

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ขอเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเรื่องเด็กสมาธิสั้น
  - 1.1 ความหมายและลักษณะอาการของเด็กสมาธิสั้น
  - 1.2 อาการแสดงของเด็กสมาธิสั้น
  - 1.3 การรักษาโรคสมาธิสั้น
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น
  - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.3 แนวทางในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 3.1 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 3.2 การดูแลครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
4. พฤติกรรมบ่าบัด
  - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมบ่าบัด
  - 4.2 พฤติกรรมบ่าบัดเพื่อการบ่าบัดเด็กสมาธิสั้น
  - 4.3 การใช้พฤติกรรมบ่าบัดในเด็กสมาธิสั้น  
ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

## 1. ความรู้ทั่วไปเรื่องเด็กสมาธิสั้น

### 1.1 ความหมาย

โรคสมาธิสั้น (Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder - ADHD) ประกอบด้วย อาการชน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactive) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และอาการขาดสมาธิ (Inattentiveness) ในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 5 ในเด็กวัยเรียน ใกล้เคียงกับอัตราความชุกในต่างประเทศที่สหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3 - 5 ในเด็กวัยเรียนโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM - IV ADHD จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด อัตราส่วนผู้ชายต่อผู้หญิงเท่ากับ 4 - 6 : 1 (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2545)

### สาเหตุ

ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคสมาธิสั้น แต่มีหลักฐานจากงานวิจัยที่ทำให้เชื่อได้ว่า น่าจะเกิดจากหลายสาเหตุเป็นปฏิสัมพันธ์มากกว่า 1 อย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2545)

#### 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรค ถ่ายทอดโรคภายในครอบครัวแต่รูปแบบหรือกลไกการถ่ายทอดยังไม่ทราบแน่ชัดค่า Heritability ของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ระหว่าง 0.5 - 0.92 อัตราการพบร่วม (Concordance rate) ของโรคสมาธิสั้นใน Monozygotic twin เท่ากับร้อยละ 51 ใน Dizygotic twin เท่ากับร้อยละ 33 พี่น้องหรือน้องชายของเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นสูงกว่าคนทั่วไปถึง 5 เท่า ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาคำแหน่งความผิดปกติบนยีนส์ที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าความผิดปกติน่าจะอยู่บนยีนส์ชื่อ Dopamine receptor D4 และ Dopamine transporter gene

#### 2. ปัจจัยทางชีวภาพ

อาการชน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการขาดสมาธิ พบในผู้ป่วยโรคชัก ภาวะขาดอาหาร การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยหลังคลอด Post encephalitis พยาธิสภาพของสมอง Frontal lobe ทำงานผิดปกติพบ Focalcebral hypofusion ของ Striatum และ Hyperfusion ของ sensorimotor area บริเวณ Corpus callosum มีขนาดเล็กกว่าปกติ และมี cerebral glucose metabolism ในบริเวณ Promotor cortex และ Superior prefrontal cortex น้อยกว่าปกติ Neurotransmitters พบว่า Dopamine และ nor - epinephrine turnover อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

#### 3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ปัญหาทางด้านจิตใจของพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการโดยตรง แต่จะทำให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น หรือมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการออกมาเด่นชัดและรุนแรงขึ้น สีหรือสารปรุงแต่งอาหารหรือน้ำตาลของหวาน ช็อกโกแลต ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้น

## 1.2 อาการแสดงของเด็กสมาธิสั้น

1). ขาดสมาธิ (Inattention) เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่ายไม่สามารถคงความสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน ถูกรบกวนจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อยตกๆ หล่นๆ เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืม ทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ มีลักษณะเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย เวลาสั่งให้เด็กทำงานอะไรเด็กมักจะลืมหรือทำครึ่งๆ กลางๆ อาการนี้มักจะมีต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่

2). อาการซน (Hyperactivity) เด็กจะมีลักษณะซน ยุกยิก อยู่ไม่สุข นั่งนิ่งๆ ไม่ค่อยได้ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา ชอบปีนป่าย เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผน หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซน และความไม่ระมัดระวัง พูดมาก พูดไม่หยุด อาการนี้จะสังเกตเห็นเด่นชัดในเด็กเล็กๆ เมื่อโตขึ้นอาการซนมักจะลดลงตามวัย จนเหลือแต่เพียงความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเวลาต้องอยู่นิ่งๆ ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยรุ่น

3). อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กจะมีลักษณะวู่วาม ใจร้อน ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ขาดความระมัดระวัง เช่น วิ่งข้ามถนนโดยไม่มองซ้ายมองขวา เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยอะไรไม่ได้ เวลาอยู่ในห้องเรียนก็จะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่ หรือกระโดดเข้าร่วมวงเล่นกับเด็กคนอื่นโดยไม่ขออนุญาตก่อน เวลาทำการบ้านมักจะรีบทำให้เสร็จไวๆ โดยไม่คำนึงว่างานจะเรียบร้อยหรือถูกต้องหรือไม่

4). อาการอื่นๆ เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นบางรายจะมีพฤติกรรมคือต่อต้าน เกเร ก้าวร้าว หรือมีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย บางรายอาจมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านภาษา การประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี (Poor motor coordination) หรือมีปัญหาการเรียนรู้บกพร่อง (Learning disorder) ในบางรายอาจมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder)

เด็กที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นไม่จำเป็นต้องมีอาการดังกล่าวทั้งหมด โรคสมาธิสั้นแบ่งได้เป็น 3 ชนิดขึ้นอยู่กับว่าเด็กมีอาการใดที่รุนแรงและเด่นมากกว่าอาการอื่นๆ ดังนี้

1. ชนิดผสม (Combined type) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นชนิดผสมคือ ผู้ป่วยมีอาการเด่นทั้ง Inattentiveness / Hyperactivity และ Impulsivity

(มีมากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการจาก 9 อาการ ทั้งในกลุ่มอาการชน หุนหันพลันแล่น และในกลุ่มอาการขาดสมาธิใน DSM-IV criteria)

2. ชนิดชน / หุนหันพลันแล่น (Hyperactive – Impulsive Inattentive type) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นชนิดชน / หุนหันพลันแล่น คือผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทางด้าน อาการซุกซน / หุนหันพลันแล่น (มีมากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการจาก 9 อาการ เฉพาะในกลุ่มอาการชน / หุนหันพลันแล่น แต่มีน้อยกว่า 6 อาการในกลุ่มอาการขาดสมาธิ)

3. ชนิดขาดสมาธิ (Inattentive type) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นชนิดขาดสมาธิคือ ผู้ป่วยที่มีอาการเด่นทางด้านอาการขาดสมาธิ (มีมากกว่าหรือเท่ากับ 6 อาการจาก 9 อาการในกลุ่มอาการขาดสมาธิแต่มีน้อยกว่า 6 อาการในกลุ่มอาการชน / หุนหันพลันแล่น)

ในเด็กผู้ชายมักพบว่าเป็นชนิดผสมและชนิดชน / หุนหันพลันแล่น มากกว่าชนิดขาดสมาธิอย่างเดียวแต่ในเด็กผู้หญิงมักพบว่าเป็นชนิดขาดสมาธิมากกว่าชนิดผสมหรือชนิดชน / หุนหันพลันแล่น ผู้ปกครองจะพบเด็กมารับการรักษาครั้งแรกเมื่ออายุไม่เกิน 6-9 ปี เนื่องจากเมื่อเด็กเข้าโรงเรียนจะเริ่มสังเกตถึงความผิดปกติที่แตกต่างจากเด็กอื่นๆ ในชั้นเรียน ดังนั้นหากได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ตั้งแต่เริ่มแรก จะป้องกันภาวะความผิดปกติอื่น ได้ เช่น อัมพาต ภาวะต่อต้านสังคม หรือโรคคือในเด็กได้ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

#### การวินิจฉัย

ใช้ Clinical diagnosis โดยอาศัยประวัติและอาการทางคลินิกเท่านั้นไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดๆ ที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยดังนั้นการซักประวัติอย่างละเอียดจากพ่อและแม่ และขอข้อมูลจากทางโรงเรียนทุกๆ ด้านเกี่ยวกับเด็กที่โรงเรียนรวมทั้งผลการเรียนจึงมีความสำคัญมาก การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางระบบประสาทเพื่อแยกโรคทางกายเช่น Lead poisoning Hyperthyroidism และโรคทางระบบประสาท ที่อาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมคล้ายโรคสมาธิสั้นได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

A. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไป ก และ / หรือข้อ ข เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

#### ก. อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptoms)

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ หรือทำผิดเนื่องจากขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
3. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่นหรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่งทำให้งานไม่เสร็จหรือผิดพลาด
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด

7. ทำงใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายบ่อยๆ
8. วอกแวกง่าย
9. ขี้ลืมบ่อยๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

ข. อาการชน / หนุ่หันพลันแล่น (Hyperactivity – Impulsivity symptoms)

1. ยุกยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา
2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ
3. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ (ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่อาจเป็นเพียงความรู้สึกกระวนกระวายใจ)
4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เฉยๆ ได้
5. ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่
6. พูดมาก พูดไม่หยุด
7. ชอบพูดโพล่งคำตอบ เวลาครู หรือพ่อแม่ถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
8. มีความลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย
9. ชอบขัดจังหวะหรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกันหรือแข่งเพื่อนเล่น

B. อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี

C. อาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน

D. อาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน

E. อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรค Pervasive Developmental Disorder Schizophrenia Psychotic Disorder Mood Disorder Anxiety Disorder Dissociative Disorder หรือ Personality Disorder

การวินิจฉัยแยกโรค

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ได้กล่าวไว้ดังนี้คือ

1. โรคทางกาย เช่น Lead poisoning Hyperthyroidis Absence seizure Hearing / vision impairment Medication induced ADHD – like behaviors เช่น Phenobarbital Theophylline Pseudoephedrine Carbamazepine Fragile X syndrome Neurofibromatosis เป็นต้น
2. โรคทางจิตเวช เช่น Pervasive Developmental Disorder (รวมทั้ง Autistic disorder) Mental retardation Learning disorder, Developmental delay Anxiety Disorder Depressive disorder Adjustment disorder เป็นต้น
3. ภาวะอื่นๆ ได้แก่ พฤติกรรมชนปกติตามวัย ปัญหาการเลี้ยงดู เช่น เด็กขาดการฝึกวินัย ถูกตามใจ สภาพแวดล้อมที่ขาดระเบียบ หรือมีความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก เด็กถูกทอดทิ้ง หรือถูกทารุณกรรม พ่อแม่มีปัญหาทางจิตเวช

### 1.3 การรักษา

ยาที่ใช้ได้ผลในการรักษาโรคสมาธิสั้น ชาญวิทย์ พรนภดล (2548) ได้กล่าวไว้ดังนี้คือ Psycho stimulants เป็นยาหลัก (drug of choice) ที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้นเนื่องจากเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ปลอดภัยใช้ง่าย และมีผลข้างเคียงน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับยาในกลุ่มอื่นๆ ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา Psycho stimulants จะตอบสนองดีต่อการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น imipramine, nortriptyline ประมาณร้อยละ 50 – 60 จะตอบสนองดีต่อการรักษา

กลไกการออกฤทธิ์ของยา Psycho stimulants (Mechanism of Action of Psycho stimulants)

Psycho stimulants (ทั้ง amphetamine และ methylphenidate) ออกฤทธิ์โดยไประงับการดูดกลับของ dopamine (block dopamine transporter) ที่ pre-synaptic neuron นอกจากนี้ amphetamine ยังไปยับยั้งการดูดกลับของ dopamine ที่ storage vesicles ทำให้ dopamine availability ที่ synaptic cleft เพิ่มขึ้น

ยา Psycho stimulants ที่ใช้ได้ผลในการรักษาโรคสมาธิสั้นและมีใช้ในประเทศไทยคือ immediate release (IR) หรือ Short acting methylphenidate (Ritalin, Rubifen) และ Osmotic - Release Oral System (OROS) หรือ long-acting methylphenidate (CONCERTA) ขนาดยาที่ใช้คือ 0.3 – 1.0 มก. / กก. / วัน ขนาดสูงสุดไม่เกิน 1มก./กก./วัน ขนาดเฉลี่ยที่ได้ผลดีคือ 0.7 มก./กก./วัน

Immediate Release (IR) หรือ Short Acting Methylphenidate จะออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาทีหลังรับประทาน เนื่องจากมีระยะครึ่งชีวิต (half-life) ประมาณ 2-3 ชั่วโมงและออกฤทธิ์นานประมาณ 3-4 ชั่วโมง ดังนั้นจำเป็นต้องให้ยาหลายครั้งต่อวัน โดยแบ่งให้ยาวันละ 2-3 ครั้ง เช้า-เที่ยง หรือ เช้า-เที่ยง-บ่าย และเพิ่มได้มี้อละ 2.5 – 5 mg. จนกระทั่งเด็กมีอาการดีขึ้นหรือเริ่มมีผลข้างเคียงที่ทนไม่ได้

ควรหลีกเลี่ยงการใช้ Methylphenidate ในผู้ป่วยต่อไปนี้ (Greenhill LL., 2002)

1. ต้อหิน (glaucoma)
2. ธิรโรคด์เป็นพิษ (hyperthyroidism)
3. ความดันโลหิตสูง (hypertention)
4. โรคหัวใจที่ยังมีอาการ (symptomatic cardiovascular disease)
5. โรคลมชักที่ยังควบคุมไม่ได้ (poor controlled seizure disorder)  
เนื่องจาก Methylphenidate อาจลด seizure threshold
6. ผู้ป่วยที่กำลังรับประทานยา monoamine oxidase (MAO)  
Inhibitor, warfarin, guanethidine

- 7. ผู้ป่วยโรคจิตที่ยังมีอาการ (active psychotic disorder)
- 8. ผู้ป่วยที่มีประวัติติด หรือ abuse ยา Psycho stimulant
- 9. ผู้ป่วยที่เคยแพ้ยา Psycho stimulant

ผลข้างเคียงของ Methylphenidate

ที่พบบ่อยคือ อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ใจเต้น ความดันโลหิตสูง (มักพบในผู้ใหญ่) ผลข้างเคียงส่วนใหญ่มักเป็นชั่วคราวและจะหายไปเมื่อใช้ยาไปประมาณ 2-3 สัปดาห์ ถ้าให้ Methylphenidate ในขนาดที่สูงมากๆ อาจทำให้เกิดอาการชัก, Psychosis, เกิดภาวะ amotivational หรือ zombie-like effect (เด็กจะซึมไม่นั่ง ไม่กระตือรือร้น สมองไม่คิดไม่ทำงาน) ในบางรายที่มีอาการของ tic หรือ Tourette's disorder ร่วมด้วยการให้ Methylphenidate อาจทำให้อาการ tic เลวลงอย่างไรก็ตามไม่ถึงว่า tic disorder เป็น contraindication ของการใช้ Methylphenidate เพียงแต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง

ไม่พบว่าเกิดภาวะดื้อยาเมื่อใช้ Methylphenidate เป็นระยะเวลานานๆ (long term tolerance) อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาประสิทธิภาพของยาในแต่ละช่วงเวลาภายในหนึ่งวันพบว่าผู้ป่วยที่รับประทาน Immediate release (IR) หรือ Short acting methylphenidate สามารถเกิดภาวะดื้อยาเฉียบพลัน (acute tolerance) ขึ้นได้ หมายความว่าผู้ป่วยที่รับประทานยามื้อเที่ยงหรือมื้อบ่ายในขนาดเท่ากับมื้อเช้า จะไม่ได้รับประสิทธิภาพดีเท่ากับช่วงหลังรับประทานยามื้อเช้านั้น ผู้ป่วยบางรายอาจจะอยู่ไม่นิ่งหรือขาดสมาธิมากขึ้นในช่วงบ่าย

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติสำหรับแก้ไขผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย (Greenhill L.L., 2002)

ผลข้างเคียง	วิธีแก้ไข
ก. เบื่ออาหาร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อนุญาตให้เด็กรับประทานอาหารเพิ่มอีก 1 มื้อ (มื้อก่อนนอน)</li> <li>2. แนะนำผู้ปกครองให้นม หรืออาหารที่มีแคลอรีสูงเสริมแก่เด็ก</li> </ol>
ข. น้ำหนักตัวลดหรือไม่เพิ่มตามอายุ	ควรลดขนาดยาหรืองดยาในวันเสาร์-อาทิตย์, วันหยุด, ช่วงปิดเทอม
ค. นอนหลับยาก	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดขนาดยาในมื้อบ่าย หรืองดยาในรายที่มีอาการรุนแรง</li> <li>2. แนะนำสุขลักษณะในการนอน (sleep hygiene)</li> </ol>
ง. ปวดศีรษะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หากอาการไม่รุนแรงแนะนำให้สังเกตอาการและรับประทานยาต่อไป อาการปวดศีรษะมักค่อยๆ หายไปเอง</li> <li>2. หากอาการรุนแรงให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย, พิจารณาลดขนาดยา</li> </ol>

<p>จ. ปวดท้อง</p>	<p>หรือหยุดยา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับประทานยาทันทีหลังอาหาร</li> <li>2. สังเกตอาการและรับประทานต่อไป อาการปวดท้องจะค่อยๆ หายไปเอง</li> </ol>
<p>ฉ. อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย</p>	<p>ถามผู้ปกครองว่าอาการมักจะเกิดขึ้นเวลาใด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● หากเกิดขึ้นในช่วงที่ยากำลังออกฤทธิ์ (หลังรับประทานยาประมาณ 1 ชั่วโมง) แก้ไขโดยลดขนาดยาในมือนั้นลง</li> <li>● หากเกิดขึ้นในช่วงที่ยากำลังหมดฤทธิ์ (หลังรับประทานยาประมาณ 4 ชั่วโมงหรือมากกว่า) แก้ไขโดยให้ยามื้อต่อไปเร็วขึ้น อาจพิจารณาให้ยามื้อบ่ายร่วมด้วยในรายที่รับประทานยา 2 เวลา</li> </ul>

ผู้ปกครองของผู้ป่วยหลายรายรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์หลายท่านเข้าใจผิด และมีความกังวลเกรงว่าการให้เด็กรับประทานยาในกลุ่ม Psycho stimulant นี้ไปนานๆ อาจทำให้เด็กมีโอกาสใช้สารเสพติดมากขึ้น แต่จากการศึกษาโดยการทำ meta-analytic review ล่าสุดพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา Psycho stimulant เป็นเวลาหลายปีติดต่อกัน คิดสารเสพติดน้อยกว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา Psycho stimulant โดยที่ pooled odds ratio (OR) เท่ากับ 1.9 ในกลุ่มที่ติดตามจนถึงวัยรุ่น OR เท่ากับ 5.8 ในกลุ่มที่ติดตามจนถึงผู้ใหญ่ OR เท่ากับ 1.4 สรุปว่าการรักษาด้วยยา Psycho stimulant อย่างต่อเนื่องและติดตามอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยป้องกัน (protective factor) ไม่ให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นคิดสารเสพติดเมื่อโตขึ้น (Wilens TE., 2003) อีกประเด็นที่ผู้ปกครองและแพทย์หลายท่านมักกังวลและสงสัยคือโอกาสที่ยา Psycho stimulant จะมีผลการเจริญเติบโต (growth suppression) นั้นมีมาน้อยเพียงใดหากเด็กรับประทานยาติดต่อกันระยะยาว จากการวิจัยล่าสุดพบว่าเด็กวัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) ที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความสูงเฉลี่ยต่ำกว่าเด็กปกติ ซึ่งความแตกต่างนี้ไม่ได้เป็นผลมาจากการรับประทานยา Psycho stimulant แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากพัฒนาการที่ล่าช้าด้านความสูง (developmental delays in the tempo of height gain) ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเอง เพราะเมื่อติดตามเด็กกลุ่มนี้จนถึงวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของความสูงระหว่างเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับเด็กปกติ (Spencer TJ., 1998)

เนื่องจากการใช้ Short acting methylphenidate ก่อให้เกิดข้อจำกัดหลายประการ เช่น โอกาสทำให้เด็กรู้สึกว่ามี stigma เนื่องจากต้องรับประทานยามื้อเที่ยงที่โรงเรียน, โอกาสก่อให้เกิดปัญหา non-compliance ต่อการรับประทานยา, พบลักษณะ “ขึ้น-ลง” ของอาการเนื่องจากยาหมดฤทธิ์เร็ว, โอกาสเกิดอาการขาดยา (withdrawal symptoms) หรือ rebound



symptom, โอกาสเกิดการดื้อยาเฉียบพลัน (acute tolerance) เป็นต้น ดังนั้นยาใหม่ที่มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) และระยะเวลาการออกฤทธิ์ (duration of effect) ยาวจะช่วยแก้ปัญหาข้อจำกัดเหล่านี้ได้ (Swanson, 2003)

Concerta เป็น long-acting methylphenidate ที่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 12 ชั่วโมง และมีประโยชน์เหนือ Short acting methylphenidate ตรงที่

1. ผู้ป่วยรับประทานยาเพียงวันละครั้ง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานมื่อเที่ยงที่โรงเรียน เป็นการลด stigmatization ของผู้ป่วย
2. เพิ่ม compliance ของผู้ป่วยต่อการรับประทานยา
3. ไม่พบลักษณะ “ขึ้น-ลง” ของอาการและมีโอกาสเกิดอาการขาดยาหรือ rebound symptom น้อยเนื่องจากระดับยาในร่างกายจะค่อยๆ ลดระดับลง
4. โอกาสเกิดการดื้อยาเฉียบพลัน (acute tolerance) น้อยกว่า เนื่องจาก Concerta มีลักษณะการปลดปล่อยยาแบบ ascending profile (ระดับความเข้มข้นของยาได้ระดับสูงขึ้นตั้งแต่ชั่วโมงที่ 4 หลังรับประทานยา) ซึ่งจะแก้ปัญหากลไกการเกิดการดื้อยาเฉียบพลันให้เกิดขึ้นน้อยลง
5. ผู้ป่วยจะยังคงมีสมาธิขณะทำการบ้านในตอนเย็น เนื่องจากยายังไม่หมดฤทธิ์
6. โอกาสที่ผู้ป่วยจะ abuse Concerta มีน้อยกว่า Short acting methylphenidate เนื่องจาก capsule ของ Concerta ไม่สามารถทำให้แตกหรือปริได้โดยง่าย ผู้ป่วยจึงไม่สามารถนำตัวยามาเสพสู่ว่างกายโดยวิธีอื่นๆ ได้ หากผู้ป่วยรับประทานก็จะไม่ได้ความรู้สึก “high” ได้ แต่ระดับยาจะค่อยๆ ได้ระดับสูงขึ้นอย่างช้าๆ ข้อดีนี้อาจช่วยลดความกังวลของพ่อแม่ที่เกรงว่า เด็กจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดยาหากรับประทานที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับ amphetamine

เม็ดยา Concerta เป็น capsule ที่มีลักษณะเป็น semi-permeable shell โดยด้านนอกของ capsule เคลือบด้วย immediate release methylphenidate (จำนวน 22% ของปริมาณทั้งหมด) ที่จะถูกดูดซึมและออกฤทธิ์ภายใน 20-30 นาทีหลังจากรับประทาน ส่วนภายใน capsule จะถูกแบ่งออกเป็น 3 compartments ที่บรรจุด้วย methylphenidate จำนวน 2 compartments และอีกหนึ่ง compartment เป็น push compartment เมื่อน้ำซึมผ่านเข้ามาในเม็ดยาจะทำให้ push compartment ขยายตัวเกิดแรงดันให้ methylphenidate ค่อยๆ ไหลออกมาอย่างช้าๆ จากรูทางข้างหนึ่งของ capsule ที่เจาะไว้ด้วย laser กลไกนี้เองที่ทำให้ Concerta มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นานถึง 12 ชั่วโมง (Wolraich ML, 2001) การศึกษาเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาโดยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 24 เดือน พบว่าเป็นยาที่ปลอดภัยไม่มีผลลดการเจริญเติบโต มีผลข้างเคียงน้อย ความอยากอาหารและการนอนเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยซึ่งดีขึ้นเมื่อรับประทานยาไประยะเวลาหนึ่ง (Wilens TE., 2001)

ขนาดเริ่มต้นของ Concerta คือ 18 mg. โดยให้รับประทานวันละครั้งตอนเช้า ก่อนหรือหลังอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำว่าให้กลืนยาทั้งเม็ด ไม่ควรเคี้ยว แบ่ง หรือบดให้

แตก การปรับขนาดยาควรทำสัปดาห์ละครั้งถ้าจำเป็นโดยเพิ่มขนาดยาครั้งละ 18 mg. ขนาดสูงสุดไม่ควรเกิน 54 mg. ต่อ

## 2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออก เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอาจเกิดการป้องกันตัวเองจากสิ่งคุกคาม พฤติกรรมก้าวร้าวจะแสดงออกทางสีหน้าเบ่งคิ้ว แววตาไม่เป็นมิตร แสดงท่าทางไม่พอใจ ใช้คำพูดกระแทกกระทั้น วาจายหยาบคาย บางครั้งเกิดการทำร้ายร่างกายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและสิ่งของเสียหาย บางครั้งรุนแรงจนเกิดอันตรายถึงชีวิต หรือต้องสูญเสียทรัพย์สินจำนวนมาก ถ้าผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือบำบัดอาจทำให้เกิดผลเสียรุนแรงมากขึ้น (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2544)

### 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรม ที่ก่อให้เกิดความเสียหายและเป็นอันตรายต่อบุคคลและสังคมเป็นอย่างยิ่ง จึงมีผู้สนใจศึกษากันเป็นจำนวนมากโดยเริ่มจากเรอริบาย วิเคราะห์ความหมายและสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไข ก่อนที่จะศึกษาถึงสาเหตุ ควรทราบถึงความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวให้เข้าใจชัดเจน ดังที่มีผู้ศึกษาให้ความหมายไว้ดังนี้

Baenniger (1980) กล่าวว่า ความก้าวร้าว หมายถึง การกระทำให้ผู้อื่นเกิดอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บ

Averill (1982) กล่าวว่า ความก้าวร้าว หมายถึง การตอบสนองที่ตั้งใจจะก่อให้เกิดบุคคลได้รับความเจ็บปวด หรือไม่สบายใจ

White (1984) กล่าวว่า ความก้าวร้าว คือการใช้กำลังข่มขู่โดยการใช้อารมณ์

Sears (1991) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นการกระทำซึ่งเจตนาที่จะทำร้ายผู้อื่น

Baron & Richardson (1994) กล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายในการทำร้ายผู้อื่นโดยที่การกระทำนั้นๆ เป็นสิ่งที่ผู้ถูกกระทำ ไม่ต้องการและไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ

Meyers (1976) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมทางกาย หรือวจา ซึ่งมีเจตนาหรือตั้งใจทำร้ายผู้อื่น

Buss (1961) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นในรูปของการกระทำอย่างทันที โดยมีเจตนาจะทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกาย เช่น แขน ขา ฟัน หรือใช้อวัยวะทางกายร่วมกับอาวุธเช่น มีด ไม้ ปืน เพื่อให้ผู้อื่นเจ็บปวด

2. ความก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression) เป็นการสนองตอบต่อสิ่งที่มากระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวดซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะคือ

2.1 การปฏิเสธ ในการปฏิเสธมักจะแสดงท่าทางประกอบด้วย เช่น หลบหน้า แสดงท่าทางรังเกียจ ไม่ยอมเข้ากลุ่ม ส่วนคำพูดที่ใช้ในการปฏิเสธได้แก่ การพูดตรงๆ หรือการพูดให้ร้ายร่วมกับการแสดงอารมณ์เพื่อทำร้ายความรู้สึกของผู้อื่น

2.2 การบังคับ เป็นการพูดเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ โดยทำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด ไม่พอใจ

อัมพร โอตระกูล (2527) กล่าวว่า ความก้าวร้าวหมายถึง การกระทำที่รุนแรงกว่าปกติ มีผลทำให้ผู้อื่นหรือตนเองเจ็บปวด เกิดความเสียหายทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา การแสดงออกของความก้าวร้าวมีได้หลายทางคือ

1. ทางวาจา หรือคำพูด เช่น การพูดด่าว่า กรรโชก ข่มขู่
2. ทางการกระทำของร่างกาย เช่น การต่อสู้ชกต่อย การตีรันฟันแทง การข่มขืน
3. การทำให้เกิดความสูญเสียทรัพย์สินสมบัติ เช่น การทำลายข้าวของให้เสียหาย หุบไฟแตก จุดไฟเผา วางระเบิด
4. การนินทาว่าร้ายเพื่อให้เกิดความอับอายและเสียชื่อเสียง

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเรียกร้องสิทธิแห่งตน โดยไม่สนใจว่าจะไปก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่นหรือไม่ การแสดงออกจะมีลักษณะของการข่มขู่ บีบบังคับ เรียกร้อง หรือลักษณะของการแสดงออกที่รุนแรง

พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นสามารถแสดงออกได้ 2 ลักษณะ คือ ลักษณะทางตรง ได้แก่ การพูดจา ข่มขู่ กรรโชก หรือพูดจาดูถูก รวมถึงการแสดงออกทางท่าทาง เช่น การแกว่งหมัดไปมา การมองอย่างเหยียดหยามและการทำร้ายร่างกาย ลักษณะทางอ้อมได้แก่ การพูดจาเสียคสี หรือการนินทาให้ร้าย ส่วนท่าทางการแสดงออกนั้นมักแสดงออกโดยบุคคลนั้นไปสนใจในสิ่งอื่นๆหรือแสดงออกต่อบุคคลอื่น หรือวัตถุสิ่งของแทนที่จะแสดงออกต่อบุคคลเป้าหมาย

จากความหมายที่นักจิตวิทยาได้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว ในลักษณะที่แตกต่างกันไปนั้น บางคนมุ่งอธิบายในด้านการกระทำและการแสดงออก บางคนมุ่งอธิบายในด้านผลของการกระทำนั้นๆ อย่างไรก็ตามจากความหมายในลักษณะต่างๆ เหล่านี้ สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวคือ การกระทำทางกายและ / หรือวาจา ที่มีลักษณะการแสดงออกที่รุนแรงทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีเป้าหมายหรือเจตนาที่จะทำให้ทรัพย์สิน สิ่งของ และ / หรือบุคคลอื่นได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายและ / หรือจิตใจ

ในขณะเดียวกันก็ได้มีผู้ศึกษาถึงประเภทของความก้าวร้าวโดย Smith & Mackie (1995) ได้ศึกษาและอธิบายถึงลักษณะการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยแบ่งความก้าวร้าวออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นเครื่องมือไปสู่เป้าหมาย (Instrumental Aggression) บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อเห็นโอกาสที่จะได้รับประโยชน์หรือเป้าหมายที่ต้องการ เป็นการใช้ความรุนแรงเพื่อให้ได้ผลประโยชน์บางอย่าง เช่น มือปืนรับจ้างรับทำงานเพราะต้องการเงิน ไม่ได้ทำเพราะความโกรธเคืองใดๆ เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าวอาจกระทำเพื่อต้องการเรียนร้องคุณค่า ความสนใจ รางวัล หรือเพื่อระบายความคับข้องใจ ซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจจะจับไปได้หากบุคคลนั้นเห็นว่าจะได้รับโทษหรือไม่ได้ประโยชน์

2. พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดจากสภาวะอารมณ์ (Emotional Aggression) เป็นสภาวะการณ์ที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้เกิดความโกรธและต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่น หรือสิ่งของให้ได้รับอันตรายหรือเสียหาย โดยไม่คำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการกระทำพฤติกรรมก้าวร้าวเหล่านั้นๆ

Bandura (1973, 1976, 1986) เชื่อว่าความก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้ของมนุษย์ ดังนั้นการพิจารณาว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่นั้นต้องพิจารณา 2 ประการ คือ

1. เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลได้รับบาดเจ็บ ได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายหรือจิตใจและ/หรือ เป็นพฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน การทำให้บุคคลได้รับความเสียหายทางร่างกาย อาจทำได้โดยการทำร้ายโดยตรง หรือทำร้ายทางอ้อม โดยทำให้บุคคลได้รับอันตรายเสียหายจากการกระทำของคน และการทำให้บุคคลได้รับความเสียหายทางจิตใจนั้น อาจทำได้โดยการดูถูก ดูหมิ่น ทำให้อับอายหรือการใช้อำนาจ บังคับจิตใจ เป็นต้น

2. เป็นพฤติกรรมที่ได้รับการตัดสินจากสังคม หรือบรรทัดฐานทางสังคม ว่าพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว เพราะมีพฤติกรรมบางอย่างที่ทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บหรือทำลายทรัพย์สินโดยผู้กระทำ ทำตามบทบาทหน้าที่ในสังคมหรืออาจทำโดยไม่เจตนา หรือมีข้อยกเว้นอื่นที่สังคมกำหนดไว้ให้ทำได้ เช่น ทันตแพทย์ ทำให้คนไข้ได้รับความเจ็บปวด ช่างก่อสร้างทำลายตึกเก่าเพื่อสร้างใหม่ และในทางตรงกันข้ามมีพฤติกรรมบางพฤติกรรมที่ได้รับการตัดสินจากสังคมว่าเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แม้จะไม่มีผู้ใดได้รับบาดเจ็บ หรือยังไม่มีทรัพย์สินเสียหาย

นอกจากนี้การกระทำการทำร้ายหรือทำลายในลักษณะเดียวกัน อาจได้รับการพิจารณารับรู้ แตกต่างกัน ขึ้นกับเพศ อายุ สถานภาพ และจริยธรรม ของผู้กระทำ ดังนั้นพฤติกรรมการทำร้าย จะมองว่าเป็นความก้าวร้าวหรือไม่จึงขึ้นกับบริบททางสังคมและการตัดสินจากเจตนา และสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมของบุคคลในสังคมนั้น

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

นักจิตวิทยาได้ศึกษาและวิเคราะห์แนวความคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิด

พฤติกรรมก้าวร้าว ไว้หลายรูปแบบด้วยกันดังนี้

1. ทฤษฎีสัญชาตญาณ (Instinct Theory) แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลจาก แนวคิดจิตวิเคราะห์ของ Freud (Freud 1932 / 1963 อ้างถึงใน Tesser, 1995) ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ถูกควบคุมด้วยสัญชาตญาณ 2 อย่างคือ สัญชาตญาณของการมีชีวิต (Eros) เป็นสัญชาตญาณของการมีชีวิตอยู่ และสัญชาตญาณแห่งความตาย (Thanato)

แนวคิดที่เชื่อว่ารากฐานของพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดจากสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instinct) ซึ่งเป็นความต้องการโดยธรรมชาติของมนุษย์เช่นเดียวกับ ความหิว กระจาย และ ความต้องการทางเพศ ซึ่งต้องมีการระบายออกไปด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยทางตรงหรือทางอ้อมอาจ เข้าไปในรูปแบบที่สังคมยอมรับเช่น การแข่งขันกีฬา หรือในทางที่สังคมไม่ยอมรับเช่น การทำร้ายร่างกาย การทำลายสิ่งของ เป็นต้น มีทัศนะคล้ายกับนักจิตวิเคราะห์ที่ว่า ความก้าวร้าวเกิด จากสัญชาตญาณ ต่างกันตรงที่ Lorenz ไม่ได้ถือว่าความก้าวร้าวเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการทำลาย แต่เป็นการปรับตัวเพื่อการอยู่รอด ความก้าวร้าวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ขาดไม่ได้ จะต้องมีการ ระบายออกมาอาจเป็นลักษณะที่สังคมยอมรับหรือไม่ยอมรับก็ได้

2. สมมติฐานความคับข้องใจ - ความก้าวร้าว (Frustration - Aggression) ผู้ที่ เสนอแนวคิดคือ Dollard, Doob, Miller, Mowrer and Sears (1991) สมมติฐานนี้ได้ นำ แนวความคิดของ فروยด์ มาเป็นพื้นฐานของการศึกษาเรื่องความก้าวร้าว โดยตั้งสมมติฐานว่า ความก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับ ความคับข้องใจ พื้นฐานของแนวความคิดคือ ความก้าวร้าวเป็น ผลจากความคับข้องใจโดยความคับข้องใจจะก่อให้เกิดแรงผลักดัน (Drive) นำไปสู่การแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น คือดิ่ง ชัดขึ้น เป็นต้น

ความคับข้องใจ ในที่นี้หมายถึง สภาวะที่บุคคลถูกขัดขวางไม่ให้ทำ, ไม่ให้บรรลุผลตาม เป้าหมายที่ต้องการ หรือไม่ได้ในสิ่งที่ประสงค์ สมมติฐานความคับข้องใจ - ความก้าวร้าว จะ อธิบายความก้าวร้าวได้อย่างสมบูรณ์ต้องพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน ความคับข้องใจซึ่งหมายถึง สิ่งเร้าภายนอกตัวบุคคล นอกจากนี้ Berkowitz (1962) ได้เสริมแนวความคิดของ Dollard ว่า การเกิดความก้าวร้าว นั้นเกิดจาก

1. การตอบสนองทางอารมณ์หรือความโกรธ ซึ่งเป็นผลมาจากความคับข้องใจความ โกรธเป็นความพร้อมทางสภาวะอารมณ์ที่จะแสดงความก้าวร้าว
2. แม้จะมีความพร้อม ความก้าวร้าวจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีสิ่งเร้าเป็นตัวกระตุ้น
3. ต้องนำเอาภาวะกระตุ้นที่เป็นสิ่งเร้าภายนอกมาพิจารณาด้วย

นอกจากนี้ Berkowitz (1983) ยังศึกษาจากผลงานการวิจัยว่า ความคับข้องใจเกิดจาก สิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ด้วย เช่น การลงโทษ เป็นต้น จากสมมติฐานความคับข้องใจ - ความ ก้าวร้าว บ่งบอกได้ว่าความคับข้องใจมิได้ทำให้เกิดความก้าวร้าวโดยตรง แต่ความคับข้องใจเกิด จากสิ่งเร้าภายนอกซึ่งถือว่าเป็นการเรียนรู้ทางสังคม

### 3. ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning)

นักจิตวิทยาคนหนึ่งได้เสนอแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมทางสังคมนั้นเกิดจากการเรียนรู้ สำหรับแนวความคิดทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไขแบบการกระทำนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้นโดย Skinner (Skinner อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภท ได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforce) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้น มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง การเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในแนวคิดนี้ จึงเกิดขึ้นโดยการที่เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้ว ได้รับสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ก็เหมือนกับเป็นการเสริมแรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น จึงมีการกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปหรือมากยิ่งขึ้น

### 4. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

นักจิตวิทยาได้ศึกษาพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์และการสังเกตพฤติกรรมซึ่งมีผู้ศึกษาและให้แนวคิดดังนี้

4.1 การเรียนรู้ทางสังคมของ Sears (Sears, 1969 อ้างถึงใน สมพร สุทัศน์ย์, 2530) เชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม โดยเฉพาะการเรียนรู้พฤติกรรมทางสังคมจากพ่อแม่ สำหรับพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น Sears เชื่อว่าเป็นพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมายหรือเกิดจากแรงจูงใจที่อยู่ในตัวบุคคลและเกิดจากประสบการณ์ การเห็นตัวแบบ และการได้รับแรงเสริม Sears มีทฤษฎนะว่า การอธิบายพฤติกรรมก้าวร้าว นั้นต้องอธิบายในลักษณะที่เผชิญหน้ากัน ในกระบวนการอบรมเลี้ยงดูนั้นเด็กต้องเผชิญหน้ากับพ่อแม่ การอบรมที่ไม่เหมาะสมจะขัดขวางมิให้เด็กไปสู่เป้าหมาย เด็กก็จะเกิดความคับข้องใจและโต้ตอบต่อความคับข้องใจอย่างรุนแรง และหากเด็กได้รับการลงโทษเด็กก็จะเห็นตัวแบบที่ก้าวร้าว ในการพัฒนาความก้าวร้าวของเด็กวัยกลาง (6 - 12 ปี ) เกิดจากแรงจูงใจและการเรียนรู้ในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ส่วนพัฒนาการพฤติกรรมก้าวร้าวของวัยรุ่นเกิดจากสังคมนอกบ้าน เช่น กลุ่มเพื่อน เป็นต้น

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการสังคมประกิด กระบวนการสังคมประกิดเป็นกระบวนการถ่ายทอดทัศนคติ ค่านิยม และมาตรฐานของสังคม เพื่อให้บุคคลปรับตัวให้อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข กระบวนการดังกล่าวกระทำได้ 2 ทางคือ ทางตรง ได้แก่ การถ่ายทอดทัศนคติ และค่านิยม โดยการแนะนำสั่งสอน การให้กฎ ระเบียบอย่างชัดเจน และทางอ้อม ได้แก่ การแสดงแบบหรือให้เด็กเรียนรู้จากตัวแบบ กระบวนการสังคมประกิดกระทำผ่านการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สำหรับในครอบครัวนั้นกระทำผ่านการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ - ลูก หรือที่เรียกว่า การอบรมเลี้ยงดู ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญของกระบวนการสังคมประกิด นอกจากนี้ การอบรมเลี้ยงดู ยังหมายถึงการฝึกวินัย ตลอดจนการสนองความต้องการพื้นฐานและความ

ต้องการชื่นชมของเด็ก ผู้ที่มีอิทธิพลในการถ่ายทอดทัศนคติ ค่านิยม และมาตรฐานของสังคม คือ พ่อแม่ ส่วนกระบวนการสังคมประกิดในกลุ่มเพื่อนนั้น กระทำผ่านการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กจะได้รับทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมจากเพื่อนเช่นเดียวกับที่ได้รับจากพ่อแม่ นอกจากประสบการณ์การอบรมเลี้ยงดูหรือประสบการณ์ในกลุ่มเพื่อนที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวแล้ว การรับรู้ในตัวเด็กก็มีความสำคัญทั้งนี้เพราะพัฒนาการของเด็กขึ้นอยู่กับว่าเด็กรับรู้และโต้ตอบต่อการอบรมเลี้ยงดูอย่างไร ถ้าเด็กรู้ว่าพ่อแม่ปฏิบัติต่อตนอย่างโหดร้าย ไม่ให้ความรักความช่วยเหลืออย่างแท้จริง เด็กก็จะโต้ตอบพ่อแม่อย่างรุนแรงหรือถ้าเด็กรู้ว่าเพื่อนในกลุ่มยอมรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเขา เขาก็จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นอีก

4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura ซึ่งเป็นผู้เสนอว่าพฤติกรรมทางสังคมนั้นเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมก้าวร้าวก็เช่นเดียวกันกับพฤติกรรมทางสังคมทั่วไป Bandura (1973) อธิบายว่าความก้าวร้าวเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ของมนุษย์ การเรียนรู้นั้นไม่เพียงแต่เป็นผลจากการได้รับรางวัลหรือการลงโทษเท่านั้นแต่ความสามารถในการเลียนแบบ โดยการสังเกตก็เป็นวิธีการสำคัญที่ช่วยในการเรียนรู้ได้อย่างหนึ่ง

Bandura (1976) ได้อธิบายถึงความก้าวร้าว 3 ลักษณะคือ

1. การเกิดความก้าวร้าว (Origin of Aggression) พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้นมาได้จากการเรียนรู้ 2 ลักษณะคือ

1.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยการเรียนรู้จากการได้ลงมือกระทำเอง และได้รับผลกรรมเอง ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วได้รับรางวัล แรงเสริม หรือการลงโทษ พฤติกรรมก้าวร้าวเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีกในโอกาสต่อไป

1.2 การเรียนรู้จากการสังเกต เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบโดยการสังเกตจากพฤติกรรมของผู้อื่น หรือเรียกว่า การสังเกตตัวแบบและกระบวนการทางปัญญาทำให้บุคคลคาดหวังผลกรรมที่จะได้รับ ถ้าตนแสดงพฤติกรรมเช่นนั้นบ้างความคาดหวังจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญ

2. ตัวกระตุ้นให้เกิดความก้าวร้าว (Instigator of Aggression)

2.1 อิทธิพลของตัวแบบ ตัวแบบมีอิทธิพลที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์ทดลอง ดังการทดลองของ Bandura (1979) กล่าวว่าในชีวิตประจำวันของมนุษย์เรานั้นสามารถพบกับตัวแบบที่แสดงความก้าวร้าวได้บ่อย และมีอิทธิพลมากที่สุดจากครอบครัว สังคม วัฒนธรรม และสื่อมวลชน

2.2 สิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การต่อสู้ การทำร้ายร่างกาย การดูถูกเหยียดหยามหรือการถอดถอนแรงเสริม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความคับข้องใจหรือความโกรธ ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การฟุ้งตนเอง การใส่สัมฤทธิ์ การถอยหนี ความ

วิตกกังวล การมีวเมอขายมุข การแก้ปัญหอย่างสร้างสรรค์ และพฤติกรรมก้าวร้าว (Bandura อ้างถึงใน Ribes – Inesta and Bandura, 1976)

2.3 สิ่งจูงใจ พฤติกรรมก้าวร้าวของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากความคาดหวังผลทางบวก ดังนั้น ตัวกระตุ้นให้เกิดการกระทำคือแรงเสริมที่บุคคลคาดหวังมากกว่าที่จะกระทำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด

2.4 การควบคุมด้วยการสอน ในกระบวนการสังคมประติการหรือการอบรมเลี้ยงดูบุคคลจะถูกฝึกให้เชื่อฟังกฎ ระเบียบต่างๆ ผู้ฝึกจะให้รางวัลแก่ การเชื่อฟัง และลงโทษแก่การไม่เชื่อฟัง วิธีการลงโทษที่รุนแรง ย่อมทำให้บุคคลเกิดความก้าวร้าวได้ เพราะทำให้บุคคลลึบข้องใจและเห็นตัวแบบที่ก้าวร้าว การได้เห็นคนอื่นลงโทษจะทำให้บุคคลเพิ่มพฤติกรรมก้าวร้าวด้วย

3. การเสริมแรงความก้าวร้าว (Reinforcement of Aggression) คือ สิ่งที่ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นยังคงอยู่หรือเกิดมากขึ้น Bandura (1976) ได้แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

3.1 แรงเสริมภายนอก เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วได้รับสิ่งเสริมแรง ทำให้พฤติกรรมก้าวร้าว นั้นคงอยู่

3.2 แรงเสริมจากการสังเกต บุคคลจะสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าวของตัวแบบที่ได้รับรางวัลมากกว่าตัวแบบที่ไม่ได้รับรางวัล แรงเสริมที่ได้จากการสังเกตจะทำให้หน้าที่ให้ข้อมูลและแรงจูงใจให้บุคคลแสดงความก้าวร้าว

3.3 แรงเสริมที่เกิดจากตนเอง ได้แก่ การลดค่า และศักดิ์ศรีของผู้อื่น หรือการทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น รู้สึกพึงพอใจและระบายความคับข้องใจเช่น การพูดนินทา เสียคดี ดูถูก หรือตำหนิผู้อื่น

จากการที่ความก้าวร้าวและความรุนแรงนั้นเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อบุคคลและสังคม นอกจากได้ศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในหลายแนวความคิดดังกล่าวมาแล้วนั้นยังได้ศึกษาถึงแนวทางในการลดหรือควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวไว้ดังนี้

### 2.3 แนวทางการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าว

#### 1. กลุ่มแนวคิดจิตวิเคราะห์แนวใหม่ (Psychodynamic Approach)

เป็นกลุ่มแนวคิดที่เชื่อว่า ความโกรธ และความก้าวร้าวเกิดจากกระบวนการภายในและแรงขับ (Chess and Hassibi, 1978) แรงขับที่สำคัญที่สุดคือ แรงขับทางเพศ และความก้าวร้าว (Berkowitz & Rothman, 1983) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งที่สำคัญในแนวคิดนี้คือ ความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุมเพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ (Glueck, 1940 อ้างถึงใน Eiserman, 1992) ในแนวคิดนี้จึงอธิบายความก้าวร้าวในลักษณะอาการของความไม่สบายใจเล็กๆ ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้



การแก้ปัญหาความขัดแย้งของความก้าวร้าวนี้ จึงกระทำโดยส่งเสริมให้แสดงออกมาในทางที่สังคมยอมรับในลักษณะทดแทน

### 2. กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavioral Approach)

แนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยมนี้เป็นแนวคิดที่ได้ประสานแนวคิดพฤติกรรมนิยมกับปัญญานิยมเข้าด้วยกัน ดังนั้นจึงเน้นทั้งสภาพแวดล้อมภายนอก เงื่อนไขนำเข้าและผลของพฤติกรรมและกระบวนการคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้นำกรอบความคิดแนวนี้คือ Albert Bandura แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยมคือ ตัวแปรทางปัญญาย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้พฤติกรรมของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงตาม การปรับพฤติกรรมทางปัญญานี้ Kazdin (1978) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน หรือกลวิธีในการตอบสนองโดยที่นักปรับพฤติกรรมทางปัญญามีความเชื่อดังต่อไปนี้คือ กิจกรรมทางปัญญานั้นมีผลต่อพฤติกรรม, กิจกรรมทางปัญญาสามารถจัดให้มีขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา

### 3. กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach)

แนวคิดนี้มีเชื่อพื้นฐานว่า ปัญหาพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนทั้งหลายเป็นการเรียนรู้และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนได้โดยการให้การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ โดยเน้นให้ความสนใจศึกษาและแก้ไขกับพฤติกรรมภายนอก หลักของการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลอย่างมากคือ การเรียนรู้ โดยการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner (1953) จากแนวคิดนี้พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้นเพราะพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นมีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ การได้รับรางวัล ทำให้เด็กเกิดการพัฒนาความก้าวร้าว (Patterson, 1966) และเมื่อศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้การลงโทษ ในครอบครัวของเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม พบว่าการลงโทษไม่ได้ผลแต่กลับทำให้เด็กก้าวร้าวมากขึ้นโดยไม่ตั้งใจ (Patterson, 1982) การปรับพฤติกรรมที่เน้นการวัดได้ สังเกตได้ของกลุ่มพฤติกรรมนิยมนี้ทำให้มีการวิจัยกันมากมายดังเช่น Moss & Rick (1981) ศึกษาพบว่า การเสริมแรงทางบวกเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ตัวเสริมแรงที่ใช้ ได้แก่ เบี้ยอรรถร กระเนน เงิน และการเสริมแรงทางสังคม การยกย่องชมเชย การให้ความสนใจ การยอมรับ และการเห็นความสำคัญ

### 3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

เด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กทั่วไป ซึ่งเป็นปัญหาจากอาการหลักของโรคสมาธิสั้นคือ พฤติกรรมซน อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลา ดิดเล่น ไม่ใส่ใจการเรียน,

พฤติกรรมขาดสมาธิ จะไม่สามารถจดจ่ออยู่กับการทำงานได้นาน ทำงานไม่เสร็จ เบื่อง่าย ขาดความตั้งใจที่จะทำ ไม่รับผิดชอบการทำงาน ขี้เบื่อ, พฤติกรรมขาดการยับยั้งใจตนเอง ทำตามใจตนเอง หุนหันพลันแล่น ขาดการยั้งคิด ทำไปด้วยอารมณ์ สะเพร่า ประมาท เลินเล่อ ทำงานบกพร่องผิดพลาด คือ ก้าวร้าวเกร มีพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งจากอาการของโรคดังที่กล่าวมาทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและหากบุคคลรอบข้างเด็กไม่เข้าใจ จะใช้วิธีการลงโทษเด็กจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวไปใช้กับผู้อื่น

### 3.1 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงมีบทบาทโดยตรงในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก ทำความเข้าใจกับบุคคลรอบข้างของเด็กเพื่อให้เข้าใจตัวเด็กและเข้าใจวิธีการดูแลเด็กและจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กด้วยวิธีการที่เหมาะสม บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น มุ่งเน้นให้บุคคลรอบข้างของเด็กโดยเฉพาะครอบครัวเข้าใจในภาวะของโรค เพื่อให้เข้าใจถึงอาการและพฤติกรรมต่างๆ ของตัวเด็กเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อเด็ก และในการให้ความรู้กับครอบครัวเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมของเด็กด้วยวิธีที่ถูกต้อง จะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้ขณะที่อยู่บ้าน

สามารถคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าว ประเมินสภาพปัญหา เน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและให้ครอบครัวดูแลส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง สามารถดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โดยใช้พฤติกรรมบำบัดที่เน้นใช้การให้แรงเสริม (Reinforcement) , การนำออกไป ( Time Out ) และกระบวนการเสนอตัวแบบ (Modeling) เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ผสมผสานความรู้ความชำนาญในการพยาบาลกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และดำเนินนโยบายการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ กลุ่มคำสร้างความไว้วางใจและความมั่นคงปลอดภัย

การศึกษา ให้ข้อมูล รวมถึงการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือระดับประจักษ์จิตใจของเด็กและครอบครัว สนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ สนับสนุนให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ตระหนักถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล การมีส่วนร่วมในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น นำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการ

เป็นผู้วิจัย เป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในหัวข้อที่เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นจึงต้องดำเนินการดังต่อไปนี้คือ

พฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วย การช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรงเด็กสมาธิสั้นมักขาดทักษะทางสังคม ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกับบุคคลได้ง่าย การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการฝึกให้เด็กสังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลอื่น รู้จักรอคอย รับฟัง เอาใจเขามาใส่ใจเรา รู้ว่าอะไรเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมที่จะแสดงออกเมื่ออยู่ในสังคม เด็กที่มีปัญหาทางด้านกรเรียนควรได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษทางด้านกรเรียน เช่น การเรียนซ่อมเสริมหรือเข้าในโครงการการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียน ครูและผู้ปกครองสามารถฝึกเด็กให้รู้จักจัดระเบียบกรเรียน การทำตามคำสั่ง การตรวจทบทวนผลงาน การจดบันทึก และการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพื้นฐานแล้วเด็กทุกคนต้องการเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น เนื่องจากเด็กมีสมาธิสั้นจึงมักจะใจร้อน ู่วาม ขาดความอดทน ทำให้เกิดปัญหากรเรียนและปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น แม้ว่าเด็กเหล่านี้ส่วนมากจะมีชาวปัญญาปกติหรือค่อนข้างฉลาด แต่ไม่ประสบความสำเร็จด้านกรเรียนเท่าที่ควร และมักมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงต้องการความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่ายได้แก่ พ่อแม่ ครู บุคลากรทางการแพทย์ โดยการฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความก้าวร้าว ฝึกความอดทน ฝึกให้เด็กรู้จักการรอคอย ฝึกควบคุมตนเอง ฝึกให้เด็กทำงานในหน้าที่ให้สำเร็จ โดยการให้รางวัล/คำชมเชยเมื่อเด็กทำได้ ถ้าเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมอาจลงโทษด้วยวิธีต่างๆ เช่น ตัดสิทธิไม่ให้เล่นของเล่น หรือไม่อนุญาตให้เด็กทำในสิ่งที่เด็กชอบ หรือแยกให้เด็กไปอยู่ตามลำพังในสถานที่หรือมุมใดมุมหนึ่ง โดยไม่มีของเล่นและไม่มีสิ่งกระตุ้น ตามข้อตกลงที่ทำกับเด็ก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

การให้การปรึกษาแก่เด็ก เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นจะขาดการวางแผนการทำงานที่ดีและไม่รอบคอบในการทำงาน ดังนั้นการช่วยเหลืออาจเริ่มต้นจากการปรับความคิดของเด็กให้เด็กปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยเริ่มต้นพูดกับเด็กถึงความต้องการของเด็กทั่วไปเรื่องเรียนและเพื่อน เด็กทุกคนต้องการเป็นเด็กดี เรียนดี และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนฝูงจากนั้นพูดถึงปัญหากรเรียนและพฤติกรรมของเด็กที่สามารถแก้ไขได้ ถ้ามถึงความมุ่งมั่นและความต้องการของเด็ก บอกเด็กว่าเขาเป็นเด็กฉลาดสามารถเรียนได้ แต่มักรีบร้อนทำงานทำให้สะเพร่าและผิดพลาด ดังนั้นถ้าเด็กต้องการแก้ไขเขาจะต้องจัดลำดับขั้นตอนในการทำงาน การแก้ไขปัญหา เช่น เมื่ออ่านโจทย์เสร็จให้เด็กถามตนเองว่า โจทย์ถามอะไร วิธีทำอย่างไร ทบทวนว่าถูกต้องหรือไม่ กรณีที่เด็กชอบลืมอุปกรณ์กรเรียนและต้องยืมเพื่อนบ่อยๆ ทำให้เพื่อนไม่ยอมให้ยืมหรือกรณีที่เด็กเล่นแรงและชอบแกล้งเพื่อนให้เด็กประเมินตนเองว่า เพราะอะไรเขาจึงไม่มีเพื่อนทำไมเพื่อนไม่ยอมเล่นด้วย หรือทำไมเพื่อนไม่ยอมให้ยืมอุปกรณ์กรเรียน และเด็กมีแนวโน้มแก้ไขอย่างไร หลังจากเด็กสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว ควรให้

รางวัลหรือแรงเสริมทางบวก หรือเด็กอาจให้รางวัลและชมเชยตนเองก็ได้ จะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้นได้ อีกประการหนึ่งถ้าหากเด็กได้ดูแบบอย่างที่ดี จะช่วยฝึกเด็กในการประเมินตนเอง ฝึกควบคุมตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อีกทางหนึ่ง (อุณาพร อ่ำไพพัตร์, 2540)

### 3.2 การดูแลครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

พ่อแม่ที่มีลูกเป็นเด็กสมาธิสั้นมักประสบกับความยุ่งยากในชีวิตหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการอบรมสั่งสอนกิริยามารยาท การเข้าสังคม ปัญหาการเรียน หรือปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและญาติพี่น้อง พ่อแม่อาจขัดแย้งกันในการอบรมเลี้ยงดูลูก บางครั้งอาจรู้สึกท้อแท้กับปัญหาที่ลูกก่อขึ้นทุกวันและไม่รู้ว่าจะจัดการกับลูกได้อย่างไร ดังนั้นพ่อแม่ควรช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ประเด็นการช่วยเหลือคือการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมได้แก่ การสังเกตปัญหาพฤติกรรมเด็ก การให้รางวัล และการลงโทษเด็ก การตกลงและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน เทคนิคที่ได้ผลคืออย่างหนึ่งคือ การเขียนข้อตกลงร่วมกันระหว่างพ่อแม่กับเด็กที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งสองฝ่าย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ฝึกสอนพ่อแม่ให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่พ่อแม่ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นว่าเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง พฤติกรรม ที่ก่อปัญหาของเด็กไม่ได้เกิดขึ้นจากความตั้งใจที่จะก่อวินาศกรรมให้เกิดปัญหา แต่เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ พ่อแม่ควรมีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับและเห็นใจในอาการ และข้อจำกัดของเด็ก สอนให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างถูกต้อง ถือว่าเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดของการรักษาเด็กสมาธิสั้นควบคู่กับการรักษาด้วยยา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

การช่วยเหลือโดยประสานกับทางโรงเรียนนอกจากการติดต่อกับครูของเด็กสมาธิสั้นเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้วการติดต่อกับครูเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นหรือคำแนะนำในการปรับสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงแนวทางการปฏิบัติของครูต่อเด็กยังมีความสำคัญมากกว่า (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

วางแผนจัดสิ่งแวดล้อม (Ministry of education, 1998) ให้มีความปลอดภัยและทำทนายไม่เข้มงวดหรือควบคุมเด็กจนเกินไป มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีคุณภาพและเพียงพอ สำหรับพัฒนาเด็กแต่ละคนตามความต้องการและความชอบของเด็กทุกคน เป็นที่ที่เด็กมีโอกาสและมีที่สำหรับเด็กในการที่จะดูกิจกรรมหรือออกจากกลุ่มได้ด้วยตนเอง ออกแบบที่จะช่วยให้เด็กมีสภาพที่ดีและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เช่น คนตรีและจังหวะส่งเสริมให้มีบรรยากาศความสนุกสนานและผ่อนคลายมีบรรยากาศที่สงบรื่นรมย์ และมีเวลาพัก เวลาอาหารที่คาดเดาได้

การพัฒนาการนำไปใช้ มีความชัดเจน ความคาดหวังต่อพฤติกรรมต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีกระบวนการที่ทำให้เด็กทุกคนรู้ ทีมพยาบาลและผู้ปกครองรับรู้ การดำเนินการในแต่ละวัยมีบริบทให้เด็กมีที่และเวลาที่จะเรียนไปตามเส้นทางของแต่ละคน เหตุการณ์และ

กิจกรรมประจำวันยึดหยุ่นสำหรับเด็กแต่ละคน มีการฝึกอบรมและให้โอกาสในการพัฒนาแก่บุคลากร ให้โอกาสและเวลาในการพูดคุยกับผู้ปกครอง

การทำงานกับเด็กของผู้ใหญ่ ใช้คำว่า “ไม่” ให้น้อยลงและหลีกเลี่ยงคำสั่งทางลบ ยอมรับและไว้วางใจเด็กว่ามีความสามารถในการเรียน ให้เด็กแสดงความรู้สึกและมีความรู้สึกร่วมกับเด็กอื่นหรือคนอื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมและเล่นกับเด็ก ฟังและตอบคำถามเด็กเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กัน ให้เด็กมีโอกาสดึงดูดใจ เจรจาต่อรอง และแก้ปัญหาที่ขัดแย้ง ไม่ไปตราหน้าเด็กหรือตัดสินเด็กจากพฤติกรรมของเขา ให้ความสนใจความรู้สึกเบื้องหลังพฤติกรรมของเด็ก ไม่ใช่กำลังต่อสู้กับเด็ก เคารพการแสดงออกของเด็กถึงแม้ว่าจะเป็นการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม รู้สถานะเด็กในการสัมพันธ์กับเพื่อนเป็นแบบในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็ก

วิเคราะห์รูปแบบพฤติกรรมสิ่งที่ต้องพิจารณาเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมของเด็กคือ พฤติกรรมนั้นเกิดบ่อยเพียงใด เกิดเมื่อไร พฤติกรรมเกิดขึ้นบ่อยในเวลาใดเฉพาะหรือไม่ เกิดขึ้นที่ไหน มีความเชื่อมโยงกับสถานที่หรือสภาพการณ์เฉพาะหรือไม่ ใครเข้ามาเกี่ยวข้อง พฤติกรรมของเด็กเกิดขึ้นที่ใด

#### 4. พฤติกรรมบำบัด

##### 4.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด

โดยธรรมชาติเด็กจะสนใจในการเรียนรู้ เป็นนักแสวงหา และสามารถกระทำสิ่งต่างๆที่เป็นความคิดริเริ่มได้มาก ดังนั้นจึงควรป้อนความรู้ให้กับเด็กทำให้เด็กได้รับการฝึกฝนทักษะในด้าน การแสวงหา และด้านการสร้างจินตนาการหรือการคิดอย่างเป็นระบบและมีเหตุผล พฤติกรรมบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่อาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสียต่างๆ ให้อยู่ในสังคมปกติได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลักษณะของเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาได้แก่ เกรงเพื่อน ทำลายของ พุดโกหก พุดคำหยาบคาย เป็นต้น คำนี้จะรวมถึงการให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่ดีที่ควรปฏิบัติ การระบายความไม่พอใจในแบบที่เหมาะสม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น กิจกรรมนันทนาการ กีฬา ดนตรี ศิลปะ เป็นต้นการพัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การร่วมกิจกรรมในค่ายมุ่งเน้นการพัฒนาความคิดจิตใจ อารมณ์ของเด็ก โดยเน้นการพัฒนา ความคิดที่เป็นระบบ การแสวงหาความรู้ การสร้างสรรค์ และความคิดริเริ่ม การแสดงออก การใช้เหตุและผล การทำงานเป็นทีม และการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นกิจกรรมผสมผสานแบบหลากหลายรูปแบบ เน้นการสร้างสรรค์ สร้างจินตนาการ ความคิดริเริ่ม การแสวงหาความรู้ นำความรู้มาวิเคราะห์หาเหตุผลและสร้างรูปธรรม จากจินตนาการต่างๆ โดยยึดหลักความสนุกสนาน ความพึงพอใจที่แฝงด้วยหลักในการปรับพฤติกรรม การใฝ่รู้จะเรียนรู้และการกระตือรือร้นเพื่อแสวงหาความรู้ของเด็ก

หลักของพฤติกรรมบำบัดแบบหนึ่งคือ การกำหนดระเบียบวินัย พยาบาลจะชี้แจงระเบียบวินัยให้กับเด็กทุกคนทราบตั้งแต่วันแรก ซึ่งหากมีการฝ่าฝืนหรือละเมิดกฎระเบียบจะได้รับการลงโทษตามที่วางกฎร่วมกันไว้ เพื่อฝึกความรับผิดชอบและเสริมสร้างความมีระเบียบวินัยให้กับเด็ก ระเบียบในการฝึกอบรมในกิจกรรมต่างๆเป็นการสร้างความคุ้นเคย สร้างความสัมพันธ์ เรียนรู้ถึงการอยู่ร่วมกัน การพัฒนาความคิด ทักษะการสื่อสารเป็นต้น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และนันทนาการ จะจัดอยู่ในช่วงที่ต้องการ บรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างเด็ก ส่วนใหญ่จะดำเนินการก่อนเริ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือคั่นระหว่างกิจกรรม เป็นการปลูกฝังมารยาทให้กับเด็ก เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นจะลเลยมารยาททางสังคม และใช้ความพอใจของตนเองเป็นที่ตั้ง ในความเป็นจริงเป็นเรื่องยากที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กได้โดยสิ้นเชิงโดยใช้ระยะเวลาเพียงสั้นๆ ช่วงเวลาหลังจากจบกิจกรรมแล้วจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นเป็นครอบครัว และโรงเรียนล้วนมีส่วนช่วยในการดูแลเด็ก โดยการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่จะมีผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นจึงมีกิจกรรมสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กซึ่งมักจะพบได้บ่อยที่บ้าน การมีทัศนคติที่ดีกับตัวเด็กซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีที่ลงท่นขณะใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างของเด็กโดยเฉพาะกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

ได้มีการนำเอาแนวคิดในเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้การแก้ไข และพัฒนาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน โรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งในครอบครัว ซึ่งเราเรียกวิธีการแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมของเด็กว่า พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นวิธีแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมที่ดำเนินได้ง่ายและมีประสิทธิภาพเป็นที่นิยมใช้กันทั่วไป ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงเทคนิคที่ใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พบว่าเทคนิคการปรับพฤติกรรมนั้นใช้มากเป็นอันดับหนึ่งในการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และเป็นหนึ่งในสามเทคนิคที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในการใช้แก้ไข พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ใหญ่

ลักษณะของพฤติกรรมบำบัด

1. มุ่งที่พฤติกรรมโดยตรง โดยที่พฤติกรรมนั้นต้องสังเกตเห็นได้ และวัดได้ตรงกันซึ่งพฤติกรรมในที่นี้หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้น เป็นภายในหรือภายนอกก็ตาม เช่น การร้องไห้ การเดิน การคิด การเดินของชีพจร การอ่านหนังสือ เป็นต้น

2. ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เช่น คำว่าก้าวร้าว ฉลาด โง่ เกเร ขี้เกียจ เก่ง เป็นต้น เพราะคำตีตราเหล่านี้มักจะเป็นคำที่มีความหมายกว้างๆ ที่รวมพฤติกรรมหลายๆ ลักษณะเข้าด้วยกัน จึงทำให้ไม่ชัดเจน ยกแก่การสังเกตให้ตรงกัน นอกจากนี้บุคคลที่ถูกตีตราอาจจะพยายามทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับที่ถูกตีตราด้วย เช่น ถ้าตีตราว่าเด็กขี้เกียจ เด็กอาจจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงให้เห็นว่าขี้เกียจจริง การตีตรายังทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายได้

3. พฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือไม่ปกติก็ตาม ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้น ดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้

4. พฤติกรรมบำบัดจะเน้นที่สภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้น แม้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในอดีตก็ตาม แต่เงื่อนไขสิ่งเร้าและผลในสภาพปัจจุบันเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมที่เรียนรู้ในอดีตนั้น จะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลง ดังนั้นถ้าสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้าและผลกระทบใดที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็จะสามารถทำให้ปรับสิ่งเร้า และผลนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อจะทำให้พฤติกรรมดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

5. พฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่วิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการลงโทษในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น วิธีการทางบวกเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย นอกจากนี้การลงโทษยังเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ให้ไปในทิศทางที่พึงประสงค์ เนื่องจากการลงโทษเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อการระงับพฤติกรรมเท่านั้น หากใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมไม่ว่าอย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่า การลงโทษไม่ควรจะใช้เลย การลงโทษควรจะใช้อย่างยิ่งในกรณีที่บุคคลมีพฤติกรรมที่รุนแรง ตลอดจนพฤติกรรมนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ อีกทั้งถ้าพบได้ว่าจะไม่มีโอกาสที่จะพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่บุคคลเลยถ้าไม่ลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเสียก่อน นอกจากนี้การลงโทษยังสามารถสนองวัตถุประสงค์ ในแง่ที่ว่าหยุดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ชั่วขณะหนึ่ง เพื่อที่จะได้มีเวลาพอที่จะเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้

6. พฤติกรรมบำบัดนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน การลงโทษวิธีหนึ่งอาจใช้ได้ผลกับคนๆ หนึ่ง แต่อาจไม่ได้ผลกับอีกหลายๆ คน ตัวเสริมแรงตัวหนึ่งที่อาจจะมีประสิทธิภาพสูงมากเมื่อใช้กับคนบางคน แต่อาจจะไม่มีประสิทธิภาพเลยถ้าใช้กับคนอีกกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นในการดำเนินการพฤติกรรมบำบัดจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

7. วิธีการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

พฤติกรรมบำบัดมีอยู่หลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีวิธีการที่เป็นจุดเด่นของตนเอง ที่มีความแตกต่างจากรูปแบบอื่นๆ เพียงเล็กน้อย รูปแบบแรกของพฤติกรรมบำบัดคือ Classical Conditioning ซึ่งวัตสันเป็นผู้สร้างขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการในพฤติกรรมบำบัดอื่นๆ ทำให้มีชื่อเรียกต่างๆ กันไป ได้แก่ Operant Conditioning , Systematic Desensitization , Imposive Therapy เมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมบำบัด คนส่วนใหญ่จะนึกถึง Operant Conditioning ซึ่งก็เป็นความเข้าใจที่ถูกต้องเพราะ Operant Conditioning เป็นวิธีการแก้ไขพฤติกรรมซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบและเป็นที่ยอมรับกันดี โดยมีแนวคิดของการทำทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการกระทำมาใช้ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของเด็กสามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของเด็กจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลการกระทำที่เกิดขึ้น ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ การกระทำจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กได้รับแรงเสริม ซึ่งจะทำการกระทำเพิ่มมากขึ้นและลดลง (Skinner, 1953) การจะให้เด็กเกิดพฤติกรรมใหม่จะต้องใช้แรงเสริม หรือสิ่งเร้าที่เป็นแรงเสริม (Reinforcement) สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการเสริมแรงหรือแรงเสริมนี้อาจเป็นรางวัลซึ่งจะช่วยทำให้พฤติกรรมที่เราต้องการอยู่นานหรือเกิดขึ้นบ่อย การใช้แรงเสริมจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับวิธีการปรับพฤติกรรมโดยกระบวนการ Operant Conditioning ความสำเร็จของพฤติกรรมบำบัดขึ้นอยู่กับ

1. ประเภทของแรงเสริมที่ใช้
2. ความถี่ของการให้การเสริมแรง
3. ความสม่ำเสมอของการให้การเสริมแรง
- 4.2 พฤติกรรมบำบัดเพื่อการบำบัดเด็กสมาธิสั้น

เนื่องจากการเสริมแรงช่วยให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่นาน การเลือกใช้แรงเสริมให้เหมาะกับบุคคลและสถานการณ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันดับแรกที่นักพฤติกรรมบำบัดจะต้องพิจารณา แรงเสริมนี้อาจอยู่ในรูปของ สิ่งของ ขนม ตัวตุ๊กตา สดางค์ ซึ่งเป็นสิ่งสัมผัสได้ ทำให้ผู้รับมีความสุขใจ แรงเสริมประเภทนี้เรียกว่า “ Primary rein forcers “ แรงเสริมอีกประเภทหนึ่ง มีลักษณะไม่เด่นชัดดังเช่นแรงเสริมแรก ได้แก่ การให้คำชมเชย หรือคำพูดที่ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ที่ทำในสิ่งที่เราต้องการ หรือมีพฤติกรรมที่เราต้องการ แรงเสริมชนิดนี้เรียกว่า “ Secondary rein forcers “ ซึ่งเป็นแรงเสริมที่มีคุณค่าไม่น้อยไปกว่าแรงเสริมประการแรก เทคนิคการบำบัดโดยวิธี Operant Conditioning มีอยู่หลายเทคนิคได้แก่

1. การใช้แรงเสริมทางบวก ( Positive Reinforcement ) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็คือ จะให้แรงเสริมนี้ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ เป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะให้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงเสริมนี้อาจให้เป็นรางวัลหรือเครื่องหมาย หรือ



เป็นเกียรติที่สามารถใช้แลกเปลี่ยนเป็นสิ่งของได้ เช่น ขนม คำชมเชย ยิ้ม จุดมุ่งหมายของการใช้แรงเสริมนี้ก็เพื่อให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ เกิดบ่อยๆ และคงอยู่นาน หลักการเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีหลักการทั่วไป ดังนี้

1.1 การเสริมแรงทางบวกจะต้องใช้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้คำชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง อย่างเช่นการที่คุณพ่อวางเงินไปกับลูกว่าถ้าทำการบ้านเสร็จแล้วจะให้ดูโทรทัศน์ ลูกขอดูโทรทัศน์ก่อนแล้วบอกว่าจะทำทำการบ้านคุณพ่อก็ตกลงให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อนแล้ว ปรากฏว่าลูกไม่ทำการบ้านหรืออาจจะทำการบ้านก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามการให้ลูกดูโทรทัศน์ก่อนการทำการบ้านก็ไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรงทางบวก แม้ว่าลูกจะทำการบ้านหลังจากดูโทรทัศน์แล้วก็ตาม

1.2 การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้เด็กที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรแสดงพฤติกรรมอะไรจึงไม่น่าประหลาดใจเลยที่ว่า การที่แม่บอกให้เด็กขยันเรียน เพื่อว่าวันข้างหน้าจะได้มีงานที่ดี จะไม่คอยได้ผลเท่ากับการที่แม่ให้คำชมเชยเด็กภายหลังทำการบ้านเสร็จ

1.3 การเสริมแรงควรจะให้สม่ำเสมอ นั่นคือการให้แรงเสริมทุกครั้งหรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของคนที่ปรับพฤติกรรม การให้แรงเสริมไม่สม่ำเสมอทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

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

1.5 ตัวเสริมเรานั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือบางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปอาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้บ่อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

1.6 ตัวเสริมเรานั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากเด็กมีความแตกต่างกันดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ หนึ่งในเวลาต่อมาก็ได้

1.7 ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุดหรือการเสริมแรงทางสังคม

1.8 ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากถ้าจะให้เด็กได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใด จึงจะได้รับการเสริมแรง

1.9 ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรงหรือยืดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

1.10 สำหรับการศึกษาคำนี้จะใช้ตัวเสริมแรงหลายประเภทดังนี้คือ ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ เช่น ขนม ของเล่น สติกเกอร์ อาหาร ลูกกวาด ฯลฯ ตัวเสริมแรงทางสังคม เช่น การชมเชย การยอมรับ การกอด การพยักหน้าแสดงการยอมรับ ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม เช่น เกม นิทาน ฟุตบอล ดูโทรทัศน์

**2. การให้เสริมแรงทางลบ ( Negative Reinforcement )** การให้เสริมแรงทางลบคือ การทำให้มีพฤติกรรมที่ต้องการโดยใช้สิ่งเร้าที่ไม่น่ารื่นรมย์ พฤติกรรมการสนองตอบนี้จะอยู่ในรูปแบบของการยุติสิ่งเร้าต่างๆ เสีย หรือหนีจากสิ่งเร้าหรือเลี่ยงสิ่งเร้าต่างๆ เสริมแรงทางลบมีความหมายแตกต่างจากการลงโทษ คือ พฤติกรรมที่เราต้องการยังไม่เกิดขึ้น จะต้องให้เสริมแรงชนิดนี้ก่อนจึงจะเกิดพฤติกรรมนั้นๆ เช่น เด็กกลัวการถูกทำโทษจึงต้องทำการบ้าน มักจะมีข้อสงสัยกันเสมอว่าการเสริมแรงทางลบนั้นแตกต่างจากการลงโทษอย่างไร ซึ่งความจริงแล้วเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การเสริมแรงทางลบนั้นสิ่งที่ไม่พึงพอใจเกิดก่อนที่พฤติกรรมจะเกิดขึ้นเช่น กลัวถูกตีจึงทำกิจกรรมที่พ่อแม่บอก กลัวสอบตกจึงอ่านหนังสือ เป็นต้น อีกทั้งเป็นการทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นเกิดเพิ่มขึ้น แต่ทว่าในการลงโทษนั้นเป็นการให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจหลังจากที่พฤติกรรมเกิดขึ้นแล้ว เช่น ไม่อ่านหนังสือจึงสอบตก ไม่ทำกิจกรรมที่พ่อแม่มอบหมายให้ทำจึงถูกตี อีกทั้งมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะลดพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การเสริมแรงทางลบไม่เป็นที่นิยมใช้มากนักอาจจะเนื่องมาจากสาเหตุ ถ้าต้องการจะเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์สามารถทำได้โดยใช้เสริมแรงทางบวกอยู่แล้วทั้งไม่ก่อให้เกิดปัญหาอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์อีกด้วย การเสริมแรงทางลบนั้นจะต้องให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจตลอดเวลาและจะยุติเมื่อพฤติกรรมพึงประสงค์เกิดขึ้นแล้ว การทำเช่นนี้นับว่าเป็นเรื่องยากลำบากมากและสภาพที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงนั้นจะต้องควบคุมให้ดี เพราะถ้าไม่ระวังแล้วเด็กอาจจะหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงไปในลักษณะอื่นๆ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหามากยิ่งขึ้น เช่น การที่เด็กกลัวสอบตกเลยตัดสินใจลอกข้อสอบ

**3. การขจัดสิ่งเร้า (Extinction)** การทำให้พฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งเร้าลดลงด้วยการขจัดสิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเคยช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมนั้นๆ

4. การขจัดพฤติกรรมตอบสนอง (Response Prevention) การทำให้พฤติกรรมสนองตอบบางอย่างลดลงด้วยการขจัดสิ่งเร้าซึ่งอาจจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมนั้นๆ

5. การนำออกไป (Time Out) เป็นวิธีง่ายๆ คือนำบุคคลออกไปจากสถานที่ส่งเสริมพฤติกรรมได้พึงประสงค์ มีความหมายคล้ายการทำให้ดับสูญในแง่ที่ว่า พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการขาดแรงเสริม แต่แตกต่างกันคือ การทำให้ดับสูญนั้นเราไม่ให้แรงเสริมเรากับแรงเสริมไว้เสีย ส่วนการนำออกนั้นเราไม่ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาเข้าใกล้แรงเสริม โดยการนำผู้ป่วยออกไปเสียจากสถานที่ที่จะให้แรงเสริม หรือโดยการนำแรงเสริมออกไปให้พ้นผู้ป่วย

6. การเสนอตัวแบบ (Modeling) เป็นรูปแบบหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเงื่อนไขดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura ที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กนั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยของพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลจะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกันถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไปอีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งแนวทางในการเสนอตัวแบบนี้จะพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้เด็กเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้เองจะส่งผลให้เด็กตัดสินใจแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม เป็นวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่ง ด้วยการให้เอาแบบอย่างคนส่วนใหญ่เรียนรู้และสร้างทัศนคติด้วยการเอาแบบอย่างคนอื่นๆ ผู้ที่บุคคลอื่นเอาอย่างเรียกว่า “ต้นแบบ” (Modeling) การเอาแบบอย่างมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับทักษะทางสังคมและการแสดงออกด้านภาวะอารมณ์ คนส่วนใหญ่มีการสนองตอบทางอารมณ์ตามอย่างผู้เลี้ยงดู ตามอย่างผู้ตนใกล้ชิด ในสถานที่รักษา ผู้บำบัดจะเป็นตัวแบบเพื่อให้ผู้ป่วยเอาอย่าง โดยเฉพาะในเรื่องการสนองตอบทางอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ ไม่พอใจ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะแสดงออกด้านอารมณ์อย่างรุนแรงและเป็นอันตราย ถ้าผู้บำบัดสามารถสนองตอบอารมณ์โกรธ กลียดไม่พอใจ ด้วยความสงบและเอื้อเฟื้อ ผู้ป่วยก็จะลอกเลียนแบบไปโดยไม่รู้ตัว เชื่อกันว่าพฤติกรรมต่อต้านสังคมสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยกระบวนการนี้ นอกจากนี้ผู้ใช้วิธีนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัญหาประเภทย้ำคิดย้ำทำบางประเภท

#### 4.3 การใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก

การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นเน้นให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้เด็กสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและดำเนินชีวิตเหมือนเด็กทั่วๆ ไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ราชวิถี จึงเน้นให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก ใช้จ่ายเพื่อควบคุมสมาธิและอารมณ์ในกรณีจำเป็น แต่หากพิจารณาร่วมกันในทีมสหวิชาชีพแล้วมีความเห็นว่าเด็กยังไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมรอบตัวได้ ก็จะส่งเด็กเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งทำให้เด็กต้องหยุดพักการเรียนเพื่อเข้ารับการรักษาจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน และอาจ

ถูกพิจารณาให้เรียนซ้ำในปีการศึกษา นั้น จึงทำให้เด็กเสียโอกาสในการศึกษาประกอบกับเด็กยังขาดโอกาสที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและเพื่อนซึ่งเป็นสังคมปกติของเด็กไป ที่สำคัญอีกประการหนึ่งนั้นการปรับพฤติกรรมของเด็กให้ได้ผลจำเป็นต้องมีความต่อเนื่อง ดังนั้นการนำเด็กมาเข้าร่วมพฤติกรรมบำบัดในวันหยุดของเด็กและครอบครัว จะเป็นการช่วยให้เด็กไม่ต้องหยุดพักการเรียนและยังสามารถอยู่ร่วมกับพี่น้องและเพื่อนๆ ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนได้ตามปกติ และจะช่วยให้การปรับพฤติกรรมของเด็กเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ปกครองยังสามารถมาร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องโดยไม่ต้องหยุดงาน ดังนั้นพฤติกรรมบำบัดน่าจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น และป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งจะส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นสามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นในครอบครัวและในสังคมนอกบ้านได้ ทั้งยังให้เด็กสามารถระบายความโกรธในวิธีทางที่เหมาะสม ครอบครัวของเด็กก็จะได้เรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่ถูกต้องขณะอยู่บ้านได้ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ประหยัดงบประมาณของประเทศชาติในด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้พฤติกรรมบำบัดถือว่าเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในด้านทักษะการเป็นผู้นำในทางคลินิกเรื่องพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้น และการเป็นผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง โดยการนำรูปแบบพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก

ผู้ศึกษาเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ซึ่งมีแนวคิดว่า พฤติกรรมทางสังคมนั้นเกิดจากการเรียนรู้สำหรับแนวความคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้นโดย Skinner (Skinner อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภท ได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforce) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้น มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง การเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในแนวคิดนี้ จึงเกิดขึ้นโดยการที่เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้ว ได้รับสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ก็เหมือนกับเป็นการเสริมแรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น จึงมีการกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปหรือมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวผู้ศึกษาเลือกใช้พฤติกรรมบำบัดโดยเลือกเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวกซึ่งหากเด็กได้รับรางวัลที่เด็กพึงพอใจในรูปแบบต่างๆ ที่จัดขึ้นจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น การให้แรงเสริมทางลบนั้นถ้าเด็กถูกตัดสิทธิในของรางวัลและถูกลงโทษในรูปแบบต่างๆ ที่ผู้ศึกษาได้วางเงื่อนไขไว้ ไม่ว่าจะเป็นการริบของรางวัล ไม่ได้เล่นร่วมกับเพื่อนๆ ถูกให้ออกนอกกลุ่มกิจกรรม ร่วมกับการชี้แจงเหตุผลของการที่เด็กถูกทำโทษ จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และลดพฤติกรรมก้าวร้าว แสดงพฤติกรรมที่ดีๆ

เพิ่มขึ้น ในด้านการเสนอตัวแบบนั้น ผู้ศึกษาใช้รูปแบบของวิธีดี ในสถานการณ์ 4 สถานการณ์ ที่สร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากภาวะความบกพร่องของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นไมนิ่ง ชุกชน ความสนใจในสิ่งต่างๆ มีระยะสั้น รอคอยไม่ได้ ทำให้ทำความเข้าใจยากกับบุคคลรอบข้างโดยที่เด็กไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้ทันคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้น จากภาวะบกพร่องที่กล่าวมาผู้ศึกษานำมาสร้างเป็นวิธีดีในเรื่อง การเข้าคิว การกล่าวคำขอโทษ การกล่าวคำขอบคุณ และการเก็บของเล่นและของใช้ส่วนตัว ซึ่งในแต่ละสถานการณ์จะใช้เวลาชมไม่เกิน 3 นาที หากเด็กได้ชมและได้รับการพูดคุยชี้แนะร่วมกันในกลุ่มกับเพื่อน จะทำให้เด็กได้เห็นตัวอย่างในสิ่งที่ดีที่ควรกระทำและเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีๆ นั้นต่อไป

ซึ่งจากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีส่วนร่วมผสมผสานในหลายแนวทาง เพื่อให้เด็กสามารถแสดงพฤติกรรมที่ดีที่สังคมยอมรับ และลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงร่วมกับการที่ผู้ปกครองได้รับความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมเด็กอันจะส่งผลให้สามารถดูแลเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ประหยัดงบประมาณของประเทศชาติ ในด้านการรักษาพยาบาล

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศไทย

จากแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมแรงทางบวกที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมนั้น ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของเทคนิคดังกล่าว ในลักษณะของการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

จากแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมแรงทางบวกที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมนั้น ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของเทคนิคดังกล่าว ในลักษณะของการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

สวาท เส้นทอง (2529) ได้ศึกษาผลของการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนบวกและลบเลขของเด็กปัญญาอ่อนที่สามารถเรียนได้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม โดยนักเรียนกลุ่มทดลองที่ 1 เป็นกลุ่มที่กำหนดเงื่อนไขการเสริมแรงด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 ครูเป็นผู้กำหนดเงื่อนไขการเสริมแรงให้นักเรียน ผลการทดลองพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนบวกและลบเลขได้สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

สุวรรณา วิริยะประยูร (2529) ได้ทำการศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์การชี้แนะ และการเสริมแรงทางบวกต่อการเพิ่มการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กพิการเนื่องจากสมอง ตัวเสริมแรงทางบวกที่ใช้คือ อาหาร และคำชมเชย การทดลองแบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือระยะ

เก็บข้อมูลพื้นฐาน ระยะเวลาอดตัวแบบสัญลักษณ์ ระยะเวลาอดตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการชี้แนะ ระยะเวลาอดตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการชี้แนะและการให้การเสริมแรงทางบวก และระยะติดตามผล ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงที่สุดในระยะที่มีการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ร่วมกับการชี้แนะและการให้การเสริมแรงทางบวก

ทิพย์วัลย์ สุทิน (2539) ได้ศึกษาการลดพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนวัยรุ่นด้วยรูปแบบการปรับพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่านักเรียนที่ได้รับการปรับพฤติกรรม มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศศิยา บุตรเนียร (2541) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรและการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการชี้แนะเพื่อพัฒนาพฤติกรรมประชาธิปไตยด้านคารวะธรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนบ้านหนองบอยโดยแบ่งนักเรียนเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการใช้สถานการณ์จำลองควบคู่กับการชี้แนะ ผลการวิจัยพบว่านักเรียนทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาพฤติกรรมด้านประชาธิปไตยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

Hopkins. (1968) ได้ใช้อาหารเป็นตัวเสริมแรงเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการยิ้มและหัวเราะเด็กพิการคนหนึ่งที่มีกแสดงสีหน้าและท่าทางเศร้าตลอดเวลา โดยที่ทุกครั้งเมื่อมีคนมาทักทายเด็กพิการคนนี้ ถ้าเด็กพิการคนนี้ยิ้มและหัวเราะจะได้รับการเสริมแรงด้วยอาหารทันที ผลปรากฏว่าพฤติกรรมการหัวเราะและยิ้มกับคนอื่นของเด็กพิการคนนี้เพิ่มขึ้น ในช่วงต่อมาผู้ทดลองได้เปลี่ยนตัวเสริมแรงจากอาหารมาเป็นตัวเสริมแรงทางสังคมแทน ผลปรากฏว่าพฤติกรรมการยิ้มและหัวเราะของเด็กพิการยังคงอยู่เหมือนเดิม

Whitman, Mercurio, and Caponigri. (1970) ใช้อาหารและตัวเสริมแรงทางสังคมเพิ่มพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กในวัยเดียวกันของเด็กพิการ 2 คน ที่มีกจะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน โดยเมื่อใดก็ตามที่เด็กพิการ 2 คนนี้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนเช่น ระบายสีด้วยกัน หรือเล่นลูกบอลด้วยกันจะได้รับขนมที่เขาชอบพร้อมทั้งคำชมเชย จากการกระทำเช่นนี้ทำให้พฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมกับเด็กในวัยเดียวกันของเด็กพิการทั้งสองเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบว่าพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนของเด็กทั้งสองนี้ได้แผ่ขยายไปยังเด็กกลุ่มอื่นๆ อีกด้วย

Madsen and others. (1974) ได้ทดลองใช้ขนมร่วมกับการชมเชยเสริมแรงให้เด็กรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มขึ้น โดยทดลองกับเด็กผิวดำที่มาจากครอบครัวชนชั้นกลางจำนวน 56 คน ซึ่งรับเข้าเลี้ยงดูในโครงการพัฒนาเด็กเล็กในชนบท โดยเด็กเหล่านี้ไม่

คุ้นเคยกับอาหารที่จัดให้รับประทาน เมื่อเด็กเหล่านี้รับประทานอาหารหมดจะได้รับขนม และการชมเชย ผลปรากฏว่าเด็กเหล่านี้รับประทานอาหารได้มากยิ่งขึ้น

Lattal. (1969) ได้ใช้หลักในการเสริมสร้างพฤติกรรมการแปร่งฟันของเด็กที่ออกค้ำยในภาคฤดูร้อน โดยที่เด็กเหล่านี้ไม่ชอบแปร่งฟันแต่เด็กเหล่านี้ชอบว่ายน้ำมากที่สุด เขาจึงวางเงื่อนไขว่าถ้าเด็กคนใดอยากจะลงสระว่ายน้ำต้องแปร่งฟันเสียก่อน ผลปรากฏว่าเด็กแปร่งฟันทุกคน

Knight and McKenzie. (1974) ทดลองกับเด็กหญิงที่ชอบดูนิ้วมือเวลาเข้านอนจำนวน 3 คน อายุ 3 ปี, 6 ปี และ 8 ปี การทดลองทำโดยเขาจะอ่านนิทานให้เด็กฟังถ้าเด็กไม่ดูนิ้วมือ แต่เมื่อใดก็ตามถ้าเด็กดูนิ้วมือเขาจะหยุดอ่านนิทานให้ฟังทันที ผลปรากฏว่าพฤติกรรมการดูนิ้วมือของเด็กเหล่านี้ลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่าในระยะเริ่มการทดลองและเลิกไปในที่สุด

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมบำบัดทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีผู้ทำการศึกษาในเรื่องการเสริมแรงอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในด้านการให้เสริมทางบวกซึ่งใช้ได้ผลในการปรับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี แนวคิดที่นิยมในการใช้เพื่อปรับพฤติกรรมก้าวร้าวนั้นจะใช้แนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach)

## 6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

เด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องของสมาธิ และความสนใจ บกพร่องของพฤติกรรมการแสดงออกโดยจะมีอาการชุนมากและอยู่ไม่นิ่ง บกพร่องในการวางแผน ทำให้มีลักษณะหุนหันพลันแล่นขาดความยับยั้งชั่งใจ เด็กจะมีความตื่นตัวมากเกินไปแสดงถึงพลังที่มีอยู่มากผิดปกติ ชุกชุนไม่อยู่นิ่งไม่อาจจะทำอะไรได้ ทำให้ไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ ส่งผลกระทบต่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจทำให้เกิดปัญหาทั้งที่บ้านและโรงเรียน (Lock J., 1996) กล่าวคือเด็กมีปัญหาการเรียน ขาดสมาธิในการรับฟังสิ่งต่างๆ วอกแวกง่าย ไม่สามารถทำงานหรือการบ้านได้เสร็จ การควบคุมตนเองของเด็กไม่ดี

พฤติกรรมบำบัด จะช่วยลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กลงและเพิ่มพฤติกรรมที่ดีของเด็กได้โดยผู้ศึกษาเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ของ Skinner ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม ซึ่งหากได้รับในสิ่งที่ตนเองพึงพอใจก็จะเกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ซ้ำ แต่หากเด็กถูกลงโทษให้ได้รับในสิ่งที่ไม่

ต้องการไม่พอใจเด็กจะเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ลดลง นอกจากนี้การสร้างแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้ดูโดยผ่านสื่อต่างๆ ที่จัดกระทำขึ้นจะช่วยให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีได้

### กรอบแนวคิด

