากที่สุด

โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  หรือเติมค่าลงในช่องว่าง และ กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. เรียนชั้น.....
4. เป็นบุตรลำดับที่.....ในจำนวน.....คน
5. การวินิจฉัยครั้งแรกอายุ (ระบุ).....ปี.....เดือน
6. ระยะเวลาในการรักษา.....ปี.....เดือน
7. การรักษาในปัจจุบัน  ไม่ได้รับยา  ได้รับยา (ระบุยา).....
8. เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวจะแสดงพฤติกรรมอย่างไร.....

#### 2. ข้อมูลทั่วไปของบิดาหรือมารดา

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ  1. 20-29 ปี  2. 30-39 ปี  3. 40-49 ปี  
 4. 50-59 ปี  5. อื่นๆ ระบุ.....

#### 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

### แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ในช่องพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าเด็กทำพฤติกรรมที่เป็นลักษณะเดียวกันแต่กระทำหลายครั้งในช่วงเวลาหนึ่งให้นับเป็น 1 ครั้ง หรือทำพฤติกรรมเดียวแต่ทำพฤติกรรมนั้นเป็นเวลานานก็ให้นับเป็น 1 ครั้ง

วันที่ทำการบันทึก.....ผู้บันทึก.....

| พฤติกรรม   | คะแนนเต็ม | จันทร์ | อังคาร | พุธ | พฤหัสบดี | ศุกร์ | เสาร์ | อาทิตย์ |
|--|-----------|--------|--------|-----|----------|-------|-------|---------|
| 1. ส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ ร้องกรีดรบกวนผู้อื่น                                   | 2         |        |        |     |          |       |       |         |
| 2. ตะโกนดูถูกคนอื่นเช่น ต่ำว่าเหยียดหยาม ไอ้บ้า ไอ้โง่                                 | 2         |        |        |     |          |       |       |         |
| 3. ปิดลับ/ทุบประตูดังมาก โยนเสื้อผ้า สิ่งของยุ่งเหยิง ซีดเขียนฝาผนัง                   | 2         |        |        |     |          |       |       |         |
| 4. แข่งดำผู้อื่นอย่างหยาบคายด้วยอารมณ์โกรธ   | 3         |        |        |     |          |       |       |         |
| 5. ขว้างปาสิ่งของเกลื่อนไม่เป็นระเบียบ ตะขอของโดยไม่แตกหัก                             | 3         |        |        |     |          |       |       |         |
| 6. หยิกหรือข่วนจนผิวหนังถลอก, ตีตนเอง, ดึงผม ทุบตี (บาดเจ็บเล็กน้อย หรือไม่บาดเจ็บเลย) | 3         |        |        |     |          |       |       |         |
| 7. ใช้เท้าถีบแกว่งเท้าหรือเตะผู้อื่น ดึงเสื้อผ้า หรือผมผู้อื่น                         | 3         |        |        |     |          |       |       |         |

| พฤติกรรม  | คะแนน<br>เต็ม | จันทร์ | อังคาร | พุธ | พฤหัสบดี | ศุกร์ | เสาร์ | อาทิตย์ |
|---|---------------|--------|--------|-----|----------|-------|-------|---------|
| 8. แสดงท่าทางคุกคาม<br>ข่มขู่ จะทำร้ายผู้อื่น<br>ตะโกนเสียงดังใส่หน้าหรือ<br>ทำเสียงขู่   | 4             |        |        |     |          |       |       |         |
| 9. ....   |               |        |        |     |          |       |       |         |
| 10. ....  |               |        |        |     |          |       |       |         |
| 11. ....  |               |        |        |     |          |       |       |         |
| 12. ....  |               |        |        |     |          |       |       |         |
| 13. ....  |               |        |        |     |          |       |       |         |
| 14. ทำตนเองให้เป็นแผล<br>ลึก หรือ เลือดไหล<br>บาดเจ็บภายในร่างกาย<br>กระดูกหัก สลบ ฟันหัก | 6             |        |        |     |          |       |       |         |
| 15. ทำร้ายคนอื่นจนเกิด<br>บาดเจ็บรุนแรง เช่น<br>กระดูกหัก มีแผลลึก                        | 6             |        |        |     |          |       |       |         |
| <b>รวมคะแนน</b>   |               |        |        |     |          |       |       |         |



โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อ  
พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น สำหรับพยาบาล



จัดทำโดย

นางสาวจิรพรรณ สาบุญมา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกุล

หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม การเรียน การเข้าสังคมกับผู้อื่น และความมีคุณค่าในตนเอง เด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้มักจะรบกวนชั้นเรียน ทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อน จะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด เมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่ยอมไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของเด็กสมาธิสั้น หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ผู้ดูแล สังคม และประเทศชาติต่อไป พยาบาลในฐานะเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรแนะนำส่งเสริมให้ผู้ปกครองรู้จักวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มก่อนที่ปัญหาเหล่านี้จะขยายความรุนแรงจนแปรเปลี่ยนเป็นปัญหาสังคมต่อไป

โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดาฉบับนี้ จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาล เป็นโปรแกรมภายใต้ทฤษฎี experiential learning theory ของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นได้แก่ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการบริการให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนต่อไป เพื่อช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและผู้สนใจทั่วไป

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นางสาวจิรพรรณ สาบุญมา

ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี

อ.ดร.สุนิศา สุขตระกูล

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

(นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แนวคิดและหลักการ

โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยทบทวนเนื้อหาทางวิชาการและศึกษาจากโปรแกรมฝึกทักษะผู้ปกครองและครูในการปรับพฤติกรรมเด็กใน ต่างประเทศ และทบทวนโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง (parent management training) ในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับบิดามารดา เพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ ความสามารถทางภาษาและพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดาให้บิดามารดาสามารถลงมือปฏิบัติการดูแลเด็กโดยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning theory) ตามแนวคิดของ Kolb (1984) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning principle) โดยผู้เรียนทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ใหม่นั้น และนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตนเอง ช่วยทำให้เกิดความเป็นเจ้าของความรู้และมีพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (empowerment) กระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation) ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (group process) โปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (1 ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น) ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อม และประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและให้ความรู้บิดามารดาในเรื่องเด็กสมาธิสั้น รวมถึงสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็ก และกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะบิดามารดาในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กและเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (Abstract conceptualization)

ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นกิจกรรมที่ให้บิดามารดาเกิดทักษะในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และสามารถนำกลยุทธ์ 7 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การตั้งกฎกติกา 2)

การสนทนากับเด็กโดยตรง 3) การเพิกเฉย 4) การให้ความกระจ่าง โดยการแนะนำโดยตรง 5) การใช้เหตุผล 6) การใช้ความเงียบ 7) การใช้ time-out มาใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นได้

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม กิจกรรมนี้เน้นการฝึกบิดามารดาในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ กิจกรรมนี้เน้นให้บิดามารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็กและการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีวินัย และให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆรวมกัน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมประเมินผลความรู้และทักษะของบิดามารดาหลังจากได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มมาแล้ว 5 สัปดาห์ ในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดาเด็กสมาธิสั้น



โดย  
นางสาวจิรพรรณ สาบุญญา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี  
อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติประชากรทั่วโลกพบความส่วนใหญ่พบในเด็กวัยเรียน อาการสำคัญของโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 อาการเด่น คือ สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์ การเรียน การเข้าสังคมกับผู้อื่น และควมมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและสังคมประเทศชาติ การได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้ปกครองจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพอย่างเหมาะสมตามวัย ประสบความสำเร็จในการเรียนและการใช้ชีวิต รวมทั้งอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขเช่นคนทั่วไป

ทางคณะผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องการดูแลของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น จึงได้ผลิตคู่มือ “คู่มือการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นไปด้วยความสุขที่ยั่งยืน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ด้วยความปรารถนาดี

คณะผู้จัดทำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

| เรื่อง                                   | สารบัญ | หน้า |
|--|--------|------|
| โรคสมาธิสั้นเป็นอย่างไร                  |        | 1    |
| สมาธิสั้นรักษาอย่างไร                    |        | 2    |
| ยาที่ใช้รักษาเด็กสมาธิสั้น               |        | 3    |
| พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น         |        | 4    |
| 10 วิธีการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก      |        | 5    |
| 7 วิธีการในการจัดการพฤติกรรมเด็ก         |        | 7    |
| วงจรในการเกิดปัญหาพฤติกรรม               |        | 8    |
| ข้อจำกัดในการสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้น     |        | 9    |
| การสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้น               |        | 10   |
| สาร 3 แบบ                                |        | 12   |
| การออกคำสั่งสำหรับเด็กสมาธิสั้น          |        | 15   |
| การฝึกวินัยและความรับผิดชอบต้องทำอย่างไร |        | 16   |

## โรคสมาธิสั้น เป็นอย่างไร

โรคสมาธิสั้น คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติ ของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน การทำงาน หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และอาการ หุนหันพลันแล่น เป็นมาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยอาการเกิดใน 2 สถานที่ขึ้นไป เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือคลินิกซึ่งจะพบได้ประมาณร้อยละ 5 - 10 ของเด็กวัยเรียน โดย พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4 - 5 เท่า



ลัย

ISITY



ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้รับการวิจัยสำหรับเด็กอายุ 7 – ต่ำกว่า 12 ปี

**ชื่อโครงการวิจัย:** ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

ผู้วิจัยขอให้หนูเข้าร่วมในการวิจัยนี้เนื่องจากหนูเป็นเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง ขอให้หนูใช้เวลาเพื่ออ่านและปรึกษากับคุณหมอ พยาบาล ผู้ปกครอง ครูญาติ หรือหนูสามารถถามเจ้าหน้าที่ในโครงการในส่วนที่หนูไม่เข้าใจ หรือ ต้องการรู้เพิ่มเติม

### 1. โครงการนี้คืออะไร

โครงการนี้เป็นโครงการที่ศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิตามารดาในการดูแลช่วยเหลือเด็กๆ สมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ว่าจะสามารถช่วยให้เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ลดลงหรือไม่

### 2. ทำไมจึงเกิดการศึกษาวิจัยในโครงการ

คุณหมอของโครงการต้องการรู้ว่าเด็ก ๆ ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้น หากได้รับการดูแลจากผู้ปกครองอย่างถูกต้องในเรื่องการสื่อสาร ทักษะทางสังคม การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ รวมถึงการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่ถูกต้อง ตลอดจนเมื่อเด็กๆ ได้เรียนรู้กฎ กติกาทางสังคม ในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเพื่อนๆ นั้นจะช่วยให้เด็กๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงหรือไม่

### 3. หนูต้องทำอะไรบ้างถ้าเข้าร่วมการวิจัย

หนูจะได้มาพบคุณหมอทั้งหมด 3 ครั้ง คือ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนๆ ทุกวันศุกร์ ซึ่งจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 วันศุกร์ เวลา 10.00 – 11.40 น. และกลุ่มที่ 2 วันศุกร์ เวลา 13.30 – 15.10 น.

### 4. ความเสี่ยงและประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการ

หนูอาจรู้สึกไม่สนุกหรืออึดอัดใจในช่วงแรกของการทำกิจกรรม แต่หากหนูมีความอดทนร่วมกิจกรรมกับเพื่อนสักนิด หนูจะมีความสุข ได้ความรู้ และได้เพื่อนใหม่ๆ เพิ่มขึ้นอีกด้วยนะคะ

### 5. การรักษาความลับ

ข้อมูลทุกอย่างของหนูที่ทางโครงการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ ทางโครงการจะใช้เพียงหมายเลขรหัสแทนชื่อของหนู จะไม่มีการใช้ชื่อจริงในการวิจัยนี้

### 6. การเข้าร่วมโครงการวิจัย

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ขึ้นอยู่กับตัวหนูและครอบครัว หนูมีสิทธิ์ตัดสินใจ ไม่เข้าร่วมในโครงการนี้ได้ และหากหนูเข้าร่วมโครงการแล้ว หนูก็มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลใดๆ คุณหมอผู้ดูแลหนูจะยังคงให้การดูแลหนูตามปกติ

ขอบคุณที่หนูเสียสละเวลาเพื่อทำความเข้าใจกับโครงการวิจัยนี้ ขอให้หนูสอบถามและแจ้งให้ทางโครงการทราบสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ หรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

### ปัญหาหรือข้อซักถามต่างๆ

ถ้าหนูมีคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ หรือเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หนูสามารถติดต่อพี่จิรพรรณ สาบุญมา โทร 097-2616579 ตลอด 24 ชั่วโมง

สำหรับคำถามเกี่ยวกับโครงการวิจัย สิทธิของหนู และอันตรายที่เกิดจากการวิจัย หนูสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้เป็นอิสระจากโครงการวิจัยนี้ ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ 02-2488900 ต่อ 70914 ในเวลาราชการ



### หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

THE EFFECT OF GROUP EXPERIENTIAL LEARNING FOR PARENTS ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า  ยินยอม

ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

### หนังสือยินยอมสำหรับเด็ก (Informed Assent Form)

การวิจัยเรื่อง : (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

(ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF GROUP EXPERIENTIAL LEARNING FOR PARENTS ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT /HYPERACTIVITY DISORDER

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนูชื่อ .....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ ..... และยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

หนูได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่หนูได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้

หนูได้อ่านเอกสารและปรึกษากับหมอ พยาบาล ผู้ปกครอง หรือญาติ และเจ้าหน้าที่ในโครงการในส่วนที่หนูไม่เข้าใจและต้องการรู้เพิ่มเติมจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยหมอและพยาบาลได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนหนูพอใจ

หนูได้อ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย หนูมีความเข้าใจในผลประโยชน์และผลเสียที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับการรักษา กับแพทย์ในภายหลัง

หนูทราบจากคุณหมอและพยาบาลว่าคุณหมอและพยาบาลจะไม่มีเก็บข้อมูลใด ๆ ของหนูเพิ่มเติม หลังจากที่หนูขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวหนูได้

.....ลงนามอาสาสมัครเด็กอายุ 7-12 ปี

(.....) ชื่อของอาสาสมัครเด็กตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

หนู  ยินยอม  
 ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพ(เช่น เลือด)ที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรมผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อของผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

CHULALONGKORN UNIVERSITY

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

โครงการวิจัยเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดา ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

(ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF GROUP EXPERIENTIAL LEARNING FOR PARENTS ON AGGRESSIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... (ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) ..... ที่อยู่..... ซึ่ง

มีความสัมพันธ์เป็น ..... ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ..... (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ..... (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ..... เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด (ปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับ context ของโครงการวิจัย) ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจน ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่)

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการ



ศึกษาวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

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

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง  
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ .....เดือน.....ปี.....พ.ศ.....

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้าพเจ้า  ยินยอม

ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือของด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว ..... (ชื่อ-นามสกุล ของ  
ผู้เข้าร่วมวิจัย)..... ไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต.....

ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์  
หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย  
อย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมี  
ความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





COA No. 06/2561

กรมสุขภาพจิต  
สถาบันราชานุกูล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข  
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการดูแลแบบเข้มข้นของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

รหัสโครงการ : RI 006/2561

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิรพรรณ สาบุญมา

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่รับรอง :  
1. แบบเสนอโครงการวิจัย  
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้รับการวิจัยสำหรับเด็กอายุ 7 - ต่ำกว่า 12 ปี  
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
5. หนังสือยินยอมสำหรับเด็ก

ลงนาม..... *On*

(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัศวิน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม..... *M. S.*

(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช  
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง : 7 พฤษภาคม 2561

วันที่หมดอายุ : 6 พฤษภาคม 2562





**MedResNet**  
Thai Medical Schools Consortium

MRNGCP-2018 No.198

## *Certificate of Attendance*

**JIRAPAN SABOONMA**

*has successfully completed*

### **“Good Clinical Practice : GCP Training”**

The course included the following topics :

- ✦ Introduction to the principles of ethics in human research and Good Clinical Practice (GCP)
- ✦ Institutional Review Board (IRB) Independent Ethics Committee (IEC)
- ✦ Informed consent
- ✦ Essential documents: protocol, informed consent document, case report form and source documents, and filing and archiving of essential document
- ✦ Data collection and data management
- ✦ Subject recruitment, subject retention, and subject compliance
- ✦ Clinical Safety Data Management
- ✦ Investigational drug handling
- ✦ Quality control and quality assurance in clinical studies and common findings of audit and inspection including IEC/IRB GCP inspections

During 19 - 20 April 2018 At Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Professor Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.  
Deputy Dean for Research  
Ramathibodi Hospital Mahidol University

Pravich Tanyasittuntorn, M.D.  
Director, Medical Research Network,  
Medical Research Foundation

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.



ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

## นางสาวจิรพรรณ สาบุญญา

ได้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรพื้นฐานเรื่อง

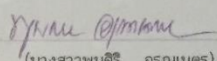
“การฝึกอบรมวิทยากรเพื่อการอบรมผู้ปกครองถึงวิธีการปรับพฤติกรรมเด็ก”

(Training for the Trainers of Parent Management Training Program – Basic Course)

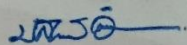
ระหว่างวันที่ ๒๐ ถึง วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๙

ให้ไว้ ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

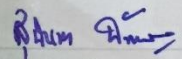
สภาการพยาบาลกำหนดหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ ๒๖ หน่วยคะแนน รหัสกิจกรรม ๑-๐๓-๒๐๐-๐๐๐๐-๖๑๑๓



(นางสาวพูนศิริ อรุณเนตร)  
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช



(ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา)  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



(รศ.ดร.พญ.สุนันทา จันทกาญจน์)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ประวัติผู้เขียน

|                   |   |
|-------------------|---|
| ชื่อ-สกุล         | นางสาวจิรพรรณ สาบุญมา   |
| วัน เดือน ปี เกิด | 8 พฤศจิกายน 2526  |
| สถานที่เกิด       | จังหวัดน่าน   |
| วุฒิการศึกษา      | สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2549 |



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY