

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขอเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความหมาย ความรู้ทั่วไปเรื่อง โรคสมาธิสั้น และแนวทางการรักษา
  - 1.1 ความหมาย ลักษณะอาการ และการวินิจฉัยโรค
  - 1.2 การบำบัดรักษา
    - 1.2.1 การรักษาด้วยยา
    - 1.2.3 การรักษาทางจิตสังคม
  - 1.3 การพยากรณ์โรค
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
  - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก
  - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก
  - 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.4 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 3.1 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาล
  - 3.2 แนวทางในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 3.3 การช่วยเหลือครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น
4. พฤติกรรมบำบัด
  - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด
  - 4.2 แนวคิด และทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด
  - 4.3 กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมในเด็ก
  - 4.4 พฤติกรรมบำบัดเพื่อการบำบัดเด็กสมาธิสั้น
5. โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

## 1. ความหมาย ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคสมาธิสั้น และแนวทางการรักษา

### 1.1 ความหมาย ลักษณะอาการ และการวินิจฉัยโรค

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyper-activity disorder – ADHD) หมายถึง โรคทางพฤติกรรมที่เป็นเรื้อรังพบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-9 ปี มีอาการที่สำคัญ 3 อย่าง คือ สมาธิสั้น (inattention) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และยับยั้งตัวเองได้ลำบาก (Impulsivity) จากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตของเด็ก จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัวและการเข้าสังคมตามมา (Cormier, 2008)

สาเหตุ ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน แต่มีหลักฐานสนับสนุน ว่าน่าจะเป็นผลมาจากพันธุกรรมและความบกพร่องในการทำงานของสมอง (วินัดดา ปิยศิลป์, 2550)

1. **พันธุกรรม** พบอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในญาติสายตรงได้ถึง 5 เท่า และใน monozygotic twin พบโรคร่วมกันได้สูง ถึงร้อยละ 50-98 อย่างไรก็ตาม พบโรคสมาธิสั้นในครอบครัวได้เพียงส่วนหนึ่งของคนไข้เท่านั้น มีหลักฐานว่า nongenetic factors มีส่วนสำคัญในการเกิดโรคนี้เช่นกัน

2. **Neurotransmitter** พบมีความบกพร่องใน dopamine receptor gene (DRD4) ได้ร้อยละ 29 จาก meta-analysis พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นกับ DRD4 เกี่ยวข้องกันชัดเจนในกลุ่ม poor methylphenidate response ในเด็กพบว่ามีความบกพร่องที่ dopamine transporter gene (DAT 1) การศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ถ้ามี Norepineprin ต่ำ จะทำให้เกิดภาวะ hyperactivity และ impulsive

3. **Neurobiology** ในอดีตเชื่อว่า ADHD เป็นผลมาจากความบกพร่องในการทำงานของสมองตามหลังการติดเชื้อ อุบัติเหตุ การคลอด ฯลฯ แต่พบว่าคนไข้ที่มีประวัติเหล่านี้พบได้ต่ำกว่าร้อยละ 15 ปัจจุบันพบหลักฐานว่าน่าจะเป็นความบกพร่องใน neurodevelopmental origin มากที่สุด ไม่พบความผิดปกติในโครงสร้างของระบบประสาท

#### อาการและอาการแสดงทางคลินิก

อาการแสดงจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นดังนี้

- ในวัยเด็ก จะแสดงอาการ อยู่ไม่นิ่ง, ก้าวร้าว, ขาดความอดทน, หุนหันพลันแล่น
- ในวัยผู้ใหญ่จะแสดงอาการ ขาดสมาธิ, เปลี่ยนกิจกรรมบ่อย, นอนหลับยากหลับไม่สนิท

เด็กสมาธิสั้นมักถูกผู้ใหญ่ต่อว่าในเรื่องการที่ควบคุมตัวเองได้ต่ำกว่าอายุ ไม่รับผิดชอบ ไม่มีมารยาท และ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมตามวัย แต่เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นอาการแสดงจะแตกต่างไปจากวัยเด็กชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการเรียน จะพบว่าคนไข้จะขาดทั้งสมาธิ และทักษะการเรียน ผลการเรียนต่ำ รวมทั้งคุณภาพการสื่อสารที่ต่ำทั้งกับครอบครัว ครู และเพื่อน

วัยเดียวกัน ทำให้เห็นภาพอารมณ์ที่แปรปรวนได้ง่ายกว่า เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมองว่าซีเกียงและขาดแรงจูงใจในการทำงาน ภาวะ อยู่ไม่นิ่งน้อยลง แต่จะเห็นลักษณะเบื่อง่าย ขาดความอดทน ค้อยทักษะในการทำกิจกรรม ซึ่งส่งผลต่อการเข้าสังคม (วินัดดา ปิยศิลป์, 2550)

#### การวินิจฉัย ประกอบด้วย

1. การซักประวัติอย่างละเอียดในทุกด้าน ประวัติของโรคสมาธิสั้นในครอบครัว รวมทั้ง function ในครอบครัว เช่น วิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ความเครียด และการสื่อสารในครอบครัว
2. ตรวจสอบประวัติเพื่อค้นหาอาการ โรคอื่นที่อาจพบร่วมกัน และเพื่อวินิจฉัยแยกโรค
3. การรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครอง ญาติ ครู โดยใช้ behavioral rating scale
4. การทำแบบทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น Complete sentence test, Drawing, IQ test, Wild Range achievement test, Hand writing speed test, DuPaul test เป็นต้น

5. การวินิจฉัย Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) ใช้การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM IV) ซึ่งจะต้อง มี  $\geq 6$  ข้อในอาการของ inattention หรือ ในอาการของ hyperactivity-impulsivity ระยะเวลา นานกว่า 6 เดือน อาการเกิดก่อนอายุ 7 ปี แต่การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ต้องการหลักฐานที่ชัดเจนทางคลินิกว่ามีความเสียหาย ในด้านการเรียน การเข้าสังคม หรือการทำงาน

#### โรคที่พบร่วมด้วย

ประมาณร้อยละ 75 ของโรคสมาธิสั้น จะมีปัญหาทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย และโรคที่พบร่วมนี้ จะส่งผลทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นชัดเจนขึ้น ปัญหาที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นจะมีความแตกต่างกันไปตามวัย

1. อนุบาลและวัยเรียนช่วงต้น พบปัญหาพร้อม เช่น Developmental coordination disorder ร้อยละ 10-20 , Learning disorders ร้อยละ 20-25, Tics disorder ร้อยละ 2-10, Oppositional defiant disorder (ODD) และ mild MR ร้อยละ 3-10
2. วัยเรียนตอนปลายและวัยรุ่น พบปัญหาพร้อม เช่น Mood disorder ร้อยละ 10-30, Substance abuse ร้อยละ 10-20, Antisocial personality disorder, ODD ร้อยละ 40 และ Conduct disorder (CD) ร้อยละ 20-30

การติดตามระยะยาวพบว่า ภาวะ ODD และ CD พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นได้สูง ถ้าพบภาวะ ODD ในวัยเรียนช่วงต้นจะมีโอกาสเกิด CD ในวัยรุ่นได้สูง (วินัดดา ปิยศิลป์, 2550)

**1.2 การบำบัดรักษา** มีงานวิจัยศึกษาแนวทางการรักษา ข้อมูล ณ ปัจจุบันพบว่าการรักษาแบบรูปแบบการรักษา ร่วม หรือการผสมผสานการรักษาด้วยาร่วมกับ การรักษาทางจิตสังคม

จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด แต่งานวิจัยระยะยาวพบว่า การให้ การรักษาทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียวไม่ได้ผลด้านการรักษา ดังนั้นการรักษาที่ได้ผลประกอบด้วย (Cormier, 2008)

- 1) การประเมินครอบคลุมทุกด้านและให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ
- 2) การใช้ยา
- 3) การใช้ การรักษาทางจิตสังคม

การให้ คำปรึกษาซึ่งรวมถึงการให้ความรู้เรื่องโรค แก่ทั้งตัวเด็ก พ่อแม่ ญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้อง และคุณครู

การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิต และการเรียนรู้ทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และในชุมชน

การปรับพฤติกรรมและการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความสามารถ

### 1.2.1 การรักษาด้วยยา

กลุ่ม Psychostimulants drug methylphenidate เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อย ออกฤทธิ์เป็น sympathomimetic agent มีฤทธิ์ยับยั้ง presynaptic reuptake ไปเพิ่มการทำงานของ dopamine ที่ prefrontal cortex มีขนาด 10 mg ออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที หลังบริหารยา มีค่าครึ่งชีวิต 2-5 ชม. ขนาดยาที่ใช้ คือ 0.3-1 mg/kg/d ให้ 2-3 ครั้งต่อวัน ขนาดยาสูงสุดต่อมือนไม่ควรเกิน 0.5 mg/kg ได้ผลประมาณร้อยละ 75-80

อาการข้างเคียงของ Methylphenidate ที่พบบ่อยคือ อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ความดันโลหิตสูง (มักพบในผู้ใหญ่) ผลข้างเคียงส่วนใหญ่มักเป็นชั่วคราวและจะหายไปเมื่อใช้ยาไปประมาณ 2-3 สัปดาห์ ถ้าให้ Methylphenidate ในขนาดที่สูงมากๆ อาจทำให้เกิดอาการชัก, อาการทางจิต, เกิดภาวะ zombie-like effect (เด็กจะซึมนิ่ง ไม่กระตือรือร้น สมองไม่คิดไม่ทำงาน) ในบางรายที่มีอาการของ tic หรือ Tourette's disorder ร่วมด้วย อาจทำให้อาการ tic เลวลงอย่างไรก็ตามไม่ถือว่าเป็นข้อห้ามของการใช้ Methylphenidate เพียงแต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง (Wolraich, 2006)

ไม่พบว่าเกิดภาวะดื้อยาเมื่อใช้ Methylphenidate เป็นระยะเวลาานาน ๆ เมื่อศึกษาประสิทธิภาพของยาในแต่ละช่วงเวลาภายในหนึ่งวันพบว่าผู้ป่วยที่รับประทาน Methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น สามารถเกิดภาวะดื้อยาเฉียบพลันขึ้นได้ หมายความว่าผู้ป่วยที่รับประทานยามื้อเที่ยงหรือมื้อบ่ายในขนาดเท่ากับมื้อเช้า จะไม่ได้รับประสิทธิภาพดีเท่ากับช่วงหลังรับประทานยามื้อเช้า ดังนั้นผู้ป่วยบางรายอาจจะอยู่ไม่นิ่งหรือขาดสมาธิมากขึ้นในช่วงบ่าย (วินัดดา ปิยศิลป์, 2550)

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติสำหรับแก้ไขผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย (Greenhill, 2002 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ, 2549)

ผลข้างเคียง	วิธีแก้ไข
ก. เบื่ออาหาร	1. อนุญาตให้เด็กรับประทานอาหารเพิ่มอีก 1 มื้อ (มื้อก่อนนอน) เมื่อหายหมดฤทธิ์แล้ว
ข. นำหนักตัวลดหรือไม่เพิ่มตามอายุ	2. แนะนำผู้ปกครองให้นม หรืออาหารที่มี แคลอรีสูงเสริมแก่เด็ก ควรลดขนาดยา หรืองดยาในวันเสาร์-อาทิตย์, วันหยุด, ช่วงปิดเทอม
ค. นอนหลับยาก	1. ลดขนาดยาในมื้อบ่าย หรืองดยาในรายที่มีอาการรุนแรง 2. แนะนำสุขลักษณะในการนอน
ง. ปวดศีรษะ	1. หากอาการไม่รุนแรงแนะนำให้สังเกตอาการและรับประทานยาต่อไป อาการปวดศีรษะมักค่อยๆ หายไปเอง 2. หากอาการรุนแรงให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย, พิจารณาลดขนาดยา หรือหยุดยา
จ. ปวดท้อง	1. รับประทานยาทันทีหลังอาหาร 2. สังเกตอาการและรับประทานยาต่อไป อาการปวดท้องจะค่อยๆ หายไปเอง
ฉ. อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย	ถามผู้ปกครองว่าอาการมักจะเกิดขึ้นเวลาใด หากเกิดขึ้นในช่วงที่ยากำลังออกฤทธิ์หลังรับประทานยาประมาณ 1 ชั่วโมง แก้ไขโดยลดขนาดยาในมือนั้น หากเกิดขึ้นในช่วงที่ยากำลังหมดฤทธิ์หลังรับประทานยาประมาณ 4 ชั่วโมงหรือมากกว่า แก้ไขโดยให้ยามื้อต่อไปเร็วขึ้น อาจพิจารณาให้ยามื้อบ่ายร่วมด้วยในรายที่รับประทานยา 2 เวลา

ผู้ปกครองของผู้ป่วยหลายรายรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์หลายท่านเข้าใจผิด และมีความกังวลเกรงว่าการให้เด็กรับประทานยากลุ่ม Psycho stimulant นี้ไปนานๆ อาจทำให้เด็กมีโอกาสใช้สารเสพติดมากขึ้น แต่จากการศึกษาโดยการทำ meta-analytic ล่าสุดพบว่าผู้ป่วยโรค

สมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา Psycho stimulant เป็นเวลาหลายปีติดต่อกัน ดิศาจเสพติดน้อยกว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา สรุปว่าการรักษาด้วยยา Psycho stimulant อย่างต่อเนื่องและติดตามอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นดิศาจเสพติดเมื่อโตขึ้น (Wilens et al., 2003) อีกประเด็นที่ผู้ปกครองและแพทย์หลายท่านมักกังวลและสงสัย คือโอกาสที่ยา Psycho stimulant จะมีผลลดการเจริญเติบโต นั้นมีมาน้อยเพียงใดหากเด็กรับประทานยาติดต่อกันระยะยาว จากการวิจัยล่าสุดพบว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้น ที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความสูงเฉลี่ยต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งความแตกต่างนี้ไม่ได้เป็นผลมาจากการรับประทานยา Psycho stimulant แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากพัฒนาการที่ล่าช้าด้านความสูง ของเด็กที่เป็น โรคสมาธิสั้นเอง เพราะเมื่อติดตามเด็กกลุ่มนี้จนถึงวัยรุ่นตอนปลาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของความสูงระหว่างเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับเด็กปกติ (Spencer et al., 1998)

เนื่องจากการใช้ Methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น ก่อให้เกิดข้อจำกัดหลายประการ เช่น โอกาสทำให้เด็กรู้สึกว่ามี ทรานาป เนื่องจากต้องรับประทานยาเมื่อเที่ยงที่โรงเรียน. พบลักษณะ “ขึ้น-ลง” ของอาการเนื่องจากยา หมดฤทธิ์เร็ว, โอกาสเกิดอาการขาดยา และ โอกาสเกิดการดื้อยาเฉียบพลัน เป็นต้น ดังนั้นยาใหม่ที่มีค่าครึ่งชีวิต และระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวจะช่วยแก้ปัญหาข้อจำกัดเหล่านี้ได้ (Swanson et al., 2003) ปัจจุบันมียา methylphenidate ที่ออกฤทธิ์ยาว 12 ชั่วโมง คือ Rubifen ชื่อการค้าคือ Concerta

Concerta เป็น Methylphenidate ที่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 12 ชั่วโมง และมีประโยชน์เหนือ methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น ตรงที่

1. ผู้ป่วยรับประทานยาเพียงวันละครั้ง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานยาเมื่อเที่ยงที่โรงเรียน เป็นการลดทรานาปของผู้ป่วย
2. เพิ่ม ความทนของผู้ป่วยต่อการรับประทานยา
3. ไม่พบลักษณะ “ขึ้น-ลง” ของอาการและมีโอกาสเกิดอาการขาดยาน้อยเนื่องจากระดับยาในร่างกายจะค่อยๆ ลดระดับลง
4. โอกาสเกิดการดื้อยาเฉียบพลันน้อยกว่า เนื่องจาก Concerta มีลักษณะการปลดปล่อยยาแบบ เพิ่มระดับความเข้มข้นของยาได้ระดับสูงขึ้นตั้งแต่ชั่วโมงที่ 4 หลังรับประทานยา ซึ่งจะแก้ปัญหการเกิดการดื้อยาเฉียบพลันให้เกิดขึ้นน้อยลง
5. ผู้ป่วยจะยังคงมีสมาธิขณะทำการบ้านในตอนเย็น เนื่องจากยายังไม่หมดฤทธิ์
6. โอกาสที่ผู้ป่วยจะเสพติด Concerta มีน้อยกว่า Methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น เนื่องจาก เปลือกหุ้มของ Concerta ไม่สามารถทำให้แตกหรือริได้โดยง่าย ผู้ป่วยจึงไม่สามารถนำตัวยามาเสพสูร่างกายโดยวิธีอื่นๆได้

**กลุ่ม Non-psychostimulants drugs** เช่น Atomoxetine มีชื่อการค้าว่า Strattera เป็นยาในกลุ่ม Norepinephrine Reuptake Inhibitor ไปเพิ่มสารเคมีในสมอง ออกฤทธิ์ช้าใช้เวลา 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล แต่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง

ยาด้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic Antidepressants เช่น Imipramine จัดเป็นกลุ่มยาที่ใช้เป็นอันดับสอง สำหรับการรักษาโรคสมาธิสั้น ได้ผล ร้อยละ 60-70 ขนาด 1-3 mg/kg/d แบ่งให้เช้าและก่อนนอน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ง่วง ซึ่งอาจหลีกเลี่ยงได้คือการให้ยาก่อนนอน ถ้าให้ขนาดสูงเกินกว่านี้ต้องระวังเรื่อง ภาวะเป็นพิษต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ โดยควรตรวจคลื่นหัวใจ และตรวจ ระดับ serum TCA

Alpha-2-agonist เช่น Clonidine (Catepress) ช่วยลดอาการชุนและหุนหันพลันแล่นแต่ไม่ช่วยให้มีสมาธิยาวขึ้น สามารถให้ร่วมกับ stimulants ได้อย่างปลอดภัย ใช้ในกรณีที่มีโรค Tourette's disorder ร่วมกับโรคสมาธิสั้น เริ่มจาก 0.05 mg/day โดยเพิ่มยาครั้งละ 4-5 mg/kg/day ขนาดที่ใช้โดยทั่วไป ประมาณ 0.05 mg ไม่ควรใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิต เวลาหยุดยา ควรค่อยๆ ลดขนาดยาลง เพราะอาจภาวะความดันโลหิตต่ำได้ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยกว่าความดันโลหิตต่ำคือ อาการง่วงนอนจากยา แต่มักเป็นชั่วคราวเท่านั้น ในบางรายมีอาการปากแห้งและอาการซึมเศร้า (วินัดดา ปิยศิลป์, 2550)

### 1.2.2 การบำบัดทางจิตสังคม ที่ได้ผลประกอบด้วย (Wolraich, 2006)

#### 1) การปฏิบัติที่เจาะจงที่ตัวเด็ก

การให้คำปรึกษา และการให้สุขภาพจิตศึกษา สร้างความสัมพันธ์กับเด็ก โดยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค ADHD และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในผลของยาที่รับประทาน

พฤติกรรมบำบัด เน้นการปรับพฤติกรรมโดยเน้นการใช้ แรงเสริมทางบวก ซึ่งการศึกษาด้านการวัด neuropsychological พบว่าเด็กกลุ่มนี้จะตอบสนองแรงเสริมทางบวกที่รวดเร็วได้ดี แต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่ายเมื่อใช้ แรงเสริมทางลบ ควรเน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้เงิน การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด เป็นต้น

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เน้นการให้ข้อมูลที่เหมาะสมผ่านการเรียนรู้โดยกลุ่มเพื่อน เข้าใจในยาที่รับประทาน ฝึกทักษะทางสังคม การสังเกตอารมณ์ผู้อื่น พัฒนาทักษะทางกีฬาและการทำกิจกรรมการอยู่ร่วมกับคนอื่น

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เพื่อฝึกให้เด็กเข้าใจปัญหา เข้าใจตนเอง ติดตามพฤติกรรมของตนเองได้ทัน สังตัวเองได้ ให้รางวัลตนเองได้ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเพียงอย่างเดียวจะไม่ได้ผล

## 2) การปฏิบัติที่เน้นที่ผู้ปกครอง

การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษา เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมรักษากับผู้ปกครอง เพื่อจะได้เป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ให้เข้าใจธรรมชาติของโรคสมาธิสั้น ให้เข้าใจปัญหาเด็กให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้น เน้นการออกกำลังกายที่แข็งแรง ให้เข้าใจในผลดีผลเสียจากการใช้ยาเพิ่มสมาธิ บอกแหล่งข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ

การฝึกทักษะ การจัดกลุ่มผู้ปกครองฝึกให้มีทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษาการศึกษา เรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ปกครอง โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดีเพื่อเพิ่ม self esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีลงโทษที่เหมาะสม ได้มีโอกาสฝึกซ้อมหัดทำ เพื่อเพิ่มความมั่นใจที่จะใช้ในการพัฒนาเด็กต่อไป

กลุ่มระดับประคอง ให้โอกาสผู้ปกครองและญาติที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น ได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถ ความมั่นใจในตนเอง ให้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ ได้รับกำลังใจ และเป็นประโยชน์ต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอื่น

## 3) การปฏิบัติที่เน้นในครู

การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษา เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมรักษากับครู เพื่อจะได้เป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ต้องเข้าใจความรู้สึกและความลำบากของครูผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ครูได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ที่โรงเรียน ทำให้ครูเข้าใจปัญหาเด็กสมาธิสั้น ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ADHD ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็ก เน้นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในห้องเรียนให้มีตัวกระตุ้นน้อยที่สุด เพิ่มเวลาออกกำลังกายที่แข็งแรง เข้าใจในผลดีผลเสียจากการใช้ยาเพิ่ม

การฝึกทักษะ การจัดฝึกรอบรรครู้ทำได้หลายรูปแบบ เช่น อบรมเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น อบรมเทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อบรมการใช้แบบคัดกรองค้นหาเด็กสมาธิสั้น

1.3 การพยากรณ์โรค เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวนมากที่ไม่มีภาวะผิดปกติอื่นร่วมด้วย จะมีการพยากรณ์โรคดีพอที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ถ้าได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม พบว่าร้อยละ 30 เป็นผู้ใหญ่ว่างที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมปกติ อีกร้อยละ 50-60 ยังคงมีอาการบางอย่างของโรคเหลืออยู่ เช่น สมาธิสั้น หุนหันพลันแล่นและอาจส่งผลกระทบต่อ



ความมั่นใจ กังวล หงุดหงิดง่าย มีปัญหาในการทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม อีกร้อยละ 10-15 ที่มีปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น ลักขโมย ค้ายาเสพติด เป็นต้น

## 2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

### 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก

ความก้าวร้าวเป็นพฤติกรรม ที่มีความยากและซับซ้อนในการให้ความหมายที่ชัดเจน ดังนั้นความพยายามที่จะควบคุมหรือจัดการความก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทำความเข้าใจ และให้ความหมายความก้าวร้าวให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2551) ให้ความหมายความก้าวร้าวว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลหนึ่ง แสดงออก โดยมีเจตนาสร้างความเจ็บปวดทั้งร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเป้าหมาย อาจเป็นทางวาจา หรือร่างกายที่อาจถึงขั้นรุนแรงให้บาดเจ็บถึงชีวิต แม้แต่การทำร้ายผู้อื่น หรือตนเอง

ทิพย์วัลย์ สุทิน (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวในนักเรียนวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และพิจารณาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบ และได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

ความก้าวร้าว หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลได้รับบาดเจ็บ ได้รับความเสียหายทางร่างกาย หรือจิตใจ และ/หรือ เป็นพฤติกรรมทำลายสิ่งของซึ่งแบ่งออกเป็นสองประเภท คือ

พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย หมายถึง ขวางทางเดิน ขัดขาให้ล้ม ดึง กระชากเสื้อหรือกางเกง กระโปรง เลียนแบบท่าทาง ความผิด หรือข้อบกพร่องของเพื่อน ขว้างปาของให้โดนผู้อื่น รีดไถเงิน บังคับให้ผู้อื่นทำในสิ่งที่ไม่เต็มใจ บังคับให้ทำตาม ถ้าไม่ทำตามก็ทำให้เขาได้รับบาดเจ็บทางกาย หรือจิตใจ ต่อสู้ทำร้ายกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ชกต่อย หยิก ตะบอง ผลัก โตะ แก้อื้อให้ล้ม ทบกระຈกให้พัง เขียนคำหาบบนกระดาน ผนัง

พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา หมายถึง พูดเสียงดังขัดจังหวะ พูดนินทา พูดเยาะเย้ย พูดประชดประชัน พูดคุยให้เพื่อนทะเลาะกัน คำชื่อพ่อแม่ผู้อื่นเมื่อโต้เถียงกัน พูดคำหาบบเมื่อโต้เถียงกับผู้อื่น ตวาด ตะคอกผู้อื่น พูดขู่ ซึ่งแสดงความก้าวร้าว เช่น ฉันทจะตบ ฉันทจะหักแขน หรือจะดักทำร้าย

รัต โนนัย พลับรู้อการ (2551) ได้รวบรวมความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีความหมายกว้างขวาง และมีความแตกต่างกันตามความคิดเห็น เจตคติของแต่ละบุคคล และสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันแสดงไว้ในหนังสือตำราพัฒนาการ และพฤติกรรมเด็ก ดังนี้

พฤติกรรมที่เกะกะระราน ใช้กิริยาและวาจาที่ไม่เรียบร้อย

พฤติกรรมที่ตั้งใจทำให้เกิดการเจ็บตัว หรือทำให้เกิดความกังวลต่อผู้อื่น ได้แก่ การตี ตะ  
ทำลายของ ทะเลาะ แย่งชิง ใช้คำพูดโจมตีผู้อื่น และต่อต้านไม่ร่วมมือ

พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อต้องการทำร้ายผู้อื่น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแสดงออกอาจ  
มีหลายรูปแบบ ได้แก่ทางวาจา เช่นการคำทอ พุดกระทบกระเทียบเปรียบเทียบ เหยียดเย้ยเป็นต้น ทาง  
ร่างกาย เช่นทำร้ายร่างกายด้วยความรุนแรงในระดับต่างๆเป็นต้น ด้วยท่าทาง เช่นการดูหมิ่นด้วยสี  
หน้าท่าทาง

พฤติกรรมที่แสดงออกด้วยการทำลาย มักเกิดจากการรวมของปัจจัยต่าง ๆ ที่สั่งสมไว้นาน  
ยาวนานไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพซึ่งหมายถึงสภาพจิตใจ บุคลิกภาพ และปัจจัยทาง  
สภาพแวดล้อมได้แก่ ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และชุมชนหรืออาจเกิดจากปัจจัยระยะสั้นเช่น  
ความโกรธที่รุนแรงความเบียดเบียน การได้รับสารที่ทำให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อสมองเป็นต้น หรือ  
อาจเกิดจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ เช่นความขัดแย้ง การถูกขัดขวางในสิ่งที่ต้องการ  
เป็นต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่แล้วผลลัพธ์ของพฤติกรรมก้าวร้าวนี้ทำให้เกิดปัญหา ความสัมพันธ์  
ทางลบกับผู้อื่น และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

สม โกลซ์แมน เอี่ยมสุภานิต (2550) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการ  
เรียกร้องสิทธิแห่งตน โดยไม่สนใจว่าจะไปก้าวร้าวสิทธิของผู้อื่นหรือไม่ การแสดงออกจะมีลักษณะ  
ของการข่มขู่ บีบบังคับ เรียกร้อง หรือลักษณะของการแสดงออกที่รุนแรง

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) พฤติกรรมก้าวร้าวอาจเกิดเนื่องมาจากผู้ปกครองตามใจเด็ก  
ไม่ค่อยห้ามปรามว่ากล่าวตักเตือน หรือฝึกลงโทษให้กับเด็กเท่าที่ควร พ่อแม่หลายคนสงสารลูกที่มีความ  
ผิดปกติจึงไม่ค่อยเข้มงวดหรือหนักแน่นกับเด็ก เด็กจึงชินกับการถูกตามใจ เมื่อพ่อแม่ตามใจ  
ไม่ได้ เด็กก็จะก้าวร้าวอาละวาด คินรื่องงอแง ซึ่งในเด็กโตหรือเด็กวัยรุ่นเรียนการก้าวร้าวอาจมากขึ้น  
จนทำร้ายร่างกายพ่อแม่ได้ นอกจากนี้ อาการก้าวร้าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆอีก เช่น การสื่อความ  
ต้องการ ของตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ มีความไวต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งเร้ามากเกินไป ถูกกดดันให้  
ทำ สิ่งที่ไม่ชอบหรือสิ่งที่ยากเกินไป รวมทั้งมีอาการไม่สบายทางกายแต่เด็กไม่สามารถจะบอกได้  
เป็นต้น

Goldstien (1975) ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวตามแนวความคิด  
ของ Newman ดังนี้

1. อุปนิสัยของบุคคลที่มีความก้าวร้าวอยู่แล้ว มักขาดสติยังคิดที่จะควบคุม การกระทำของ  
ตนเองทำให้เป็นคนหุนหันพลันแล่น มีจริยธรรมต่ำ ไม่มีเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิตชอบอ้างเหตุผล  
และโทษผู้อื่นเสมอ เป็นคนที่เคยได้รับรางวัลเมื่อแสดงออกถึงความก้าวร้าว

2. สิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีความก้าวร้าว เป็นสิ่งแวดล้อมที่อำนวยโอกาสให้กระทำความก้าวร้าวอยู่เสมอ มีพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่เป็นแบบอย่างที่กำลังก้าวร้าวแก่เด็ก

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย บุคคลที่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มักจะระเบิดอารมณ์โกรธออกมาซึ่งจะแตกต่างจากพฤติกรรมปกติของเขาบุคคลที่ก้าวร้าวทั่วไปมักจะตื่นตื้นง่าย มีการตอบสนองต่อความกดดันทางด้านสิ่งแวดล้อมมากเกินไป ความก้าวร้าวนี้ ถ้าไม่แสดงออกมาภายนอกบ้าง และเก็บกดไว้มาก ๆ จะเกิดอาการซึมเศร้าได้

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีผู้ให้ไว้อย่างหลากหลายสามารถสรุปความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในการศึกษานี้ได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวหมายถึง การกระทำทั้งทางกาย และ/หรือวาจาต่อสิ่งของ บุคคลอื่นและ/หรือตนเองโดยมีเจตนาให้สิ่งของได้รับความเสียหาย และบุคคลอื่นหรือตนเองได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายและจิตใจไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือรุนแรงก็ตาม อาจเกิดจากความคับข้องใจความอึดอัดที่ไม่สามารถ แสดงความรู้สึกนึกคิดออกมาด้วยคำพูด หรือการกระทำที่เหมาะสม จากขาดทักษะการสื่อสาร และการควบคุมตัวเองจากอาการหุนหันพลันแล่น

2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความก้าวร้าวในเด็ก ประเด็นโต้แย้งที่มีมาเป็นเวลานานที่เชื่อว่า ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์หรือเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากสังคม จนกระทั่งปัจจุบันนี้มีความพยายามหาคำตอบให้แน่ชัดลงไป แต่การจะหาคำตอบที่ชัดเจนกับประเด็นปัญหานี้ เป็นสิ่งที่กระทำยากมาก เพราะการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในมนุษย์นั้น มีขีดจำกัด ด้านจรรยาบรรณในการวิจัย และเกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน แต่อย่างไรก็ตามมีนักวิทยาศาสตร์นักจิตวิทยาพยายามค้นหาคำตอบในหลายสาขา โดยแต่ละสาขาอาจใช้วิธีการในการศึกษาแตกต่างกันออกไป ดังนั้น แนวคิดใหญ่ ๆ ของพฤติกรรมก้าวร้าวดังนี้

2.2.1 ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ (Instinct Theory)

2.2.2 ความก้าวร้าวเป็นการตอบสนองความคับข้องใจ (Drive Theory)

ความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ กลุ่มที่ยึดแนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลจาก Freud (Freud, 1963 อ้างถึงใน Tesser, 1995) ซึ่งเขาเชื่อว่า มนุษย์นั้นมีแนวโน้มที่จะก้าวร้าวมาตั้งแต่เกิด และความก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ ซึ่งเขาอธิบายว่า สัญชาตญาณเป็นส่วนของอิด (ID) ซึ่งเป็นความต้องการของร่างกายมนุษย์โดยธรรมชาติ ความก้าวร้าวจัดเป็นประเภทเดียวกับความหิว กระหาย และความต้องการทางเพศ ซึ่งจะต้องมีการระบายออกไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม ซึ่งการระบายออกนี้อาจเป็นไปได้ในรูปแบบที่สังคมยอมรับ (เช่น การแข่งขันต่าง ๆ ด้านกีฬา ฯลฯ) หรือในทางที่สังคมไม่ยอมรับ (เช่น การทำร้ายร่างกาย)

### ความก้าวร้าวเป็นการตอบสนองความคับข้องใจ

ในปี 1993 มีนักจิตวิทยา ที่มหาวิทยาลัยเยล (Dollard et al., 1993 อ้างใน ทิพย์วัลย์ สุทิน, 2539) ได้เสนอสมมติฐาน เกี่ยวกับความก้าวร้าว ชื่อว่า “สมมติฐานความคับข้องใจ - ความก้าวร้าว” ซึ่งเชื่อว่า “การเกิดของความก้าวร้าวมักเป็นผลจากความคับข้องใจเสมอ” และส่วนที่สองก็แปลความกันว่า ความคับข้องใจจะก่อให้เกิดแรงผลักดัน ซึ่งนำไปสู่ความก้าวร้าวบางรูปแบบเสมอ

ความคับข้องใจ ตามที่ใช้ในที่นี้หมายถึง สภาวะที่บุคคลถูกขัดขวางไม่ให้ทำ ไม้ให้บรรลุผล หรือไม่ได้ในสิ่งที่ประสงค์

หลังจากแนวคิดนี้ได้แพร่หลาย ก็ได้มีการทำวิจัย ผลการวิจัยก็ได้รับการวิจารณ์และได้ข้อสรุปว่า ความก้าวร้าวอาจจะไม่ใช่ผลที่เกิดจากความคับข้องใจเสมอไป บางโอกาสบุคคลจะแสดง ความก้าวร้าวออกมาโดยที่เราไม่สามารถระบุได้ว่าเขามีความคับข้องใจ เช่น ทหารที่ได้รับคำสั่งให้ โจมตีข้าศึก โดยที่เขาไม่เคยรู้จักมาก่อน ดังนั้น จะต้องมีส่วนประกอบอื่น ซึ่งนอกเหนือไปจากความคับข้องใจเพียงอย่างเดียว ที่นำไปสู่ความก้าวร้าว

ต่อมาอีกนักจิตวิทยาสังคม Berkowitz (Berkowitz , 1969 อ้างถึงใน ทิพย์วัลย์ สุทิน, 2539) เสนอว่า ควรให้ความสนใจ ภาวะของอารมณ์ที่มีปฏิริยาต่อสิ่งแวดล้อมควบคู่กันไป ซึ่งเขาได้เสนอสมมติฐานใหม่ว่า ปฏิริยาที่บุคคลมีต่อความคับข้องใจหรือการถูกโจมตี จะเป็นความโกรธ ซึ่งภาวะอารมณ์ขณะนั้นมีความพร้อม ที่จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา และนิสัยก้าวร้าวเดิมก็อาจเป็นส่วนที่ก่อให้เกิดความพร้อมขึ้นได้ ซึ่งก็หมายความว่า การเกิดของความก้าวร้าวไม่ได้ขึ้นอยู่กับความคับข้องใจโดยตรงเพียงอย่างเดียว ความพร้อมจะต้องเป็นตัวประกอบระหว่างกลางอีกประการหนึ่ง ประการที่สอง สิ่งซึ่งเน้นการกระทำในสภาพแวดล้อมหรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก จะต้องได้รับการพิจารณาเช่นกัน แต่สิ่งกระตุ้นจากภายนอกนี้อาจมีความสำคัญน้อยลงไปหากสภาพอารมณ์ของเขามีความเข้มข้นเพียงพอที่จะชักนำให้เขาแสดงความก้าวร้าวได้ ซึ่งแนวคิดที่ Berkowitz ปรับปรุงใหม่นี้ เขาอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากการวิจัยของเขาและคณะ จำนวนหลายชิ้นด้วยกัน

เด็กสมาธิสั้นจะมีความเสี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง และผู้อื่นจากความหงุดหงิดคับข้องใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำการขาด ทักษะการเผชิญกับปัญหา ไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ อย่างเหมาะสม ทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา จากอาการหุนหันพลันแล่นควบคุมตัวเองได้ยาก (Frisch & Frisch, 2002) ดังนั้นจึงต้องหาแนวทางในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งอาจพัฒนาไปเป็นผู้ที่มีบุคลิกต่อต้านสังคม เป็นอันตรายได้

### 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว

ตัวเด็ก ปัจจัยที่สำคัญอย่างแรกของตัวเด็กเอง คือกรรมพันธุ์ มีรายงานการศึกษาว่ามีการถ่ายทอดพฤติกรรมก้าวร้าวทางยีน ประมาณร้อยละ 50 (Rutter et al., 2006) ต่อมาคือพื้นอารมณ์ และบุคลิกภาพของเด็กเอง ในการศึกษาระยะยาวโดย Caspi (2000) เด็กที่มีลักษณะ เลี้ยงยาก หุนหันพลันแล่น เจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่ายสามารถทำนายความก้าวร้าวความไม่รับผิชอบและที่สำคัญถ้าเด็กที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และควบคุมสมาธิได้ต่ำจะเป็นผู้ที่มีบุคลิกต่อต้านสังคม ต่อมาความสามารถทางสติปัญญา เด็กที่มี IQ ต่ำ โดยเฉพาะ verbal IQ มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว จะปรับตัวได้ยากในโรงเรียน และในสังคมทั่วไป จะมีข้อจำกัดในการแสดงออกของอารมณ์ และความคิด ขาดทักษะการจัดการกับความขัดแย้ง และทักษะทางสังคม นำให้เกิดการใช้พฤติกรรมก้าวร้าวต่อ เพื่อน และต่อความรู้สึกผิดหวัง (Farrington, 2005) ความบกพร่องของเด็กจากภาวะความผิดปกติต่างๆ เช่น โรคสมาธิสั้น อัมพาต ออทิสซึม อารมณ์ซึมเศร้าในเด็ก ภาวะโรคซึมเศร้า

ครอบครัว มีความสำคัญ และมีอิทธิพลกับชีวิตเด็ก เกี่ยวพันกับปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมไม่เหมาะสมอื่นๆ อย่างแรกความไม่ปลอดภัย ไม่ไว้วางใจ จากการที่เด็กถูกปฏิเสธ หรือทอดทิ้ง โดยพ่อ แม่ มีแนวโน้มที่จะตอบสนองด้วยความก้าวร้าวโดยไม่กลัว ความโกรธของพ่อ แม่ การถูกทำร้ายทางร่างกาย ทางเพศ และการถูกพ่อแม่ละเลยทำนายได้ถึงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเมื่อเติบโตขึ้นได้ (Farrington, 2005) อย่างที่สองพ่อแม่ที่ใช้การฝึกวินัยด้วยการลงโทษทางกาย ด้วยความโกรธ ซึ่งอาจรุนแรงเกินกว่าเหตุ การขัดแย้งหรือใช้ความรุนแรงในครอบครัว เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ขาดความอบอุ่นการสัมผัสทางกาย ถูกปฏิเสธละเลย (ทัศนาศาสตร์, 2551; Raaijmakers, 2008) อย่างที่สามการถ่ายทอดธรรมชาติความก้าวร้าว ด้วยการแสดงตัวแบบการใช้ความรุนแรงในครอบครัวเด็กจะเรียนรู้ โดยคิดว่าการแสดงความก้าวร้าวคือการสื่อสารของพวกเขา เช่นเดียวกับครอบครัวที่มีความแตกร้าง และความขัดแย้งอย่างรุนแรงก็จะมี ความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวโดยสมาชิกในครอบครัว (Raaijmakers, 2008) อย่างที่สี่ความเครียด และโรคทางจิตเวชเช่นภาวะซึมเศร้า หรือการใช้ยาเสพติดจะทำให้การทำหน้าที่ของพ่อแม่บกพร่อง ความเชื่อมั่นลดลง ภาวะซึมเศร้าของแม่จะทำให้ความเอาใจใส่เด็กลดลงและอาจลงโทษเด็กเพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (Raaijmakers, 2008)

เพื่อน และโรงเรียน ประสบการณ์ในโรงเรียนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมชั้น ทำให้รู้สึกเศร้าโดดเดี่ยวเกลียดโรงเรียน เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ (Thomas & Smith, 2004) เด็กที่ถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนจะมี บุคลิกต่อต้านสังคม และมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Kenneth et al., 2003)

**สิ่งแวดล้อม** เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมักมีครอบครัวที่ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมต่ำ พ่อแม่มีการศึกษาน้อย เติบโตในสังคมเมืองที่สิ่งแวดล้อมแออัดในชุมชนที่มีอัตราการเกิดอาชญากรรมสูง สื่อต่างๆที่อยู่รอบตัวเด็กได้แก่โทรทัศน์ที่มีความรุนแรง มีการศึกษาพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนที่ดูโทรทัศน์รายการที่มีภาพความรุนแรงบ่อยๆ มีโอกาสเกิดความก้าวร้าวได้เมื่อเติบโตขึ้น (Aneshensel & Sucoff, 1996; Raaijmakers, 2008)

**สังคม วัฒนธรรม** สังคมที่มีความก้าวร้าวรุนแรงให้เด็กเห็นตลอดเวลา มีผลมากกว่าความรุนแรงในครอบครัว สังคมที่มองเรื่องความรุนแรงเป็นเรื่องธรรมดาจะทำให้เด็กชินชา และใช้ความก้าวร้าวในการตัดสินใจปัญหาได้ (รัตโนทัย พลับรู้งการ, 1551)

#### 2.4 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ในกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องหาข้อมูลของเด็ก และครอบครัวเพิ่มเติมทั้งประวัติการเจริญเติบโต พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพของเด็ก ของบิดา มารดา วิธีการเลี้ยงดู วิธีการลงโทษเมื่อเด็กทำผิด ประเมินว่ามีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่นภาวะซึมเศร้า โรคคือ โรคอันธพาลซึ่งสามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM IV ช่วยในการยืนยันความผิดปกติร่วมด้วย ควรถามประวัติที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของคนในครอบครัวด้วย ในส่วนของโรงเรียนต้องประเมินพฤติกรรม ผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างครูและความสัมพันธ์กับเพื่อน ความรุนแรงของพฤติกรรมที่แสดงออกที่โรงเรียนร่วมด้วย (รัตโนทัย พลับรู้งการ, 2551)

จากการทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมก้าวร้าวจากแหล่งข้อมูลวิจัยต่าง ๆ พบว่ามีแบบเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวนมาก เช่น The Aggression Scale ของ Opinas & Frankowski (2001) ที่ใช้การวัดโดยให้ผู้ที่ถูกวัดเป็นคนบันทึกพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กวัยรุ่น อายุ 12-17 มีการวัดใน 11 ข้อ จากการทดสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มพบมีค่าความเที่ยงสูง จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน กับการบันทึกตามเครื่องมือการวัดพฤติกรรมสำหรับครู และเครื่องมือชนิดอื่นพบว่ามีค่าความเที่ยงใกล้เคียงกัน

CAS-Children's Aggression Scale ของ Helparin & McKay (2002) เป็นแบบวัดความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก และวัยรุ่น สำหรับกลุ่มอายุ 5-18 ปี เครื่องมือโดยรวมมีส่วนของ ผู้ปกครอง และครู ข้อมูลจากเครื่องมือทั้งสองส่วนร่วมกันจะมีน้ำหนักมากในการประเมินความรุนแรง และความถี่ วัดในส่วนของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา พฤติกรรมก้าวร้าวทางการกระทำ ทั้งต่อตนเอง คนอื่น และสัตว์ ทั้งใช้อาวุธ และไม่ใช้ เหมาะสำหรับกลุ่ม ADHD, ODD, CD โดยเฉพาะในกลุ่ม CD จะมีความเหมาะสมที่สุด

Overt Aggression Scale ของ Yudofsky et al. (1986) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อใช้สังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวช ลักษณะของแบบสังเกตเป็นรายการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละเวอร์ สามารถบันทึกระดับความรุนแรงของพฤติกรรม และความถี่ของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรายด้านของผู้ป่วยจิตเวช แบบสังเกตชนิดนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 และในประเทศไทยนำมาใช้ในงานวิจัย เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช และการจัดการของบุคลากร โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดย กชพงศ์ สารการ (2542) ต่อมา เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ(2549) นำมาใช้ในโครงการศึกษาอิสระเรื่องการศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้ Overt Aggression Scale ของ Yudofsky et al. (1986) ในการเก็บข้อมูลพฤติกรรมก้าวร้าวเช่นกัน เนื่องจากมีการระบุความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทำให้ผู้สังเกตเห็นได้ และการกำหนดค่าคะแนนในแต่ละข้อระบุไว้ชัดเจนมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อย จนถึงรุนแรงมาก

เครื่องมือชนิดนี้แบ่งหัวข้อการประเมินเป็น 15 ข้อ ตามลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย และแบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรง ถึงรุนแรงมาก ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ และนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลพฤติกรรมก้าวร้าวครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย ส่วนที่ 1 ตั้งแต่ข้อ 1-3 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกทางคำพูดและทางกายต่อสิ่งของที่ไม่รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน ส่วนที่ 2 ตั้งแต่ข้อ 4-7 ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาที่รุนแรงขึ้น และทางกายต่อสิ่งของที่รุนแรงขึ้น ทางกายต่อตนเอง และคนอื่น โดยมีท่าทางคุกคามหรือทำร้ายให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แข่งคำหยาบคาย ชิดเขียน โต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง คว่ำเสื้อผ้าผู้อื่น วิธีให้คะแนนหากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน ส่วนที่ 3 ตั้งแต่ข้อ 8-10 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และทางกายที่คุกคาม อย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ปาของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน ส่วนที่ 4 ตั้งแต่ข้อ 11-13 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายต่อสิ่งของ ตนเอง และผู้อื่น เช่น จุดไฟเผา ทำร้ายตนเอง / ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน ส่วนที่ 5 ตั้งแต่ข้อ 14-15 เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงต่อทั้งตนเอง และผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน

### 3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในเด็ก อาการจะแสดงออกอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การปรับตัวต่อสังคมซึ่งเป็นปัญหาจากอาการนอนไม่หลับ ไม่ใส่ใจการเรียน ไม่สามารถจดจ่อกับงานที่ทำได้นาน เบื่อง่าย ขาดความตั้งใจที่จะทำงานให้เสร็จ ขี้ลืม ทำตามใจตัวเอง หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำพฤติกรรมต่างๆด้วยอารมณ์ ควบคุมตัวเองไม่ได้เสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น ๆ ทั้งด้วยทางวาจา และทางการกระทำ เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กสมาธิสั้นถูกมองว่าเป็นเด็กคือ ก้าวร้าว และถูกลงโทษ แล้วถ้าผู้ลงโทษแสดงอารมณ์เกรี้ยวกราด ทั้งคุณค่า และศักดิ์ศรี ก็จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้จดจำ เรียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าวนำไปใช้กับผู้อื่นที่ทำให้ตนไม่พอใจ การที่เด็กต้องเผชิญกับความก้าวร้าวจากการถูกลงโทษบ่อยๆ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้เกิดความกลัว และพยายามต่อสู้ป้องกันตัวเอง นำไปสู่การใช้ความก้าวร้าวในการแก้ปัญหา (รัตโนทัย พลับรุ่งการ, 2551) ก็จะทำให้ปัญหาความก้าวร้าวบานปลายมากยิ่งขึ้น

#### 3.1 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาล

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในบทบาท ผู้ปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งถือว่ามีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบที่รุนแรง ต่อทั้งตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคมในอนาคต การช่วยเหลือเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล ทั้งความชำนาญ ทักษะและความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเป็นที่ยอมรับ ในการดูแล บำบัดเด็กที่มีปัญหา พยาบาลจะให้การปฏิบัติพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การบำบัด ให้การช่วยเหลือโดยการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณของเด็ก และครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิต โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อสามารถปรับตัวกับคนรอบข้าง ดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุข ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญของการสร้างสรรค์สังคมที่มีคุณภาพ

การปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการใช้หลักการพยาบาลดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

#### 1. การใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 การประเมินทางการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็ก และผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหาโดยการรวบรวมข้อมูลจาก



การสังเกต การตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต การสัมภาษณ์ทั้งจากตัวเด็ก ครอบครัวในเรื่องความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา การแก้ปัญหาของครอบครัว ความเหมาะสมของพฤติกรรมที่แสดงออกกับพัฒนาการตามวัย ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิต และการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อตัวเด็ก ครอบครัว และคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึง ทักษะคิด ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็ก และครอบครัว ในการตั้งข้อวินิจฉัยในการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด

1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในครอบครัว ที่โรงเรียน และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา ที่จะเกิดผลกระทบกับตัวเด็ก และครอบครัว เพื่อการวางแผนการพยาบาล

1.3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวของเด็ก ในลักษณะของการวางแผนร่วมกัน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการร่วมรับรู้ความรู้สึกกับครอบครัว ระหว่างการประเมินทางการพยาบาลในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัว ในการวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ อธิบายถึงวิธีการที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นอย่างได้ผล ซึ่งแจ้งรายละเอียดของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลที่จะนำมาใช้

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ และการใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวทางการพยาบาล พยาบาลต้อง มีความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใส่ใจ ในการฝึกฝน ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาล ให้การบำบัดตามขอบเขตกฎหมาย และเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการ และลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็ก และครอบครัว ต้องมีความเหมาะสม และได้รับความยินยอมร่วมมือด้วยดีในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้น โดยมีแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน

1.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานทั้งความตรง ความเที่ยงในการเก็บข้อมูล พฤติกรรมของเด็กตามที่กำหนดไว้ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์

นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรู้ความสามารถ ของครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก ในการมีส่วนร่วมดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไปพร้อม ๆ กัน

2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติพยาบาล ร่วมกับการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และใช้ผลงานวิจัยมาปรับใช้กับการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

3. การใช้การพยาบาลแนวองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น หมายถึงการดูแลช่วยเหลือเด็ก ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตวิญญาณ รวมถึงจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โรงเรียน ชุมชนที่จะมีผลกับอารมณ์ พฤติกรรม และพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก

4. การปฏิบัติพยาบาลมุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางกรพยาบาลซึ่งตั้งไว้ในขณะวางแผนการพยาบาล โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกรพยาบาลนั้น เกณฑ์ที่ตั้งไว้ ต้องวัดได้ชัดเจน

5. การใช้ทักษะพื้นฐานด้านการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร ในการปฏิบัติพยาบาลกรสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นทักษะที่จำเป็น โดยเฉพาะกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิต จะต้องเหมาะสม หลักการและทักษะกรร่วมรู้สึกรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์ จริงใจเป็นหัวใจของการสร้างสัมพันธภาพทั้งกับเด็ก และครอบครัว ส่วนทักษะการสื่อสารพยาบาลต้องพัฒนาความเข้าใจในธรรมชาติ ประสบการณ์ของ เด็กแต่ละวัย โดยอาจต้องใช้ทั้งวงจภาษา อัจฉนภาษา และการเล่น เป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

6. การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญจากตัวเด็ก จากครอบครัว จากครู เพื่อนที่โรงเรียน อย่างมีคุณภาพ ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลว่า มีความสอดคล้องกัน หรือขัดแย้งกันมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ มีการตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับจากคนที่มีความใกล้ชิด ในกรณีข้อมูลมีความขัดแย้งกัน

### 3.2 แนวทางการบำบัดเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3.2.1 แนวคิดจิตวิเคราะห์แนวใหม่ แนวคิดนี้เชื่อว่า ความโกรธ และความก้าวร้าว เกิดจากกระบวนการภายในและแรงขับ (Chess & Hassibi, 1978) แรงขับที่สำคัญที่สุดคือ แรงขับทางเพศ และความก้าวร้าว (Berkowitz & Rothman, 1983) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งที่สำคัญในแนวคิดนี้คือ ความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายใน กับความพยายามควบคุมเพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ (Glueck, 1940 อ้างถึงใน Eiseman, 1992) ในแนวคิดนี้จึงอธิบายความก้าวร้าวในลักษณะอาการของความไม่สบายใจลึกๆ ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้ ดังนั้นการแก้ปัญหาความขัดแย้งของความก้าวร้าวนี้ จึงกระทำโดยส่งเสริมให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสมในทางที่สังคมยอมรับในลักษณะทดแทน

3.2.2 กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม แนวคิดนี้มีเชื่อพื้นฐานว่าปัญหาพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนทั้งหลายเป็นการเรียนรู้ และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนได้โดยการให้การเรียนรู้

ประสบการณ์ใหม่ โดยเน้นให้ความสนใจศึกษาและแก้ไขกับพฤติกรรมภายนอก หลักของการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลอย่างมากคือ การเรียนรู้ โดยการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner (Skinner, 1938 อ้างถึงใน Goodman & Scott, 2005) จากแนวคิดนี้พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้นเพราะพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นมีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ การได้รับรางวัล ทำให้เด็กเกิดการพัฒนาความก้าวร้าวเพิ่มขึ้น (Patterson, 1976)

เมื่อศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้การลงโทษ ในครอบครัวของเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม พบว่าการลงโทษไม่ได้ผลแต่กลับทำให้เด็กก้าวร้าวมากขึ้นโดยไม่ตั้งใจ (Patterson & Hamberg, 1998) การปรับพฤติกรรมที่เน้นการวัดได้ สังเกตได้ ของกลุ่มพฤติกรรมนิยมนี้ทำให้มีการวิจัยกันมากมาย มีการศึกษาพบว่า การเสริมแรงทางบวกเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ตัวเสริมแรงที่ใช้ ได้แก่ เบี้ยอรรถกร คะแนน เงิน และการเสริมแรงทางสังคม การยกย่องชมเชย การให้ความสนใจ การยอมรับ และการเห็นความสำคัญ (Moss & Rick, 1981)

### 3.3 การช่วยเหลือครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น

การให้ความสำคัญกับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นตามแนวคิดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้กับการเลี้ยงดู มีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะ และโครงสร้างแตกต่างกันตามวัฒนธรรม แต่ครอบครัวก็เป็นสถาบันที่เป็นศูนย์กลางของสังคม ระบบครอบครัวมีความสำคัญมากต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาของเด็กทำให้บิดามารดาวิตกกังวลเดือดร้อนใจ และปัญหาของบิดา มารดาทำให้ความสามารถในการตอบสนองด้านความต้องการของเด็กลดลงด้วย

หน้าที่ของครอบครัว ควรมีลักษณะดังนี้คือ ให้ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้ความรัก ความอบอุ่นมั่นคง อย่างต่อเนื่องมีขอบเขตเหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีความรุนแรง หรือความเครียดที่มากเกินไปในบ้าน สามารถรับความช่วยเหลือจากญาติ พี่น้องและสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอย่าง ถูกวิธี สร้างความสัมพันธ์ และการแก้ไขปัญหารวมถึงอบรมเด็กให้เติบโต และทำหน้าที่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคม (อรวรรณ เลาห์เรณู, 2551) ดังนั้นครอบครัว จึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย์ อนันตพันธ์, 2540 ; Loukissa, 1995)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น จึงต้องคำนึงถึงครอบครัวของเด็กควบคู่ไปด้วยเสมอ ตามบทบาทพยาบาลมีรูปแบบการให้บริการกับครอบครัวได้หลายรูปแบบ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เลือกรูปแบบการให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละครอบครัว เช่นการให้คำปรึกษารายบุคคล หรือครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น หรือการฝึกทักษะครอบครัวให้เข้าใจสาเหตุที่เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีทัศนคติที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น มีความรู้พร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กในการปรับพฤติกรรม มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมรักษาในการติดตามประเมินผล การบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น อย่างต่อเนื่อง

#### 4. พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้น

4.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด เป็นวิธีการแก้ไข และพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่อยู่บนแนวคิดของนักจิตวิทยากลุ่มพฤติกรรมนิยมโดย Kalish (Kalish, 1981 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมบำบัดว่าเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อ เปลี่ยน แปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยหลักการแห่งพฤติกรรมเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ เข้ามาประยุกต์ใช้ได้

4.2 แนวคิด และทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด พฤติกรรมบำบัดมีอยู่หลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีวิธีการที่เป็นจุดเด่นของตนเอง ที่มีความแตกต่างจากรูปแบบอื่นๆ เพียงเล็กน้อย รูปแบบแรกของพฤติกรรมบำบัดคือ Classical Conditioning ซึ่งวัตสันเป็นผู้สร้างขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการในพฤติกรรมบำบัดอื่นๆ ทำให้มีชื่อเรียกต่างๆ กันไป ได้แก่ Operant Conditioning, Systematic Desensitization เมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมบำบัด คนส่วนใหญ่จะนึกถึง Operant Conditioning ซึ่งก็เป็นเพราะ Operant Conditioning เป็นวิธีการแก้ไขพฤติกรรมซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบและเป็นที่ยอมรับกันดี โดยมีแนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการกระทำมาใช้ ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของเด็กจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลการกระทำที่เกิดขึ้น ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ การกระทำจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กได้รับแรงเสริม ซึ่งจะทำการกระทำเพิ่มมากขึ้นและลดลง (Skinner, 1953 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) การจะให้เกิดพฤติกรรมใหม่จะต้องใช้แรงเสริม หรือสิ่งเร้าที่เป็นแรงเสริม (Reinforcement) อาจเป็นรางวัลซึ่งจะช่วยทำให้ พฤติกรรมที่เราต้องการคงอยู่ยาวนานหรือเกิดขึ้นบ่อย การใช้แรงเสริมจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับวิธีการปรับพฤติกรรม โดยความสำเร็จของพฤติกรรม

บำบัดขึ้นอยู่กับประเภทของแรงเสริมที่ใช้ ความถี่ของการให้การเสริมแรง ความสม่ำเสมอของการให้การเสริมแรง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

4.3 กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมในเด็กโดยธรรมชาติเด็กรวัยเรียนอายุ 6-9 ปีจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ Piaget เรียกว่าปฏิบัติการด้านรูปธรรม ทำให้เด็กมีมโนทัศน์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชั้นจะเข้าใจ และปฏิบัติตามกติกาคำที่คนอื่นได้ตั้งไว้ วัยนี้จึงเหมาะในการอบรมเด็กให้มีทักษะ และความรู้ที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์, 2550) การจัดโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่อาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสียงต่างๆ ให้อยู่ในสังคมปกติได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พฤติกรรมของเด็กกลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาได้แก่ เกรเพื่อน ทำลายของ พุดโกหก พุดคำหยาบคาย เป็นต้น โปรแกรมจะรวมถึงการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่ดีที่ควรปฏิบัติ การระบายความไม่พอใจในแบบที่เหมาะสม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น กิจกรรมนันทนาการ กีฬา ดนตรี ศิลปะ เป็นต้น การพัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การร่วมกิจกรรมมุ่งเน้นการพัฒนาความคิดจิตใจ อารมณ์ของเด็ก โดยเน้นการพัฒนา ความคิดที่เป็นระบบ การแสวงหาความรู้ การสร้างสรรค์ และความคิดริเริ่ม การแสดงออก การใช้เหตุและผล การทำงานเป็นทีม และการปรับตัวใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นกิจกรรมผสมผสานแบบหลากหลายรูปแบบ โดยยึดหลักความสนุกสนาน ความพึงพอใจโดยแทรกหลักในการปรับพฤติกรรมอยู่ในกติกาคำ และกฎเกณฑ์ของกลุ่ม

หลักของพฤติกรรมบำบัดแบบหนึ่งคือ การกำหนดระเบียบวินัย พยายามจะชี้แจงระเบียบวินัยให้กับเด็กทุกคนทราบตั้งแต่วันแรก ซึ่งหากมีการฝ่าฝืนหรือละเมิดกฎระเบียบจะได้รับการลงโทษตามกติกา และกฎเกณฑ์ที่วางร่วมกันไว้ เพื่อฝึกความรับผิดชอบและเสริมสร้างความมีระเบียบวินัยให้กับเด็ก กิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นในโปรแกรมเป็นการสร้างความคุ้นเคย สร้างความสัมพันธ์ เรียนรู้ถึงการอยู่ร่วมกัน การพัฒนาความคิด ทักษะการสื่อสารเป็นต้น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และนันทนาการจะจัดอยู่ในช่วงที่ต้องการบรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างเด็ก ส่วนใหญ่จะดำเนินการก่อนเริ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือคั่นระหว่างกิจกรรม เป็นการปลูกฝังมารยาทให้กับเด็ก เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นจะละเลยมารยาททางสังคม และใช้ความพอใจของตนเองเป็นที่ตั้ง

ในความเป็นจริงเป็นเรื่องยาก ที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กได้โดยสิ้นเชิง โดยใช้ระยะเวลาเพียงสั้นๆ ช่วงเวลาหลังจากจบกิจกรรมแล้ว เมื่อเด็กกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมเดิมจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นครอบครัว และโรงเรียนล้วนมีส่วนช่วยในการดูแลเด็ก โดยการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ที่จะมิผลให้เกิดพฤติกรรมไม่

ฟังประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นจึงมีกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลหลักให้มีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรม โดยจัดให้ให้ความรู้ในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเทคนิคพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม ไม่ฟังประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก ซึ่งมักจะพบได้บ่อยที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจเด็กมากขึ้น และมีทัศนคติที่ดีกับตัวเด็ก มีความพร้อมในการช่วยเหลือปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้านเพื่อให้เกิดการต่อเนื่องของโปรแกรม โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพควรจัดให้มีความเหมาะสมกับช่วงอายุของประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Lantz et al.,2000)ซึ่งโปรแกรมสำหรับเด็กวัยเรียนชั้นประถมส่วนใหญ่จะมีการนำเอาพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม และมุ่งเน้นในการพัฒนาการควบคุมอารมณ์การรู้เท่าทันอารมณ์ (Aber et al.,1996 อ้างถึงในทัศนาศาสตร์, 2551) ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมเหมาะสมขณะใช้ชีวิตอยู่ในสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

#### การบำบัดทางพฤติกรรมมีหลักดังนี้

4.3.1 มุ่งที่พฤติกรรมโดยตรง โดยที่พฤติกรรมนั้นต้องสังเกตเห็นได้ และวัดได้ตรงกันซึ่งพฤติกรรมในที่นี้หมายถึง สิ่งที่คุณคลกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้น เป็นภายในหรือภายนอกก็ตาม เช่น การร้องไห้ การเดิน การคิด การเดินของชีพจร การอ่านหนังสือ การเข้าคิว เป็นต้น

4.3.2 ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เช่น คำว่าก้าวร้าว ฉลาด โง่ เกเร ขี้เกียจ เก่ง เป็นต้น เพราะคำตีตราเหล่านี้มักจะเป็นคำที่มีความหมายกว้างๆ ที่รวมพฤติกรรมหลายๆ ลักษณะเข้าด้วยกัน จึงทำให้ไม่ชัดเจน หากแก่การสังเกตให้ตรงกัน นอกจากนี้บุคคลที่ถูกตีตราอาจจะพยายามทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับที่ถูกตีตราด้วย เช่น ถ้าตีตราว่าเด็กขี้เกียจ เด็กอาจจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าขี้เกียจจริง การตีตรายังทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายได้

4.3.3 พฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือไม่ปกติก็ตาม ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้น ดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้

4.3.4 พฤติกรรมบำบัดจะเน้นที่สภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้น แม้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในอดีตก็ตาม แต่เงื่อนไขสิ่งเร้าและผลในสภาพปัจจุบันเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมที่เรียนรู้ในอดีตนั้น จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลง ดังนั้นถ้าสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้าและผลกรรมใดที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็จะสามารถทำให้ปรับสิ่งเร้า และผลนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อจะทำให้พฤติกรรมดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

4.3.5 พฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่วิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการลงโทษ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น วิธีการทางบวกเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย นอกจากนี้การลงโทษยังเป็น

วิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ให้ไปในทิศทางที่พึงประสงค์ เนื่องจากการลงโทษเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อการระงับพฤติกรรมเท่านั้น หากใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมไม่ แต่อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า การลงโทษไม่ควรจะใช้เลย การลงโทษควรจะใช้อย่างยิ่งในกรณีที่บุคคลมีพฤติกรรมที่รุนแรง ตลอดจนพฤติกรรมนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ อีกทั้งถ้าพบได้ว่า จะไม่มีโอกาสที่จะพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่บุคคลเลย ถ้าไม่ลงโทษพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเสียก่อน นอกจากนี้การลงโทษยังสามารถสนองวัตถุประสงค์ ในแง่ที่ว่าหยุดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ชั่วขณะหนึ่ง เพื่อที่จะได้มีเวลาพอที่จะเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้

4.3.6 พฤติกรรมบำบัดนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน การลงโทษวิธีหนึ่งอาจใช้ได้ผลกับคนๆ หนึ่ง แต่อาจไม่ได้ผลกับอีกหลายๆ คน ตัวเสริมแรงตัวหนึ่งนี้อาจจะมีประสิทธิภาพสูงมากเมื่อใช้กับคนบางคนแต่อาจจะไม่มีประสิทธิภาพเลยถ้าใช้กับคนอีกกลุ่มหนึ่งดังนั้นในการดำเนินการพฤติกรรมบำบัดจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

4.3.7 วิธีการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

#### 4.4 พฤติกรรมบำบัดเพื่อการบำบัดเด็กสมาธิสั้น

เนื่องจากการเสริมแรงช่วยทำให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่ยาวนาน การเลือกใช้แรงเสริมให้เหมาะกับบุคคล และสถานการณ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันดับแรกที่นักพฤติกรรมบำบัด จะต้องพิจารณาแรงเสริมนี้อาจอยู่ในรูปของ สิ่งของ ขนม สดางค์ ซึ่งเป็นสิ่งสัมผัสได้ ทำให้ผู้รับมีความสุข แรงเสริมประเภทนี้เรียกว่า Primary reinforcers แรงเสริมอีกประเภทหนึ่ง มีลักษณะไม่เด่นชัดดังเช่นแรงเสริมชนิดแรก ได้แก่ การให้คำชมเชย หรือคำพูดที่ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ทำในสิ่งที่เราต้องการหรือมีพฤติกรรมที่เราต้องการ แรงเสริมชนิดนี้เรียกว่า Secondary reinforcers ซึ่งเป็นแรงเสริมที่มีคุณค่าไม่น้อยไปกว่าแรงเสริมประการแรก (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2550)

## เทคนิคการบำบัดโดยวิธี Operant conditioning มีอยู่หลายเทคนิคได้แก่

1. การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมทางบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ จะให้แรงเสริมนี้ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และค่อนข้างจะให้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงเสริมนี้อาจให้เป็นรางวัลหรือเครื่องหมาย หรือเป็นเบี้ยที่สามารถใช้แลกเปลี่ยนเป็นสิ่งของได้ เช่น ขนม คำชมเชย ยิ้ม จุดมุ่งหมายของการใช้แรงเสริมนี้ก็เพื่อให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ เกิดบ่อยๆ และคงอยู่นาน

หลักการเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีหลักการทั่วไป ดังนี้

1.1 การเสริมแรงทางบวกจะต้องใช้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้คำชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง อย่างเช่นการที่คุณพ่อวางเงื่อนไขกับลูกว่าถ้าทำการบ้านเสร็จแล้วจะให้ดูโทรทัศน์ ลูกขอดูโทรทัศน์ก่อนแล้วบอกว่า จะทำการบ้านคุณพ่อก็ตกลงให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อนแล้ว ปรากฏว่าลูกไม่ทำการบ้านหรืออาจจะทำการบ้านก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามการให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อนการทำการบ้านก็ไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรงทางบวก แม้ว่าลูกจะทำการบ้านหลังจากดูโทรทัศน์แล้วก็ตาม

1.2 การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้เด็กที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควร จะแสดงพฤติกรรมอะไร จึงไม่น่าประหลาดใจเลยที่ว่า การที่แม่บอกให้เด็กขยันเรียน เพื่อว่าวันข้างหน้าจะได้มีงานที่ดีจะไม่ค่อยได้ผลเท่ากับการที่แม่ให้คำชมเชยเด็กภายหลังทำการบ้านเสร็จ

1.3 การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือการให้แรงเสริมทุกครั้งหรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของคนที่ปรับพฤติกรรม การให้แรงเสริมไม่สม่ำเสมอทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

1.4 ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง เช่น บอกเด็กว่า “ลูกอ่านหนังสือให้จบหน้าที่ 12 ก่อนแล้วค่อยดูโทรทัศน์” หรือ “ถ้าใครทำงานได้เสร็จก่อนเวลา จะให้เวลาว่าง 10 นาทีไปทำกิจกรรมที่ชอบ” และเงื่อนไขในการแสดงพฤติกรรมไม่ควรสูงเกินไปจนทำให้เด็กทำสำเร็จได้ยาก เช่น ให้ท่องคำศัพท์ให้ได้ 50 คำก่อนแล้ว จึงให้ดูโทรทัศน์เป็นต้น

1.5 ตัวเสริมเรานั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรม โดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปอาจทำให้เกิด



การหมดสภาพการณ์เป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

1.6 ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากเด็กมีความแตกต่างกันดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ หนึ่งในเวลาต่อมาก็ได้

1.7 ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุดหรือการเสริมแรงทางสังคม

1.8 ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้เด็กได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใด จึงจะได้รับการเสริมแรง

1.9 ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือยืดเวลาการเสริมแรงเมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

สำหรับการศึกษารังนี้จะใช้ตัวเสริมแรงทางบวกหลายประเภทดังนี้คือ ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ เช่น ขนม ของเล่น สติกเกอร์ อาหาร ฯลฯ ตัวเสริมแรงที่เป็นการแสดงออก เช่น การชมเชย การกอด การพยักหน้ายิ้มแสดงการยอมรับ ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม เช่น เกมต่าง ๆ

2. การให้แรงเสริมทางลบ ( Negative Reinforcement ) การให้แรงเสริมทางลบ คือ การทำให้มีพฤติกรรมที่ต้องการ โดยใช้สิ่งเร้าที่ไม่น่ารื่นรมย์ พฤติกรรมการสนองตอบนี้จะอยู่ในรูปแบบของการยุติสิ่งเร้าต่างๆ เสีย หรือหนีจากสิ่งเร้าหรือเลี่ยงสิ่งเร้าต่างๆ แรงเสริมทางลบมีความหมายแตกต่างจากการลงโทษ คือ พฤติกรรมที่เราต้องการยังไม่เกิดขึ้น จะต้องให้แรงเสริมชนิดนี้ก่อนจึงจะเกิดพฤติกรรมนั้นๆ เช่น เด็กกลัวการถูกทำโทษจึงต้องทำการบ้าน มักจะมีข้อสงสัยกันเสมอว่าการเสริมแรงทางลบนั้นแตกต่างจากการลงโทษอย่างไร ซึ่งความจริงแล้วเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การเสริมแรงทางลบนั้นสิ่งที่ไม่พึงพอใจเกิดก่อนที่พฤติกรรมจะเกิดขึ้นเช่น กลัวถูกตีจึงทำกิจกรรมที่พ่อแม่บอก กลัวสอบตกจึงอ่านหนังสือ เป็นต้น อีกทั้งเป็นการทำให้พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นนั้นเกิดเพิ่มขึ้น แต่ทว่าในการลงโทษนั้นเป็นการให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจหลังจากที่พฤติกรรมเกิดขึ้นแล้ว เช่น ไม่ทำกิจกรรมที่พ่อแม่บอกรับหมายให้ทำจึงถูกตี การเสริมแรงทางลบไม่เป็นที่นิยมใช้มากนัก อาจจะเนื่องมาจากเหตุผลที่ว่าถ้าต้องการจะเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์สามารถทำได้โดยการใช้แรงเสริมทางบวกอยู่แล้วทั้งไม่ก่อให้เกิดปัญหาอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์อีกด้วย เช่นเด็กกลัวสอบตกจึงลอกข้อสอบ เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้แรงเสริมทางลบ ได้แก่การนำเด็กออกจากกลุ่มกิจกรรม ไม่ได้รับสติ๊กเกอร์ และไม่ได้รับของเล่น ถ้ามีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดไว้

**3. การนำออกไปสงบสติอารมณ์ (Time Out)** เป็นวิธีง่ายๆ คือนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรง เพื่อให้บุคคลนั้นสงบสติอารมณ์ เป็นการถอดถอนโอกาสที่บุคคลนั้นจะได้รับการเสริมแรงทางบวก หรือการสูญเสียตัวเสริมแรงที่บุคคลนั้นกำลังได้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมรบกวนกลุ่มกิจกรรม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต (Keltner et al., 1999)

**4. การเสนอตัวแบบ (Modeling)** เป็นรูปแบบหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ได้รับการเสริมแรงทางบวกให้เด็กดู เป็นการยืนยันถึงผลของการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้เด็กเกิดการเลียนแบบ ผู้ใหญ่โดยเฉพาะ พ่อ แม่ควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกพฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ มาเรียนรู้ภายหลังเด็กจะเลียนแบบผู้ใหญ่ที่อยู่ใกล้ชิด โดยดูจากการกระทำของผู้ใหญ่ มากกว่าการสอนด้วยวาจา (Keltner et al., 1999; รัตโนทัย พลับรูการ, 2551)

การปรับพฤติกรรมของเด็กให้ได้ผลจำเป็นต้องมีความต่อเนื่อง ดังนั้นการนำเด็กมาเข้าร่วมพฤติกรรมบำบัดในวันหยุดของเด็กและครอบครัว จะเป็นการช่วยให้เด็กไม่ต้องหยุดพักการเรียนและยังสามารถอยู่ร่วมกับพี่น้องและเพื่อนๆ ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนได้ตามปกติ และจะช่วยให้การปรับพฤติกรรมของเด็กเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ดูแลยังสามารถร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องโดยไม่ต้องหยุดงาน ดังนั้นพฤติกรรมบำบัดน่าจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น และป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นสามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นในครอบครัวและในสังคมนอกบ้านได้ ทั้งยังให้เด็กสามารถระบายความโกรธในวิธีทางที่เหมาะสม ผู้ดูแลหลักของเด็กก็จะได้เรียนรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น วิธีการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่ถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ขณะอยู่บ้านได้ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ประหยัดงบประมาณของประเทศชาติในด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้พฤติกรรมบำบัดถือว่าการพัฒนาบทบาทของพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในด้านทักษะการเป็นผู้นำในทางคลินิกเรื่องพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้น และการเป็นผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง โดยการนำรูปแบบพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น

ผู้ศึกษาเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ซึ่งมีแนวคิดว่า พฤติกรรมทางสังคมนั้นเกิดจากการเรียนรู้สำหรับแนวความคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์

กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น โดย Skinner (Skinner, 1938 อ้างถึงใน Goodman & Scott, 2005) ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภท ได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้น มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง

##### 5. โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

จากแนวคิดดังกล่าวมาผู้ศึกษาเลือกใช้โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่เสาวรักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) พัฒนาขึ้นจาก แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ปกครอง และเด็กสมาธิสั้น ของสถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์ (2546) โดยผู้ศึกษานำเทคนิคต่างๆมาใช้ร่วมกัน ในการปรับลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่มตามแนวปฏิบัติในคู่มือ พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ที่เสาวรักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) จัดทำขึ้น เป็นเครื่องมือดำเนินการทดลอง โดยแรงเสริมทางบวกนั้น หากเด็กได้รับรางวัลที่เด็กพึงพอใจในรูปแบบต่างๆ ที่จัดขึ้นขณะร่วมทำกิจกรรมที่กำหนดจะทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น การให้แรงเสริมทางลบนั้นถ้าเด็กถูกตัดสิทธิ์ในของรางวัล และถูกลงโทษในรูปแบบต่างๆ ที่ผู้ศึกษาได้วางเงื่อนไขไว้ ไม่ว่าจะเป็นการงดให้สติ๊กเกอร์ ไม่ได้เล่นเกมร่วมกับเพื่อนๆ ถูกให้ออกนอกกลุ่มกิจกรรม ร่วมกับการชี้แจงเหตุผลของการที่เด็กได้รับแรงเสริมทางลบ หรือถูก Time out ในทันที จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และลดพฤติกรรมก้าวร้าวแสดงพฤติกรรมที่ตีเพิ่มขึ้น ในด้านการเสนอตัวแบบนั้น ผู้ศึกษาใช้รูปแบบของการแสดง Role play สถานการณ์ ทั้ง 4 คือการเข้าคิว การกล่าวคำขอโทษ การกล่าวคำขอบคุณ และการเก็บของเล่น โดยอ้างอิงจากภาวะความบกพร่องของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นไมนิ่ง ซุกซน ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีระยะสั้น รอคอยไม่ได้ ทำให้ทำความผิดพลาดกับบุคคลรอบข้างโดยที่เด็กไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้ทันคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละสถานการณ์จะใช้เวลาชมไม่เกิน 3 นาที หากเด็กได้ชมและได้รับการพูดคุยชี้แนะร่วมกันในกลุ่มกับเพื่อน จะทำให้เด็กได้เห็นตัวอย่างในสิ่งที่ตีที่ควรกระทำ และเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีๆ นั้นต่อไป

ซึ่งจากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีส่วนร่วมผสมผสานในหลายแนวทางเพื่อให้เด็กสามารถแสดงพฤติกรรมที่ดีที่สังคมยอมรับ และลดพฤติกรรมก้าวร้าวลง ร่วมกับการที่ผู้ดูแลหลัก ได้รับความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น เทคนิคการปรับพฤติกรรมอันจะส่งผลให้สามารถนำไปใช้ดูแล และปรับพฤติกรรมเด็ก อย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง จึงจัดโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดในรูปแบบนี้ขึ้น

โดยผู้ศึกษาปรับจากโปรแกรมที่เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) ได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดหลักของ Skinner (1953) มาประยุกต์ใช้สร้างโปรแกรมส่วนประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการใช้พฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของ Skinner คู่มือการทำกลุ่มบำบัดตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการกระทำสำหรับเด็กสมาธิสั้น คู่มือการสอนผู้ดูแล และหนังสือคู่มือสำหรับผู้ดูแล มีรายละเอียดดังนี้

**5.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการใช้พฤติกรรมบำบัดตามแนวคิดของ Skinner** พัฒมาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคิดของ Skinner (1953) มาประยุกต์และพัฒนาขึ้น ดังมีเงื่อนไขที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมดังนี้คือ

5.1.1 การให้แรงเสริม (Reinforcement) ประกอบด้วย

- 1) การให้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement)
- 2) การให้แรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement)

5.1.2 การนำออกไปสงบสติอารมณ์ (Time Out)

5.1.3 กระบวนการเสนอตัวแบบ (Modeling)

**5.2 คู่มือการทำกลุ่มบำบัด ตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการกระทำสำหรับเด็กสมาธิสั้น** พัฒมาจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2546) ซึ่งใช้ในเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยกลางวันทุกวันจนครบตามโปรแกรมที่ทางสถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์จัดไว้ โปรแกรมที่ทางสถาบันฯ จัดขึ้นนั้น ได้ริเริ่มจัดกระทำขึ้นครั้งแรก ใน พ.ศ. 2540 และได้พัฒนารูปแบบของโปรแกรมจนเหมาะสมและสามารถใช้ได้เหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-9 ปี ซึ่งเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) ได้พัฒนารูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กิจกรรมในโปรแกรมใช้เวลาวันละ 3 ชั่วโมง ทั้งหมด 2 วัน

**5.3 คู่มือการสอนผู้ดูแล ปรับจากโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น** ของ กลุ่มการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ที่ พรทิพย์ วชิรดิถก, มนต์วี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง (2552) จัดทำขึ้น ซึ่งผู้ศึกษานำกิจกรรมในโปรแกรมที่ใช้ในการสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐานการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ปกครอง ร่วมกับกิจกรรมในโปรแกรมของเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) เรื่อง การชม การให้รางวัล และการลงโทษ มาเป็นคู่มือในการสอนครอบครัว โดยระยะเวลาที่กำหนดกิจกรรมทั้งหมด 1 วัน

5.4 หนังสือคู่มือสำหรับผู้ดูแล จัดทำขึ้นโดยรวบรวมจากเนื้อหาคู่มือการสอนผู้ดูแล เพื่อเป็นคู่มือให้ครอบครัวนำกลับไปทบทวน เนื้อหาสำคัญ และเทคนิคที่ใช้ในการดูแลปรับพฤติกรรมเมื่ออยู่บ้าน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมแรงทางบวกที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมนั้น ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของเทคนิคดังกล่าว ในลักษณะของการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรม การให้ความรู้ และการฝึกทักษะให้ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

เทพสิรินทร์ มากบุญศรี, (2549) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่พัฒนาขึ้นตามรูปแบบจิตสังคัมบำบัดของ Barkley โดยเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเข้าอบรม การเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการร่วมการอบรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์โดยมีเนื้อหาเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น เทคนิคการปรับพฤติกรรม การสื่อสารแบบ I message การใช้เวลาพิเศษ การสะสมแต้ม การให้รางวัลการ Time out การลงโทษ การจัดการกับพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์ต่างๆ ปิดท้ายด้วยกิจกรรมเปิดใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผลการทดลอง พบว่า อาการของโรคสมาธิสั้นในแง่ของ Inattention , Hyperactivity และ impulsivity ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่า ในแง่ของ Oppositional Defiant มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนความรุนแรงของอาการ โรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างเช่นกัน แต่คะแนนความเครียดของพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ วชิรฉิลก และคณะ. (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็ก ที่เป็นโรคสมาธิสั้น ใช้กรอบแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นรับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเวชเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง 90 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาระยะ

1 วัน และแต่ละกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลปกติ ประเมินผล โดยใช้แบบประเมินความรู้ทัศนคติ ทักษะ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และอาการของโรคสมาธิสั้น โดยวัดก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตาม 3 เดือนในทุกกลุ่ม ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการ ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กในระยะติดตาม 3 เดือน และสามารถ พัฒนาความรู้ทัศนคติ และทักษะในการดูแลในระยะหลังการทดลอง และติดตาม 3 เดือน มากกว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีเกณฑ์การ ประเมินผลผลลัพธ์ ทางกายภาพที่ชัดเจน มีความน่าเชื่อถือโดยใช้แบบประเมินอาการของสมาธิ สั้นเป็น Revised conners parent rating scale ของ Conners (1998)

เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ, (2549) ได้ศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ของเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เป็นการปรับพฤติกรรมโดยการใช้ทฤษฎี การเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำประกอบด้วย การเสริมแรงทางบวก การเสริมแรงทางลบ ร่วมกับเทคนิคการนำออกไปสงบสติอารมณ์ และการเสนอตัวแบบ มาใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็ก สมาธิสั้นเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอายุระหว่าง 6-9 ปี จำนวน 22 คน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ในเรื่องเทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วย ผลการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

Carson et al., (2000) ได้ศึกษาผลของรางวัล และการจ่ายคืน (respond cost) ต่อสมรรถนะ และการกระตุ้นในเด็กสมาธิสั้นจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน ในการให้ความร่วมมือ และความสามารถทางคณิตศาสตร์ ภายใต้เงื่อนไข 3 อย่างคือ การให้รางวัล การจ่ายคืน (respond cost) และไม่ได้รับการจ่าย ผลคือความสามารถทางคณิตศาสตร์ดีขึ้นอย่าง ชัดเจนในกลุ่มทดลองในเงื่อนไขการจ่ายคืน (respond cost) สอดคล้องกับการให้รางวัล อย่างไรก็ตาม การให้รางวัลมีความสัมพันธ์กับผลที่มีคุณประโยชน์มากกว่าผลจากการกระตุ้นด้วยตนเอง โดยไม่มี ผลทางลบของทั้งรางวัลหรือการจ่ายคืน (respond cost)

Damforth et al., (2005) ศึกษาผลลัพธ์ ของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองสำหรับครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว แบบเป็นกลุ่ม โดยใช้ Behavior Management Flow Chart (BMFC) เป็นการอนุমানด้วยเหตุผล โดยการชี้แจงจากโครงสร้างของโปรแกรมและรูปการที่มี ลักษณะเฉพาะของโปรแกรมที่ฝึกพ่อแม่ให้สามารถวิเคราะห์แยกแยะพฤติกรรมเด็กเป็นการ ศึกษา ในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน แบ่งเป็นกลุ่ม 9-10 ครอบครัว อบรมครั้งละ 75-90 นาที ทั้งหมด สัปดาห์ละ

ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาจากการใช้โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าว อาการสมาธิสั้น และลดความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ

DeWitt et al., (1997) ศึกษาผลของการใช้การเสริมแรงต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหา Mental retardation หรือ Borderline IQ. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 11 คน โดยให้แรงเสริมจำนวนน้อย ระหว่างการให้ทุกครั้ง และให้เป็นบางครั้ง ผลคือกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้น ในทั้งสองเงื่อนไข และมีผลทางบวกต่อการแต่งพฤติกรรม และการคงอยู่ของพฤติกรรมที่ได้รับการปรับ

Fabiano et al., (2009) ทำวิจัยรูปแบบทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการวิเคราะห์เมตาดา (meta-analysis) ตั้งแต่ปี 1990 ถึง 2008 ได้จำแนกการรักษาโรคทางจิตรวมถึง DHD ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า Behavior modification ถือเป็นการรักษา ADHD ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (DuPaul & Eckert, 1997; Pelham & Fabiano, 2008; Pelham . Wheeler & Chronis, 1998. อ้างถึงใน Fabiano , 2009) มีการใช้พฤติกรรมบำบัดอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ รวมถึงหลักของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning) การเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) ทฤษฎีพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive-behavioral theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) วิธีการส่วนใหญ่จะใช้กระบวนการวางเงื่อนไขเกี่ยวกับข้อเสนอ เช่น การควบคุม และผลของการกระทำ เช่น การนำออกไปสงบสติอารมณ์ (Time Out) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การเชื่อฟัง และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เช่น ความก้าวร้าว การไม่เชื่อฟัง หลักการนี้ยังใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม ที่เห็นภายนอกของเด็กอย่างได้ผลมากกว่า 40 ปี หลักของการปรับพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกับผู้ปกครอง และครู ถึงผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดที่บ้าน ที่โรงเรียน และการจัดสิ่งแวดล้อม

Huang et al., (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดตามโปรแกรมของ Barkley เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จัดโปรแกรมเป็น 11 ครั้ง ศึกษาในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-7 ปี ไม่มีอาการ Mental retardation ไม่เป็น Artistic ผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่ามัธยม ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และเด็กอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง จำนวน 21 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้สาเหตุของการแสดงพฤติกรรมของเด็ก การสร้างเสริมสมาธิ การเพิ่มความอดทน การให้รางวัล การใช้ Time out เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ การจัดการกับเด็กในที่สาธารณะ การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆในอนาคต การเตรียมพฤติกรรมเด็กก่อนเข้าเรียน และการเสริมแรงให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า อาการสมาธิสั้นของเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Nitkowski et al., (2009) ได้ศึกษาผลของการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการให้ความช่วยเหลือคุ้มครองสวัสดิภาพของเด็ก ในเด็กที่มีพฤติกรรมอันธพาล 25 คนอายุ 7-13 ปี ใช้เวลา 6 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่า ลดพฤติกรรมก้าวร้าวผิดกฎหมาย และปัญหาพฤติกรรมทางสังคม แล้วยังพบว่าพฤติกรรมที่เป็นอันธพาล และปัญหากับเพื่อนในวัยเดียวกันลดลง

**กรอบแนวคิดในการศึกษา**

การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา และทางกายลดลง ประกอบด้วยวิธีการดังนี้คือ การเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในเด็กด้วยการเสนอตัวแบบ การใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นขณะร่วมกิจกรรมในสถานการณ์จำลองที่จัดขึ้นโดยเทคนิค การใช้แรงเสริมทางบวก การใช้แรงเสริมทางลบ และการนำไปสงบสติอารมณ์ร่วมกับการให้ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการใช้พฤติกรรมบำบัด เนื่องจากต้องอาศัยความต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม และขอบเขตที่ชัดเจน ของการใช้เทคนิคต่างๆ ด้ยการให้ความรู้ผู้ดูแลหลักแบบกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องโรคสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐาน และเทคนิคการปรับพฤติกรรม รวมถึงการใช้พฤติกรรมบำบัดกับเด็กเมื่ออยู่บ้านด้วย ดังแผนภูมิต่อไปนี้

