



ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น:  
การศึกษาเบื้องต้น

The Effects of an Aggressive Behavior Management Program on Behaviors  
of Children Suffering from Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD):  
A Preliminary Study

ติชิลลา แสงแก้ว<sup>1\*</sup>, อรวรรณ หนูแก้ว<sup>2</sup> และ วันดี สุทธรังษี<sup>2</sup>

Tichila Sangkaew<sup>1\*</sup>, Orawan Nukaew<sup>2</sup> and Wandee Suttharangsee<sup>2</sup>

นักศึกษาระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>1</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น อายุ 9-11 ปี ได้รับการรักษาด้วยยา และฝึกอบรมพ่อแม่ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมิน SNAP-IV (อาการต่อต้าน) 3) แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว และ 4) โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ที่คลินิกสุขภาพใจเด็ก โรงพยาบาลสงขลา เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบประเมิน SNAP-IV (ด้านอาการต่อต้าน) ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 ส่วนแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ตรวจสอบความเที่ยงโดย Inter-Rater เท่ากับร้อยละ 96.6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยคะแนนต่อต้านรายข้อ/พฤติกรรมก้าวร้าวรายด้าน มีค่าลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านอาการต่อต้าน และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=6.58, p=.000$ ;  $t=10.24, p=.000$ ) ตามลำดับ

ดังนั้น โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว, พฤติกรรมก้าวร้าว, เด็กสมาธิสั้น

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tsasito@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-4846955)



## Abstract

This quasi-experimental, one-group pretest-posttest design, aimed to develop and test the effect of the aggressive behaviors management program among children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder (ADHD). Participants were 30 children diagnosed with ADHD, selected by simple random sampling. Those participants were 9-11 years-old and received pharmacotherapy and parenting training. Instruments consisted of: 1) demographic data questionnaire, 2) an overt aggression scale, 3) SNAP-IV behavioral assessment (oppositional defiant disorder), and 4) an aggressive behavior management program based on social learning theory of Bandura. The program included four sessions and each session contained 60 mins per week at the Child Mental Health Clinic in Songkhla Hospital. The program and the overt aggression scale were verified by three experts. The reliability of the behavioral assessment: SNAP-IV (oppositional defiant disorder) was tested using Cronbach alpha coefficient, yielding a value of .82. The reliability of the overt aggression observation was tested using inter-rater, yielding a value of 96.6 percentage. Data were analyzed using descriptive statistics and paired *t*-test.

The results showed that after participating the aggressive behavior management program, majority of mean score of each oppositional defiant disorder item/ each aggressive behaviors category was decreased. In addition, mean score of oppositional defiant behavior and aggressive behavior's children with ADHD after participating the program was statically significant decreased ( $t=6.58, p=.000$ ;  $t=10.24, p=.000$ ), respectively.

Therefore, the aggressive behavior management program of children with ADHD could reduce aggressive behavior of those children.

**Keywords:** Aggressive Management Program, Aggressive Behavior, Children with ADHD

## บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็ก ที่พบบ่อย โดยอาการสำคัญของโรคสมาธิสั้น มี 3 ประการ ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555) ประเทศไทยได้มีการสำรวจในระดับประเทศ ปี พ.ศ.2555 ในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คน พบว่า มีความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 8.1 และพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง 3-4 เท่า โดยภาคใต้มีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงสุด ร้อยละ 11.7 ภาคเหนือต่ำสุด ร้อยละ 5.1 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชชิตา ภาวสุทธิไพศฐ, พรทิพย์ วชิรติลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง และฉันทวรุจน์ บุรณสุขสกุล, 2555) ประมาณ 2 ใน 3 ของเด็กโรคสมาธิสั้น จะมีโรคร่วมที่พบบ่อย คือ โรคติดต่อด้าน ซึ่งพบถึง ร้อยละ 40 ของเด็กสมาธิสั้น (Piszka, 2000)



โดยปัญหาที่พบบ่อย มักเป็นเรื่องความเกรง ก้าวร้าว เมื่อมีอารมณ์โกรธมักขาดการยั้งคิด ว่าจะมี หุนหันพลันแล่น บกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และมักมีพฤติกรรมรุนแรง (นันทชา สงวนกุลชัย, 2556) ทำให้มี ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเสี่ยงเป็นเด็กเกรงหรือทำผิดกฎหมาย (สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง, 2550) ซึ่ง พบได้มากกว่าเด็กปกติถึง 3.5 - 4 เท่า (ดุชฎี จิงศิริกุลวิทย์, ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร และชัยชนะ นิมมวล, 2555) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในเด็ก ที่ต้องคดีในสถานพินิจ ช่วงอายุ 11-18 ปี พบว่า เป็นกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น ร่วมกับภาวะเกรง ก้าวร้าว ถึงร้อยละ 82.3 (สุวรรณี พุทธศรี และศศิธร ยิ่งสาห์, 2546) นอกจากผลกระทบต่อ ตัวเด็กแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง และครู ทั้งในเรื่องความยากลำบากสำหรับผู้ปกครองและครู ในการ ดูแล (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550) รวมทั้งความเครียดและวิตกกังวล ที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมเด็ก และแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น (Kuhne, Schachar & Tannock, 1997) มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความเครียดเรื่อง พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ถึงร้อยละ 53.5 (Trangkasombat, 2008)

การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายร่วมกัน ได้แก่ การรักษาด้วยการใช้ยา ร่วมกับปรับพฤติกรรมในเด็ก การฝึกอบรมพ่อแม่ในการดูแลช่วยเหลือ (Chornis, Jones & Raggi, 2006) จากการศึกษา พบว่า การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พบบ่อยมี 3 แนวคิด คือ 1) การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข โดยปรับพฤติกรรมทันทีที่เด็กแสดงพฤติกรรม ก้าวร้าว 2) การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (CBT) และ 3) การปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการ เรียนรู้จากตัวแบบ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม ในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากการเรียนรู้จากตัวแบบที่ดี ช่วยให้ เด็กมีการสร้างพฤติกรรมใหม่ได้ และการเสริมแรงทางบวกที่เหมาะสม จะทำให้พฤติกรรมที่ดีคงอยู่ (Bandura, 1977) แนวคิดดังกล่าว ได้มีผู้นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กพิการทางการได้ยิน เด็กสมาธิสั้น และเด็กปกติ พบว่า สามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (ณัฐกานต์ เกรียงศรี, 2547; ลักษณ์ี ศิลากุล, 2553; วรรณพร กองมงคล, 2552) และจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวโดยครู และผู้ดูแลเด็ก สำหรับครูมีรูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการนำเข้าไปสอดแทรกในหลักสูตรการเรียนการสอน ร่วมกับเด็กปกติ (ลักษณ์ี ศิลากุล, 2553) และการปรับ พฤติกรรมแบบรายกลุ่ม (ณัฐกานต์ เกรียงศรี, 2547; วรรณพร กองมงคล, 2552) ส่วนการจัดการพฤติกรรม ก้าวร้าวโดยผู้ดูแลเด็ก เป็นการฝึกให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก มิได้เป็นการจัดการกับเด็ก โดยตรง (กัญญาวีร์ บุญแสนันท์, 2554; อัญชรส ทองเพชร, 2555)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กสมาธิสั้น ให้เป็นโปรแกรม ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถใช้ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลักในการปรับ พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของBandura (1977) ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรม ของคนเราส่วนใหญ่ นั้น เกิดขึ้นจากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในสภาพแวดล้อม ทั้งตัวแบบที่เป็นชีวิตจริง (Live Model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 4 กระบวนการ คือ กระบวนการตั้งจุดความสนใจ กระบวนการคงไว้ กระบวนการแสดงออก และกระบวนการจูงใจ มาพัฒนาเป็น โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กสมาธิสั้น เพื่อฝึกให้เด็กมีทักษะในการควบคุมอารมณ์ตัวเอง



มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม เมื่อเกิดอารมณ์โกรธ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวลง อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนา และทดสอบโปรแกรมสำหรับใช้ในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

### สมมติฐานการวิจัย

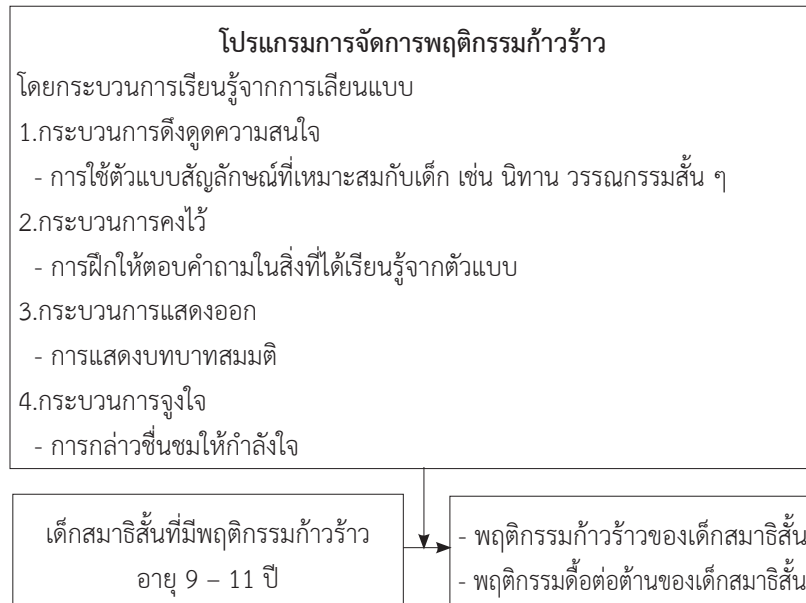
1. เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว
2. เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนพฤติกรรมต่อต้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยแบนดูรา เชื่อว่า การเรียนรู้ของมนุษย์ เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ เอาแบบอย่างจากตัวแบบ เนื่องจากมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวอยู่เสมอ ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ ของการเลียนแบบของเด็ก ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการดึงดูดความสนใจ (Attentional Process) 2) กระบวนการคงไว้ (Retention Process) 3) กระบวนการแสดงออก (Motor Reproduction Process) 4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Process)

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น (กัญญาวิรี บุญเสนนันท์, 2554; ลักษมี ศิลากุล, 2553; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558; ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลก, พิชรินทร์ อรุณเรือง และธันวารุจน์ บุรณสุขสกุล, 2555; เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ, 2549; Strine, Lesesne, Okoro, McGuire, Chapman, Balluz, et al., 2006) พบว่า เด็กสมาธิสั้น ถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ง่าย มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เกิดขึ้นหลายรูปแบบ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยการใช้ตัวแบบ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ดังกล่าวข้างต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด และลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เป็นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก และมารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสงขลา มีอายุอยู่ในช่วง 9-11 ปี ได้รับการรักษาด้วยยา และการฝึกอบรมพ่อแม่สามารถใช้ภาษาไทยได้ เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่า มีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่บ้าน คำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล, ค่าอัลฟา และค่าพาวเวอร์ ที่ระดับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 และค่าขนาดของอิทธิพล คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง ได้เท่ากับ 0.7 และนำไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เคยมีประวัติแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือญาติให้ประวัติว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่บ้าน หรือที่โรงเรียน โดยไม่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่มสมาธิ อยู่ในระดับคงที่ 3 เดือนขึ้นไป และมีผลการเรียนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 2.00 หรือไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือมีผลการตรวจระดับเซโรนิน ปัญหาอยู่ในระดับปกติ (80 คะแนน ขึ้นไป) สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ เด็กที่เกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม และเด็กเข้าร่วมทำกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอน ตามที่กำหนด ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ



ระยะเวลาในการดำเนินการ ตั้งแต่ 28 เมษายน 2559 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2559 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของBandura (1977) ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการดึงดูดความสนใจ กระบวนการคงไว้ กระบวนการแสดงออก และกระบวนการจูงใจ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว และพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กสมาธิสั้น มีการดำเนินโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เรารู้จักกันหรือยัง” และ “เด็กดีรู้จักรักษาสีของ” เป็นกิจกรรมที่สอนให้เด็กรู้จักกับอารมณ์ต่าง ๆ พฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดอารมณ์แต่ละอารมณ์ และผลจากการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น รวมทั้งฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ตนเอง และปรับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ในเรื่องการทำลายข้าวของ โดยใช้สื่อ นิทานอนิเมชั่น และนิทานประกอบภาพ เป็นตัวแบบในเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเอง และพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย หลังจากนั้น ผู้วิจัยพูดคุยและสอบถามความคิดเห็นของเด็ก ถึงสาเหตุของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ตัวละครแสดงออก และฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมติ พร้อมทั้งกล่าวชื่นชม เมื่อเด็กสามารถแสดงบทบาทได้ถูกต้อง ตามพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ฉันเป็นคนพูดเพราะ” และ “เด็กดีขอความช่วยเหลือผู้อื่น” เป็นการเสนอตัวแบบเพื่อปรับพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ในเรื่องการพูดหยาบคาย และปรับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ในเรื่องการใช้กำลังในการแก้ไข้ปัญหา โดยผ่านนิทานอนิเมชั่น และนิทานภาพประกอบเป็นตัวแบบในเรื่องการใช้คำพูดที่ไพเราะ และการแก้ไข้ปัญหาโดยไม่ใช้กำลัง หลังจากนั้น ผู้วิจัยพูดคุยกับเด็กถึงพฤติกรรมของเด็กที่เป็นตัวแบบ และฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมติ โดยผู้บำบัดสรุปย้ำตัวแบบพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ฉันเป็นเด็กน่ารัก” และ “ฉันเป็นคนรักเพื่อน” เป็นการเสนอตัวแบบเพื่อปรับพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา เรื่องการเอะอะโวยวาย พูดแทรก และปรับพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย เรื่องการทำลายสมาธิผู้อื่น โดยผ่านนิทานอนิเมชั่น และนิทานภาพประกอบเป็นตัวแบบในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งสองเรื่อง หลังจากนั้น ใช้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมของตัวแบบ และการฝึกแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ โดยการแสดงบทบาทสมมติ ชื่นชมให้กำลังใจเมื่อเด็กให้ความร่วมมือ และตั้งใจทำกิจกรรม

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เด็กดีรู้จักแบ่งปันและรอคอย” และ “กิจกรรมทบทวน” เป็นการเสนอตัวแบบในเรื่องการรู้จักแบ่งปัน และรู้จักการเข้าคิว รอคอย โดยใช้นิทานประกอบภาพ และทบทวน ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ ในสถานการณ์ต่าง ๆ อีกครั้ง

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปสำหรับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ อายุ ลำดับบุตร ระดับการศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษา และยาที่ได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว



2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กสมาธิสั้นของเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) พัฒนาจากแบบประเมินโอเวอร์ท แอกเกรสชั่น สเกล (Overt Aggression Scale) ของYudofsky, Silver, Jackson, Endicott & Williams (1986) ประกอบด้วย 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 มี 4 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา แสดงออกด้วยคำพูด ส่วนที่ 2 มี 7 ข้อเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย ส่วนที่ 3 มี 4 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนตามความรุนแรง จากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก (0-6 คะแนน) เก็บข้อมูลโดยการสังเกตการณ์ ของพยาบาลจิตเวช

2.3 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (ด้านอาการคือต่อต้าน) สำหรับผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายลงในช่อง ที่ตรงกับอาการพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด แต่ละข้อคิดคะแนนแบบ Likert Scale โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ (0=ไม่เลย, 1=เล็กน้อย, 2=ค่อนข้างมาก, 3=มาก) ค่าจุดตัดตามเกณฑ์ผู้สร้างเครื่องมือ เท่ากับ 12 คะแนน (ฉันทิธร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จึงศิริกุลวิทย์ และทรงภูมิ เบญญากร, 2557)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทั้งโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว และแบบบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าว โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตเด็ก จำนวน 1 คน จิตแพทย์เด็ก 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างสื่อเนื้อหาสำหรับเด็ก 1 คน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2. แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (ด้านอาการคือต่อต้าน) สำหรับผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้ปกครองประเมินเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย หาค่าเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ .88

3. แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต 2 คน (Inter-Rater Reliability) ได้ค่าเท่ากับร้อยละ 96.7

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ระยะก่อนทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV สำหรับผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทย

2. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ที่เคยผ่านการอบรมด้านการพยาบาลจิตเวชเด็ก เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ให้กับผู้ช่วยวิจัยก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง





### ระยะทดลอง

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และค่าเดินทางในการมาทำกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้ง แจ้งให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด
2. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง (Pre-test) โดยพยาบาลผู้สังเกตการณ์ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนเริ่มโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ในสัปดาห์แรก ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ใช้เวลาในการสังเกต 20 นาที และผู้ปกครองประเมินพฤติกรรมโดยแบบประเมิน SNAP-IV ด้านต่อต้าน
3. เริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง
4. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มตัวอย่าง อีกครั้งหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) โดยผู้ช่วยวิจัย ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ใช้เวลาในการสังเกต 20 นาที ส่วนผู้ปกครองประเมินพฤติกรรมโดยแบบประเมิน SNAP-IV ด้านต่อต้าน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว และคะแนนพฤติกรรมต่อต้าน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว พบว่ามีการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติ และคำนวณ Skewness/Std. Error และ Kurtosis/Std. Error, มีค่าอยู่ในช่วง -3 ถึง +3 และค่า Levene's test มากกว่า .05 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศธ 0521.1.05/0937

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	30	100.00
<b>อายุ (ปี) <math>M=10.0, SD=0.83, Min=9.0, Max=11.0</math></b>		
9 ปี - 10 ปี	10	33.33
10 ปี 1 วัน - 11 ปี	10	33.33
11 ปี 1 วัน - 12 ปี	10	33.33





## ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการป่วย</b>		
3 - 6 เดือน	6	20.00
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	8	26.66
มากกว่า 1 ปี	16	53.33
<b>การรักษาที่ได้รับ</b>		
ยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น	26	86.67
ยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ร่วมกับยารักษาอาการทางจิต	4	13.33

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดเป็นเพศชาย โดยเฉลี่ยมีอายุ 10 ปี ระยะเวลาการป่วย และได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ มากกว่า 2 ปี (ร้อยละ 53.33) สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาโรคสมาธิสั้น และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น (ร้อยละ 86.67)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

## ตาราง 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	6	20.00
หญิง	24	80.00
<b>อายุ (ปี) <math>M=40.8, SD=0.79, Min=23, Max=70</math></b>		
21 - 40 ปี	17	56.67
41 - 60 ปี	12	40.00
61 - 70 ปี	1	3.33
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	28	93.33
อิสลาม	2	6.66
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	14	46.67
มัธยมศึกษา	11	36.66
อาชีวศึกษา	2	6.67
ปริญญาตรี	3	10.00
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	13	43.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	20.00

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรรม	2	6.67
ไม่ได้ทำงาน	9	30.00
<b>รายได้</b> $M=12,683$ , $SD=10,530.3$ , $Min=3,000$ , $Max=40,000$		
3,000-10,000 บาท	20	66.67
10,001-20,000 บาท	5	16.67
20,001- 40,000 บาท	5	16.67
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรสและอยู่ด้วยกัน	18	60.00
หม้าย/หย่าร้าง	12	40.00
<b>ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น</b>		
บิดา	7	23.33
มารดา	21	70.00
ญาติ	2	6.67
<b>สัมพันธ์ภาพในครอบครัว</b>		
สัมพันธ์ภาพดี	14	46.67
ขัดแย้งกันเล็กน้อย	10	33.33
ทะเลาะกันบ่อย	3	10.00
ทะเลาะกันแทบทุกวัน	3	10.00

จากตาราง 2 ในส่วนของผู้ปกครองหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00) อายุโดยเฉลี่ยของผู้ปกครอง 40.8 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.3) ระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.67) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 43.33) ค่าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 20.00) รายได้ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ย 12,683 บาทต่อเดือน มักมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 60) ด้านความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก (ร้อยละ 70) มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 46.67)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติ Pair t-test

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

	N	คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว		t	p-value
		M	SD		
ก่อนการทดลอง	30	6.27	3.23	7.07	.000
หลังการทดลอง	30	3.10	2.84		



จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ( $M=3.10, SD=2.84$ ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $M=6.27, SD=3.23$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=7.07, p=.000$ )

**ตาราง 4** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมก้าวร้าว	คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง		คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง	
	M	SD	M	SD
1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา	3.90	2.80	2.17	2.07
2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย	2.27	1.74	0.93	1.34
3. พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง	0.10	.000	0.00	.000

จากตาราง 4 เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า หลังการทดลอง เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงทุกด้าน ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย และต่อตนเอง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมติดต่อด้าน จากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (ด้านอาการติดต่อด้าน) สำหรับผู้ปกครอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

**ตาราง 5** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมติดต่อด้าน ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

	N	คะแนนพฤติกรรมติดต่อด้าน		t	p-value
		M	SD		
ก่อนการทดลอง	30	16.1	2.60	6.79	.000
หลังการทดลอง	30	12.2	6.39		

จากตาราง 5 พบว่า คะแนนพฤติกรรมติดต่อด้าน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น มีค่าคะแนน SNAP-IV เฉลี่ยด้านอาการติดต่อด้าน ( $M=12.2, SD=2.39$ ) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ( $M=16.1, SD=2.60$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=6.79, p=.000$ )

**ตาราง 6** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมติดต่อด้านในแต่ละข้อ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมด้านติดต่อด้าน	คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง		คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง	
	M	SD	M	SD
1. อารมณ์เสื่อง่าย	2.17	.69	1.70	.75
2. ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่	2.10	.71	1.53	.62
3. ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้	1.97	.55	1.40	.62
4. จงใจก่อกวนผู้อื่น	1.93	.78	1.23	.67
5. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด	1.73	.69	1.23	.77

## ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านดี ต่อต้าน	คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง		คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
6. ชี้อารมณ์	1.77	.77	1.43	.85
7. โกรธซึ่ง บังคับเป็นประจำ	1.77	.85	1.03	.85
8. เจ้าคิดเจ้าแค้น	1.40	.93	1.70	.75

จากตาราง 6 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านดี ต่อต้านในแต่ละข้อ พบว่า หลังการทดลอง เด็กสมาธิสั้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดี ต่อต้านลดลงทุกข้อ ยกเว้นพฤติกรรมเรื่องเจ้าคิดเจ้าแค้น ที่พบว่า มีคะแนนสูงกว่า ก่อนการทดลอง

## อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น จำนวน 30 คน โดยเป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 10 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปี และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้น ด้วยยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนข้อมูลของผู้ปกครองหลัก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุโดยเฉลี่ยของผู้ปกครอง 40.8 ปี นับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ย 12,683 บาทต่อเดือน มักมีสถานภาพสมรส และอยู่ด้วยกัน ด้านความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ผลการทดลอง พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ( $M=3.10, SD=2.84$ ) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ( $M=6.27, SD=3.23$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่า หลังการทดลองเด็กสมาธิสั้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงทุกด้าน ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย และต่อตนเอง อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในกิจกรรมของโปรแกรมทุกครั้ง จะประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการดึงดูดความสนใจ (Attention Process) ซึ่งต้องอาศัยตัวแบบ ที่ต้องมีลักษณะเด่นชัด จดจำได้ง่าย และดึงดูดใจสูง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ผู้วิจัยเลือกใช้หนังสือนิทานภาพประกอบ และการ์ตูนนิทานอนิเมชั่น เป็นตัวแบบในทุกครั้งของการทำกิจกรรม เนื่องจากเป็นตัวแบบที่สามารถดึงดูดความสนใจของเด็ก และนิทานยังสามารถสื่อสารกับเด็กได้อย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นรูปธรรม (อุรารักษ์ ลำน้อย, 2551) 2) กระบวนการคงไว้ (Retention Process) และกระบวนการแสดงออก (Production Process) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกัน และต่อเนื่องจากกระบวนการดึงดูดความสนใจ โดยการที่เด็กจะสามารถเลียนแบบ หรือแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบได้ ต้องจดจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ ดังนั้น เพื่อให้เด็กสามารถจดจำพฤติกรรมนั้นได้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการซักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตเห็น โดยให้เด็ก ๆ ได้ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบในนิทาน เพื่อความเข้าใจในเรื่อง ตอบคำถามในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากนิทาน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม



เกี่ยวกับพฤติกรรมของตัวแบบ และการฝึกแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ โดยการแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งจะส่งเสริมให้จำพฤติกรรมของตัวแบบได้ดียิ่งขึ้น เช่น การเข้าไปขอเล่นกับเพื่อน ๆ โดยใช้คำพูดและท่าทางที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนสิ่งที่เด็กได้เรียนรู้แต่ละครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งใหม่ และให้เด็ก ๆ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ นำไปปฏิบัติจริงในการจัดการอารมณ์โกรธของตนเอง ซึ่งเด็กจะเล่าวิธีการระบายความโกรธของตนที่ต่างกันอย่างออกไป ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มของเด็กด้วยกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของพวงทอง คงเจริญ (2550) ซึ่งศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ตัวแบบในการพัฒนาจริยธรรมด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โดยได้ใช้การทบทวน และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวแบบในกระบวนการนี้เช่นกัน และพบว่า สามารถช่วยให้ผู้เรียนจดจำลักษณะของตัวแบบได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของจารุณี ศรีเผือก (2554) ซึ่งใช้การตอบคำถาม และแสดงบทบาทสมมติหลังจากการเล่านิทานเพื่อปรับพฤติกรรมทางสังคมของเด็กปฐมวัย พบว่า ช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมทางสังคมสูงขึ้น 3) กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้พฤติกรรมดีคงอยู่ต่อไป ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจแก่เด็ก โดยวิธีให้ความสนใจในสิ่งที่เด็กเล่า ชื่นชมในพฤติกรรมดี เช่น เมื่อเด็กให้ความร่วมมือ และตั้งใจทำกิจกรรม และให้รางวัลเป็นสิ่งของต่าง ๆ เช่น เครื่องเขียน ขนม ของเล่นที่เด็กชอบ รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ปกครองกล่าวชมเชยทุกครั้ง เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ดี ทำพฤติกรรมตามตัวแบบ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งจะช่วยจูงใจให้เด็กเกิดความสนใจในการปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ กลางสอน (2557) เรื่องผลของการเสริมแรงทางบวก ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งใช้การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร และการเสริมแรงทางสังคมโดยชมเชยในพฤติกรรมดี ซึ่งพบว่าสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวในชั้นเรียนของเด็กสมาธิสั้นลงได้ เป็นไปตามแนวคิดที่ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนพฤติกรรมของตัวแบบ ถ้าหากผลการกระทำนั้นเกิดผลดีกับตนกระบวนการทั้ง 4 มีความต่อเนื่อง และสัมพันธ์กันในการทำโปรแกรมในแต่ละครั้ง และระยะเวลาทำกิจกรรมห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสกลับไปฝึกฝนในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบ และกลับมาเล่าให้ผู้วิจัยและเพื่อน ๆ ในกลุ่มฟังถึงผลของการฝึก หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นเช่นนี้ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้ง 4 ครั้ง ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นลดลง

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมต่อต้าน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ( $M=16.1$ ,  $SD=2.60$ ) น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ( $M=12.2$ ,  $SD=6.39$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านนี้ ต่อต้าน ในแต่ละข้อ พบว่า หลังการทดลอง เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านลดลงทุกข้อ ยกเว้นเรื่องเจ้าคิดเจ้าแค้น ที่พบว่ามีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า พฤติกรรมต่อต้านของเด็ก เช่น อารมณ์เสียง่าย ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่ง หรือวางกฎเกณฑ์ไว้ จงใจก่อกวนผู้อื่น พฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมก้าว การใช้โปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ นอกจากช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวแล้ว จึงยังช่วยให้พฤติกรรมต่อต้านลดลงไปด้วย สำหรับเรื่องเจ้าคิดเจ้าแค้น ที่พบว่ามีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า ความเจ้าคิดเจ้าแค้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางความคิด การใช้วิธีปรับพฤติกรรมอย่างเดียวจึงอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร ควรใช้เทคนิคการปรับความคิดเข้ามาร่วมด้วย



## ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้นเพศชายเท่านั้น ควรมีการใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นเพศหญิง
2. ระยะเวลาในการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ทำได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น ควรมีวิธีการสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

## การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรใช้โปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแก่มารดาหรือผู้ดูแลหลัก ในคลินิกจิตเวชเด็กของโรงพยาบาลทั่วไป

## รายการอ้างอิง

- กัญญาวีร์ บุญเสนันท์. (2554). ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุณี ศรีเผือก. (2554). การเปรียบเทียบพฤติกรรมทางสังคมของเด็กปฐมวัย ที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ ต่างกัน หลังการจัดกิจกรรมการเล่นิทานประกอบภาพด้วยการตอบคำถามและด้วยการแสดงบทบาทสมมติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2558). โรคสมาธิสั้น. ใน นันทวัช สีทธีรักษ์, และคณะ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราช DSM-5*, 579-591. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย.
- ณัฐกานต์ เกรียงศรี. (2547). การเรียนรู้จากผลกรรมของตัวแบบในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเมืองพัทยา. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, ชันวรจัน บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์ และทรงภูมิ เบญญากร. (2557). คุณสมบัตินของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2): 97-110.
- ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และชัยชนะ นิมนวล. (2555). ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดความคิดและ พฤติกรรมระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1): 19-28.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง และชันวรจัน บุรณะสุขสกุล. (2555). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2): 66-75.
- นันทชา สงวนกุลชัย. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรม การเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- พวงทอง คงเจริญ. (2550). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ตัวแบบในการพัฒนาจริยธรรมด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง: กรณีศึกษานักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบ้านหนองทุ่ม จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแนะแนวและให้การศึกษาระดับบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช อารมณ์สุวรรณ. (2550). โรคสมาธิสั้น: หลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก. กรุงเทพฯ: รักลูก.
- ลักขมี ศิลากุล. (2553). การศึกษารายกรณี เรื่อง ผลการใช้นิตานเพื่อปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของโรงเรียนบ้านใหม่ อำเภอบางบาล จังหวัดยะลา. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์แขนงวิชาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรรณพร กองมงคล. (2552). การใช้วรรณกรรมเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(4): 373-386.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. (2556). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง. (2550). คุณจะจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของลูกได้อย่างไร. วารสารศึกษาศาสตร์, 30(2-3): 41-47.
- สุชาติ กลางสอน. (2557). ผลของการเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมก่อนในชั้นเรียนของเด็กสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณณี พุทศรี และศศิธร ยิ่งสาห์. (2546). ความชุกของโรคทางจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 49(3): 213-222.
- เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ. (2549). การศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลอุบลราชธานี. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชรส ทองเพ็ชร. (2555). ผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1): 86-97.
- อรุรักษ์ ลำน้อย. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Chornis, A. M., Jones, H. A. & Raggi, V. L. (2006). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(1): 486-502.





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.

Pliszka, S. R. (2000). Patterns of Psychiatric Comorbidity with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Adolescent Psychiatric Clinic*, 9(1): 520-540.

Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., McGuire, L. C., Chapman, D. P., Balluz, L. S., et al. (2006). Emotional and Behavioral Difficulties and Impairments in Everyday Functioning among Children with a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), 1-10.

Trangkasombat, U. (2008). Clinical Characteristic of ADHD in Thai Children. *Journal Medical Association Thailand*, 91(12): 1894-1898.

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. *American Journal of Psychiatry*, 143(1): 5-9.