



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากแหล่งความรู้ต่างๆ ตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอสาระสำคัญเป็นลำดับดังนี้

1. เด็กสมาธิสั้น และการบำบัดรักษาสำหรับเด็กสมาธิสั้น
  - 1.1 เด็กสมาธิสั้น
  - 1.2 เด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลหลัก
  - 1.3 แนวทางการบำบัดการรักษาเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก
2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นและระดับความรุนแรงพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 2.3 การวัดและประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว
3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
  - 3.1 มาตรฐานการพยาบาล
  - 3.2 สมรรถนะของพยาบาลจิตเวช
  - 3.3 หลักการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
4. พฤติกรรมบำบัด
  - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด
  - 4.2 เทคนิคและกระบวนการพฤติกรรมบำบัด
5. การใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. เด็กสมาธิสั้น และการบำบัดรักษาสำหรับเด็กสมาธิสั้น

### 1.1 เด็กสมาธิสั้น

ความหมายและลักษณะโรคของเด็กสมาธิสั้น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) เด็กสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder-ADHD) ประกอบด้วย อาการชน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactive) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และอาการขาดสมาธิ (Inattentiveness)

การวินิจฉัย Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) ใช้การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual Disorders.4<sup>th</sup> edition (DSM IV) ซึ่งจะต้องมี  $\geq 6$  ข้อในอาการของ inattention หรือ ในอาการของ hyperactivity-impulsivity ระยะเวลา นานกว่า 6 เดือน อาการเกิดก่อนอายุ 7 ปี โรคสมาธิสั้นตาม criteria ของ ICD 10 ถูกจัดไว้ในกลุ่มของ Hyperkinetic disorder (HKD) ซึ่งจะต้องมี  $\geq 6$  ในอาการของ inattention และ  $\geq 3$  ข้อของอาการของ hyperactivity และ  $\geq 1$  ข้อของอาการ impulsivity ระยะเวลา นานกว่า 6 เดือน อาการเกิดก่อนอายุ 7 ปีเช่นกัน แต่ทั้งการวินิจฉัย ADHD และ HKD ต่างต้องการหลักฐานที่ชัดเจนทางคลินิกว่ามีความเสียหายในด้าน การเรียน การเข้าสังคม หรือการทำงาน

A. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไป ก และ / หรือข้อ ข เป็นเวลานานติดต่อกัน อย่างน้อย 6 เดือน

#### ก. อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptoms)

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ ขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
3. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่นหรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่งทำให้งานไม่เสร็จ
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด
7. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายบ่อยๆ
8. วอกแวกง่าย
9. ขี้ลืมบ่อยๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

#### ข. อาการชน / หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity – Impulsivity symptoms)

1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา
2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ
3. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ

4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบๆได้
5. ต้องเคลื่อนไหวนตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่
6. พูดมาก พูดไม่หยุด
7. ชอบพูดโพล่งคำตอบ เวลาครูหรือพ่อแม่ถาม โดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
8. มีความลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย
9. ชอบขัดจังหวะ สอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกันหรือแข่งเพื่อนเล่น

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

จากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตของเด็ก จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัวและการเข้าสังคมตามมา จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2551) ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้จึงทำให้แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา แต่ถ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องก็จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้

#### พฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

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

1. ขาดสมาธิ (Inattention) เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่ายไม่สามารถคงความสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน ถูกรบกวนจากสิ่งกระตุ้นภายนอกได้ง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอย ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อยตกๆ หล่นๆ เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืม มีลักษณะเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย อาการนี้มักจะมีต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่

2. อาการซน (Hyperactivity) เด็กจะมีลักษณะซน หยุกหยิก อยู่ไม่สุข นั่งนิ่งๆ ไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา ชอบปีนป่าย เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผน หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย

มักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซน และความไม่ระมัดระวัง พุดมาก พุดไม่หยุด อาการนี้จะสังเกตเห็นเด่นชัดในเด็กเล็กๆ เมื่อโตขึ้นอาการซนมักจะลดลงตามวัย จนเหลือแต่เพียงความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเวลาต้องอยู่นิ่งๆ ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยรุ่น

3. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กจะมีลักษณะว่าวามใจร้อน ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ขาดความระมัดระวัง เช่น เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยอะไรไม่ได้ เวลาอยู่ในห้องเรียนก็จะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่ เวลาทำการบ้านมัก จะรีบทำให้เสร็จไวๆ โดยไม่คำนึงว่างานจะเรียบร้อยหรือถูกต้องหรือไม่

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

#### ความรุนแรง

ความชุกในเด็กวัยเรียนประมาณ 3-5 เปอร์เซ็นต์ (Brown MB, 2000) ตามข้อกำหนดของ Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM IV) จะพบโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 3-10 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มีหลายรายงานที่สนับสนุนว่า มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเด็กยังคงแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ในประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 5 ในเด็กวัยเรียน ใกล้เคียงกับอัตราความชุกในต่างประเทศที่สหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3 - 5 ในเด็กวัยเรียน โดยพบในเด็กเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2551) จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่ามีเด็กสมาธิสั้นเข้ารับบริการเป็นอันดับ 2 รองจากโรคออทิสติก และในปี 2550 - 2552 พบเด็กสมาธิสั้นจำนวน 5,156, 5,671 และ 6,070 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2550, 2551 และ 2552 )

#### สาเหตุ

ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคสมาธิสั้น แต่มีหลักฐานจากงานวิจัยได้ว่าเกิดจากหลายสาเหตุเป็นปฏิสัมพันธ์มากกว่า 1 อย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2551)

#### ปัจจัยทางพันธุกรรม

เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรค ถ่ายทอดโรคภายในครอบครัว แต่รูปแบบหรือกลไกการถ่ายทอดยังไม่ทราบแน่ชัดค่า Heritability ของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ระหว่าง 0.5 - 0.92 อัตราการพบร่วม ( Concordance rate ) ของโรคสมาธิสั้นใน Monozygotic twin เท่ากับร้อยละ 51 ใน Dizygotic

twin เท่ากับร้อยละ 33 ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาตำแหน่งความผิดปกติบนยีนส์ที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าความผิดปกติน่าจะอยู่บนยีนส์ชื่อ Dopamine receptor D4 และ Dopamine transporter gene พบอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในญาติสายตรงได้ถึง 5 เท่า และใน monozygotic twin พบโรคร่วมกันได้สูงถึงร้อยละ 50-98 อย่างไรก็ตาม พบโรคสมาธิสั้นในครอบครัวได้เพียงส่วนหนึ่งของคนไข้เท่านั้น มีหลักฐานว่า nongenetic factors มีส่วนสำคัญในการเกิดโรคนี้เช่นกัน

### ปัจจัยทางชีวภาพ

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

### ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ปัญหาทางด้านจิตใจของพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็กไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการโดยตรง แต่จะทำให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น หรือมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการออกมาเด่นชัดและรุนแรงขึ้น

### 1.2 เด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแล มีผู้กล่าวถึงความหมายผู้ดูแล ไว้ดังนี้

Horowitz and Reinhard (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

Orem (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลแล้วหมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพาโดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ยูพาฟิน สิริโพธิงาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึงญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วย

สรุป ผู้ดูแลหลัก คือผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ในการวิจัยนี้ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก สมาริสน์มีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

#### เด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลหลัก

เนื่องจากในเด็ก ผู้ดูแลหลักถือว่ามีอิทธิพลที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม เพราะผู้ดูแล คือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ และมีความจำเป็นอย่างยั้งที่จะต้องเรียนรู้ เพราะจะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ผู้ดูแลทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกัน แต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป ไม่ต้องกังวลว่าจะทำไม่ได้หรือทำได้ไม่ดี แต่ควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชเด็ก จึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลถือเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทัศนีย์ อนันตพันธ์, 2540 ; Loukissa, 1995) การฝึกสอนผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ร่วมกับการให้ความช่วยเหลือที่เด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546; Hechtman, 2005)

ลักษณะความผิดปกติของเด็กสมาธิสั้นนั้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวเอง ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดาและบุคคลอื่นๆในครอบครัวอีกด้วย ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านร่างกาย พบว่าสุขภาพของมารดาทрудโทรมลง มารดาส่วนใหญ่จะรู้สึกอ่อนเพลียอย่างมาก รับประทานอาหารน้อยลง มีความเหน็ดเหนื่อย นอนไม่หลับ (ไพรินทร์ กันทนะ, 2543;บุษกร อินทรชัย, 2539) ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวเด็กสมาธิสั้นเช่น อาการพฤติกรรมที่รุนแรง ย้ำคิดย้ำทำ หรืออยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าวส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ต้อง คอยควบคุมอาการต่างๆ และ

จัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541) และจากการศึกษา เทพสิรินทร์ มาบุญศรี, (2549) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น พบว่าจะแนบความเครียดของพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Damforth. (2005) ศึกษาผลลัพธ์ ของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองสำหรับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว แบบเป็นกลุ่ม โดยใช้ Behavior Management Flow Chart (BMFC) ผลการศึกษาจากการใช้โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว, อาการสมาธิสั้น และลดความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ

### 1.3 แนวทางการบำบัดการรักษาเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก

การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ให้การพยาบาลในรูปแบบของการพัฒนาความสามารถและปรับพฤติกรรมไม่เพียงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นซึ่งเด็กสมาธิสั้นแต่ละคนจะมีความผิดปกติ ที่คล้ายกันแต่ระดับความรุนแรงของแต่ละคนไม่เท่ากัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินอาการของเด็กแต่ละคนเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาได้ถูกต้องตามปัญหาและความต้องการของเด็ก และเนื่องจากเด็กมีความเกี่ยวข้องกับครอบครัวจึงต้องมีการประเมินครอบครัว สอนและให้คำปรึกษาครอบครัวให้มีศักยภาพและมีความสามารถในการที่จะช่วยเหลือเด็กได้อย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาส ให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับกับพยาบาล

การรักษาเด็กสมาธิสั้นนั้นเนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดสมาธิสั้น การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองตามอาการที่พบ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2 541) มีงานวิจัยศึกษาแนวทางการรักษา ข้อมูล ณ ปัจจุบันพบว่าการรักษาแบบ Multi - Treatment Model (MTA) หรือการผสมผสานการรักษาด้วยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) ซึ่งรวมถึง พฤติกรรมบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม และการสอนพ่อแม่ และในวัยรุ่นอาจใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการจัดการกับความโกรธได้ จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด (นงพงา ลิมสุวรรณ, 2547; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) การรักษาที่ได้ผล ประกอบด้วย

การประเมินครอบครัวทุกด้านและให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ

การใช้ยาการรักษาเด็กสมาธิสั้นนั้นเนื่องจากยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดสมาธิสั้น การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองตามอาการที่พบ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2 541) มีงานวิจัยศึกษาแนวทางการรักษา ข้อมูล ณ ปัจจุบันพบว่าการรักษาแบบ Multi - Treatment Model (MTA) หรือการผสมผสานการรักษาด้วยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) ซึ่งรวมถึง พฤติกรรมบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม และการสอนพ่อแม่ และในวัยรุ่นอาจใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการจัดการกับความโกรธได้ จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด (นงพงา ลิมสุวรรณ, 2547; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) การรักษาที่ได้ผล ประกอบด้วย

## 1. การประเมินครอบคลุมทุกด้านและให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ

1.1 การซักประวัติ: การซักประวัติอย่างละเอียดในทุกด้าน ประวัติของโรคสมาธิสั้นในครอบครัว รวมทั้ง function ในครอบครัว เช่น วิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ความเครียด และการสื่อสารในครอบครัว

1.1.1 ประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เป็น อายุที่เริ่มมีอาการหลักของโรค โดยเฉพาะอาการขณะระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรค รายละเอียดการเลี้ยงดู การดำเนินไปของอาการ และการเสียหน้าที่การทำงานในชีวิตประจำวัน

1.1.2 ประวัติที่โรงเรียน ประวัติอาการหลักที่เกิดขึ้นจากบันทึกของครูที่โรงเรียน ประวัติพฤติกรรมในห้องเรียน และประวัติเรื่องการเรียนและความสำเร็จทางการศึกษา

1.1.3 ประวัติทั่วไป ประวัติการคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ประวัติอุบัติเหตุ และประวัติการใช้ยาต่างๆ

1.1.4 ประวัติครอบครัว ประวัติบุคคลอื่นในครอบครัวที่มีอาการเดียวกับผู้ป่วย เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมักถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ และอาจพบบุคคลอื่นในครอบครัวเป็นโรคเดียวกันได้

1.3 Interview คนไข้เพื่อค้นหาอาการ โรคอื่นที่อาจพบร่วมกัน เพื่อวินิจฉัยแยกโรค

1.3 การรวบรวมข้อมูล จากผู้ปกครอง ญาติ ครู โดยใช้ behavioral rating scale

## 2. การใช้ยา

กลุ่ม **Psycho stimulants drug methylphenidate** เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงน้อย ออกฤทธิ์เป็น sympathomimetic agent มีฤทธิ์ยับยั้ง presynaptic reuptake ไปเพิ่มการทำงานของdopamine ที่ prefrontal cortex มีขนาด 10 mg ออกฤทธิ์ภายใน 30 นาทีหลังบริหารยา half life 2-5 ชม. ขนาดยาที่ใช้ คือ 0.3-1 mg/kg/d ให้ 2-3 ครั้งต่อวัน ขนาดยาสูงสุดต่อมือไม่ควรเกิน 0.5 mg/kg ได้ผลประมาณร้อยละ 75-80

**อาการข้างเคียงของ Methylphenidate** ที่พบบ่อยคือ อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ความดันโลหิตสูง (มักพบในผู้ใหญ่) ผลข้างเคียงส่วนใหญ่มักเป็นชั่วคราวและหายไปเมื่อใช้ยาไปประมาณ 2-3 สัปดาห์ ถ้าให้ Methylphenidate ในขนาดที่สูงมากๆ อาจทำให้เกิดอาการชัก, Psychosis, เกิดภาวะ amotivational หรือ zombie-like effect (เด็กจะซึมนิ่ง ไม่กระตือรือร้น สมองไม่คิดไม่ทำงาน)ในบางรายที่มีอาการของ tic หรือ Tourette's disorder ร่วม



กลุ่ม **Non-psycho stimulants drugs** เช่น Atomoxetine มีชื่อการค้าว่า Strattera เป็นยา กลุ่ม Norepinephrine Reuptake Inhibitor ไปเพิ่มสารเคมีในสมอง ออกฤทธิ์ช้าใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ จึงจะเห็นผล แต่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง

Antidepressants กลุ่ม Tricyclic Antidepressants เช่น Imipramine จัดเป็นกลุ่มยาที่ใช้เป็นอันดับสอง สำหรับการรักษา ADHD ได้ผล ร้อยละ 60-70 ขนาด 1-3 mg/kg/d แบ่งให้เช้าและก่อนนอน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ง่วง ซึ่งอาจหลีกเลี่ยงได้คือการให้ยาก่อนนอน ถ้าให้ขนาดสูงเกินกว่านี้ต้องระวังเรื่อง cardiovascular toxicity โดยควรประเมิน EKG และตรวจ serum TCA level หรือ กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine มีประโยชน์สำหรับ secondary mood symptoms

### 3. การบำบัดทางจิตสังคม ประกอบด้วย (วินัดดา ปิยศิลป์, 2550)

**3.1 การปฏิบัติเน้นที่ตัวเด็ก** การให้คำปรึกษา และการให้สุขภาพจิตศึกษา สร้างความสัมพันธ์กับเด็ก โดยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคสมาธิสั้น และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในผลของยาที่รับประทาน

พฤติกรรมบำบัด เน้นการปรับพฤติกรรมโดยเน้นการใช้แรงเสริมทางบวก ซึ่ง การศึกษาด้านการวัด neuropsychological พบว่าเด็กกลุ่มนี้จะตอบสนองต่อแรงเสริมทางบวก ที่รวดเร็วได้ดี แต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่ายเมื่อใช้ แรงเสริมลบ ควรเน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้จ่าย การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด เป็นต้น

การบำบัดทางพฤติกรรมทางความคิด เพื่อฝึกให้เด็กเข้าใจปัญหา เข้าใจตนเอง ติดตามพฤติกรรมของตนเองได้ทัน สังตัวเองได้ ให้รางวัลตนเองได้ การบำบัดทางพฤติกรรมทางความคิด เพียงอย่างเดียวจะไม่ได้ผล การใช้ทักษะทางสังคม เน้นทักษะการอยู่ร่วมกับเพื่อนในสังคมและสมาชิกในครอบครัวสมาชิกของกลุ่มควรมีความหลากหลายในข้อจำกัดหรือทำร่วมกับเด็กปกติ เพื่อเพิ่มโอกาสที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จ โดยใช้ความสามารถหลากหลายของคนในกลุ่มการใช้ทักษะทางสังคม เฉพาะเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งที่พึงพิจารณาให้รอบคอบตามความเหมาะสม เพิ่มทักษะการเล่นกีฬา และพัฒนาความสามารถ

### 3.2 การปฏิบัติเน้นที่ผู้ดูแลหลัก

การให้คำปรึกษาและการให้สุขภาพจิตศึกษา เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมรักษากับพ่อแม่ เพื่อจะได้เป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ให้เข้าใจโรคสมาธิสั้น ให้เข้าใจปัญหาเด็กให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคสมาธิสั้น เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้น เน้นการออกกำลังกายที่ใช้แรง

ให้เข้าใจในผลดีผลเสียจากการใช้ยาเพิ่มสมาธิ บอกแหล่งข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง และเปิดโอกาสให้พ่อแม่ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ

การฝึกทักษะ การจัดกลุ่มพ่อแม่ฝึกให้มีทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากติกา เรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของพ่อแม่โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดีเพื่อเพิ่ม self esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีลงโทษที่เหมาะสม ได้มีโอกาสฝึกซ้อมหัดทำ ให้โอกาสซักถามปัญหาที่สงสัย ทั้งหมดจะช่วยทำให้พ่อแม่มีเวลากับผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจที่จะใช้ในการพัฒนาเด็กต่อไป

กลุ่มระดับประคอง ให้โอกาสพ่อแม่และญาติที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง ให้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ได้รับกำลังใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มพ่อแม่มีกิจกรรมทำ และเป็นประโยชน์ต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอื่น

### 3.3 การปฏิบัติเน้นที่ครู

การให้คำปรึกษา และการให้สุขภาพจิตศึกษา เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับครูเพื่อจะได้เป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ต้องเข้าใจความรู้สึกและความลำบากของครูผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ครูได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ที่โรงเรียน ทำให้ครูเข้าใจปัญหาเด็กสมาธิสั้น ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคสมาธิสั้นปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็ก เน้นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในห้องเรียนให้มีตัวกระตุ้นน้อยที่สุด เพิ่มเวลาออกกำลังกายที่แข็งแรง เข้าใจในผลดีผลเสียจากการใช้ยาเพิ่มสมาธิ บอกแหล่งข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องปรับระบบการสอนการสอน

#### การพยากรณ์โรค

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวนมากที่ไม่มีภาวะผิดปกติอื่นร่วมด้วย จะมีการพยากรณ์โรคดีพอที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ถ้าได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม พบว่าร้อยละ 30 เป็นผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมปกติ อีกร้อยละ 50-60 ยังคงมีอาการบางอย่างของโรคเหลืออยู่ เช่น สมาธิสั้น หุนหันพลันแล่นและอาจส่งผลกระทบต่อเด็กขาดความมั่นใจ กังวล หงุดหงิดง่าย มีปัญหาในการทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม อีกร้อยละ 10-15 ที่มีปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น ลักขโมย ค้ายาเสพติด เป็นต้น

## 2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นและระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว

### 2.1 ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าว

ความก้าวร้าวเป็นพฤติกรรม ที่มีความยากและซับซ้อนในการให้ความหมายที่ชัดเจน ดังนั้นความพยายามที่จะควบคุมหรือจัดการความก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทำความเข้าใจ และให้ความหมายความก้าวร้าวให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

กุลา ตันติผลาชีวะ (2551) ให้ความหมายความก้าวร้าวว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลหนึ่ง แสดงออก โดยมีเจตนาสร้างความเจ็บปวดทั้งร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเป้าหมาย อาจเป็นทางวาจา หรือร่างกายที่อาจถึงขั้นรุนแรงให้บาดเจ็บถึงชีวิต แม้แต่การทำร้าย

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

**พฤติกรรมก้าวร้าว** หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลได้รับบาดเจ็บ ได้รับความเสียหายทางร่างกาย หรือจิตใจ และ/ หรือ เป็นพฤติกรรมทำลายสิ่งของซึ่งแบ่งออกเป็นสองประเภท คือ

1. พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย หมายถึง ขวางทางเดิน ขัดขาให้ล้ม ดึง กระทบเกี้ยวหรือกางเกง กระโปรง เลียนแบบท่าทาง ความผิด หรือข้อบกพร่องของเพื่อน ขว้างปาของให้โดน ผู้อื่น รีดไถเงินบังคับให้ผู้อื่นทำในสิ่งที่เขาไม่เต็มใจ บังคับให้ทำตาม ถ้าไม่ทำตามก็ทำให้เขาได้รับบาดเจ็บทางกาย หรือจิตใจ ต่อสู้ทำร้ายกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ชกต่อย หยิก ตะบอง ผลัก โตะ เก้าอี้ให้ล้ม ทบกระຈກให้พัง เขียนคำหยาบบนกระดานหรือผนัง

2. พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา หมายถึง พูดเสียงดังขัดจังหวะ พูดนินทา พูดเยาะเย้ย พูดประชดประชัน พูดคุยให้เพื่อนทะเลาะกัน คำชื่อพ่อแม่ผู้อื่นเมื่อโต้เถียงกัน พูดคำหยาบเมื่อโต้เถียงกับผู้อื่น ตวาด ตะคอกผู้อื่น พูดขู่ ซึ่งแสดงความก้าวร้าว

รัตโนทัย พลับรู้อการ (2551) ได้รวบรวมความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีความหมายกว้างขวาง และมีความแตกต่างกันตามความคิดเห็น เจตคติของแต่ละบุคคล และสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันแสดงไว้ในหนังสือตำราพัฒนาการ และพฤติกรรมเด็ก ดังนี้

- พฤติกรรมที่เกะกะระราน ใช้กิริยาและวาจาที่ไม่เรียบร้อย
- พฤติกรรมที่ตั้งใจทำให้เกิดการเจ็บตัว หรือทำให้เกิดความกังวลต่อผู้อื่น ได้แก่ การตี ตะบอง ทำลายของ ทะเลาะ แย่งชิง ใช้คำพูดโจมตีผู้อื่น และต่อต้านไม่ร่วมมือ
- พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อต้องการทำร้ายผู้อื่น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแสดงออกอาจมีหลายรูปแบบ ได้แก่ทางวาจา เช่นการคำทอ พูดกระทบกระเทียบเปรียบเปรย เยาะเย้ยเป็นต้น ทางร่างกาย เช่นทำร้ายร่างกายด้วยความรุนแรงในระดับต่างๆเป็นต้น ด้วยท่าทาง เช่นการดูหมิ่นด้วยสีหน้าท่าทาง

พฤติกรรมที่แสดงออกด้วยการทำลาย มักเกิดจากการรวมของปัจจัยต่างๆ ที่สั่งสมไว้นาน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพซึ่งหมายถึงสภาพจิตใจ บุคลิกภาพ และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการเรียกร้องสิทธิของตน โดยไม่สนใจว่าจะไปก้าวก่ายสิทธิของผู้อื่นหรือไม่ การแสดงออกจะมีลักษณะของการข่มขู่ บีบบังคับ เรียกร้อง หรือลักษณะของการแสดงออกที่รุนแรง

Hamolia (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อป้องกันตนเองทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย

Buss (1961) กล่าวว่า ความก้าวร้าว เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ในรูปของการกระทำอย่างทันที แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความก้าวร้าวทางกาย (Physical Aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกายเช่น แขน ขา ฟันหรือใช้อวัยวะทางกายร่วมกับอาวุธเช่น มีดไม้ เพื่อให้ผู้อื่นเจ็บปวด

2. ความก้าวร้าวทางวาจา (Verbal Aggression) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด จำแนกเป็น 2 ลักษณะคือ

2.1 การปฏิเสธ ซึ่งมักจะแสดงท่าทางประกอบด้วย เช่น ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หลบหน้า

2.2 การบังคับ เป็นการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีผู้ให้ไว้อย่างหลากหลายสามารถสรุปความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในการวิจัยได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าวคือ การกระทำทั้งทางกาย และ/หรือวาจาต่อสิ่งของ บุคคลอื่นและ/หรือตนเองโดยมีเจตนาให้สิ่งของได้รับความเสียหาย และบุคคลอื่นหรือตนเองได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายและจิตใจไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือรุนแรงก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจากการเลี้ยงดู การสื่อความต้องการ ของตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจกฎเกณฑ์ มีความไวต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งเร้ามากเกินไปถูกกดดันให้ทำสิ่งที่ไม่ชอบหรือสิ่งที่ยากเกินไป

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นวัยเด็กเล็กและวัยรุ่นมีการแสดงออกที่ไม่แตกต่างกัน แต่ในเด็กวัยรุ่นนั้นความก้าวร้าวที่แสดงออกมา จะควบคุมได้ยากกว่าในเด็กเล็ก (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นนั้นบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง บางรายก้าวร้าวต่อผู้อื่น หรือบางรายก็มีทั้งสองอย่าง ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ที่มีความยากและซับซ้อนในการให้ความหมายที่ชัดเจน ดังนั้นความพยายามที่จะควบคุม

หรือจัดการความก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทำความเข้าใจ และให้ความหมายความก้าวร้าวให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่นั้นเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่ได้กล่าวไว้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นการศึกษาและวิเคราะห์แนวความคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กปกติและได้มีการศึกษาไว้หลายรูปแบบ และได้ข้อสรุปดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Cesare Lombroso) เป็นผู้ให้กำเนิดทฤษฎีนี้และกล่าวว่าลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากรสามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า ถ้าพ่อเป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา Freud (อ้างในผดุง อารยะวิญญู, 2542:29) กล่าวว่า การก้าวร้าวเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ มนุษย์เรานั้นหาใช่เป็นผู้ที่สุภาพอ่อนโยนใจดี และต้องการความรัก ความสนใจเสมอไปไม่ บางครั้งก็ต้องรู้จักต่อสู้เพื่อป้องกันตนเองเมื่อถูกรุกรานจากบุคคลอื่น การก้าวร้าว จึงเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการป้องกันตนเอง แต่มนุษย์เรานั้นย่อมรู้จักระงับอารมณ์ และยอมไม่แสดงออก ซึ่งการก้าวร้าวในเวลาที่ไม่จำเป็นหรือแสดงออกไปในทางที่เป็นที่ยอมรับของสังคม ใครก็ตามที่ไม่สามารถควบคุมตนเองให้แสดงความก้าวร้าวไปในทางที่ถูกที่ควรที่เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ แสดงว่าบุคคลนั้นมีพัฒนาการทางร่างกาย และจิตใจที่ขาดสมดุล จึงไม่สามารถรับค่านิยมที่เป็นที่ยอมรับของสังคมได้ และบุคคลประเภทนี้จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาโดยปราศจากการควบคุม และในที่สุดก็กลายเป็นนิสัย และเป็นบุคลิกลักษณะประจำตนเองไป

นักจิตวิทยาได้แบ่งการก้าวร้าวออกเป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ

1. การก้าวร้าวที่เป็นไปในทางทำลาย อาจจะเป็นการก้าวร้าวด้วยวาจา หรือด้วยการกระทำ ก็ได้ เช่น การชกต่อย ตะโกนจ่าเงิน มาสาย วิจารณ์ไปในทางเสียหาย พูดจากระแนะกระแหนหรือกระทบกระเทียบเสียดสี และเยาะเย้ย

2. การก้าวร้าวที่ควบคุมได้ เป็นการก้าวร้าวที่ไม่รุนแรง เป็นการก้าวร้าว โดยวาจา และกระทำโดยมีเหตุผลสมควร เป็นการกระทำเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่าเดิม

Scott (1956) ให้ความเห็นว่าในวัยเด็กนั้นต้องการความรักและความเอาใจใส่จากพ่อแม่ ถ้าเด็กไม่ได้รับความรักตามที่ตนต้องการ เด็กก็จะเปลี่ยนมาเป็นความเกลียดและความเป็นศัตรูแทน ความเกลียด ความโหดเหี้ยมอาจจะเกิดขึ้นในจิตใจของเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่ได้รับความอบอุ่น และความยุติธรรมอย่างเพียงพอ

2.2.3 ทฤษฎีทางสังคมและสภาพแวดล้อม Sutherland (1947) กล่าวว่าความเป็นอันธพาลหรืออาชญากรนั้นลอกเลียนแบบกันได้ เด็กอาจจะเรียนรู้สิ่งเหล่านี้จากเพื่อนหรือผู้ใหญ่ที่ใกล้ชิดในสังคมของตน โดยเฉพาะในวัยรุ่นเด็กจะให้ความเชื่อถือแก่คนที่ตนชอบเป็นอย่างยิ่ง ถ้าคนที่เด็กชอบนั้นเป็นคนอันธพาลเกร เด็กก็ชื่นชมในความสามารถและพยายามยึดถือเป็นเยี่ยงอย่าง

2.2.4 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (Frustration Aggression Theory) ทฤษฎีมาจากความเชื่อของดอลลาร์ดและมิลเลอร์ ที่เชื่อว่า ความก้าวร้าวของบุคคลมาจากความคับข้องใจที่สะสมอยู่ ตลอดเวลา ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความก้าวร้าวในที่สุด

### แนวทางในการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าว

#### 1. กลุ่มแนวคิดจิตวิเคราะห์แนวใหม่ (Psychodynamic Approach)

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

#### 2. กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach)

แนวคิดนี้มีเชื่อพื้นฐานว่าปัญหาพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนทั้งหลายเป็นการเรียนรู้และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนได้โดยการให้การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่โดยเน้นให้ความสนใจศึกษาและแก้ไขกับพฤติกรรมภายนอก หลักของการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลอย่างมากคือ การเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner (Skinner, 1938 อ้างถึงใน Goodman and Scott, 2005) จากแนวคิดนี้พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้นเพราะพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงพฤติกรรมก้าวร้าวนี้มีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ การได้รับรางวัล ทำให้เด็กเกิดการพัฒนาความก้าวร้าว และเมื่อศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้การลงโทษ ในครอบครัวของเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม พบว่าการลงโทษไม่ได้ผลแต่กลับทำให้เด็กก้าวร้าวมากขึ้นโดยไม่ตั้งใจ (Patterson & Hamberg, 1998) การปรับพฤติกรรมที่เน้นการวัดได้ สังเกตได้ ของกลุ่มพฤติกรรมนิยมนี้ทำให้มีการวิจัยกันมากมาย มีการศึกษาพบว่าการเสริมแรงทางบวกเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก ตัวเสริมแรงที่ใช้ได้แก่ เบี้ยบรรณาการ คะแนน เงิน และการเสริมแรงทางสังคม การยกย่องชมเชย การให้ความสนใจ การยอมรับ และการเห็นความสำคัญ (Moss & Rick, 1981)

ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) ซึ่งมีแนวคิดว่าการวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้นเกิดจากการเรียนรู้สำหรับแนวความคิดทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำที่มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequences) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น โดย Skinner (Skinner อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภท ได้แก่ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforce) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้น มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้น และผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ที่ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยูดิ่ง การเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวในแนวคิดนี้ จึงเกิดขึ้น โดยการที่เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแล้ว ได้รับสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ก็เหมือนกับเป็นการเสริมแรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น จึงมีการกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปหรือมากยิ่งขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าวมาผู้วิจัยเลือกใช้พฤติกรรมบำบัด โดยเลือกเทคนิคการให้แรงเสริมทางบวกซึ่งหากเด็กได้รับรางวัลที่เด็กพึงพอใจในรูปแบบต่างๆที่จัดขึ้นจะทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น แสดงพฤติกรรมที่ดีๆ ผู้วิจัยใช้การสาธิตในสถานการณ์ 4 สถานการณ์ที่สร้างขึ้น โดยอ้างอิงจากภาวะความบกพร่องของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นไม่วิ่ง ชุกชน ความสนใจในสิ่งต่างๆ มีระยะสั้น รอคอยไม่ได้ ทำให้ทำความเข้าใจยากกับบุคคลรอบข้าง โดยที่เด็กไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้ทันคิดถึงผลเสียที่เกิดขึ้น จากภาวะบกพร่องดังกล่าวมาผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นสถานการณ์เรื่อง การเข้าคิว การกล่าวคำขอโทษ การกล่าวคำขอบคุณ และการเก็บของเล่น และของใช้ส่วนตัว ซึ่งในแต่ละสถานการณ์จะใช้เวลาสาธิตไม่เกิน 3 นาที หากเด็กได้ชมและได้รับการพูดคุยชี้แนะร่วมกันในกลุ่มกับเพื่อน จะทำให้เด็กได้เห็นตัวอย่างในสิ่งที่ดีที่ควรกระทำและเด็กจะเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีๆ นั้นต่อไป

ซึ่งจากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีส่วนร่วมผสมผสานในหลายแนวทางเพื่อให้เด็กสามารถแสดงพฤติกรรมที่ดีที่สังคมยอมรับ และลดพฤติกรรมก้าวร้าวลงร่วมกับการที่ผู้ปกครองได้รับความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมเด็กอันจะส่งผลให้สามารถดูแลเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ประหยัดงบประมาณของประเทศชาติในด้านการรักษาพยาบาล

### 2.3 การวัดและการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ในกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องหาข้อมูลของเด็ก และครอบครัวเพิ่มเติมทั้งประวัติการเจริญเติบโต พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพของเด็ก ของบิดา มารดา วิธีการเลี้ยงดู วิธีการลงโทษเมื่อเด็กทำผิด ประเมินว่ามีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่นภาวะซึมเศร้า โรคคือ โรค

อันธพาลซึ่งสามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM IV ช่วยในการยืนยันความผิดปกติร่วมด้วย การถามประวัติที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของคนใน ครอบครัวด้วย ในส่วนของโรงเรียนต้องประเมินพฤติกรรม ผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างครู และความสัมพันธ์กับเพื่อน ความรุนแรงของพฤติกรรมที่แสดงออกที่โรงเรียนร่วมด้วย (รัตโนทัย พลัฏฐ์การ, 2551)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของ The Overt Aggression Scale for The Objective Rating of Verbal and Physical Aggression ที่เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) ที่พัฒนามาเป็นแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากมีความเหมาะสม และมีความชัดเจนของพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกที่ทำให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้ และ ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวในแบบประเมินก็เหมือนกับลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ที่แสดงออก นอกจากนี้ยังทำให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ที่มีความรุนแรง ตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงรุนแรงมาก จากผลรวมของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น แต่ละข้อมีการ กำหนดค่าคะแนนไว้อย่างชัดเจน โดยแบ่งหัวข้อการประเมินเป็น 15 ข้อ ตามลักษณะของพฤติกรรม ก้าวร้าวทางวาจา ทางกาย และแบ่งตามลักษณะความรุนแรงจากไม่รุนแรงถึงรุนแรงมาก ถือได้ว่าเป็น เครื่องมือที่มีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนย่อย

ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่ไม่ รุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง หากพบพฤติกรรมนี้ให้คะแนนข้อละ 2 คะแนน

ส่วนที่ 2 มี 4 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจาและมีท่าทางคุกคาม หรือทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แชงคำหยาบคาย ขีดเขียน โต๊ะหรือผนัง ตีตนเอง คว่ำ เสื้อผ้าผู้อื่น วิธีให้คะแนนหากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยวาจา และท่าทางที่คุกคามด้วยความ รุนแรง อย่างชัดเจนต่อตนเองหรือผู้อื่น เช่น ทำของแตก ทำอันตรายตนเอง แต่ไม่บาดเจ็บรุนแรง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 4 คะแนน

ส่วนที่ 4 มี 3 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยท่าทาง เช่น จุดไฟเผา ทำร้ายตนเอง / ผู้อื่น เกิดแผลบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 มี 2 ข้อ เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกาย อย่างรุนแรงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น หากพบพฤติกรรมดังกล่าวให้คะแนนข้อละ 6 คะแนน



โดยจะให้ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นำกลับไปสังเกตพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นขณะทำกิจกรรมต่างๆที่บ้าน แล้วทำการบันทึกลงในแบบประเมิน ทุกวัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับพฤติกรรมก้าวร้าว วิธีรวมคะแนน นำคะแนนเต็มของแต่ละข้อคูณด้วยจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวแล้วเอาคะแนนรวมของแต่ละข้อมารวมกัน เป็นคะแนนผลรวมของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กแต่ละคน

### 3. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

#### 3.1 มาตรฐานการพยาบาล

การปฏิบัติพยาบาลสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการใช้หลักการพยาบาล ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

##### 3.1.1 การใช้กระบวนการพยาบาล ในการบำบัดพฤติกรรม

3.1.1.1 การประเมินพฤติกรรม รวมถึงผลกระทบ พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา การแก้ปัญหาของครอบครัว ความเหมาะสมของพฤติกรรมที่แสดงออกกับพัฒนาการตามวัย ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อตัวเด็ก ครอบครัว และคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึง ทักษะคิด ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็ก และครอบครัวในการตั้งข้อวินิจฉัยในการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด

3.1.1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้น ในครอบครัว ที่โรงเรียน และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา ที่จะเกิดผลกระทบกับตัวเด็ก และครอบครัว เพื่อการวางแผนการพยาบาล

3.1.1.3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาล ร่วมกับครอบครัวของเด็ก ในลักษณะของการวางแผนร่วมกัน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการร่วมรับรู้ความรู้สึกกับครอบครัว ระหว่างการประเมินทางการพยาบาลในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัว ในการวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

3.1.1.4 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และการใช้พฤติกรรมบำบัด เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวทางการพยาบาล พยาบาลต้อง มีความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีวุฒิภาวะ และมีความตั้งใจ ใส่ใจ ในการฝึกฝน ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาล ให้การบำบัดตามขอบเขต กฎหมาย และเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กและครอบครัวต้องมีความเหมาะสมและได้รับความยินยอมร่วมมือด้วยดีในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้น โดยมีแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน

3.1.1.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานทั้งความตรง ความเที่ยงในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรู้ความสามารถ ของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก ในการมีส่วนร่วมในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไปพร้อมๆ กัน

3.1.2 การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติพยาบาล ต้องสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และใช้ผลงานวิจัยมาปรับใช้กับการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

3.1.3 การใช้การพยาบาลแนวองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึงการดูแลช่วยเหลือเด็ก พร้อมกันทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตวิญญาณ รวมถึงจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โรงเรียน ชุมชนที่จะมีผลกับพฤติกรรม และพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก

3.1.4 การปฏิบัติพยาบาลมุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลซึ่งตั้งไว้ในขณะวางแผนการพยาบาลโดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เกณฑ์ที่ตั้งไว้ ต้องวัดได้ แปรผลได้

3.1.5 การให้ความสำคัญกับครอบครัวของเด็ก เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กตามแนวคิดการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว นั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ ได้กับการเลี้ยงดู มีบทบาทสำคัญในการสร้าง และหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก แม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีลักษณะ และโครงสร้างแตกต่างกันตามวัฒนธรรม แต่ครอบครัวก็เป็นสถาบันที่เป็นศูนย์กลางของสังคม ระบบครอบครัวมีความสำคัญมากต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจของสมาชิกในครอบครัวปัญหาของเด็ก ทำให้บิดามารดาวิตกกังวลเดือดร้อนใจ และปัญหาของบิดา มารดาทำให้ความสามารถในการตอบสนองด้านความต้องการของเด็กลดลงด้วย หน้าที่ของครอบครัวควรมีลักษณะดังนี้ คือ ให้สิ่งจำเป็นในชีวิต และให้ความรัก ความอบอุ่นมั่นคง อย่างต่อเนื่องมีขอบเขตเหมาะสม มีการส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ของเด็ก ไม่มีความรุนแรง หรือความเครียดที่มากเกินไปในบ้านได้รับ

ความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอย่างถูกวิธีสร้างความสัมพันธ์ และการแก้ไขปัญหา รวมถึงอบรมเด็กให้เติบโต และทำหน้าที่เป็นพลเมืองที่ดีของสังคม (อรวรรณ เลาห์เรณู, 2551) ดังนั้นครอบครัว จึงเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวถึงเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็ก (ทศนีย์ อนันตพันธ์, 2540 ; Loukissa, 1995) การให้การพยาบาลจึงต้องมีครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมให้เด็กด้วย

3.1.6 การใช้ทักษะพื้นฐานด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพการสื่อสาร ในการปฏิบัติพยาบาลนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นทักษะที่จำเป็น โดยเฉพาะกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิต จะต้องเหมาะสม หลักการและทักษะการร่วมรู้สึกการรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์ จริงใจเป็นหัวใจของการสร้างสัมพันธ์ภาพทั้งกับเด็กและครอบครัว ส่วนทักษะการสื่อสารพยาบาลต้องพัฒนาความเข้าใจในธรรมชาติ ประสบการณ์ของเด็กแต่ละวัยโดยอาจต้องใช้ทั้งวัจนภาษา อวัจนภาษา และการเล่น เป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็กเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

3.1.7 การใช้แหล่งข้อมูลสำคัญจากตัวเด็ก จากครอบครัว จากครู เพื่อนที่โรงเรียน ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลว่า มีความสอดคล้องกัน หรือขัดแย้งกันมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ มีการตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับจากคนที่มีความใกล้ชิด ในกรณีข้อมูลมีความขัดแย้งกัน

### 3.2 สมรรถนะของพยาบาลจิตเวช

สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะกรรมการฝึกอบรมและการสอบความรู้ความชำนาญเฉพาะทางได้กำหนดและได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลนั้นมีขอบเขตการปฏิบัติสมรรถนะหลัก 9 ประการ และแสดงการปฏิบัติที่แสดงสมรรถนะ ดังต่อไปนี้

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือใช้วิธีการอื่นๆ รวมทั้งจัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะ โรคที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและ

จัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมิณผลในการดูแลผู้ให้บริการกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ เฉพาะกลุ่มเฉพาะโรค (Care Management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

ดังนั้น จากการพิจารณาขอบเขตของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามข้อกำหนดทางกฎหมายและทางวิชาชีพ จึงกล่าวได้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การประกอบวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งกระทำโดยตรงแก่เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการในระบบการดูแล ตามระดับของการมีความรู้และความชำนาญของพยาบาลผู้ปฏิบัติ ครอบคลุมการประเมินและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การกำหนดผลลัพธ์และแผนการปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือด้วยวิธีการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคทางจิต การแก้ปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคม โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล ศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีระบบการประเมินและระบบการกำกับให้เกิดผลลัพธ์สำคัญคือ เด็กและวัยรุ่นปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มีการเจริญเติบโต

และสามารถดูแลตนเองได้ตามวัย รวมทั้งการดำรงชีวิตในครอบครัว และในสังคมอย่างผาสุกเป็นสำคัญ

### 3.3 หลักการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในเด็ก อาการจะแสดงออกอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การปรับตัวต่อสังคมซึ่งเป็นปัญหาจากอาการนอนไม่หลับไม่ใส่ใจการเรียน ไม่สามารถจดจ่อกับงานที่ทำได้นาน เบื่อง่ายขาดความตั้งใจที่จะทำงานให้เสร็จ ซ้ำเติมทำตามใจตัวเองหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจทำ พฤติกรรมต่างๆ ด้วยอารมณ์ควบคุมตัวเองไม่ได้เสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น ๆ ทั้งด้วยทางวาจาและทางการกระทำ เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กสมาธิสั้นถูกมองว่าเป็นเด็กคือ ก้าวร้าว และถูกลงโทษ แล้วถ้าผู้ลงโทษแสดงอารมณ์เกรี้ยวกราด ทั้งดุด่า และตีเด็ก ก็จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้จดจำเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าวนำไปใช้กับผู้อื่นที่ทำให้ตนไม่พอใจ การที่เด็กต้องเผชิญกับความก้าวร้าวจากการถูกลงโทษบ่อยๆ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดความกลัวและพยายามต่อสู้ป้องกันตัวเองนำไปสู่การใช้ความก้าวร้าวในการแก้ปัญหา (รัตโนทัย พลับรู้อการ, 2551) ก็จะทำให้ปัญหาความก้าวร้าวบานปลายมากยิ่งขึ้น

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในบทบาท ผู้ปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งถือว่ามีปัญหายุ่งยากซับซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบที่รุนแรง ต่อทั้งตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคมในอนาคต การช่วยเหลือเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาล ทั้งความชำนาญ ทักษะและความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่เป็นที่ยอมรับ ในการดูแล บำบัดเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลจะให้การปฏิบัติพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การบำบัด ให้การช่วยเหลือโดยการบำบัดด้วยพฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของเด็กและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิต โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อสามารถปรับตัวกับคนรอบข้าง ดำรงชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุข ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญของการสร้างสรรค์สังคมที่มีคุณภาพ

## 4. พฤติกรรมบำบัด

### 4.1 ความหมายของพฤติกรรมบำบัด

เป็นวิธีการแก้ไขและพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล ที่วางอยู่บนแนวคิดของนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยม โดย Kalish (อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ได้ให้ความหมายของ

พฤติกรรมบำบัดว่าเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior Principles) มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยหลักการแห่งพฤติกรรมเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาอื่นๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ เข้ามาประยุกต์ใช้ได้

โดยธรรมชาติเด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ Piaget เรียกว่าปฏิบัติการด้านรูปธรรม (Concrete Operation) ทำให้เด็กมีมโนทัศน์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชั้นจะเข้าใจ และปฏิบัติตามกติกาที่คนอื่นได้ตั้งไว้ วัยนี้จึงเหมาะในการอบรม เด็กให้มีทักษะ และความรู้ที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่อาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสียงต่างๆ ให้อยู่ในสังคมปกติได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในโปรแกรมเป็นการสร้างความคุ้นเคย สร้างความสัมพันธ์ เรียนรู้ถึงการอยู่ร่วมกัน การพัฒนาความคิด ทักษะการสื่อสารเป็นต้น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และนันทนาการจะจัดอยู่ในช่วงที่ต้องการบรรยากาศความเป็นกันเองระหว่างเด็ก ส่วนใหญ่จะดำเนินการก่อนเริ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือคั่นระหว่างกิจกรรม เป็นการปลุกฝังมารยาทให้กับเด็ก และเมื่อเด็กกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมเดิมจึงเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นเป็นครอบครัว และโรงเรียนล้วนมีส่วนช่วยในการดูแลเด็กโดยการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่จะมีผลให้เด็กเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นจึงมีกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความรู้ในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเทคนิคพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กซึ่งมักจะพบได้บ่อยที่บ้าน จะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเด็กมากขึ้น และมีทัศนคติที่ดีกับตัวเด็กมีความพร้อมในการช่วยเหลือปรับพฤติกรรมต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมเหมาะสมขณะใช้ชีวิตอยู่ในสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

#### ลักษณะของพฤติกรรมบำบัด

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

2. ไม่ใช่คำที่เป็นการตีตรา เช่น คำว่าก้าวร้าว ฉลาด โง่ เกเร ขี้เกียจ เก่ง เป็นต้น เพราะ คำตีตราเหล่านี้มักจะเป็นคำที่มีความหมายกว้างๆ ที่รวมพฤติกรรมหลายๆ ลักษณะเข้าด้วยกัน จึงทำให้ไม่ชัดเจน ยากแก่การสังเกตให้ตรงกัน นอกจากนี้บุคคลที่ถูกตีตราอาจจะพยายามทำตนให้มีลักษณะเหมือนกับที่ถูกตีตราด้วย เช่น ถ้าตีตราว่าเด็กขี้เกียจ เด็กอาจจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงให้เห็นว่าขี้เกียจจริง การตีตรายังทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความอับอายได้

3. พฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือไม่ปกติก็ตาม ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้น ดังนั้นพฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้

4. พฤติกรรมบำบัดจะเน้นที่สภาพและเวลาในปัจจุบันเท่านั้น แม้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในอดีตก็ตาม แต่เงื่อนไขสิ่งเร้าและผลในสภาพปัจจุบันเป็นตัวกำหนดว่าพฤติกรรมที่เรียนรู้ในอดีตนั้นจะมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นบ่อยครั้งหรือลดลง ดังนั้นถ้าสามารถวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้าและผลกรรมใดที่ทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็จะสามารถทำให้ปรับสิ่งเร้า และผลนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อจะทำให้พฤติกรรมดังกล่าว เปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

5. พฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่วิธีการทางบวกมากกว่าที่จะใช้วิธีการลงโทษในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเนื่องจากเป้าหมายของพฤติกรรมบำบัดนั้น จะเน้นที่การเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการทางบวก เพื่อสนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น วิธีการทางบวกเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่าการใช้วิธีการลงโทษอีกด้วย

6. พฤติกรรมบำบัดนั้นสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน การลงโทษวิธีหนึ่งอาจใช้ได้ผลกับคนๆหนึ่ง แต่อาจไม่ได้ผลกับอีกหลายๆคน ตัวเสริมแรงตัวหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงมากเมื่อใช้กับคนบางคน แต่อาจจะไม่มีประสิทธิภาพเลยถ้าใช้กับคนอีกกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นในการดำเนินการพฤติกรรมบำบัดจึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

7. วิธีการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีที่ได้รับการพิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

พฤติกรรมบำบัดมีอยู่หลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีวิธีการที่เป็นจุดเด่นของตนเอง ที่มีความแตกต่างจากรูปแบบอื่นๆ เพียงเล็กน้อย รูปแบบแรกของพฤติกรรมบำบัดคือ Classical Conditioning มีการปรับเปลี่ยนวิธีการในพฤติกรรมบำบัดอื่นๆ ทำให้มีชื่อเรียกต่างๆ กันไป ได้แก่ Operant Conditioning , Systematic Desensitization เมื่อก้าวถึงพฤติกรรมบำบัด คนส่วนใหญ่จะนึกถึง Operant Conditioning ซึ่งก็เป็นเพราะ Operant Conditioning เป็นวิธีการแก้ไขพฤติกรรมซึ่งมี

อยู่หลายรูปแบบและเป็นที่ยอมรับกันดี โดยมีแนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการกระทำมาใช้ ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของเด็ก มีผลเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของเด็กจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลการกระทำที่เกิดขึ้น ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ การกระทำจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กได้รับแรงเสริม ซึ่งจะทำการกระทำเพิ่มมากขึ้นและลดลง (Skinner, 1953) การจะให้เด็กเกิดพฤติกรรมใหม่จะต้องใช้แรงเสริม หรือสิ่งเร้าที่เป็นแรงเสริม (Reinforcement) อาจเป็นรางวัลซึ่งจะช่วยทำให้ พฤติกรรมที่เราต้องการคงอยู่นานหรือเกิดขึ้นบ่อย การใช้แรงเสริมจึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับวิธีการปรับพฤติกรรมโดยความสำเร็จของพฤติกรรมบำบัดขึ้นอยู่กับประเภทของแรงเสริมที่ใช้ ความถี่ของการให้การเสริมแรง และความสม่ำเสมอของการให้การเสริมแรง

#### 4.2 เทคนิคและกระบวนการพฤติกรรมบำบัด

เทคนิคที่สำคัญในการทำพฤติกรรมบำบัดคือการใช้การเสริมแรงเนื่องจากการเสริมแรงช่วยทำให้พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่นาน การเลือกใช้แรงเสริมให้เหมาะกับบุคคลและสถานการณ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอันดับแรกที่นักพฤติกรรมบำบัดจะต้องพิจารณา ซึ่งเทคนิคการบำบัดมีดังนี้

##### แนวทางในการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าว

1. กลุ่มแนวคิดจิตวิเคราะห์แนวใหม่ (Psychodynamic Approach) เป็นกลุ่มแนวคิดที่เชื่อว่า ความโกรธ และความก้าวร้าวเกิดจากระบวนการภายในและแรงขับ (Chess & Hassibi, 1978) แรงขับที่สำคัญที่สุด คือ แรงขับทางเพศ และความก้าวร้าว (Berkowitz & Rothman, 1983) โดยมนุษย์จะต้องมีการระบายออกมา สิ่งที่สำคัญในแนวคิดนี้คือ ความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในกับความพยายามควบคุมเพราะบุคคลต้องการให้สังคมยอมรับ (Glueck, 1940 อ้างถึงใน Eiserman, 1992) ในแนวคิดนี้จึงอธิบายความก้าวร้าวในลักษณะอาการของความไม่สบายใจเล็กๆ ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ได้ดังนั้นการแก้ปัญหาความขัดแย้งของความก้าวร้าวนี้ จึงกระทำโดยส่งเสริมให้แสดงออกอย่างเหมาะสมในทางที่สังคมยอมรับในลักษณะทดแทน

##### 2. กลุ่มแนวคิดพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach)

แนวคิดนี้มีเชื่อพื้นฐานว่าปัญหาพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนทั้งหลายเป็นการเรียนรู้และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนได้โดยการให้การเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ โดยเน้นให้ความสนใจศึกษาและแก้ไขกับพฤติกรรมภายนอก หลักของการเรียนรู้ที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลอย่างมากคือ การเรียนรู้ โดยการวางเงื่อนไขของการกระทำของ Skinner (Skinner, 1938 อ้างถึงใน Goodman and Scott, 2005) จากแนวคิดนี้พฤติกรรมก้าวร้าวเกิดขึ้นเพราะพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงซึ่งการเสริมแรงพฤติกรรมก้าวร่ววนั้นมีรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การได้รับความสนใจ การเอาใจใส่ การได้รับรางวัล ทำให้เด็กเกิดการพัฒนาความก้าวร้าว (Patterson, 1976) และเมื่อศึกษาเพื่อลด



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

**การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว** ในกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำเป็นต้องหาข้อมูลของเด็ก และครอบครัวเพิ่มเติมทั้งประวัติการเจริญเติบโต พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพของเด็ก ของบิดา มารดา วิธีการเลี้ยงดู วิธีการลงโทษเมื่อเด็กทำผิด ประเมินว่ามีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ เช่นภาวะซึมเศร้า โรคคือ โรคอันธพาลซึ่งสามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM IV ช่วยในการยืนยันความผิดปกติร่วมด้วย ควรถามประวัติที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของคนในครอบครัวด้วย ในส่วนของโรงเรียนต้องประเมินพฤติกรรมผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างครู และความสัมพันธ์กับเพื่อน ความรุนแรงของพฤติกรรมที่แสดงออกที่โรงเรียนร่วมด้วย (รัตโนทัย พลับรูการ, 2551)

## 5. การใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

การทำพฤติกรรมบำบัดเด็กสมาธิสั้น ตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นก้าวร้าว ให้ได้ผลจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องดังนั้นการนำเด็กมาเข้าร่วมพฤติกรรมบำบัดพร้อมกับผู้ดูแล จะเป็นการช่วยให้เด็กได้รับการปรับพฤติกรรมเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง (ผดุง อารยะวิญญู, 2542) ผู้ดูแลยังสามารถนำแนวทางที่ได้ไปใช้ปรับพฤติกรรมเด็กที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพฤติกรรมบำบัดน่าจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้ และป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นสามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นในครอบครัวและในสังคมนอกบ้านได้

Stan o'Dell. (1974) กล่าวว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปรับพฤติกรรมบุตรของพวกเขาและอาการทบทวนวรรณกรรมของเขา เขาพบว่า เรื่องของการสอน การฝึก พ่อ แม่ เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเป็นเรื่องที่สำคัญ

**กระบวนการทำพฤติกรรมบำบัด** ตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การจัดทำข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก เกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ ความ

รุนแรง และระยะเวลาของการมีพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กเพื่อให้สามารถใช้พฤติกรรมหลักได้ทันที มีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญสู่ความสำเร็จ ของการเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นพฤติกรรมอื่นที่พึงประสงค์ ให้มีความสำคัญกับพฤติกรรมเด็กที่บ้าน ซึ่งในการวิจัยนี้พยาบาลจะเป็นผู้สังเกตการ แสดงออกของเด็กในสถานการณ์ที่เด็กเข้าร่วมกลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคมที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ (Setting) ลักษณะของพฤติกรรม (Behavior) และผลที่เกิดขึ้น (Consequence)

ขั้นตอนที่ 2 การตกลงเป้าหมายการบำบัดกับผู้ดูแลหลักและเด็ก หมายถึง การช่วยให้ ผู้ดูแลหลักของเด็กมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถพื้นฐานสำคัญของการบำบัดพฤติกรรมก้าวร้าวดังต่อไปนี้

1. ระบุพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของการบำบัดครั้งนี้อย่างเจาะจง
2. ประเมินผลกระทบของพฤติกรรมต่อชีวิตของเด็กและต่อ พี่น้อง บิดามารดา ในด้านต่างๆคือ ด้านส่วนตัว อารมณ์ ด้านสังคม พัฒนาการ การเรียนรู้ หรือ สมรรถนะการทำหน้าที่บางอย่างและด้านคุณค่าในตน
3. ทำข้อตกลงในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยต้องเป็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง
4. กำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งก็คือ พฤติกรรมที่ต้องการให้มีแทนที่พฤติกรรมก้าวร้าว
5. การอธิบาย บิดา มารดาและเด็กให้เข้าใจกระบวนการเกิดพฤติกรรมของเด็กที่เป็นผลลัพธ์ของการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน (ไม่ใช่ลักษณะประจำตัวเด็ก หรือ ความขัดแย้งทางจิตใจ) และตระหนักถึงความจำเป็นที่บิดามารดาต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปพร้อมๆกันทั้งนี้การตกลงเป้าหมายการบำบัดกับผู้ดูแลหลักของเด็กนั้นจะส่งผลให้การใช้พฤติกรรมบำบัดโดยพยาบาลที่ OPD และผู้ดูแลเด็กที่บ้านเกิดขึ้นทุกครั้งที่เด็กแสดงพฤติกรรมและการปฏิบัติทั้งของพยาบาลและผู้ดูแลหลักเป็นไปในแนวทางเดียวกันซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จของการเปลี่ยนพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นเป็นการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน (Goodman & Scott, 2005)

ในการวิจัยครั้งนี้พยาบาลจะใช้การสอนและสาธิตผู้ดูแลหลักโดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่บ้านให้สามารถบำบัดพฤติกรรมที่บ้านได้

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคลหมายถึง การช่วยให้เด็กแต่ละคนเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์และแสดงออกในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยในทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวพยาบาลและผู้ดูแลหลักจะอธิบายว่าเด็กต้องการแสดงพฤติกรรมที่พึง

ประสงค์อะไร อย่างไร และเมื่อใด จากนั้นพยาบาลและผู้ดูแลหลักจะปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive Reinforcement) แรงเสริมบวก คือแรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดบ่อยขึ้น กระบวนการให้แรงเสริมนี้ก็ คือ การบอกถึงเงื่อนไข การให้การเสริมแรงจะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากที่บุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการ ทันทีที่พฤติกรรมเกิดขึ้นควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ

2. การนำออกไปจากสถานการณ์ (Time Out) เป็นวิธีง่ายๆ คือนำบุคคลออกไปจากสถานที่ที่มีการเสริมแรงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสมครบถ้วนกลุ่มกิจกรรม อันจะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นลดลงในอนาคต

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมแรงทางบวกที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมนั้น ได้มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของเทคนิคดังกล่าวในลักษณะของการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมบำบัด การให้ความรู้ และการฝึกทักษะให้ผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2549) ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่พัฒนาขึ้นตามรูปแบบจิตสังคัมบำบัดของ Barkley โดยเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเข้าอบรม การเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่ม 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการร่วมการอบรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหาเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น 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 คะแนนความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างเช่นกัน แต่คะแนน

ความเครียดของพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ วชิรดิถก, มนัสวี เมืองขวา และธน โชติ เทียมแสง. (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็ก ที่เป็นโรคสมาธิสั้น ใช้กรอบแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น รับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ 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 และกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลปกติ ประเมินผล โดยใช้แบบประเมินความรู้ทัศนคติ ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และอาการของโรคสมาธิสั้น โดยวัดก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตาม 3 เดือนในทุกกลุ่ม ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กในระยะติดตาม 3 เดือน และสามารถพัฒนาความรู้ทัศนคติและทักษะในการดูแลในระยะหลังการทดลองและติดตาม 3 เดือน มากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ. (2549) ได้ทำการศึกษากการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการใช้พฤติกรรมบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่องพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้น สำหรับพยาบาล คู่มือการดำเนินการใช้พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้น และคู่มือการสอนบิดามารดา / ผู้ดูแล เรื่องพฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นและแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าว เครื่องมือทุกฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติ ANOVA ผลการศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น หลังการใช้พฤติกรรมบำบัดสัปดาห์แรก น้อยกว่าก่อนการใช้พฤติกรรมบำบัด และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดสอบ 2 สัปดาห์น้อยกว่าหลังการทดลองสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Damforth. (2005) ศึกษาผลลัพธ์ ของ โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองสำหรับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว แบบเป็นกลุ่มโดยใช้ Behavior Management Flow Chart (BMFC) เป็นการอนุมานด้วยเหตุผลโดยการชี้แจงจากโครงสร้างของโปรแกรมและรูปการที่มีลักษณะเฉพาะของ โปรแกรมที่ฝึกพ่อแม่ให้สามารถวิเคราะห์แยกแยะพฤติกรรมเด็กเป็นการ ศึกษา

ในกลุ่มตัวอย่าง 45 คน แบ่งเป็นกลุ่ม 9-10 ครอบครัว อบรมครั้งละ 75-90 นาที สัปดาห์ละครั้ง รวม 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาจากการใช้โปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าว, อาการสมาธิสั้น และลดความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ มีเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ ทางกายภาพโดยใช้แบบประเมินอาการของสมาธิสั้นเป็น Behavior Assessment System for Children-Parent Report (BASC)

Huang, et al., (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดตามโปรแกรมของ Barkley เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จัดโปรแกรมเป็น 11 ครั้ง ศึกษาในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-7 ปี ไม่มีอาการ Mental retardation ไม่เป็น Autistic ผู้ปกครองมีการศึกษาสูงกว่ามัธยม ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและเด็กอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง จำนวน 21 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วยทำให้ความรู้สาเหตุของการแสดงพฤติกรรมของเด็ก การสร้างเสริมสมาธิ การเพิ่มความอดทน การให้รางวัล การใช้ Time out เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ การจัดการกับเด็กในที่สาธารณะ การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ในอนาคต การเตรียมพฤติกรรมเด็กก่อนเข้าเรียน และการเสริมแรงให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า อาการสมาธิสั้นของเด็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว และสังคม คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเองและต่อผู้อื่น เนื่องจากความบกพร่องของการควบคุมตนเอง และอาการหุนหันพลันแล่น ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่มีความยากและซับซ้อน การที่จะควบคุมหรือจัดการความก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการใช้การผสมผสานในหลายแนวทาง เช่นการใช้กระบวนการทำพฤติกรรมบำบัด ตามแนวคิดของ Goodman & Scott (2005) ซึ่งพัฒนาวิธีการโดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของ Skinner (1953) เพื่อให้เด็กสามารถแสดงพฤติกรรมที่ดีที่สังคมยอมรับ และลดพฤติกรรมก้าวร้าวลง ร่วมกับการที่ผู้ดูแลหลักได้รับความรู้ เรื่องโรคสมาธิสั้น เรื่องการปรับพฤติกรรมเด็กอันจะส่งผลให้สามารถดูแลและปรับพฤติกรรมเด็ก อย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ประหยัดงบประมาณของประเทศชาติในด้านการรักษาพยาบาล และยังป้องกันการเกิดปัญหาสังคมจากเด็กกลุ่มนี้อีกด้วย

## 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

