

## บทที่ 4

### การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีการเจ็บป่วยทางจิต (Nursing Care for Child and Adolescent with Psychiatric Disorders)

สุรางค์ เชื้ออณิชากร

ผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในวัยทารก วัยเด็ก และวัยรุ่น ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านจิตสังคม เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรค ความบกพร่องที่ปรากฏจะมีผลต่อเนื่องเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ อาจเป็นผู้ใหญ่ที่ก่อปัญหา รวมทั้งทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น บิดามารดา และผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีผลกระทบต่อสภาพความสงบเรียบร้อย และความปลอดภัยในสังคม ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และการบำบัดเนิ่น ๆ ตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก ซึ่งบางสภาวะเกิดเนื่องจากความบกพร่องทางด้านพัฒนาการ ทางระบบประสาท ทำให้ยากต่อการรักษาให้มีสภาพตามปกติ แต่อาจช่วยชะลอ ทำให้อาการไม่ทรุด ลงกว่าเดิม และทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อบิดามารดา ผู้เลี้ยงดู และสังคมมาก นักเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

ภาวะบกพร่องต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก สามารถจัดเข้าอยู่ในกลุ่มโรคด้านจิตเวชตาม DSM-5 (2013, p. 17) ดังนี้

1. ความบกพร่องของพัฒนาการทางระบบประสาท (Neurodevelopmental disorders) ภาวะบกพร่องที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่

- 1.1 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disabilities)
- 1.2 ภาวะบกพร่องด้านติดต่อสื่อสาร (Communication disorders)
- 1.3 ภาวะออติซึม (Autism spectrum disorder)
- 1.4 ภาวะซน-สมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)
- 1.5 ภาวะด้านการเรียนรู้เฉพาะบกพร่อง (Specific learning disorder)
- 1.6 ภาวะการเคลื่อนไหวบกพร่อง (Motor disorders)

2. พฤติกรรมก่อกวนเป็นปัญหา ไม่สามารถควบคุมตนเองเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น และมี พฤติกรรมเกร (disruptive, impulse-control, and conduct disorders) พฤติกรรมก่อกวนที่จัด อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่

- 2.1 Intermittent explosive disorder
- 2.2 พฤติกรรมเกร (Conduct disorders)
- 2.3 ภาวะดื้อ ต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder ย่อว่า ODD)
- 2.4 ภาวะชอบขโมย/ ภาวะชอบหยิบฉวย (Kleptomania)
- 2.5 ภาวะชอบจุดไฟ (Pyromania)

ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะออติซึม ภาวะซน-สมาธิสั้น ภาวะการเรียนรู้บกพร่อง พฤติกรรมเกร และภาวะติดเกม/ อินเทอร์เน็ต และการพนัน เท่านั้น

## 1. ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability) หรือภาวะความผิดปกติของพัฒนาการทางสติปัญญา (Intellectual development disorder)

ปัจจุบันนิยมใช้ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability) ในทางการแพทย์ การศึกษา และวิชาชีพด้านอื่น ๆ เช่น ทุนายความ

### 1.1 ความหมาย

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2013, pp. 17-18) ให้คำจำกัดความของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disabilities) หมายถึง ความผิดปกติในระยะช่วงแรก ๆ ของพัฒนาการในวัยเด็ก ซึ่งเป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา และการปรับตัวทั้งในด้านความคิด ด้านสังคม และด้านการกระทำ โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

1. ความบกพร่องด้านสติปัญญา เช่น การให้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน ความคิดด้านนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนด้านวิชาการ และการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ การทดสอบ โดยการประเมินสติปัญญาทางคลินิกรายบุคคล และการทำแบบทดสอบมาตรฐานด้านสติปัญญา

2. ความบกพร่องด้านการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลจากความล้มเหลวของพัฒนาการตามวัย ทำให้ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถรับผิดชอบตนเองในด้านต่าง ๆ ทางสังคมตามเกณฑ์ที่วัฒนธรรมสังคมกำหนดไว้ ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันถูกจำกัด เช่น การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม และการดำรงชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งที่บ้าน โรงเรียน/ สถานที่ทำงาน และในชุมชน

3. ความบกพร่องของสติปัญญา และการปรับตัว ในระยะพัฒนาการ  
ความบกพร่องด้านสติปัญญา แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรงของอาการที่แสดงออก ตาม DSM-5 (2013) ดังนี้

1. ระดับเล็กน้อย (mild): IQ อยู่ในช่วง 50-70
2. ระดับปานกลาง (moderate): IQ อยู่ในช่วง 35-49
3. ระดับรุนแรง (severe): IQ อยู่ในช่วง 20-34
4. ระดับรุนแรงมาก (profound): IQ น้อยกว่า 20

ผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะมีโรคทางกายมากกว่าคนปกติ 2 เท่า และร้อยละ 30-70 ของผู้ป่วยจะพบโรคทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ ADHD, conduct disorder, pervasive developmental disorder, mood disorder และ anxiety disorders เป็นต้น (พลิศรา อังศุสิงห์ และศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2555, น. 455)

### 1.2 ระบาดวิทยา

ความชุกประมาณร้อยละ 1.3 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 1.5 : 1 ผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อย (mild) พบร้อยละ 85 ของผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ระดับปานกลาง (moderate) พบร้อยละ 10 ระดับรุนแรง (severe) พบร้อยละ 4 และระดับรุนแรงมาก (profound) พบร้อยละ 1-2 (พลิศรา อังศุสิงห์ และศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2555, น. 454)

**1.3 สาเหตุ** (Boyd & Luebbert, 2020, pp. 512-513; วิมลรัตน์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 211-212)

#### 1.3.1 ด้านร่างกาย

1.3.1.1 กรรมพันธุ์ พบประมาณร้อยละ 17-41 ของผู้ที่มีภาวะพร่องทางสติปัญญา เช่น โรค Tay-Sachs, phenylketonuria, hyperglycemia และความผิดปกติของโครโมโซม เช่น Down syndrome และ Klinefelter

1.3.1.2 เหตุการณ์ที่เกิดในระยะก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ เช่น ภาวะทุพโภชนาการของตัวอ่อนในครรภ์ การติดเชื้อไวรัส มารดาติดเชื้อ ไข้ส่า และยาบางชนิด มารดาป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการรักษา และเกิดในระยะคลอดบุตร เช่น การได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการคลอด (Birth trauma) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

1.3.1.3 การเจ็บป่วยในวัยเด็ก เช่น encephalitis meningitis การได้รับสารพิษ เช่น สารตะกั่ว และอุบัติเหตุกระทบกระเทือนที่ศีรษะในช่วงวัยเด็ก

#### 1.3.2 ด้านจิตใจ

ประมาณ 15-20% ของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จะถูกทอดทิ้งขาดการเอาใจใส่เลี้ยงดู ด้านสังคม และการใช้ภาษา และการมีความผิดปกติด้านจิตที่รุนแรง เช่น โรคออทิสติก

### 1.4 อาการและอาการแสดง

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 (2013, pp.19-22) ได้จัดระดับความรุนแรง ตามลักษณะความบกพร่องของพฤติกรรมปรับตัวของเด็กต่อสิ่งแวดล้อม และใช้เป็นเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือแก่เด็ก ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** อาการและอาการแสดงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งตามระดับความรุนแรง

1. ระดับรุนแรงเล็กน้อย (mild)	
ด้านความคิดรวบยอด (conceptual domain)	<ul style="list-style-type: none"><li>- เด็กวัยก่อนเรียน จะสังเกตความผิดปกติด้านนี้ได้ไม่ชัดเจน</li><li>- เด็กวัยเรียนและผู้ใหญ่ จะพบว่ามีปัญหาด้านทักษะการเรียนรู้หนังสือในด้านการอ่าน การเขียน การคำนวณ รวมทั้งปัญหาเรื่องเวลา หรือเรื่องเงิน จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่หนึ่งด้าน หรือมากกว่าหนึ่งด้าน เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้เหมาะสมกับวัย</li><li>- วัยผู้ใหญ่ จะมีความบกพร่องของความคิดด้านนามธรรม ความสามารถในการบริหารจัดการเรื่องที่สำคัญ (เช่น การวางแผน การใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ การจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง และความยืดหยุ่นด้านความคิด) ความจำระยะสั้น และการใช้ทักษะต่าง ๆ ด้านวิชาการ (เช่น การอ่าน การบริหารจัดการด้านเงิน) และจะพบวิธีการแก้ปัญหาแบบรูปธรรมทั่ว ๆ ไปไม่มีความซับซ้อน เมื่อเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน</li></ul>

**ตารางที่ 1** อาการและอาการแสดงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งตามระดับความรุนแรง (ต่อ)

<p>ด้านสังคม (social domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการของบุคคลวัยเดียวกัน จะพบว่าไม่มีวุฒิภาวะด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การไม่สามารถรับรู้ หรือเข้าใจความหมายต่างๆ ทางสังคมของเพื่อนได้อย่างถูกต้อง การติดต่อสื่อสาร การสนทนา และการใช้ภาษาจะเป็นแบบรูปธรรมง่าย ๆ หรือไม่มีวุฒิภาวะตามวัยที่เหมาะสม</li> <li>- การควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ได้ไม่เหมาะสมตามวัย ซึ่งจะสังเกตได้จากเพื่อนที่อยู่ด้วยในสถานการณ์ต่างๆ</li> <li>- มีข้อจำกัดในความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่างๆ ในสภาพสังคมปัจจุบัน เช่น การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมกับอายุ และเสี่ยงต่อการถูกบุคคลอื่นหลอกใช้</li> </ul>
<p>ด้านการปฏิบัติ ตน (practical domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคคลสามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลได้เหมาะสมกับวัย แต่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่ซับซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อน</li> <li>- วัยผู้ใหญ่ ยังต้องการความช่วยเหลือในการใช้จ่าย การเดินทาง การจัดการงานบ้านและการดูแลบุตร การเตรียมอาหาร การไปทำธุระที่ธนาคาร และการบริหารจัดการเรื่องเงิน</li> <li>- ทักษะในการพักผ่อนหย่อนใจ จะคล้ายคลึงกับเพื่อนวัยเดียวกัน แต่ต้องการความช่วยเหลือในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ และการบริหารจัดการ</li> <li>- วัยผู้ใหญ่ งานที่ทำจะไม่เน้นงานที่ต้องใช้ทักษะการใช้ความคิด</li> <li>- บุคคลต้องการความช่วยเหลือทั่ว ๆ ไปด้านการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพด้านกฎหมาย การเรียนรู้ทักษะการประกอบอาชีพ และต้องการความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูครอบครัว</li> </ul>
<p><b>2. ระดับรุนแรงปานกลาง (moderate)</b></p>	
<p>ด้านความคิด รวบยอด (conceptual domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตลอดช่วงพัฒนาการ พบว่าทักษะด้านความคิดรวบยอดจะมีความด้อยอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับเพื่อนวัยเดียวกัน</li> <li>- วัยเด็กก่อนเรียน จะมีพัฒนาการล่าช้า ในด้านทักษะภาษา และทักษะต่าง ๆ ก่อนเข้าโรงเรียน</li> <li>- วัยเรียน จะมีพัฒนาการล่าช้าด้านการอ่าน การเขียน การคำนวณ และไม่เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเวลา ส่วนเรื่องเงินจะเข้าใจอย่างช้า ๆ</li> </ul>
<p>ด้านสังคม (social domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ภาษาในการติดต่อสื่อสารในสังคมที่ง่าย ๆ ไม่มีความซับซ้อนเมื่อเทียบกับเพื่อนวัยเดียวกัน</li> <li>- มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และเพื่อน และอาจสืบเนื่องสัมพันธภาพได้ตลอดช่วงชีวิต ทั้งอาจมีสัมพันธภาพแบบโรแมนติกในช่วงวัยผู้ใหญ่ แต่บุคคลอาจไม่เข้าใจ ในการแปลความหมายทางสังคมอย่างถูกต้อง</li> <li>- มีข้อจำกัดด้านการตัดสินใจทางสังคม และความสามารถในการตัดสินใจ โดยผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับการตัดสินใจในชีวิต</li> </ul>

**ตารางที่ 1** อาการและอาการแสดงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งตามระดับความรุนแรง (ต่อ)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาการในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน จะมีข้อจำกัด ทางสังคม หรือในเรื่องการติดต่อสื่อสาร และบุคคลต้องการความช่วยเหลือ</li> </ul>
<p>ด้านการปฏิบัติ ตน (practical domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ ในด้านการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การขับถ่าย และสุขภาพเหมือนกับผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลามากในกิจกรรมเหล่านี้ และต้องมีการทบทวนให้เป็นระยะ ๆ</li> <li>- สำหรับงานบ้าน จะสำเร็จได้ต้องมีผู้ใหญ่คอยช่วยเหลือ และขยายระยะเวลาในการทำงานออกไป อีกทั้งคอยช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง</li> <li>- การทำงานมีข้อจำกัดที่จะประสบความสำเร็จในด้านความคิดรวบยอด ทักษะการติดต่อสื่อสาร และต้องการความช่วยเหลือมาจากผู้ร่วมงาน ผู้निเทศงาน และบุคคลอื่น โดยช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านความคาดหวังทางสังคม ความซับซ้อนของงานที่ทำ ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น เช่น ตารางการปฏิบัติงาน การขนส่ง ผลประโยชน์ด้านสุขภาพ และการบริหารจัดการด้านการเงิน</li> <li>- ทักษะด้านนันทนาการสามารถถูกพัฒนาขึ้นได้ โดยเฉพาะต้องการด้านความช่วยเหลือ และต้องขยายระยะเวลาในการเรียนรู้</li> <li>- มีพฤติกรรมในการปรับตัวไม่เหมาะสม</li> </ul>
<p><b>3. ระดับรุนแรง (severe)</b></p>	
<p>ด้านความคิด รวบยอด (conceptual domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทักษะด้านความคิดรวบยอดจำกัด</li> <li>- มีความเข้าใจน้อยเกี่ยวกับการเขียนภาษา หรือความคิดเกี่ยวกับตัวเลข ปริมาณ เวลา และเรื่องเงิน</li> <li>- ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลืออย่างมากด้านการแก้ไขปัญหาตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้น</li> </ul>
<p>ด้านสังคม (social domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อจำกัดอย่างมากเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ในการพูดทั้งด้านคำศัพท์ และไวยากรณ์</li> <li>- ภาษาพูดอาจเป็นคำ ๆ เดียว หรือเป็นวลี โดยใช้วิธีอื่นเสริม เพื่อให้สื่อความหมายได้</li> <li>- ภาษาพูด และการติดต่อสื่อสาร จะเน้นที่นี้ และปัจจุบันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำวัน</li> <li>- ภาษาถูกใช้สำหรับการติดต่อสื่อสารทางสังคม มากกว่าการอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ</li> <li>- มีความเข้าใจคำพูดง่าย ๆ และท่าทางที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร</li> <li>- สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว และกับบุคคลที่คุ้นเคยมาจากความพึงพอใจ และความช่วยเหลือ</li> </ul>

**ตารางที่ 1** อาการและอาการแสดงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งตามระดับความรุนแรง (ต่อ)

<b>3. ระดับรุนแรง (severe) (ต่อ)</b>	
<p>ด้านการปฏิบัติ ตน (practical domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้องการความช่วยเหลือในด้านกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทั้งในด้าน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว และการขับถ่าย</li> <li>- ต้องการคนดูแลตลอดเวลา และไม่สามารถที่จะรับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับสภาพการเป็นอยู่ของตนเอง และผู้อื่น</li> <li>- วัยผู้ใหญ่ ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับงานต่าง ๆ ในบ้าน การนันทนาการ และการทำงาน</li> <li>- การเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะด้านต่าง ๆ ต้องใช้ระยะเวลาในการสอนนาน และต้องช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง</li> <li>- พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตนเอง พบเกิดขึ้นน้อย</li> </ul>
<b>4. ระดับรุนแรงมาก (profound)</b>	
<p>ด้านความคิด รวบยอด (conceptual domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โดยทั่วไป ทักษะด้านความคิดรวบยอดจะเกี่ยวข้องกับสิ่งที่จับต้องได้ มากกว่าสิ่งที่เป็นสัญลักษณ์</li> <li>- อาจต้องใช้วัตถุมาจูงใจ เพื่อให้บุคคลดูแลความสะอาดของร่างกาย การทำงาน และการนันทนาการ</li> <li>- มีทักษะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านการมองเห็น เช่น การจับคู่ การจำแนก ชนิดวัตถุที่มีลักษณะเหมือนกัน อย่างไรก็ตามสิ่งที่เกิดร่วมด้วยในด้านความบกพร่องของการเคลื่อนไหว และการรับรู้สีก็อาจเป็นปัญหาในการหยิบจับวัตถุ</li> </ul>
<p>ด้านสังคม (social domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อจำกัดในความเข้าใจการติดต่อสื่อสารในเชิงสัญลักษณ์ทั้งด้านคำพูด หรือท่าทาง</li> <li>- อาจมีความเข้าใจในคำสอน หรือท่าทางที่ง่าย ๆ</li> <li>- ส่วนใหญ่แสดงออกเกี่ยวกับความต้องการของตนเอง และอารมณ์โดยไม่ใช้คำพูด และไม่ใช้การติดต่อสื่อสารที่ใช้สัญลักษณ์</li> <li>- มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล บุคคลที่คุ้นเคย โดยตอบสนอง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยท่าทาง และการแสดงออกทางอารมณ์</li> <li>- ความรู้สึกที่ร่วมด้วย และความบกพร่องของทางร่างกาย อาจเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม</li> </ul>
<p>ด้านการปฏิบัติ ตน (practical domain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พึ่งพาผู้อื่นในการดูแลความสะอาดของร่างกาย สุขภาพ และความปลอดภัยประจำวัน ถึงแม้จะทำกิจกรรมเหล่านี้ได้บ้าง</li> <li>- บุคคลที่ไม่มีความบกพร่องทางร่างกายมาก อาจช่วยทำงานบ้านได้ เช่น การช่วยยกงานไปวางบนโต๊ะ</li> <li>- กิจกรรมง่าย ๆ ที่เป็นพื้นฐานในการมีส่วนร่วมในการประกอบอาชีพจะต้องได้รับการช่วยเหลือมาก และต่อเนื่อง</li> </ul>

**ตารางที่ 1** อาการและอาการแสดงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งตามระดับความรุนแรง (ต่อ)

<b>4. ระดับรุนแรงมาก (profound) (ต่อ)</b>	
ด้านการปฏิบัติ ตน (practical domain) (ต่อ)	- กิจกรรมนันทนาการที่อาจทำได้ เช่น การฟังดนตรี การชมภาพยนตร์ การ เดินเล่นหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางน้ำ จะต้องได้รับความช่วยเหลือดูแล - ความบกพร่องทางกาย และการรับรู้รู้สึก จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม รวมในบ้าน นันทนาการ และการประกอบอาชีพ - พฤติกรรมการปรับตัวที่ล้มเหลว จะพบในผู้ป่วยน้อยราย

ทั้งนี้ ผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับน้อย สามารถเรียนจบระดับประถมศึกษาได้ในช่วง  
วัยรุ่นตอนปลาย สามารถพัฒนาทักษะทางอาชีพและสังคมเพียงพอสำหรับการดูแลตนเองด้านพื้นฐาน  
ในวัยผู้ใหญ่ แต่ยังคงต้องการความช่วยเหลือ เมื่อมีความกดดันด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับปานกลาง สามารถเรียนได้ไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-2  
แต่สามารถฝึกทักษะทางสังคมและอาชีพจนสามารถทำงานที่ไม่ต้องอาศัยทักษะได้ และต้องการการ  
ดูแลอย่างใกล้ชิดในการดำเนินชีวิต

ผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง สามารถฝึกให้ช่วยเหลือตนเองด้านพื้นฐานได้ โดย  
ทำงานง่าย ๆ ภายใต้การควบคุมดูแล และต้องการดูแลใกล้ชิดตลอดชีวิต

ผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมาก ต้องการการดูแลตลอดเวลา อาจฝึกให้  
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และสื่อสารความต้องการได้บ้างซึ่งต้องฝึกฝนอย่างมาก (พลิศรา อังคฺุสิงห์  
และศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2555, น. 453-454)

**1.5 การวินิจฉัย (วิมลนันท์ พุฒินิพนธ์, 2561, น. 206-207)**

- 1.5.1 ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา ประวัติการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก
- 1.5.2 การตรวจร่างกาย (physical examination)
- 1.5.3 การตรวจสภาพจิต (mental status examination)
- 1.5.4 การทดสอบด้านจิตวิทยา
- 1.5.5 เครื่องมือประเมินพัฒนาการ และเชาว์ปัญญา ได้แก่
  - 1.5.5.1 Bayley scales of infant development
  - 1.5.5.2 Wechsler preschool and primary scale of intelligence III
  - 1.5.5.3 Stanford-Binet intelligence scale (5<sup>th</sup> Ed.)
  - 1.5.5.4 Kaufman assessment battery for children II
  - 1.5.5.5 Wechsler Intelligence Scale for Children (WICS-IV)
  - 1.5.5.6 แบบวัดทักษะด้านการปรับตัว
    1. Vineland Adaptive Behavior Scale II (VBAS II)
    2. AAMR Adaptive Behavior Scales-School (ABS-s II)
- 1.5.6 การตรวจทางระบบประสาท (Neurological examination)
- 1.5.7 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจโครโมโซม ฮอร์โมนไทรอยด์

phenylketonuria

## 1.6 การรักษา

หลักการพื้นฐาน คือ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยดูแลรักษาและกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่วัยแรก (early intervention) ซึ่งขึ้นอยู่กับอายุ ความรุนแรง โรคทางกายที่เป็นสาเหตุ ความสามารถของครอบครัว และความช่วยเหลือทางสังคม (Boyd & Luebbert, 2020, p. 513; วิมลรัตน์ พุฒินิพนธ์, 2561, น. 212-214)

1.6.1 การรักษาโรคทางกายที่เป็นสาเหตุ เช่น hypothyroidism, phenylketonuria, และ hydrocephalus เป็นต้น

1.6.2 การรักษาโรคทางกายที่มักพบร่วมด้วย เช่น hypothyroidism ในผู้ป่วย Down syndrome และการรักษา seizure disorder ในผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง เป็นต้น

1.6.3 การรักษาโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

1.6.4 การทำจิตบำบัด เพื่อให้มีทักษะการปรับตัวที่ดี พึ่งพาตัวเอง และเข้าสังคม ได้มากขึ้น รวมทั้งให้ผู้ป่วยเข้าใจขีดจำกัดของตนเอง และอยู่ในโลกแห่งความจริง

1.6.5 การให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือแก่ครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ในช่วงวัยต่าง ๆ

1.6.6 การช่วยเหลือด้านการศึกษา โดยการจัดแผนการศึกษาที่เหมาะสมรายบุคคลตามความสามารถของผู้ป่วย (Individualized Educational Program : IEP)

1.6.7 การออกหนังสือรับรองความพิการตาม พรบ.การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2543 (คนพิการ คือ ผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ) เพื่อให้คนพิการ ได้มีโอกาสทำงาน และดำรงชีวิตทัดเทียมคนปกติ

1.7 กระบวนการพยาบาล (Morgan & Townsend, 2021, pp. 691-692; วิมลรัตน์ พุฒินิพนธ์, 2561, น. 216-218)

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของร่างกายในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว**

จุดมุ่งหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย เช่น นำสิ่งของขนาดเล็ก (กระดุม เม็ดมะขาม ฯลฯ) และสิ่งของมีคม (มีด กรรไกร ฯลฯ) ออกจากบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่
2. วางสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้ประจำ ให้สะดวกในการที่ผู้ป่วยจะนำมาใช้
3. จัดเตรียมราวข้างเตียง และนมบริเวณหัวเตียง เพื่อป้องกันการกระแทก ในกรณี que ผู้ป่วยมีประวัติชัก
4. ป้องกันการทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสังเกตไม่กระตุ้นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความก้าวร้าว



#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายทางร่างกาย
2. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

#### วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: บกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีความบกพร่องทางสติปัญญา/ บกพร่องทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

จุดมุ่งหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยดูแลตนเองได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ระบุรายละเอียดการดูแลตนเองตามความสามารถของผู้ป่วย โดยใช้การอธิบายง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน
2. ให้คำชมเชยผู้ป่วยที่พยายามทำกิจกรรมดูแลช่วยเหลือตนเอง
3. เมื่อผู้ป่วยได้แสดงถึงความสามารถอย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเองชนิดหนึ่งแล้ว ให้พยาบาลแนะนำการทำกิจกรรมอื่นต่อไป

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือตนเองได้
2. ความต้องการการดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยบรรลุผลสำเร็จ

#### วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: บกพร่องด้านการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด เนื่องจากมีพัฒนาการล่าช้า

จุดมุ่งหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจความหมายที่เกิดจากการติดต่อสื่อสาร
2. ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถคาดเดาความต้องการของผู้ป่วยได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้มีเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสาร และเข้าใจผู้ป่วยขึ้นทำงานตลอดเวลา
2. คาดเดา และพยายามเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย จนผู้ป่วยเกิดพอใจในการสื่อสาร และควรเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับคำพิเศษที่ผู้ป่วยใช้สื่อสารในครอบครัว ซึ่งอาจแตกต่างจากคำศัพท์ที่ใช้ทั่ว ๆ ไป
3. เรียนรู้ลักษณะท่าทางที่ไม่ใช้คำพูด และสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยอาจจะใช้เพื่อแสดงถึงความต้องการต่าง ๆ

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้ดูแลด้วยความเข้าใจกัน
2. ผู้ดูแลสามารถคาดเดาความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้

#### วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4: บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม เนื่องจากไม่สามารถใช้คำพูดสื่อสารได้/ ไม่สามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมทางสังคม

จุดมุ่งหมายการพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการแสดงพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับในสังคม และมีระดับพัฒนาการที่เหมาะสม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. คงไว้ซึ่งการเริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น
2. อธิบายให้ผู้ป่วยอื่นเข้าใจความหมายของท่าทาง และสัญลักษณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออก
3. ใช้ภาษาง่าย ๆ ในการอธิบายถึงพฤติกรรมที่แสดงออก ว่าพฤติกรรมใดเป็นที่ยอมรับ และพฤติกรรมใดไม่เป็นที่ยอมรับ โดยการนำวิธีการปรับพฤติกรรมมาใช้ เช่น การให้รางวัลแก่พฤติกรรมที่เหมาะสม

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมด้วยท่าทีที่เหมาะสม

## 2. ภาวะออติซึม (Autism Spectrum Disorder: ASD)

### 2.1 ความหมาย

Autism Spectrum Disorder แต่เดิมเรียกว่า Autistic disorder หรือ Autism เป็นภาวะที่มีความผิดปกติใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ (สุภากัด เกตราสุวรรณ, 2561, น. 229; Boyd & Luebbert, 2020, pp. 513-514)

1. ความบกพร่องอย่างรุนแรงในด้านทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับบุคคลอื่นในสังคม
2. ความบกพร่องด้านภาษา และการติดต่อสื่อสาร
3. รูปแบบของพฤติกรรมที่จำกัดและทำซ้ำ ๆ

### 2.2 ระบาดวิทยา

พบในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ประมาณ 10 ต่อประชากรเด็ก 10,000 คน ชายพบมากกว่าหญิง ในอัตราส่วน 3.3 : 1 (สุวรรณณี พุทธิศรี, 2555, น. 507)

### 2.3 สาเหตุ (สุวรรณณี พุทธิศรี, 2555, น. 509; สุภากัด เกตราสุวรรณ, 2561, น. 237)

2.3.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่าภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับยีนหลายตำแหน่ง ร้อยละ 1 ของเด็กโรคออติซึมเป็น fragile x syndrome และร้อยละ 2 เป็น Tuberous sclerosis (Autosomal dominant)

2.3.2 ปัจจัยทางชีวภาพ ร้อยละ 4-32 ของผู้ป่วยเด็กจะมีภาวะ Grand mal seizure และตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองร้อยละ 10-80

2.3.3 ปัจจัยทางกายวิภาค จาก MRI พบว่า ส่วนของสมองที่ใหญ่ขึ้น ได้แก่ Occipital, Parietal และ Temporal lobe

2.3.4 ปัจจัยทางชีวเคมี พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีระดับความเข้มข้นของ serotonin ในเลือดสูง และความเข้มข้นของ Homovanillic acid ใน CSF สูง แต่ลักษณะดังกล่าว ไม่จำเพาะกับโรคนี้

### 2.4 อาการและอาการแสดง

- 2.4.1 ลักษณะพฤติกรรมของภาวะออติซึม มีดังนี้ (สุวรรณณี พุทธิศรี, 2555, น. 507)

2.4.1.1 บทพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การไม่สบตา ไม่ยิ้มในวัยทารก หรือไม่กางแขนให้อุ้มเมื่อผู้ใหญ่เข้าหา ไม่หันตามเวลาถูกเรียกชื่อ ไม่ทำตามคำสั่งง่าย ๆ ไม่ติดคนเลี้ยงดู ไม่กลัวคนแปลกหน้า แยกตัวไม่ชอบคบใคร ในวัยเรียนจะไม่มีควมสนใจร่วม และไม่สามารถเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ไม่สามารถยืดหยุ่นต่อกฎระเบียบที่มีอยู่ ในวัยรุ่นจะชอบแยกตัวอยู่คนเดียว

2.4.1.2 บทพร่องทางภาษา และการสื่อสาร พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า โดยมีตั้งแต่ไม่มีภาษาพูด หรือมีภาษาแปลก ๆ ของตนเองที่ผู้อื่นไม่เข้าใจความหมาย การพูดสลับตำแหน่งของคำในประโยคจนผู้อื่นไม่เข้าใจ หรือใช้คำศัพท์ไม่เหมาะสม

2.4.1.3 มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ได้แก่ การเขย่ามือ เขย่งขา รับประทานอาหารแบบเดิม ๆ พูดและมีความคิดซ้ำ ๆ มีความสนใจซ้ำ ๆ เช่น ให้ความสนใจแต่ใบพัดที่กำลังหมุนของพัดลม เด็กกลุ่มนี้มักมีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม และควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เช่น การร้องไห้เป็นเวลานานนับชั่วโมงโดยไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้อาจพบพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้เลี้ยงดู

2.4.2 อาการบ่งชี้ที่ควรสังเกต เพื่อรับส่งตัวเด็กมารับการตรวจรักษาภาวะออติซึม ได้แก่ (สุภาภักดิ์ เกตตราสุวรรณ, 2561, น. 238)

2.4.2.1 สื่อสารโดยใช้นิ้วชี้สิ่งของที่สนใจแทนการพูดบอกสิ่งที่ต้องการ

2.4.2.2 มักจ้องมองเฉพาะสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2.4.2.3 เล่นสมมุติไม่เป็น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กไม่มีจินตนาการ และความคิดสร้างสรรค์

2.4.2.4 ไม่ตอบสนอง หรือสนใจเมื่อถูกเรียกชื่อ

2.4.2.5 ไม่เอาดสิ่งของกับผู้อื่น

2.4.2.6 ไม่มีความสนใจร่วมกับคนอื่น

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 (2013, p. 30) ได้จัดระดับความรุนแรง การติดต่อสื่อสารทางสังคม และการแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ โดยใช้เป็นเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือแก่เด็ก ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความรุนแรงของภาวะ Autism Spectrum Disorder

ความรุนแรงระดับ 1 ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน	
การติดต่อสื่อสารทางสังคม (social communication)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความยากในการเริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น เช่น มีการตอบสนองที่ผิดปกติ หรือไม่ตอบสนองต่อปฏิริยาของบุคคลอื่น</li> <li>- อาจแสดงควมสนใจลดน้อยลงในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น จากบุคคลที่สามารถพูดเป็นประโยคได้ แต่กลับกลายเป็นล้มเหลวในการสื่อสารกับบุคคลอื่น หรือบุคคลที่ไม่ประสบความสำเร็จในการรู้จักเพื่อนใหม่ โดยอาจใช้วิธีการแปลก ๆ</li> </ul>

**ตารางที่ 2** ระดับความรุนแรงของภาวะ Autism Spectrum Disorder (ต่อ)

การแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ (restricted, repetitive behaviors)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพฤติกรรมไม่ยืดหยุ่น ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตในบริบทต่าง ๆ มาก</li> <li>- มีความยากในการสลับการทำกิจกรรมไปมา</li> <li>- มีปัญหาในการจัดระบบ และการวางแผนทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ</li> </ul>
ความรุนแรงระดับ 2 ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างมาก	
การติดต่อสื่อสารทางสังคม (social communication)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความบกพร่องของทักษะการติดต่อสื่อสารในสังคมทั้งการใช้คำพูด และท่าทางที่แสดงออกอย่างสังเกตเห็นได้ชัดเจน แม้จะได้รับการช่วยเหลือ</li> <li>- ไม่ค่อยเริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น</li> <li>- การมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองทางสังคมลดลง หรือมีการตอบสนองที่มีความผิดปกติ เช่น พูดเฉพาะประโยคที่ง่าย ๆ มีปฏิสัมพันธ์ที่จำกัดจะมีความสนใจแคบ ๆ ใช้ท่าทางแปลก ๆ ในการแสดงออกเพื่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด</li> </ul>
การแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ (restricted, repetitive behaviors)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพฤติกรรมไม่ยืดหยุ่น ซึ่งทำให้ยากต่อการเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลง หรือมีข้อจำกัดของพฤติกรรมเดิม ๆ ที่ทำซ้ำ ๆ บ่อยมากจนสังเกตเห็นได้ ซึ่งเป็นสาเหตุรบกวนการดำรงชีวิต</li> <li>- มีความกังวลใจ และความยากลำบากที่จะเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ทำอยู่</li> </ul>
ความรุนแรงระดับ 3 ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างยิ่ง	
การติดต่อสื่อสารทางสังคม (social communication)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความบกพร่องของทักษะการติดต่อสื่อสารในสังคมทั้งการใช้คำพูด และท่าทางที่แสดงออกอย่างมาก</li> <li>- การเริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นเกิดขึ้นน้อยมาก และไม่ค่อยตอบสนองต่อการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลอื่นในสังคม เช่น ผู้ที่พูดได้ไม่กี่คำ ก็จะยากที่จะเริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์ และเมื่อต้องการกระทำดังกล่าว ก็จะใช้วิธีการที่แปลก ๆ เพียงเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเท่านั้น</li> </ul>
การแสดงพฤติกรรมซ้ำ ๆ (restricted, repetitive behaviors)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีพฤติกรรมไม่ยืดหยุ่น ทำให้มีปัญหาอย่างมากต่อการเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลง หรือมีข้อจำกัดของพฤติกรรมเดิม ๆ ที่ทำซ้ำ ๆ จนเป็นสาเหตุรบกวนอย่างมากต่อการดำรงชีวิต</li> <li>- มีความกังวลใจ และความยากลำบากอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ทำอยู่</li> </ul>

**2.5 การวินิจฉัยโรค**

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (2013, pp. 27-28) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน มีดังนี้

A. มีความบกพร่องอย่างต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ในบริบทต่าง ๆ โดยมีอาการแสดงทั้งในปัจจุบัน และจากประวัติ ดังนี้

1. บกพร่องในการมีความสัมพันธ์ทางอารมณ์ซึ่งกันและกันในสังคม เช่น มีความผิดปกติด้านการปฏิบัติต่อผู้อื่นในสังคม และไม่สามารถสนทนาโต้ตอบกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ โดยไม่มีการแลกเปลี่ยนสิ่งที่สนใจ อารมณ์ และไม่สามารถเริ่มต้นการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

2. บกพร่องด้านการแสดงพฤติกรรมในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น ไม่สามารถบูรณาการเข้าด้วยกันทั้งการติดต่อสื่อสารแบบใช้และไม่ใช้คำพูด โดยไม่มีการสบตา และแสดงภาษาท่าทาง หรือบกพร่องด้านความเข้าใจในการใช้ท่าทาง เช่น การแสดงอารมณ์ทางใบหน้า และการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด

3. บกพร่องในการพัฒนา การเข้าใจ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เช่น มีพฤติกรรม การปรับตัวให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมได้ยาก ไม่สามารถแบ่งปันการเล่นที่ต้องใช้จินตนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับเด็กอื่น และขาดความสนใจในการมีเพื่อนเล่น

B. รูปแบบของพฤติกรรมที่ทำซ้ำ ๆ ความสนใจ และกิจกรรมต่าง ๆ มีรูปแบบจำกัด โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ลักษณะ ดังนี้

1. แสดงการเคลื่อนไหว การใช้วัตถุ และการพูดซ้ำ ๆ ในรูปแบบเดิม ๆ เช่น การเรียงของเล่นต่อ ๆ กัน การหมุนสิ่งของ การพูดเลียนแบบ และการพูดวลีที่แปลก ๆ

2. ยึดgranทำสิ่งเดิม ๆ ยึดติด และขาดความยืดหยุ่นในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือรูปแบบการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด เช่น จะแสดงอาการทนไม่ได้อย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแม้จะเพียงเล็กน้อย การใช้เส้นทางเดิม ๆ ในการเดินทาง และการรับประทานอาหารแบบเดิมทุกวัน

3. มีความสนใจที่จำกัดอยู่ไม่กี่เรื่อง และไม่เปลี่ยนแปลงในเรื่องที่สนใจ เช่น รู้สึกผูกพันอย่างมากและหมกมุ่นในสิ่งของที่คนทั่วไปไม่สนใจ มีความสนใจซ้ำ ๆ ในสิ่งของและเรื่องนั้น ๆ มากจนเกินไป

4. มีปฏิกิริยาตอบสนองความรู้สึกทั้งมากและน้อยเกินไป หรือสนใจรับรู้ลักษณะต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมอย่างผิดปกติ เช่น ไม่รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความเจ็บปวดและอุณหภูมิตอบสนองต่อเสียงและพื้นผิวที่สัมผัสที่มีลักษณะเฉพาะค่อนข้างรุนแรง ดมหรือสัมผัสวัตถุบางอย่างบ่อยครั้ง สนใจจ้องมองแสงไฟและวัตถุที่เคลื่อนไหว

ระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารในสังคม และรูปแบบของพฤติกรรมที่ทำซ้ำ ๆ

C. อาการแสดงเหล่านี้อาจปรากฏในช่วงต้น ๆ ของพัฒนาการ แต่อาจไม่เป็นที่สังเกต จนกว่าความคาดหวังทางสังคมเกินความสามารถของเด็ก หรืออาการต่าง ๆ อาจถูกบดบังโดยกระบวนการเรียนรู้ในระยะต่อมาของชีวิต

D. อาการที่เป็นสาเหตุทางคลินิก คือ ความบกพร่องในสังคม บกพร่องในการประกอบอาชีพ และบกพร่องในด้านอื่นที่มีผลต่อการทำหน้าที่ในปัจจุบัน

E. ความผิดปกติเหล่านี้ ไม่ใช่ผลจากการมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือการมีพัฒนาการล่าช้า แต่ภาวะบกพร่องทางสติปัญญามักพบร่วมกับโรคออทิสติก ซึ่งมีการติดต่อสื่อสารทางสังคมต่ำกว่าระดับพัฒนาการของเด็กปกติทั่วไป

## 2.6 การรักษา

จุดมุ่งหมายสำหรับการรักษาภาวะออติซึม คือ การลดอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ และการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาการ โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะด้านภาษา ซึ่งรวมทั้งการศึกษาพิเศษและการฝึกพูด (Speech therapy) เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษา ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมด้านความคิด เพื่อลดความวิตกกังวลและความวุ่นวาย การพัฒนาทักษะทางสังคม เพื่อให้เด็กสนใจบุคคลอื่น รู้จักการใช้ภาษาที่ที่เหมาะสม สบตา เรียนรู้อารมณ์ทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมถึงการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

การใช้เทคนิค Floor time ซึ่งเป็นเทคนิคที่จะช่วยพัฒนาอารมณ์และสังคมให้เหมาะสม โดยอาศัยหลักการของ Developmental, Individual-difference, Relationship-based model (DIR) โดยเน้นความแตกต่างระหว่างบุคคล และการพัฒนาที่เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สุดในความบกพร่องของเด็กออติซึม (สุวรรณณี พุทธิศรี, 2555, น. 511)

การรักษาด้วยยา จะประกอบด้วยยา Antipsychotics ได้แก่ Haloperidol (Haldol) หรือ Risperidone (Risperdal) เพื่อลดอาการ temper tantrums, aggressiveness (ความก้าวร้าว), self-injury (ทำร้ายตนเอง), hyperactivity และ stereotyped behaviors (พฤติกรรมรูปแบบเดิม ๆ ซ้ำ ๆ) ยาชนิดอื่น เช่น Naltrexone (ReVia), Clomipramine (Anafranil), Clonidine (Catapres) (Morgan & Townsend, 2021, p. 698)

ภาวะออติซึมจัดเป็นความพิการประเภทหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยสามารถจดทะเบียนคนพิการ เพื่อให้ได้รับสิทธิสวัสดิการสำหรับคนพิการทั้งด้านการรักษา และการศึกษา

2.7 กระบวนการพยาบาล (Morgan & Townsend, 2021, p. 696; สุภาภักดิ์ เกตตราสุวรรณ , 2561, น. 243-247)

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท/ ประวัติเคยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น/ มีอาการทางประสาท เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม**

จุดมุ่งหมายการพยาบาล:

1. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (เช่น เริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล) ในการตอบสนองต่อความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเอง  
กิจกรรมการพยาบาล
  1. เข้าไปขัดขวาง โดยปกป้องผู้ป่วยเมื่อแสดงพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง เช่น การฟาดที่ศีรษะตนเอง หรือแสดงอาการทางประสาท
  2. ให้ผู้ป่วยสวมหมวกกันน็อค เพื่อป้องกันผู้ป่วยฟาดที่ศีรษะตนเอง ใส่ถุงมือเพื่อป้องกันการตีผม และใช้เบาะหรือนวม เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของแขนขา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางประสาท
  3. ลดความวิตกกังวลที่เป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
  4. คงผู้ดูแลผู้ป่วยคนเดิมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
  5. อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เพื่อลดพฤติกรรม

การทำร้ายตนเอง และให้ความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับที่ไม่เกิดการทำร้ายตนเอง
2. เมื่อรู้สึกวิตกกังวล ผู้ป่วยจะเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: บกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากมโน  
ภาพแห่งตนถูกเบียดเบียน (ไม่บรรลุวุฒิภาวะ)/ มีความผิดปกติของระบบประสาท**

จุดมุ่งหมายการพยาบาล:

1. ผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจต่อผู้ดูแลเพียง 1 คน (โดยการจ้องหน้า และสบตา)
2. ผู้ป่วยเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (ด้านร่างกาย การใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด) กับ

ผู้ดูแล

กิจกรรมการพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งกับผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยอยู่กับสิ่งของที่คุ้นเคย เช่น ของเล่น หรือผ้าห่มที่ชอบที่สุด เพื่อสร้าง

ความรู้สึกปลอดภัยในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความเครียด

3. แสดงท่าทีที่อบอุ่น ยอมรับ และพร้อมที่จะให้บริการ เพื่อเติมเต็มความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพของการไว้วางใจ
4. ไม่ควรเร่งรัดในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เริ่มต้นโดยการเสริมแรงทางบวกโดยการสบตา การสัมผัสอย่างค่อยเป็นค่อยไป การยิ้มให้ และการกอด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
2. ผู้ป่วยมีการสบตา การจ้องหน้า และพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่ใช้คำพูดในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
3. ผู้ป่วยไม่วางตัวเฉยต่อการมีปฏิสัมพันธ์

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: บกพร่องด้านการติดต่อสื่อสารโดยการใช้คำพูด เนื่องจาก  
ไม่สามารถสร้างความไว้วางใจได้/ อยู่ในโลกส่วนตัว/ มีความผิดปกติของระบบประสาท**

จุดมุ่งหมายการพยาบาล:

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกับผู้ดูแล
2. ผู้ป่วยสร้างความหมายสำหรับความต้องการในการติดต่อสื่อสาร ทั้งการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล

กิจกรรมการพยาบาล

1. การคงไว้ซึ่งผู้ดูแลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย
2. คาดการณ์ และสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยด้วยรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม
3. ใช้การแสดงออกทางใบหน้าในการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด เช่น การสบตา จะแสดงถึงความสนใจอย่างจริงใจและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารด้วยท่าทาง ที่สามารถทำให้ผู้อื่นเข้าใจได้
2. ข้อความที่ไม่ใช่คำพูดของผู้ป่วยสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการพูดสื่อออกมา
3. ผู้ป่วยเริ่มต้นมีปฏิสัมพันธ์ทั้งการใช้ และไม่ใช้คำพูดกับบุคคลอื่น

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4: เอกลักษณะส่วนบุคคลแปรปรวน เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของ  
ของความไว้วางใจกับความไม่ไว้วางใจ/ สิ่งกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกไม่เพียงพอ/ มีความผิดปกติ  
ของระบบประสาท**

#### จุดมุ่งหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถระบุชื่อส่วนของร่างกายของตนเอง และส่วนของร่างกายของผู้ดูแล  
ได้ภายในระยะเวลาที่ระบุ
2. ผู้ป่วยมีการพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง (สามารถที่จะเข้าใจว่าร่างกาย และ  
อารมณ์ของตนเองนั้นแยกจากผู้อื่น)
3. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจผู้ดูแล
4. ผู้ป่วยแสดงท่าทางต้องการที่จะติดต่อสื่อสาร ทั้งการใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูดกับ  
ผู้ดูแล

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าใจถึงการแยกส่วนระหว่างกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น การ  
แต่งตัว และการรับประทานอาหาร ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง กับการ  
แยกออกจากผู้อื่น
3. ระบุ และช่วยผู้ป่วยในการเรียกชื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะ  
ช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง กับการแยกออกจากผู้อื่น
4. เพิ่มจำนวนครั้งอย่างช้า ๆ ในการสัมผัสร่างกาย โดยการสัมผัสที่ที่มีความ  
แตกต่างระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และข้อควรระวัง คือ การสัมผัสจะต้องอยู่บนที่ตั้งบนความไว้วางใจ  
ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกที่กำลังถูกคุกคาม
5. ใช้กระจก ภาพเขียน หรือรูปภาพของผู้ป่วย เสริมแรงในการเรียนรู้ส่วนต่าง ๆ  
และขอบเขตของร่างกาย

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถระบุความแตกต่างบนส่วนของร่างกายของตนเอง ออกจากส่วน  
ร่างกายของผู้อื่นได้
2. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารโดยแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อม โดยไม่ใช่คำพูดซ้ำจากที่  
ได้ยิน (Echolalia) และการเลียนแบบการเคลื่อนไหวของผู้อื่นจากที่เห็น (Echopraxia)



### 3. ภาวะชน-สมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)

#### 3.1 ความหมาย

ภาวะชน-สมาธิสั้น เป็นโรคที่พบอุบัติการณ์มากในปัจจุบัน โดยเฉพาะในวัยเด็กตอนต้น ซึ่งจะมีลักษณะของอาการขาดสมาธิ (inattention) มีอาการเหม่อลอย ไม่สามารถสนใจ และจดจ่อต่อกิจกรรมที่ทำ และ/หรือมีอาการชน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ชอบปีนป่ายโลดโผนมากกว่าเด็กปกติทั่วไป มีอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ใจร้อน ซึ่งมักทำอะไรโดยไม่คิดถึงผลที่ตามมา และจะเป็นปัญหาเมื่อต้องทำตามกฎกติกา หรือการทำงานร่วมกับผู้อื่น

#### 3.2 ระบาดวิทยา

การศึกษาในต่างประเทศ พบความชุกร้อยละ 5-12 เพศชายมากกว่าหญิง 2.5 : 1 ในประเทศไทย พบความชุกในเด็กวัยเรียน ร้อยละ 8.1 โดยพบในเพศชายเป็น 3 เท่าของเพศหญิง (วไลลักษณ์ พุ่มพวง, 2561, น. 256)

#### 3.3 สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม ADHD เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพันธุกรรม ประมาณร้อยละ 76 (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2555, น. 499; วไลลักษณ์ พุ่มพวง, 2561, น. 257)
2. ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กับภาวะชนสมาธิสั้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ยังมารดาตั้งครรภ์ และขณะคลอด รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อไวรัสบางชนิด และการได้รับสารพิษ เช่น สารตะกั่ว การที่มารดาสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด หรือมีภาวะเครียดมากในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น

#### 3.4 อาการและอาการแสดง

อาการที่พบเห็นโดยทั่วไปของภาวะชนสมาธิสั้น คือ อาการขาดสมาธิ ชนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น

อาการแสดงทั่วไปที่พบในเด็ก คือ การลืมหืมการบ้าน เหม่อลอย ผันกลางวันในช่วงเรียนหนังสือ และช่วงที่ต้องการสมาธิ พูดมากและไม่เหมาะสม การเคลื่อนไหว ปีนป่ายไม่นั่งอยู่กับที่ในช่วงเรียน และช่วงรับประทานอาหาร ทำสิ่งของหายบ่อย โดยเฉพาะสิ่งของที่ใช้ในการเรียน เช่น ดินสอ สมุด ซึ่งอาการเหล่านี้ ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จด้านการเรียน เด็กที่เป็นโรคชน-สมาธิสั้น จะเติบโตโดยมีตราบาป และได้รับการประเมินพฤติกรรมด้านลบ ทำให้เด็กมองตนเองว่าเป็นคนโง่ หงุดหงิดง่าย รู้สึกไร้ค่า และไม่ได้รับการช่วยเหลือ

วัยรุ่น มีแนวโน้มที่ขาดสมาธิ และมีอาการหุนหันพลันแล่น มากกว่าการชน อยู่ไม่นิ่ง จึงทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัย และไม่ได้รับการรักษา

ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคชน-สมาธิสั้น จะมีประวัติที่ไม่ดีทั้งด้านการเรียน และการทำงาน ขาดสมาธิ ถูกเบี่ยงเบนความสนใจง่าย กระสับกระส่าย จัดการกับตนเองไม่ได้ ดินพอกทางหู พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และปัญหาเกี่ยวกับการขับชี่ยานพาหนะ จะมีความเสี่ยงสูงในการติดสุรา และสารเสพติด และมักทำผิดกฎหมายบ่อย ๆ (Mohr, 2013, p. 796)

### 3.5 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (2013, pp. 31-32) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA) มีดังนี้

A. มีรูปแบบถาวรของการไม่ใส่ใจ ขาดสมาธิ และ/หรืออาการชงอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และพัฒนาการปกติของเด็ก

**1. อาการขาดสมาธิ (inattention)** โดยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไป เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงในด้านการใช้ชีวิตในสังคม การศึกษา และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

**ข้อสังเกต** อาการแสดงต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้เป็นอาการที่แสดงถึงการมีพฤติกรรมดื้อ-ต่อต้าน (Oppositional behavior) การท้าทาย การมุ่งร้าย ความล้มเหลวในการเข้าใจเกี่ยวกับงาน และคำสั่ง ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป จะต้องแสดงอาการอย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป

1.1 มักไม่สามารถจดจำรายละเอียดต่าง ๆ มักมีความสะเพร่าบ่อยครั้งในการทำงานต่าง ๆ เช่น การเรียน การทำงาน หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ

1.2 มักไม่มีสมาธิในการทำงาน หรือการเล่น

1.3 ดูเหมือนไม่ตั้งใจฟัง เมื่อมีคนพูดด้วย

1.4 มักไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง และไม่สามารถทำงานได้สำเร็จ เช่น งานด้านการเรียน งานบ้าน และงานในหน้าที่ เช่น เริ่มต้นทำงานหลาย ๆ อย่างแต่จะขาดสมาธิอย่างรวดเร็ว

1.5 มักมีปัญหาด้านการบริหารงาน และกิจกรรมต่าง ๆ เช่น มีปัญหาด้านการจัดลำดับความสำคัญของงาน พบความยุ่งเหยิง วางแผนงานไม่ได้ บริหารจัดการงานได้ไม่ดี และทำงานเสร็จไม่ทันกำหนด

1.6 มักหลีกเลี่ยง ไม่ชอบ หรือไม่เต็มใจที่จะทำงานที่ต้องใช้ความพยายามด้านความคิดสูง เช่น การเรียน หรือการบ้าน ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย หรือผู้ใหญ่ เช่น การเตรียมรายงาน การดูบทวนเนื้อหาที่มีรายละเอียดมาก

1.7 มักจะทำของที่จำเป็นสำหรับงาน หรือกิจกรรมหาย เช่น อุปกรณ์ของโรงเรียน ดินสอ สมุด ปากกา กระเป๋าเงิน กุญแจ แว่นสายตา สมาร์ทโฟน

1.8 มักถูกเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการกระตุ้นจากภายนอกง่าย ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย หรือผู้ใหญ่ มักรวมถึงการมีความคิดที่ไม่เชื่อมโยง

1.9 มักลืมหากิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น งานบ้าน ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย หรือผู้ใหญ่ มักรวมถึงการโทรศัพท์กลับ การชำระค่าใช้จ่าย หรือการนัดหมายต่าง ๆ

**2. การชง-อยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น** โดยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการขึ้นไป เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงในด้านการใช้ชีวิตในสังคม การศึกษา และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

**ข้อสังเกต** อาการแสดงต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้เป็นอาการที่แสดงถึงการมีพฤติกรรมดื้อ-ต่อต้าน การท้าทาย การมุ่งร้าย ความล้มเหลวในการเข้าใจเกี่ยวกับงาน และคำสั่ง ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป จะต้องแสดงอาการอย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป

2.1 เมื่อนั่งอยู่กับที่มักมีอาการกระวนกระวาย ขยุกขยิก ใช้มือหรือเท้า เคาะสิ่งต่าง ๆ ตลอดเวลา

2.2 มักลุกออกจากที่นั่งบ่อย ในสถานการณ์ที่ต้องนั่งอยู่กับที่ เช่น ลุกออกจากที่นั่งในขณะที่เรียนหนังสือ หรือทำงาน

2.3 มักวิ่งไปทั่ว หรือปีนป่ายในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ส่วนวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ มักรู้สึกกระสับกระส่าย

2.4 มักไม่สามารถเล่น หรือใช้เวลาว่างที่ต้องอยู่อย่างเงียบ ๆ

2.5 มักจะยุ่ง วุ่นวาย เสมือนมีพลังกำลังตลอดเวลา เช่น รู้สึกไม่สามารถอยู่ต่อหรือรู้สึกอึดอัดอย่างมากถ้ามีการขยายเวลา เช่น ในที่ประชุม ในร้านอาหาร

2.6 มักพูดมาก พูดไม่หยุด

2.7 มักแย่งพูดโพล่งเมื่อจะตอบคำถาม ก่อนที่จะถามคำถามจบ

2.8 มักมีปัญหาในการรอคอย เช่น การเข้าคิว

2.9 มักชอบขัดจังหวะ หรือสอดแทรกผู้อื่น เช่น การหยิบของผู้อื่นใช้โดยไม่ขออนุญาตก่อน ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย หรือผู้ใหญ่ อาจเป็นลักษณะก้าวร้าว หรือยึดครองสิ่งที่ผู้อื่นกำลังทำอยู่

B. อาการแสดงของการขาดสมาธิ หรือการชน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น แสดงตั้งแต่ก่อนเด็กอายุ 12 ปี

C. อาการแสดงของการขาดสมาธิ หรือการชน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น แสดงอาการให้เห็นอย่างน้อยในสถานที่ 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงาน โดยแสดงอาการกับเพื่อนหรือญาติพี่น้อง โดยเกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ

D. มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า อาการเหล่านี้จะรบกวน หรือลดคุณภาพด้านสังคม การศึกษา หรือการทำงาน

E. อาการต่าง ๆ เหล่านี้ ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงที่มีอาการของโรคจิตเภท หรือความผิดปกติทางจิต เช่น Mood disorder, Anxiety disorder, Dissociative disorder, Personality disorder, Substance intoxication or withdrawal

### ระดับความรุนแรงของโรค

1. ระดับเล็กน้อย (mild) อาการแสดงมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการวินิจฉัยโรคไม่มากนัก และอาการแสดงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม หรือการประกอบอาชีพ

2. ระดับปานกลาง (moderate) มีอาการแสดง หรือความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ระหว่างระดับเล็กน้อยกับระดับรุนแรง

3. ระดับรุนแรง (severe) มีอาการแสดงที่มากเกินไปกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หรือโดยเฉพาะมีอาการรุนแรงหลายอย่าง ซึ่งอาการแสดงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในสังคม หรือการประกอบอาชีพ

เด็กที่เป็นภาวะซนสมาธิสั้น จะอยู่ไม่นิ่งมีการเคลื่อนไหวมาก นั่งนิ่งได้ไม่นาน และจะกระสับกระส่าย กระวนกระวายพร้อมที่จะเคลื่อนไหวตลอดเวลา ดังนั้นควรต้องระมัดระวังในการประเมินเรื่องรูปแบบการรับประทาน การนอนหลับ และการเคลื่อนไหว การประเมินจำนวนอาหารที่

รับประทาน ชนิด และความบ่อยของการรับประทาน จะช่วยประเมินปัญหาภาวะโภชนาการ การประเมินรายละเอียดของการนอนหลับ จะช่วยบอกประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษา เพราะเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาอนฝันร้าย นอนกรน ตื่นพร้อมอาการไม่สดชื่น ตื่นยาก และมีอาการง่วงนอนในช่วงกลางวันมากกว่าปกติ (daytime sleepiness)

### 3.6 การรักษา

รูปแบบการรักษาจะครอบคลุมทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ (Austin & Boyd, 2015 p. 739)

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) สำหรับเด็กและครอบครัว
2. ความสามารถในการประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสำหรับเด็ก
3. การสนับสนุนในระดับบุคคล และครอบครัว
4. การให้คำปรึกษาและการบำบัด
5. การให้ความช่วยเหลือของโรงเรียน และการบริหารจัดการยาสำหรับการรักษา

การบริหารจัดการยาที่ดีจะช่วยรักษาอาการสำคัญของ ADHD

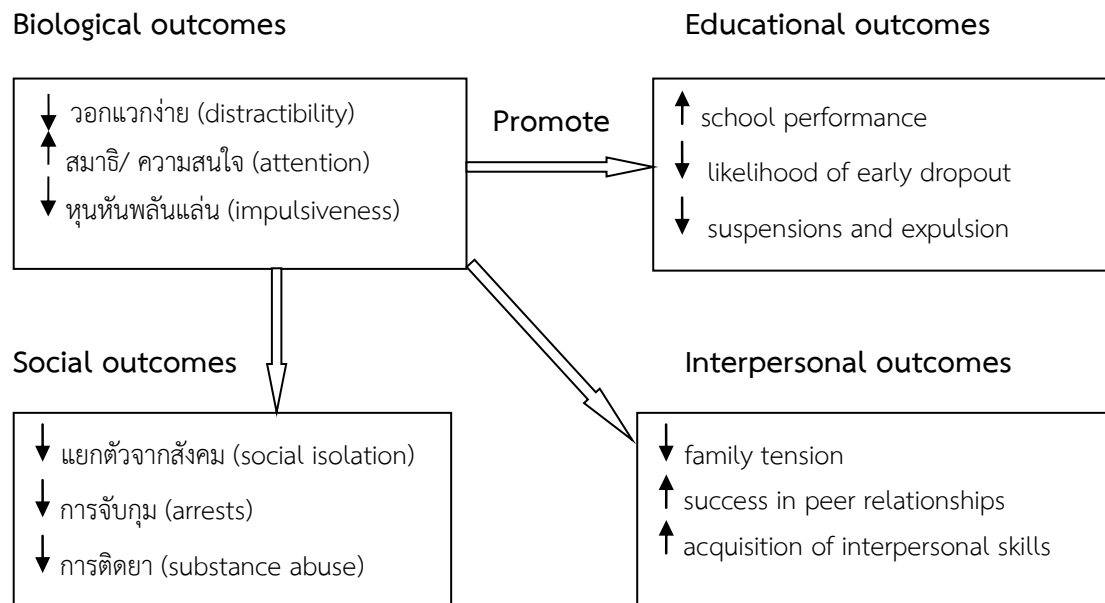
การฝึกฝนของบิดามารดาและทักษะทางสังคมให้กับเด็ก จะช่วยลดพฤติกรรมก่อกวน (disruptive) และพฤติกรรมยั่วไม่ทำตามสั่ง (defiant) ได้

การรักษาด้วยยา โดยยาจะช่วยลดอาการนอนไม่อยู่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และทำให้สมาธิดีขึ้น ซึ่งทำให้เด็กสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งในโรงเรียน และชีวิตในครอบครัว ยาที่ใช้ทั่วไป คือ ยา Methylphenidate (Ritalin) โดยช่วยให้เด็กลดอาการนอนไม่อยู่นิ่ง และอาการที่ไม่ง่วงที่ โดยช่วยให้เด็กมีความสนใจมากขึ้นอย่างเหมาะสม Ritalin จะมีประสิทธิภาพในการรักษาเด็กภาวะสมาธิสั้น 70-80% นอกจากนี้มียา Amphetamine compound (Adderall), Dextroamphetamine (Dexedrine)

ผลข้างเคียงของยารักษาภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (insomnia) ความอยากอาหารลดลง (loss of appetite) น้ำหนักลด (loss weight) (Videbeck, 2017, p. 441)

### 3.7 กระบวนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล จะต้องทำภายใต้บริบทของครอบครัว ในขอบเขตของการรักษา และสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน โดยทำกับบิดามารดา ผู้ปกครอง ทีมสุขภาพ และบุคลากรในโรงเรียน ซึ่งพยาบาลจะมีส่วนร่วมในการออกแบบวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับความต้องการของเด็ก และครอบครัว (Austin & Boyd, 2015, p. 739)



**แผนภาพที่ 1:** ผลลัพธ์ระยะยาวของการรักษาในผู้ป่วยภาวะสมาธิสั้น

**แหล่งที่มา:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, [from Austin, W. & Boyd, M. A. (3<sup>rd</sup> ed., p. 739). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer,]

**กระบวนกรพยาบาลผู้ป่วยภาวะสมาธิสั้น** (วไลลักษณ์ พุ่มพวง, 2561. น. 262; Morgan & Townsend, 2021, p. 704)

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :** บกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น และไม่เหมาะสมกับวัย

จุดมุ่งหมายการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นต่อบิดามารดา พี่น้อง ครู และเพื่อน
2. เด็กสามารถนั่งเรียนหนังสือได้ โดยไม่มีการรบกวนการเรียนการสอน
3. อาการโมโห และหงุดหงิดง่ายลดลง ไม่ทำร้ายผู้อื่นเวลาไม่พอใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำแก่บิดามารดา ผู้ปกครอง และครูในการลดสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งรบกวนขณะเรียนหนังสือ เช่น จัดให้เด็กนั่งใกล้ครูผู้สอน และไม่นั่งใกล้หน้าต่าง หรือประตูทางเข้าออก
2. ดูแลให้เด็กได้รับประทานยาตามแผนการรักษา
3. ให้เด็กเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะทางสังคมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
4. สอนทักษะบิดามารดาในการรับมือ และจัดการอารมณ์โกรธของเด็กอย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็กสงบลง และฟังบิดามารดา หรือผู้อื่นพูด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดา พี่น้อง ครู และเพื่อน
2. เด็กสามารถนั่งเรียนหนังสือได้ โดยไม่มีการรบกวนการเรียนการสอน เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที

### 3. อาการโมโห หงุดหงิดง่ายลดลง และผู้อื่นไม่ถูกทำร้าย

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2:** เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่ยั้งคิด และไม่สามารถรับรู้อันตรายที่มีต่อตนเอง

จุดมุ่งหมายการพยาบาล

โอกาสเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคชน-สมาธิสั้น แก่บิดามารดา ผู้ปกครอง และครู ในด้านอาการของโรค การดูแล การวางกฎระเบียบวินัยอย่างเหมาะสมกับเด็ก การรับประทานยาตามแผนการรักษา และผลข้างเคียงของยา

2. แนะนำเด็กเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การหลีกเลี่ยงและไม่กระทำพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยต่อตนเอง

3. แนะนำบิดามารดาให้สื่อสารกับเด็กให้ชัดเจน ในการประพฤติปฏิบัติตน และมีความคาดหวังอย่างไรกับตัวเด็ก เพื่อให้เด็กได้เข้าใจแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

4. ดูแลให้เด็กได้รับประทานยาตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. เด็กปลอดภัย ไม่ได้รับบาดเจ็บ ไม่มีบาดแผล หรือรอยเขียวช้ำตามร่างกาย
2. เด็กสามารถบอกได้ว่าควรหลีกเลี่ยงไม่ทำพฤติกรรมใดที่จะเกิดอันตรายต่อร่างกาย และวิธีการป้องกันตัวเองอย่างไร

## **ภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning disorders หรือ Academic skills disorders) (Morrison-Valfre, 2019, p. 150)**

### **ความหมาย**

เด็กสติปัญญาปกติ แต่มีผลการสอบไม่ผ่านเมื่อเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน ในมาตรฐานเกี่ยวกับเรื่องการอ่าน คณิตศาสตร์ หรือด้านการเขียน ภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้มีผลต่อเด็กในความสามารถด้านความคิด การอ่าน การเขียน การคำนวณ การสะกดคำ และการฟัง เด็กภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ส่วนใหญ่จะมีความเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และขาดทักษะทางสังคม เด็กส่วนใหญ่จะไม่รับการส่งเสริมและมักหยุดเรียนตั้งแต่อายุน้อย

### **สาเหตุ**

พบว่า มีความสัมพันธ์กับ

: การได้รับยา สารเสพติด หรือแอลกอฮอล์ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ รวมถึงการเกิดภาวะติดเชื้อของมารดาที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองของทารกในครรภ์ (lead poisoning, fetal alcohol syndrome, และ fragile X syndrome)

: เด็กที่คลอดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักตัวแรกเกิดต่ำกว่าปกติ

### อาการและอาการแสดง

ภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ (dyslexia) จะพบเด็กมีปัญหาในด้านการได้ยิน การพูด

บุคคลที่มีภาวะ (ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้) จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการเรียนรู้ภาษา ที่ส่งผลให้ไม่สามารถอ่าน สะกดคำ หรือเขียนหนังสือได้ เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับการแยกเสียงตัวอักษร และการเชื่อมโยงเสียงตัวอักษร เข้ากับรูปคำต่าง ๆ โดยผู้ที่มี dyslexia จะมีระดับสติปัญญาปกติ สามารถเรียนหนังสือเหมือนคนทั่วไป เพียงต้องพยายามอย่างมากและใช้เวลานานในการอ่านหนังสือ

**วัยเริ่มเข้าเรียน** เด็กจะเริ่มมีอาการของภาวะนี้ให้เห็นชัดเจนขึ้น โดยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านและเขียนหนังสือ ดังนี้

- : มีปัญหาด้านการเรียนรู้และจดจำชื่อหรือเสียงของตัวอักษร
- : มีปัญหาในการแยกความแตกต่างของรูปคำและเสียงตัวอักษร
- : มีปัญหาด้านการจดจำลำดับของสิ่งต่าง ๆ
- : มีพัฒนาการด้านการสะกดคำและอ่านหนังสือช้ากว่าปกติ
- : บกพร่องในการอ่านออกเสียงคำที่ไม่คุ้นเคย
- : ไม่สามารถเลือกใช้คำพูดในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม
- : เขียนตัวอักษรหรือตัวเลขผิด เช่น เขียนเลข 6 เป็นเลข 9 เป็นต้น

**วัยรุ่นและผู้ใหญ่** เด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่ประสบภาวะนี้มักมีอาการไม่ต่างจากเด็กวัยอื่น อาการที่พบได้ มีดังนี้

- : อ่านและเขียนหนังสือช้า ทำให้ทำงานที่ต้องใช้ทักษะการอ่านและการเขียนเสร็จช้ากว่าปกติ
- : สรุปลงความสำคัญของเรื่องต่าง ๆ ไม่ค่อยได้ หรือเรียบเรียงงานเขียนได้ไม่ดี
- : มีปัญหาเรื่องการสะกดคำ
- : ออกเสียงชื่อหรือคำต่าง ๆ ผิด
- : ไม่ค่อยเข้าใจมุกที่มีการเล่นคำหรือความหมายของสำนวนต่าง ๆ
- : มีปัญหาในการเรียนภาษาต่างประเทศ
- : มีปัญหาด้านการจดจำหรือการคำนวณ

พ่อแม่ หากสงสัยว่าเด็กประสบภาวะนี้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อหาวิธีการรักษา เพราะหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง เด็กจะมีปัญหาดังกล่าวไปจนโตเป็นผู้ใหญ่

## 4. พฤติกรรมเกร (Conduct Disorders)

### 4.1 ความหมาย

พฤติกรรมเกร เป็นภาวะที่แสดงพฤติกรรมที่ละเมิดต่อบรรทัดฐานทางสังคม กฎหมาย กฎระเบียบ และสิทธิของผู้อื่น โดยจะเกิดซ้ำ ๆ และคงอยู่ตลอดเวลา เด็กและวัยรุ่นที่เป็นภาวะนี้จะมี ความบกพร่องในด้านความสามารถที่จะทำหน้าที่ของตนเองในสังคม การศึกษา และการประกอบอาชีพ เด็กโรคพฤติกรรมเกร จะแสดงพฤติกรรมที่แสดงถึงความใจดำ และเลือดเย็น (callous and unemotional) คล้ายผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม เด็กจะมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเพียงเล็กน้อย จะไม่แสดงความสำนึกผิดต่อพฤติกรรมที่ไม่ดีของตนเอง เด็กจะมีความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองต่ำ (low self-esteem) มีความอดทนต่ำ มีการระเบิดอารมณ์จากการควบคุมตนเองไม่ได้ พฤติกรรมเกรส่วนใหญ่ว่า จะมีความสัมพันธ์กับการเข้าไปข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Videbeck, 2017, p. 455)

#### 4.2 ระบาดวิทยา

สามารถพบภาวะนี้ได้ร้อยละ 2-10 อัตราความชุกจะใกล้เคียงกันในหลายประเทศ โดยจะมีอัตราสูงขึ้นในเด็กสู่วัยรุ่น พบในชายร้อยละ 6-16 พบในหญิงร้อยละ 2-9 และพบในเมืองมากกว่าในชนบท (วิลสันน์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 270)

#### 4.3 สาเหตุ

พบว่ามียหลายสาเหตุ (Morgan & Townsend, 2021, pp. 716-717; วิลสันน์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 273-274)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors) ได้แก่ พันธุกรรม ลักษณะพื้นอารมณ์ ความผิดปกติของสมอง และเซโรโทนิน

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factors) ได้แก่ การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำ อยู่กันอย่างแออัด บิดามารดาหย่าร้าง โดยมีการทะเลาะกันก่อนหย่าร้าง เด็กจะรู้สึกขมขื่นต่อเหตุการณ์ บิดามารดาใช้สารเสพติด การที่บิดามารดาถูกทำร้ายในวัยเด็กแล้วมาทำร้ายเด็กต่อ เด็กถูกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกล่วงละเมิดทางเพศ หรือการเผชิญเหตุการณ์ที่ทรมานจิตใจจนเกิด Post traumatic stress disorder (PTSD) เด็กเรียนไม่ดี หรือมีความผิดปกติด้านการเรียนรู้ (Learning disorders) การได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่มีพยาธิสภาพทางจิต ทำให้เด็กได้รับการลงโทษอย่างรุนแรง หรือมีลักษณะไม่คงเส้นคงวา เด็กมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทางสมอง เช่น อากาการชัก (วิลสันน์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 270)

#### 4.4 อาการและอาการแสดง

เด็กหรือวัยรุ่นพฤติกรรมเกร จะแสดงอาการก้าวร้าวต่อบุคคลอื่นบ่อยครั้ง มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ หรือเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นเพียงเล็กน้อย ไม่รู้สึกสำนึกผิด มีความอดทนน้อยต่อความคับข้องใจ อารมณ์หงุดหงิดง่าย และมักจะระเบิดอารมณ์ออกมาโดยควบคุมตนเองไม่ได้ หนีโรงเรียน สำส่อนทางเพศ เข้าร่วมแก๊งอันธพาล วางเพลิง ใช้ยาเสพติด และมักทำผิดกฎหมาย (วิลสันน์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 273)

ลักษณะสำคัญของเด็กพฤติกรรมเกร คือล่วงละเมิดสิทธิของผู้อื่น หรือฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของสังคมในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยเด็กชายจะเริ่มแสดงอาการช่วง 10-12 ปี เด็กหญิงจะเริ่มแสดงอาการช่วง 14-16 ปี บิดามารดามักพาเด็กมาพบแพทย์ เพราะเด็กก่อกวน เช่น การลักขโมยของแล้วถูกจับได้ หนีเรียน แสดงพฤติกรรมไม่เชื่อฟัง โกหก ซกต้อย หรือเรื่องยาเสพติด เด็กพฤติกรรมเกรบางคนจะรวมกลุ่มในการกระทำความผิด แต่จะปฏิบัติต่อพวกเดียวกันเป็นอย่างดี เด็กบางคนมีประวัติว่าเป็นเด็กเชื่อฟัง แต่มีปัญหาเรื่องการเรียน หรือมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีเพื่อน แต่เมื่อเข้าร่วมกลุ่มก็จะไม่เชื่อฟัง ชอบโกหก ขโมย ยกพวกตีกัน ฯลฯ (วิลสันน์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 273)



#### 4.5 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (2013, pp. 31-32) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA) มีดังนี้

A. รูปแบบของพฤติกรรมที่ทำอย่างต่อเนื่องในการแสดงการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานทางสังคมของผู้อื่น ต้องปรากฏอาการอย่างน้อย 3 ข้อจากเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมด 15 ข้อในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา และอย่างน้อย 1 เกณฑ์ที่ทำติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

##### ความก้าวร้าวต่อบุคคล และสัตว์

1. มักทำตัวเป็นอันธพาล คุกคาม ช่มชู้ กรรโชกให้ผู้อื่นหวาดกลัว
2. เป็นผู้เริ่มต้นในการใช้กำลังต่อสู้
3. ใช้อาวุธในการทำร้ายร่างกายผู้อื่น เช่น กระบอง ก้อนอิฐ ขวดแก้วแตก มีด ปืน
4. เคยทำร้ายร่างกายคนอย่างโหดร้าย
5. เคยทำร้ายสัตว์อย่างทารุณ
6. เคยขโมยทรัพย์สินโดยเผชิญหน้าเหยื่อผู้เคราะห์ร้าย เช่น การทำร้ายร่างกายเพื่อปล้นทรัพย์ในที่สาธารณะ กระจกกระเป๋าก การรีดไถ การใช้อาวุธปล้น
7. การบังคับผู้อื่นให้ร่วมเพศด้วย

##### การทำลายทรัพย์สิน

8. วางแผนการวางเพลิงอย่างรอบคอบ โดยตั้งใจให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง
9. วางแผนทำลายทรัพย์สินของผู้อื่น (นอกเหนือจากการวางเพลิง)

##### การหลอกลวง และลักทรัพย์

10. จัดแะเข้าไปในบ้านของผู้อื่น อาคาร หรือรถยนต์
11. มักโกหกเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ หรือเลี่ยงภาระหน้าที่ต่าง ๆ
12. ลักเล็ก ขโมยน้อย โดยไม่เผชิญหน้าเหยื่อผู้เคราะห์ร้าย เช่น การแอบหยิบของในร้านค้า การปลอมลายมือ การปลอมเอกสาร

##### การละเมิดกฎระเบียบอย่างรุนแรง

13. ออกนอกบ้านตอนกลางคืนบ่อยครั้งแม้บิดามารดาไม่เห็นด้วย โดยเหตุการณ์เกิดขึ้นก่อนอายุ 13 ปี
14. หนีออกจากบ้านทั้งคืน อย่างน้อยสองครั้งขณะที่ยังอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่บ้าน หรือหนีออกไปอยู่นอกบ้านในช่วงระยะเวลาหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ
15. หนีโรงเรียนก่อนอายุ 13 ปี

B. พฤติกรรมที่ผิดปกตินี้ทำให้เกิดความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ และส่งผลในการใช้ชีวิตในสังคม ด้านการศึกษา หรือด้านการประกอบอาชีพ

C. ถ้ามีอายุตั้งแต่ 18 ปีหรือมากกว่า อาการเหล่านี้ต้องไม่อยู่ในเกณฑ์ของการวินิจฉัยโรคบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder)

พฤติกรรมเกร อาจจะมีหรือไม่มีสัญญาณเตือนมาก่อน เช่น พฤติกรรมดื้อ-ต่อต้าน ภาวะชน-สมาธิสั้น (ADHD) หรือโรคที่มีความผิดปกติภายใน มีข้อบ่งชี้บางอย่างว่า เด็กที่ได้รับการ

กระทบกระเทือน หรือเด็กที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยจะเป็นสาเหตุนำไปสู่การมีอาการของพฤติกรรมเกรเด่ได้ (วิลสันนัท์ พุฒวิณิชพงค์, 2561, น. 276)

#### การแบ่งชนิดโรคของพฤติกรรมเกรเด่ ตามอายุที่เริ่มแสดงอาการ

1. ชนิดที่อาการเริ่มในวัยเด็ก (childhood-onset type) เริ่มแสดงอาการของพฤติกรรมเกรเด่อย่างน้อย 1 อาการ ก่อนอายุ 10 ปี พบในเด็กเพศชาย โดยชนิดนี้จะมีการทำนายโรคแยกว่าชนิดที่อาการเริ่มในวัยรุ่น (Austin & Boyd, 2015, p. 735)

2. ชนิดที่อาการเริ่มในวัยรุ่น (adolescent-onset type) ไม่แสดงอาการของพฤติกรรมเกรเด่ ก่อนอายุ 10 ปี พบได้ทั้งในเพศชายและหญิง (Videbeck, 2014, p. 450)

3. ชนิดที่ไม่สามารถระบุอายุเริ่มต้นของพฤติกรรมเกรเด่ได้ (unspecified onset) ไม่ทราบแน่ชัดว่าเริ่มแสดงอาการของพฤติกรรมเกรเด่ ก่อนหรือหลังอายุ 10 ปี

#### ระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การวินิจฉัย

1. ระดับเล็กน้อย (mild) มีปัญหาด้านความประพฤติบ้าง ซึ่งเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับอันตรายที่ไม่รุนแรงต่อบุคคลอื่น เช่น การโกหก การหนีเรียน การออกไปอยู่ข้างนอกบ้านตอนกลางคืน โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง และการละเมิดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ

2. ระดับปานกลาง (moderate) จำนวนปัญหาด้านความประพฤติอยู่ระหว่างระดับเล็กน้อยกับระดับรุนแรง เช่น การขโมยโดยไม่ให้เจ้าของรู้ การทำลายทรัพย์สินของบุคคลอื่น

3. ระดับรุนแรง (severe) ปัญหาด้านความประพฤติซึ่งเกินกว่าที่เกณฑ์การวินิจฉัยกำหนด หรือปัญหาด้านความประพฤติที่เป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอื่น เช่น การบังคับการมีเพศสัมพันธ์ การทำร้ายร่างกายอย่างโหดร้าย การใช้อาวุธ การขโมยสิ่งของต่อหน้าเหยื่อ ผู้เคราะห์ร้าย การจัดแจงทรัพย์สินของบุคคลอื่นและการบุกรุก

#### 4.6 การรักษา

การป้องกันพฤติกรรมเกรเด่ได้ผลดีกว่าการรักษา และการรักษาในระยะเริ่มแรกจะได้ผลดีกว่าการปล่อยไว้ระยะเวลานาน ๆ แล้วค่อยมารักษา โดยการรักษาไม่ควรกักขังเด็ก และให้เด็กได้ใช้ชีวิตตามปกติ ควรให้การรักษาลาย ๆ วิธี จะให้ผลดีกว่าการรักษาโดยวิธีการเดียว วิธีดังกล่าว ได้แก่

1. การรักษาทางจิตสังคม เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล มุ่งเน้นให้เด็กได้ฝึกการใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยใช้สติปัญญา ผ่านการเลียนแบบ (modeling) และการแสดงบทบาทสมมุติ (role playing)

2. การบำบัดโดยการฝึกฝนบิดามารดา (parenting training therapy) เพื่อแก้ไขบิดามารดา ให้สร้างและใช้กฎในบ้านด้วยความสม่ำเสมอ และแก้ไขบิดามารดาที่ลงโทษเด็กรุนแรงเกินเหตุ แนะนำให้ใช้การเสริมแรงทางบวกในการปรับพฤติกรรมเด็ก

3. ครอบครัวบำบัด (family therapy) เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความสนับสนุนกันในด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตใจ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและกัน (วิลสันนัท์ พุฒวิณิชพงค์, 2561, น. 276)

4. การรักษาด้วยยา (medications) พิจารณาใช้ยา Haloperidol (Haldol), Risperidone (Risperdal) ในเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ยา Serotonin reuptake inhibitors

(SSRIs) เช่น Sertraline (Zoloft), Fluoxetine (Prozac), Paroxetine (Paxil) ในเด็กที่มีอาการ หุนหันพลันแล่น ใช้ยา Propranolol ในเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย หรือมีปัญหาทางสมอง (organic brain) (Morgan & Townsend, 2021, p. 698; วิลสันท์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 277)

**4.7 กระบวนการพยาบาล (Morgan & Townsend, 2021, pp. 718-720; วิลสันท์ พุฒิวิณิชพงศ์, 2561, น. 279-280)**

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1:** เสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงด้านการใช้กำลัง การใช้อารมณ์ และความรุนแรงทางเพศ เนื่องจากพัฒนาการของระบบประสาทบกพร่อง หรือทำงานไม่ปกติ บทบาทของบิดามารดาไม่เหมาะสม

จุดมุ่งหมายการพยาบาล

เด็ก/วัยรุ่นสามารถควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และเคารพสิทธิของบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับเด็ก/วัยรุ่น บิดามารดา และครู เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา
2. จัดให้พยาบาลคนเดียวดูแลเด็ก/วัยรุ่น เพื่อสร้างความไว้วางใจ
3. แนะนำการสร้างทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธ และการผ่อนคลายความเครียด และให้ลองฝึกปฏิบัติ
4. ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการควบคุมพฤติกรรมเด็ก เช่น การเพิกเฉย การตัดสิทธิ์ต่าง ๆ ซึ่งไม่ใช่การตี
5. พุดคุย ทำความเข้าใจให้เด็ก/วัยรุ่นเข้าใจถึงการกระทำที่ไม่เหมาะสมของตนเองที่ส่งผลร้ายต่อผู้อื่น ส่งเสริมศีลธรรม และความยุติธรรม เพื่อพัฒนาความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่น

6. แนะนำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ ให้เด็ก/วัยรุ่นฝึกปฏิบัติ

7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. เด็ก/วัยรุ่นให้ความร่วมมือ มีการตอบสนองทางบวกต่อข้อบังคับต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว และโหดร้าย
2. เด็ก/วัยรุ่นสามารถบอกผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อบุคคลอื่น
3. เด็ก/วัยรุ่นสามารถมีกิจกรรมสร้างสรรค์ แทนพฤติกรรมก้าวร้าว

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2:** วิธีการแก้ไขปัญหามิเหมาะสม

จุดมุ่งหมายการพยาบาล

เด็ก/วัยรุ่นสามารถแก้ไขปัญหามิเหมาะสม และมีวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้การปกป้องตนเองลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการปรับพฤติกรรม เช่น การให้รางวัลด้วยคำชมเชย เมื่อเด็ก/วัยรุ่นมีพฤติกรรมเหมาะสม
  2. ให้เด็ก/วัยรุ่นเรียนรู้วิธีการระบายความคับข้องใจอย่างเหมาะสม การผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกวิธี
  3. อนุญาตให้เด็ก/วัยรุ่นสอบถามอย่างใช้เหตุผล เกี่ยวกับความต้องการ กฎข้อบังคับต่าง ๆ โดยพยาบาลอธิบายด้วยเหตุผลที่ง่ายต่อความเข้าใจ
  4. ใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเอาชนะกันระหว่างเด็ก/วัยรุ่น กับพยาบาล และผลลัพธ์ควรเป็นสถานการณ์ที่ทุกคนพึงพอใจ
  5. เปิดโอกาสให้เด็ก/วัยรุ่นพูดคุยได้มีการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับข้อตกลงด้านพฤติกรรมที่คาดหวังให้เขาปฏิบัติ
  6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
- การประเมินผล
1. เด็ก/วัยรุ่นสอบถามเกี่ยวกับความต้องการ การขอร้อง และกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ
  2. เด็ก/วัยรุ่น รู้จักการเจรจาต่อรองอย่างเหมาะสม

### บทสรุป

จิตเวชในเด็กและวัยรุ่น มีความสำคัญไม่น้อยกว่าจิตเวชในผู้ใหญ่ ซึ่งผลกระทบของเด็กที่มีปัญหาจิตเวช จะส่งผลที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน และความสงบสุขปลอดภัยของประชาชนในสังคม เด็กที่มีปัญหาจิตเวช จะมีการพยากรณ์โรคที่ดี ถ้าได้รับการรักษา และการบำบัดตั้งแต่อายุน้อย แต่ปัจจัยสำคัญที่ยังต้องเกี่ยวข้องกับเด็ก คือ บิดามารดา ผู้ปกครอง ครู เพื่อน ซึ่งผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และเกี่ยวข้องควรต้องทำความเข้าใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญในป้องกัน หรือรับการรักษาแต่เนิ่น ๆ

### เอกสารอ้างอิง

พลิศรา อังคฺุสิงห์ และศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2555). โรคทางจิตเวชของเด็กและวัยรุ่น. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (บ.ก.), *จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3 หน้า 452-458). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิมลนันท์ พุฒิวิณิชพงศ์. (2561). การรักษาพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Nursing Care for Children and Adolescents with Intellectual Disability). ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 203-226). สแกนอาร์ต จำกัด.
- สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ. (2561). การรักษาพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะออทิซึม (Nursing Care for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder). ใน ยาใจ สิทธิมงคล พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 227-253). สแกนอาร์ต จำกัด.
- วไลลักษณ์ พุ่มพวง. (2561). การรักษาพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น (Nursing Care for Children and Adolescents with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder). ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 255-267). สแกนอาร์ต จำกัด.
- วิมลนันท์ พุฒิวิณิชพงศ์. (2557). การรักษาพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคพฤติกรรมเกรี้ยว (Nursing Care for Children and Adolescents with Conduct Disorder). ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, และอติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 269-290). สแกนอาร์ต จำกัด.
- สุวรรณณี พุทธิศรี. (2555). Pervasive Developmental Disorder. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บ.ก.). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 506-512). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Austin, W., & Boyd, M. A. (2015). *Psychiatric & Mental Health Nursing for Canadian Practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Boyd, M. A. & Luebbert, R. (2020). *Essential of Psychiatric Nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Morgan, K. I. & Townsend, M. C. (2021). *Davis advantage for Psychiatric mental health nursing* (10<sup>th</sup> ed.). F.A. Davis Company.
- Morrison-Valfre, M. (2019). *Foundations of Mental Health Care* (7<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- Videbeck S.L. (2017). *Psychiatric - Mental Health Nursing* (7<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.