



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๕ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๘
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๘

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน/ สัดส่วนของผลงาน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดที่เสนอ ขอประเมิน
๑.	นายชาญณรงค์ กางจันทา ตำแหน่งเทคโนโลยีสารสนเทศปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๗๗ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งเทคโนโลยีสารสนเทศชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๗๗ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	พัฒนาระบบขอใช้บริการทั่วไป (FM-IT-002) ภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	ระบบขอใช้บริการทั่วไป (FM-IT-002) ภายใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
๒.	นางสาวโสภิตา สามารถ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๘๔ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๘๔ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพัฒนาแนวทางการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐)	การพัฒนาระบบเรียกเก็บ API E-Claim ในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล
๓.	นางสาวปรีชญา เจริญศรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๐๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าว : กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	โครงการพัฒนาความรู้ และทักษะของ บุคลากรได้แก่สมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน/ สัดส่วนของผลงาน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดที่เสนอ ขอประเมิน
๔.	นางสาววาสนา ดวงศิริ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๙๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๙๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI - V): กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI - V) จากการดื่มสุรา
๕.	นางสาวอังศุมน พืชทองกลาง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๒๖ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๒๖ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ การรักษาด้วยไฟฟ้า : กรณีศึกษา (สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐)	การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อลดความกังวลในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวปรีชญา เจริญศรี

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 1906 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว : กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 19 เมษายน 2566 ถึง 16 พฤษภาคม 2566 รวม 27 วัน

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาผู้ป่วยรายกรณีครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการอยู่รักษา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

- 1.1 ความหมายของสมาธิสั้น
- 1.2 สาเหตุของภาวะสมาธิสั้น
- 1.3 การวินิจฉัยภาวะสมาธิสั้น
- 1.4 อาการของภาวะสมาธิสั้น
- 1.5 การรักษาภาวะสมาธิสั้น

2. พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

4) สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อย (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2559) การศึกษาเมตาวิเคราะห์ล่าสุดพบความชุกทั่วโลกของ ADHD อยู่ที่ประมาณ 5.9% ในเด็กและวัยรุ่น (Polanczyk et al., 2022) การศึกษาระยะยาวพบว่าประมาณ 65-75% ของ

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย ADHD ในวัยเด็กยังคงมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในวัยผู้ใหญ่ (Barbarese et al., 2018) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก (an estimated worldwide prevalence) ในเด็กและวัยรุ่นพบประมาณร้อยละ 5.33 อัตราส่วนการวินิจฉัยระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงในเด็ก 1.6:1 (Young et al., 2020) และพบว่าผู้ที่เป็โรคสมาธิสั้นมีปัญหาสุขภาพจิตถึง ร้อยละ 50.0 สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวชที่พบว่าจำนวนเด็กที่เข้ารับการรักษา มีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.0-35.0 ภายในระยะเวลา 2 ปี (สนธยา มณีรัตน์ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปีงบประมาณ 2565-2567 มีผู้ป่วย โรคสมาธิสั้นเข้ามารับบริการ จำนวนทั้งหมด 5,346 ราย 5,641 ราย และ 6,093 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6, 5.7 และ 5.8 ตามลำดับ และจากข้อมูลสถิติกลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในปีงบประมาณ 2565 2566 และ 2567 มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 37 ราย 37 ราย และ 52 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.51 ร้อยละ 17.78 และ ร้อยละ 23.74 ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567) จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ามีเด็กโรคสมาธิสั้นเข้าสู่กระบวนการรักษา เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น โดยส่วนใหญ่เกิดจาก ความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และความบกพร่องในการยับยั้งพฤติกรรม (behavioral inhibition) ที่ส่งผลให้เกิดการตอบสนองแบบหุ่นยนต์พลันแล่น (Barkley, 2015) รูปแบบของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ มี 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมก้าวร้าวแบบจงใจ (proactive aggression) และพฤติกรรมก้าวร้าวแบบตอบโต้ (reactive aggression) โดยผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมักแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวแบบตอบโต้มากกว่า ซึ่งเกิดจากความหงุดหงิด ความคับข้องใจ หรือการรับรู้ว่าถูกคุกคาม (Fite et al., 2010) พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของ ตัวเด็กเอง ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร การแสดงออกทางสังคมและการแสดงออกของอารมณ์โกรธ เด็กไม่สามารถควบคุมได้ จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา (พิกุลทอง กัลยา, 2559) 2) ปัจจัยภายในครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว การเลี้ยงดูที่รุนแรง และการถูกกลั่นแกล้ง เพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ที่มี ADHD (Tung et al., 2020) ครอบครัวไม่มีความเข้าใจในการดูแลปรับพฤติกรรม ไม่มีระเบียบวินัย (พิกุลทอง กัลยา, 2559) จะทำให้เด็กต่อต้านและเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่แออัด เสียงดัง จะกระตุ้นอารมณ์เด็ก ทำให้เด็กเกิดอารมณ์โกรธและมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (จิรพรรณ สาบุญมา, 2561) และ 4) ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่า เด็กจะเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเลียนแบบ ส่วนใหญ่จะเลียนแบบผู้ดูแล บิดามารดา เพื่อนที่โรงเรียน หรือจากโทรทัศน์และโซเชียลมีเดีย (Varcatoris & Haltor, 2010 อ้างถึงใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561)

การบำบัดทางจิตสังคมในเด็กสมาธิสั้น จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายร่วมกัน ได้แก่ การรักษาด้วยการใช้ยา ร่วมกับปรับพฤติกรรมในเด็ก การฝึกอบรมพ่อแม่ในการดูแลช่วยเหลือ (ชาญวิทย์

พรนพดล, 2561; ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560) การสอนทักษะเด็กในการอยู่ร่วมกับคนอื่น (สถาบันราชานุกูล, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่พบบ่อย มี 3 แนวคิดคือ การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข โดยปรับพฤติกรรมทันทีที่เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และ การปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากตัวแบบ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา สำหรับประเทศไทย รูปแบบการปรับพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (operant conditioning) มักพบว่าใช้ใน กลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุในช่วง 4 - 9 ปี ซึ่งเป็นวัยเด็กตอนกลาง ที่เด็กจะเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรม โดยพิจารณาจากเงื่อนไขและผลการกระทำต่างๆ มากกว่าการใช้เหตุผล การปรับพฤติกรรมเด็ก โดยใช้แนวคิดนี้จึงใช้ได้ผลดี ส่วนเด็กในวัย 9 - 11 ปี ซึ่งเป็นวัยเด็กตอนปลาย ที่มีระดับสติปัญญาเพิ่มขึ้นอีกระดับหนึ่ง โดยเริ่มมีจินตนาการกว้างไกลขึ้น สามารถเปรียบเทียบได้ มีความคิดเชิงเหตุผล นำมาทำเข้าใจความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ มากขึ้น การปรับพฤติกรรมโดยการใช้แรงเสริม ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขของสกินเนอร์เพียงอย่างเดียว อาจสามารถช่วยได้ในระดับหนึ่ง ส่วนการใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่ต้องกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งต้องผ่านการเรียนรู้และฝึกฝนจนสามารถบำบัดได้นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า แนวคิดของ แบนดูรา ดีโรที รอส และเชียล่า รอส (Bandura, Dorothea, & Sheila Ross, 1961) ที่เชื่อว่า การเรียนรู้ของเด็กส่วนมากเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือ การลอกเลียนแบบจากตัวแบบ โดยแบ่งเวลาได้ทำการทดลองพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็ก และพบว่าเด็กที่อยู่ในกลุ่มที่มีตัวแบบแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเหมือนกับที่สังเกตจากตัวแบบ

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเด็กแบบผู้ป่วยใน จากข้อมูลสถิติในปีงบประมาณ 2565 2566 และ 2567 เข้ารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก จำนวน 172 ราย 208 ราย และ 219 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมาธิสั้น จำนวน 37 ราย 37 ราย และ 52 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.51 ร้อยละ 17.78 และ ร้อยละ 23.74 ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567) และในกลุ่มนี้พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวสูงถึง ร้อยละ 80 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ปกครอง และทบทวนเวชระเบียนจำนวน 10 ราย พบว่า เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ตีเพื่อน ตีครู หรือตีผู้ปกครอง ทำลายทรัพย์สิน บางรายมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมลักขโมย หนีเรียน และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มักจะถูกกระตุ้นทางอารมณ์จากสิ่งแวดล้อมได้ง่าย ขาดทักษะในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ทำให้เกิดปัญหาทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเด็ก ทำให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้านไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่งผลต่อผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ขาดโอกาสในการเรียนรู้ในระบบโรงเรียน บางรายมีอารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย ไวต่อสิ่งกระตุ้น แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายเพื่อนผู้ป่วยแม้ขณะอยู่โรงพยาบาล แนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางจิตสังคมประกอบด้วย การบำบัดพฤติกรรมโดยใช้ตารางดาว การให้คำปรึกษาผู้ปกครองเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น การให้ความรู้ผู้ปกครองตามโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง (Parent Management Training) กลุ่มการส่งเสริมทักษะทางการเรียน กลุ่มส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองและทักษะทางสังคม

กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 7 ปี เป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่อายุ 5 ปี มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา และผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล มีความรุนแรงในครอบครัว มาโรงพยาบาลด้วยพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้ปกครอง ใช้ไม้ตีแขนอย่าจนฟกช้ำ เอาท่อพีวีซีตีอา อาเลยเอาไม้ฟาดบริเวณหลัง ทำลายข้าวของ โดยใช้มีดฟันประตู ผู้ปกครองไม่สามารถจัดการพฤติกรรมได้ แจ้งรภกู้ชีพจับตัวนำส่งโรงพยาบาลชุมชน ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน เอะอะ อาละวาด ไม่ร่วมมือในการให้การรักษา จึงถูกส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แพทย์วินิจฉัย Hyperkinetic conduct disorder (F901) c Physical abuse (T74) c Domestic Violence (Z69) รับไว้ในความดูแลครั้งที่ 4

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษา
2. ศึกษาประวัติของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ OPD card การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ
3. รวบรวมและศึกษาข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติครอบครัว พัฒนาการของชีวิต และแบบแผนการดำเนินชีวิต
4. วางโครงเรื่อง
5. ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาประเมิน วิเคราะห์ สรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
7. วางแผนการพยาบาล และปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
8. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล เพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
9. วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับญาติและชุมชน
10. บันทึกข้อมูล ปัญหา และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
11. สรุปการบำบัดรักษากรณีศึกษาทั้งหมด
12. เสนอผลงาน เอกสารทางวิชาการ ต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจทางการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว

5) ผลสำเร็จของงาน

การศึกษารายกรณีหลังจากผู้ป่วยผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น มีความรู้ความเข้าใจ และยอมรับการเจ็บป่วย เข้าใจในเรื่องความสำคัญของการรับประทานยา มีความรู้และทักษะในการควบคุมอารมณ์ และการจัดการความเครียด มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น สามารถเล่นกับเพื่อนได้อย่างเหมาะสม

ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลและการปรับพฤติกรรม มีทัศนคติที่ดีในการดูแล มีความพร้อม ความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย พร้อมรับผู้ป่วยกลับไปดูแล

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

ผู้ศึกษามีความตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว จึงนำมาเป็นกรณีศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับการนำหลักการของการปรับพฤติกรรมที่ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขแบบการกระทำ และการปรับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากตัวแบบ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ผ่านกิจกรรมการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม การสอนผู้ปกครองให้มีความรู้หลักในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าว และเทคนิคการพฤติกรรม รวมทั้งการเป็นแบบอย่างที่ดีโดยคาดหวังกรณีศึกษาจะ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และผู้สนใจในการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผลกระทบ

1. ต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว

- ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย สามารถจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. ต่อผู้ศึกษา

- มีความรู้เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- มีทักษะในการบำบัดการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. ต่อหน่วยงาน

- เป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรายอื่นต่อไป
- เป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นมีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และความบกพร่องในการยับยั้งพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการตอบสนองแบบหุนหันพลันแล่น ทำให้ไม่พร้อมสำหรับการให้การพยาบาล ต้องรอรระยะเวลาในการปรับยาและรอให้ยาออกฤทธิ์

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รวมถึงขาดการปรับพฤติกรรมที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันของผู้ปกครอง ผู้ปกครองโดยเฉพาะปู่และบิดาใช้พฤติกรรมรุนแรงทรมานผู้ป่วยเวลาที่เมาสุรา ส่งผลให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมรุนแรง ทำให้มีปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดทางจิตสังคม เช่น ปัญหาการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ความสามารถในการจัดการกับความเครียดของตนเอง เป็นต้น

9) ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กดังนี้

1. ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. การดูแลระยะยาวในอนาคตสำหรับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ควรจะได้รับการดูแล ที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและโรงเรียนมากขึ้น พยาบาลจึงควรศึกษาหาความรู้เพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรมีการพัฒนาและทดสอบกิจกรรมกลุ่มบำบัดการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยกระบวนการวิจัย และนำไปขยายผล แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องต่อไป

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่

☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางสาวปรีชญา เจริญศรี	100	ปรีชญา

ส่วนที่ 4 แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวปรีชญา เจริญศรี

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ด้าน การพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 1906 กลุ่มงาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง

โครงการพัฒนาความรู้และทักษะของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2) หลักการและเหตุผล

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กมักแสดงอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ และมีอาการต่อเนื่องมาจนถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ความชุกของโรคพบอยู่ในช่วงร้อยละ 2-18 (Rowland AS et al., 2007 อ้างถึงใน จตุพร แสงกุล และ วรุตม์ อุ่นจิตสกุล, 2559) คาดการณ์ความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก (an estimated worldwide prevalence) ในประเทศไทยเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1- 5 เป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.1 ซึ่งสามารถประมาณการได้ว่าจะมีเด็กช่วงวัยดังกล่าวป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นถึง 1 ล้านคน และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 3:1 หากไม่ได้รับการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน มีปัญหาด้านการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2558) จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในปี 2565 จำนวน 5,346 ราย ปี 2566 จำนวน 5,641 ราย และปี 2567 จำนวน 6,093 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6, 5.7 และ 5.8 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567)

พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยส่วนใหญ่เกิดจากสภาวะอารมณ์ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นในรูปของการกระทำอย่างทันที โดยมีเจตนาจะทำให้ผู้อื่นเจ็บปวดทางร่างกายหรือจิตใจ รูปแบบของพฤติกรรมก้าวร้าว มี 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกาย หรือใช้อวัยวะทางกายร่วมกับอาวุธ เพื่อทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด เช่น การชกต่อย ขว้างปาข้าวของใส่ผู้อื่น และ 2) พฤติกรรมก้าวร้าวทางวาจา เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด เช่น การใช้คำพูดหยาบคาย การด่าทอ เป็นต้น พฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นมักแสดงออกในลักษณะ การกระทำที่รุนแรงกว่าปกติ ไม่ว่าจะเป็นทางการหรือทางวาจา ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเด็กทำไปเพื่อระบายความตึงเครียด ความคับข้องใจ พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น อาการของโรคสมาธิสั้น ทำให้มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง การเลี้ยงดูของพ่อแม่ซึ่งเป็นตัวแบบที่เด็กใกล้ชิดที่สุด การอบรมสั่งสอนแบบใช้ความรุนแรง เด็กที่อยู่กับพ่อแม่ใช้สารเสพติด

และมีพฤติกรรมก่อวินาศกรรมผู้อื่นรวมทั้งการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ เช่น การ์ตูน ละคร ที่มีเนื้อหาใช้ความรุนแรงก็เป็นตัวแบบในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้เช่นกัน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2561)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบในเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน คือถูกครูและเพื่อนในห้องเรียนปฏิเสธที่จะให้เข้าร่วมชั้นเรียน โดยเด็กมีพฤติกรรมก่อวินาศกรรมเพื่อนและครูในขณะที่ทำการสอน เช่น พูดคุยเสียงดังพูดสอดแทรก หรือลุกจากที่นั่งบ่อยๆ แม้ว่าในขณะนั้นจะต้องนั่งอยู่กับที่ (Chalermthai S., 2003) ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน (Rungreangkulkij S., 2003 อ้างใน พาสินี แจ่มจำ และคณะ, 2562) ครูมักจะว่ากล่าวตักเตือนหรือลงโทษเด็กที่มีพฤติกรรมดังกล่าวในชั้นเรียน ส่งผลให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการเรียน บางคนอาจเกิดภาวะซึมเศร้ามองตัวเองเป็นบุคคลไร้ค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่มีความสุขตามมา (Srimakudpan N., 2007 อ้างใน พาสินี แจ่มจำ และคณะ, 2562) จากการศึกษา พบว่า เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 63.70 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 60.80 พฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 52.90 พฤติกรรมเกร ร้อยละ 39.20 และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 43.20 โดยพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเกรเป็นอาการเด่นถึง 1 ใน 4 (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2551 อ้างใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561)

ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นนอกจากการใช้ยา การรักษาที่ได้ผลดี คือ การใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสาน ที่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยา การปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพบิดามารดา และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้ เป็นต้น (ชาญวิทย์ พรนภดล , 2561) เด็กที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจะมีอาการเปลี่ยนแปลงดีกว่าเด็กที่ได้รับการรักษาเพียงอย่างเดียว (Bender W. N., 1997 อ้างใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดคือ ให้เด็กสมาธิสั้นสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ทั้งนี้ยังพบปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นคือบิดามารดาไม่เข้าใจถึงธรรมชาติและจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็กไม่สามารถจัดการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม บางปัญหาจึงถูกละเลยหรือถูกแก้ไขอย่างผิดวิธีด้วยความไม่รู้ ทำให้ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล , 2561) และการที่บิดามารดาขาดความรู้และทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นจนเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (Anastopolos AD. et al, 1998 อ้างใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561) บิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม การสอนบิดามารดาให้เรียนรู้วิธีและมีทักษะในการปรับพฤติกรรม วิธีจัดการกับปัจจัยกระตุ้นอาการ ร่วมกับการให้การดูแลช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (Hechtman L., 2005 อ้างใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561)

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเด็กแบบผู้ป่วยในจากข้อมูลสถิติ ปี 2566 พบว่า ในปีงบประมาณ 2565 2566 และ 2567 เข้ารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก จำนวน 172 ราย 208 ราย และ 219 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสมาธิสั้น จำนวน 37 ราย 37 ราย และ 52 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.51 ร้อยละ 17.78 และ ร้อยละ 23.74 ตามลำดับ

(กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567) จากการทบทวนแฟ้มประวัติ เวชระเบียน จำนวน 10 แฟ้ม พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่รับไว้รักษามักมีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ตีเพื่อน ตีครู หรือตีผู้ปกครอง ทำลายทรัพย์สิน บางรายมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมลักขโมย หนีเรียน มีจำนวนสูงถึงร้อยละ 80 จากการสัมภาษณ์บิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 พบว่า บิดามารดาไม่เข้าใจถึงธรรมชาติและจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็ก ไม่สามารถจัดการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม แนวทางในการจัดการของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เมื่อเด็กเกิดพฤติกรรมรุนแรง บิดามารดาหรือผู้ปกครองมักจะลงโทษเด็กด้วยการตี เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ คิดเป็นร้อยละ 54 ตำหนด้วยถ้อยคำรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 23 ทำให้ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นจนเป็นเด็กก้าวร้าว จากสถิติในปีงบประมาณ 2565 2566 และ 2567 พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 16, 21 และ 22 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการทบทวนวิเคราะห์ปัญหา พบว่า บิดามารดาหรือผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะการจัดการกับเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจาก บิดามารดาหรือผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเด็กสมาธิ เลี้ยงดูแบบควบคุม บอกว่า เพราะเด็กตัวเอง ต้องถูกลงโทษ ร้อยละ 25 ราย และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านบิดามารดาหรือผู้ปกครองมีแนวทางในการดูแลเด็กเวลาที่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวขัดแย้งกัน ไม่มีระเบียบวินัย ร้อยละ 37 ส่งผลให้เด็กได้รับการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง รู้สึกกดดันและเครียด ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ในระบบโรงเรียน

จากเหตุผลดังกล่าวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นพยาบาลในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และการรักษาพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงได้จัดโครงการพัฒนาความรู้และทักษะของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น 2 ด้านคือด้านตัวเด็กเอง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว (Pineda et al., 2000; Miller et al., 2006; Ercan et al., 2014) โดยบิดามารดามีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่เน้นสถานการณ์สัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับเด็กบนความเชื่อที่ว่าบิดามารดาคือผู้มีอิทธิพลในการที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดพฤติกรรมของลูกและบิดามารดาจะเป็นคนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนให้ลูกเกิดพฤติกรรมที่ดีได้ (Bandura, 1977 อ้างถึงใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561) การรักษาดูแลเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบันที่ได้ผลดีจึงเป็นการใช้รูปแบบการรักษาแบบผสมผสาน คือ การรักษาด้วยยา ร่วมกับการใช้การบำบัดทางพฤติกรรม โดยบิดามารดาที่ดูแลเด็กใกล้ชิดมีส่วนร่วม (Bender, 1997 อ้างถึงใน จิรพรรณ สาบุญมา,

2561) การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น เน้นการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับ การจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการสาธิตและฝึกเทคนิคการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวแก่บิดามารดาตลอดจนการปฏิบัติของผู้บำบัด และบิดามารดาที่เป็นตัวแบบที่ตัวอย่างเป็นไปในทางเดียวกัน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนเด็กคล้ายๆ กันนี้จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ง่าย ไม่สับสนจะช่วยให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อย่างต่อเนื่อง บิดามารดาถือว่ามีอิทธิพลที่สุดมีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม เพราะบิดามารดาถือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้และมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องเรียนรู้เพราะจะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง บิดามารดาทุกคนเริ่มต้นที่ไม่รู้เหมือนกันแต่ปลายทางแห่งความสำเร็จต่างกันตามการเรียนรู้ของแต่ละคน ทักษะต่างๆ จะสั่งสมตามประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือที่ได้ลงมือทำไป บิดามารดาควรเริ่มต้นลงมือฝึกเด็กก่อน แล้วค่อยๆ พัฒนาวิธีการตามคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น บิดามารดาของเด็กจึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และต้องมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งบิดามารดาถือเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดและเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับเด็ก

แนวความคิด

1. พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

2.1 ความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

ฮาโมเลีย (Hamolia, 2005 อ้างถึงใน จิรพรรณ สาบุญญา, 2561) กล่าวว่า พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การแสดงออกทางการต่อต้านทั้งด้านร่างกายและคำพูด หรือแสดงปฏิกิริยาต่างๆ เพื่อป้องกันตนเอง ทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ความก้าวร้าวเป็นการแสดงออกโดยตรงต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งคนด้วย

บัส (Buss 1961 อ้างถึงใน ชาญวิทย์ พรนภดล , 2561) กล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มีมากระตุ้น ในรูปของการกระทำอย่างทันที แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ความก้าวร้าวทางกาย (physical aggression) เป็นความก้าวร้าวที่แสดงออกโดยการใช้อวัยวะทางกาย เช่น แขน ขา ฟัน หรือใช้อวัยวะทางกาย ร่วมกับอาวุธ เช่น มีด ไม้ เพื่อทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด 2) ความก้าวร้าวทางวาจา (verbal aggression) เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มีมากระตุ้น โดยใช้ถ้อยคำให้ผู้อื่นได้รับความเจ็บปวด จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ การปฏิเสธ ซึ่งมักจะแสดงท่าทางประกอบด้วย เช่น ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หลบหน้า เป็นต้น และการบังคับเป็นการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนเองต้องการ

จากความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวที่หลากหลาย สามารถสรุปความหมายของพฤติกรรมก้าวร้าวในการวิจัยได้ว่า พฤติกรรมก้าวร้าว คือการกระทำทั้งทางกาย วาจา ต่อสิ่งของ บุคคลอื่นและ/หรือตนเอง โดยมีเจตนาให้สิ่งของได้รับความเสียหาย และบุคคลอื่นหรือตนเองได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือรุนแรงก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจากการเลี้ยงดู การสื่อความต้องการของตนเองไม่ได้ไม่เข้าใจ กฎเกณฑ์ มีความไวต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งเร้ามากเกินไปถูกกดดันให้ทำสิ่งที่ไม่ชอบหรือสิ่งที่ยากเกินไป

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น

ความก้าวร้าวเป็นลักษณะของมนุษย์หรือเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากสังคม จนกระทั่งยังไม่มีคำตอบที่แน่ชัด ได้มีการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดเบื้องต้น เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวไว้หลายรูปแบบและได้ข้อสรุปดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา ฟรอยด์ (Freud, 1963 อ้างถึงใน ชาญวิทย์ พรนภดล , 2561) กล่าวว่า ความก้าวร้าวเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นภายในตัวมนุษย์ ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์นั้นมีแนวโน้มที่จะก้าวร้าวมาตั้งแต่เกิด ซึ่งเขาอธิบายว่าลักษณะนี้เป็นส่วนหนึ่งของอีโด (ID) ซึ่งเป็นความต้องการของร่างกายมนุษย์โดยธรรมชาติ

2.2.2 ทฤษฎีชีวิวิทยา กล่าวว่า ลักษณะบางอย่างของความเป็นอาชญากร สามารถถ่ายทอดมายังบุตรได้ หรือพูดอีกนัยหนึ่งว่า ถ้าพ่อเป็นอาชญากรลักษณะของความเป็นอาชญากรอาจจะถ่ายทอดมายังบุตรได้

2.2.3 ทฤษฎีสถานการณ์ได้แก่ ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ และทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว

2.2.3.1 ทฤษฎีความก้าวร้าวที่มาจากความคับข้องใจ (frustration aggression theory) ทฤษฎีนี้มาจากความเชื่อของ ดอลลาร์ดและมิลเลอร์ (Dollard & Miller, 1939 อ้างถึงใน ชาญวิทย์ พรนภดล , 2561) ที่เชื่อว่าความก้าวร้าวของบุคคลมาจากความคับข้องใจที่สะสมอยู่

2.2.3.2 ทฤษฎีสัญญาณความก้าวร้าว (aggression cues theory) มาจากแนวคิดของเบอร์โกวิทซ์ (Berkowitz, 1962) ที่กล่าวว่า ความคับข้องใจเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความก้าวร้าว แต่การแสดงออกความก้าวร้าวจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม

2.2.3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory of aggression) ทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการเรียนรู้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ความก้าวร้าวเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล และเชื่อว่าขั้นตอนที่สำคัญของพฤติกรรมก้าวร้าวมี 2 ประการ คือ

แม่แบบและการเสริมแรง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างใน ชาญวิทย์ พรนภดล , 2561) ที่เชื่อว่าเด็กไม่ได้เรียนรู้ความก้าวร้าวโดยตรง จากการให้รางวัลหรือลงโทษจากผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว แต่เด็กจะเลียนแบบผู้ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง

แนวทางการช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ระบบการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นมีดังนี้

1. การให้ความรู้ (psycho education) กับบิดามารดาให้เข้าใจโรคสมาธิสั้น พร้อมทั้งให้การรับฟังตอบข้อซักถาม โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การพยากรณ์โรค และบทบาทของบิดามารดาในการช่วยเหลือเด็กการให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่บิดามารดา (counseling and Psycho education) เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติแก่บิดามารดา และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น และช่วยลดความเครียดของบิดามารดาให้มีทัศนคติทางบวก ยอมรับและเห็นอกเห็นใจ

ในอาการ และข้อจำกัดของเด็ก ให้คำปรึกษากับบิดามารดาเนื่องจากพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีผลต่อชีวิตสมรส พี่น้องและสภาพอารมณ์ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว การให้ความรู้ การให้คำปรึกษากับบิดามารดาจึงเป็นสิ่งจำเป็น การให้การช่วยเหลือบิดามารดา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้พฤติกรรมบำบัดในการช่วยปรับเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสม การปรับสภาพอารมณ์ของบิดามารดาให้ไม่หงุดหงิดง่าย สงบ การให้รางวัลหรือการทำโทษ การปรับสภาพบ้าน การฝึกให้เด็กกรอคอยและอื่นๆ (พาสินี แจ่มจำ, 2562) เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับเด็ก หรือคุณครูกับเด็กดีขึ้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และคณะ, 2550 อ้างใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561) บิดามารดาควรจัดตารางเวลากิจกรรมของเด็ก จัดสถานที่ทำการบ้าน โดยปราศจากการรบกวน ควรนั่งเป็นเพื่อนขณะเด็กทำงาน ไม่ควรดุหรือลงโทษเด็กแบบรุนแรง ควรชมเมื่อเด็กทำดีและควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็ก สอนแนะนำบิดามารดาเกี่ยวกับทักษะการดูแลเด็ก โดยใช้คำพูดหรือคำสั่งชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ตมองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีจัดการที่เหมาะสม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2561)

2. การเปิดโอกาสให้บิดามารดาและครอบครัวระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียดความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดา หรือครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นรู้จักกัน แลกเปลี่ยนความรู้ เทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และให้บิดามารดามีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ จะทำให้กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับกำลังใจ ลดความเครียดและเรียนรู้วิธีการดูแลเด็กร่วมกันได้ (กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม, 2555)

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (psychosocial interventions) แก่บิดามารดาและครูซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ ลดสิ่งกระตุ้น เพิ่มสมาธิและเพิ่มการควบคุมตนเองของเด็ก (สถาบันราชานุกูล, 2555) เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาด้านพฤติกรรม ทั้งที่เป็นพฤติกรรมที่มีปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การช่วยเหลือเด็กเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบิดามารดาและครู ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของปัญหา และได้รับการสนับสนุนให้กำหนดการฝึกวินัยให้แก่เด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียนให้สอดคล้องกัน การบำบัดครอบครัว (family therapy) จะช่วยให้ครอบครัวเผชิญกับความเครียดของตน และสามารถดูแลเด็กให้มีพัฒนาการและมีการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย รวมทั้งสามารถดูแลเด็กให้ได้รับยาตามแผนการรักษา (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2554) ประกอบด้วย

3.1 parental intervention and training มีเป้าหมายเพื่อขจัดความเข้าใจผิดๆ ของบิดามารดา โดยเฉพาะความเข้าใจผิดที่คิดว่าเด็กดื้อหรือเกียจคร้าน (สถาบันราชานุกูล, 2555) ช่วยให้บิดามารดาและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค ADHD ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็ก เรียนรู้แนวทางการดูแลรักษาเด็ก สอนให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหา ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดีเพื่อเพิ่ม self esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่างและใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม เช่น time-out เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ , และคณะ, 2550 อ้างถึงใน จิรพรรณ

บุญมาสา, 2561) การฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training) การจัดกลุ่มบิดามารดาฝึกให้มีทักษะ การสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการปรับสภาพแวดล้อม เรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของบิดามารดา โดยให้การเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างถูกต้อง ที่ไม่ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem) ของเด็กเพื่อช่วยในการปรับตัวของเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียน การใช้ยารักษาเมื่อจำเป็น การติดตามและแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้น โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (behavioral approaches) ด้วยการให้แรงเสริมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เช่น การให้ขนมหรือของเล่น เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และคณะ, 2550 อ้างถึงใน จิรพรรณ บุญมาสา, 2561) ในการทำ parent management training จะได้ผลดีในช่วงอายุต่ำกว่า 11 ปี และปัญหาพฤติกรรมของเด็กไม่รุนแรง และบิดามารดาไม่มีปัญหาทางจิตเวช (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2561)

3.2 school intervention มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับครู เพื่อการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับเด็ก (สถาบันราชานุกูล, 2555) สร้างความเข้าใจร่วมกับครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เข้าใจข้อจำกัดของเด็กเพื่อที่จะให้การดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างเหมาะสม ปรับสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก ต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และคณะ, 2550 อ้างถึงใน จิรพรรณ บุญมาสา, 2561) การให้คำแนะนำแก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการช่วยเหลือในด้านการเรียน การปรับตัวที่โรงเรียน ให้ครูมีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม ADHD rating scale-IV เพื่อประเมินหลังการรักษา แนวทางการให้ความช่วยเหลือขณะอยู่ในห้องเรียน และมีการให้ความรู้ คำแนะนำและแนวทางการช่วยเหลือของครูต่อเด็กโรคสมาธิสั้น รวมถึงการแรงจูงใจให้เด็กกระทำความดีด้วยการให้รางวัลและคำชมเชย มากกว่าการดุหรือการขู่ว่าจะลงโทษ (เนตรทราย อยู่สวัสดิ์, 2552 อ้างถึงใน จิรพรรณ บุญมาสา, 2561) มีดังนี้

- 1) ไม่ควรให้เด็กนั่งติดหน้าต่างหรือประตูเพราะจะทำให้เด็กเสียสมาธิง่ายควรให้นั่งอยู่หน้าสุดใกล้โต๊ะครูเพื่อจะได้เรียกหรือเตือนได้
- 2) ควรมีกิจกรรมให้เด็กได้ผ่อนคลาย หากเห็นว่าเด็กหมดสมาธิโดยให้เด็กลุกจากที่ไต่บ้าง ซึ่งจะช่วยลดความเบื่อของเด็กและทำให้เรียนได้นานขึ้น
- 3) หากเด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้นมาก ให้ลดระยะเวลาการทำงานให้สั้นลง แต่ให้ทำบ่อยกว่าคนอื่น
- 4) ไม่ลงโทษด้วยความรุนแรง หากเป็นพฤติกรรมจากโรคสมาธิสั้น เช่น ทำของเสียหาย หุนหันพลันแล่น ควรตั้งเตือนว่าพฤติกรรมใดไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เหมาะสมคืออะไร
- 5) ให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดีหรือมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น
- 6) ในการสื่อสารกับเด็ก ควรสังเกตว่าเด็กพร้อมหรือมีสมาธิที่จะให้ความสนใจในสิ่งที่ครูจะพูดหรือไม่
- 7) เด็กอาจมีปัญหาการปรับตัวกับเพื่อน เนื่องจากเด็กมักใจร้อน เล่นแรง ซึ่งครูต้องตักเตือน และ

แนะนำด้วยท่าที่เข้าใจ เพื่อให้เด็กสามารถควบคุมตนเองให้ได้มากขึ้น

8) ให้ความช่วยเหลือด้านการเรียนพิเศษ เนื่องจากเด็กมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (learning disability) เช่นการอ่านการสะกดคำ การคำนวณ เป็นต้น

9) ให้คำแนะนำผู้ดูแล ในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนที่บ้าน โดยสถานที่ที่จะให้เด็กทำการบ้านต้องเป็นมุมที่สงบ ไม่มีโทรทัศน์หรือสิ่งของที่ดึงดูดความสนใจ กำหนดเวลาในการทำการบ้านให้แน่นอน และให้เด็กได้เปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักในช่วงสั้นๆ

10) ดูแลเรื่องการรับประทานยามื้อกลางวันในรายที่รักษาด้วยยา นอกจากนี้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่บิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดังนี้

1) การจัดสถานที่ที่สงบ เพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือไม่มีคนรบกวน หรือทำให้เสียสมาธิ เช่น โทรทัศน์ วิทยุเกม มาดึงดูดความสนใจ ถ้าเด็กสมาธิสั้นมากๆ ควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ

2) จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาการทำการบ้าน ทบทวนบทเรียน เริ่มตั้งแต่เวลาในการตื่นนอน หลังจากนั้นต้องทำอะไรบ้าง เช่น เก็บที่นอน แปรงฟัน เป็นต้น ในกรณีที่เด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้บิดามารดาเตือนสั้นๆ ครั้งเดียว ถ้าไม่มีที่ทำว่าจะทำให้บิดามารดาพาไปทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า บิดามารดาเอาจริงและจะยอมรับกติกา

3) จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดคำหยาบบิดามารดาต้องทำเป็นตัวอย่างและเป็นผู้คุมกฎ

4) ให้รางวัลในกรณีที่ทำพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำต่อ เช่น คำชม ให้แต้มสะสม เป็นต้น และกำหนดโทษให้ชัดเจนเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการจำกัดสิทธิต่างๆ เช่นการดูโทรทัศน์การเล่นเกม หรือให้ทำงานที่มากขึ้น เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน หรือใช้การเตือน หรือตำหนิที่เน้นพฤติกรรม เช่น แม่ไม่ชอบการนอนตื่นสาย และไม่ควรใช้คำพูดที่ตำหนิที่ตัวเด็ก เช่น ลูกไม่ดีเลยที่นอนตื่นสาย เป็นต้น

5) ฝึกควบคุมอารมณ์ ทำให้บรรยากาศสงบ ให้กำลังใจเป็นระยะ หลีกเลี่ยงการดุ บ่น เพราะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจที่บิดามารดาพูด

6) การทำงานต่างๆ ควรมีการแบ่งเป็นชิ้นเล็กๆ เด็กมักท้อใจกับงานที่ตนเองไม่ชอบ ไม่สนุก ไม่นัด ดังนั้น บิดามารดาควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็กๆ พอทำเสร็จในเวลาสั้นให้มีกำลังใจทำต่อต้องให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถ หรือหยุดพักเป็นระยะ

7) เด็กจะมีจุดอ่อน คือ ทักษะในการวางแผนล่วงหน้ามักทำตามสิ่งเร้าที่ผ่านมา มากกว่าสิ่งที่คิดไว้ล่วงหน้า บิดามารดาควรฝึกให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุดคิดวางแผนตามขั้นตอนและฝึกการแก้ปัญหา

8) บิดามารดาต้องฝึกกำลังใจเป็นหนึ่งเดียว ความคิดของบิดามารดาถ้าแตกต่างกัน ทำให้การแก้ปัญหาไปคนละทาง เด็กจะหลบไปอยู่กับคนที่ตามใจ จะเกิดความขัดแย้ง ดังนั้น บิดามารดาต้องพูดคุย

กันก่อน เรื่องที่ไม่แน่ใจให้ชะลอการตัดสินใจจนกว่าจะตกลงกันได้

9) การทำกลุ่มบำบัด (parental group support) โดยให้บิดามารดาที่มีเด็กสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยน เรียนรู้เทคนิคในการดูแล และปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคในการดูแล และปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง และให้โอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มบิดามารดามีกิจกรรมร่วมกันและเป็นประโยชน์กับเด็กสมาธิสั้นคนอื่น (วินิตดา ปิยะศิลป์, 2550 อ้างถึงใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561)

10) ครอบครัวบำบัด (family therapy) มีประโยชน์ในครอบครัวที่ dysfunction อาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากผู้ป่วยเอง หรือจากพ่อแม่ชีวิตสมรส (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2561)

ข้อเสนอ

จากปัญหาการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ของ จิรพรรณ สาบุญมา (2561) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้ให้กับครอบครัวเพิ่มทักษะและความมั่นใจ ในการจัดการปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ส่งเสริมความสามารถทางสังคม อารมณ์ ความสามารถทางภาษา และพฤติกรรมของเด็กผ่านทางการปฏิบัติที่ดีของบิดามารดา โดยสาระสำคัญประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience) 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) 3) การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization) และ 4) การทดลองปฏิบัติจริง (active Experimentation) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับ การแบ่งปัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กัน และกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเอง และยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนตนเองก่อน สามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุนให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก โดยมีขอบเขตในการดำเนินโครงการ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย คือ

บิดาหรือมารดา ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก มีหน้าที่เลี้ยงดูโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 5 ครอบครัว (ครอบครัวประกอบด้วย บิดาหรือมารดา และเด็กสมาธิสั้น)

สถานที่ดำเนินโครงการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

รูปแบบโครงการ

โครงการนี้เป็นโครงการพัฒนารายกลุ่ม

4.1 ขั้นเตรียมการ

1. ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ศึกษาเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ประชุมทีม และจัดทำแผนการจัดกิจกรรม
4. เขียนโครงการเสนอต่อ หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อขอ อนุมัติดำเนินการ และ ขออนุญาต เข้าพบ เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ และ การดำเนินการ
5. ประเมินความรู้และทักษะของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนเข้าร่วมโครงการ

6. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของ พิกุลทอง กัลยา (2559) ซึ่งได้พัฒนามาจาก กัญญาวิร บุษยเสนันท์ (2554) ที่สร้างจากแนวคิดของ Yudofsky et al. (1986) แบบประเมินนี้ได้ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรง โดยได้ค่าความตรง เชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ.93

4.2 ขั้นดำเนินการ ดำเนินโครงการตามการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น ของ จิรพรรณ สาบุญมา (2561) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะจัดขึ้นสัปดาห์ละครั้งในวันพุธ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจากนั้นให้บิดามารดาเล่าถึงพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กที่บ้านและวิธีการจัดการพฤติกรรม ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการทบทวนความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นโดยทำแบบความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น (pre- test) เพื่อประเมินว่าบิดามารดา รู้จักโรคสมาธิสั้นหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นอาการ และสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าใจข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นในด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าสังคม การรอคอยภายในกลุ่ม เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคและตัวเด็ก และตั้งความหวังกับเด็กบนความเป็นจริง และหลังจากที่ทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสร็จแล้ว ให้บิดามารดา ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในบ้านหรือในสถานที่ต่างๆ ที่ท่านได้ประสบมาให้กลุ่มฟัง และร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม และให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นและสาเหตุการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวโดยศึกษาตามใบความรู้เรื่อง “โรคสมาธิสั้น” จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมแก่บิดามารดาและใช้คำพูดชักจูง ส่งเสริมเพื่อให้บิดามารดาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและเมื่อได้รับคำแนะนำ และคำพูดชักจูงจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของ

ตนเอง ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กมีการจัดการที่ดี สามารถนำไปสู่การลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กได้

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 การแนะนำให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก ให้บิดามารดาร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วและขอตัวแทนนำเสนอ จากนั้นให้บิดามารดาแยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยประสบปัญหาเด็กที่มีพฤติกรรม และนำเสนอวิธีการที่ใช้ในการจัดการพฤติกรรมนั้นแล้วได้ผลดี ให้กลุ่มฟังและให้กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมากับกลุ่ม พร้อมแนะนำวิธีการในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ในด้านการส่งเสริมความสามารถและพัฒนาการของเด็กและวิธีการในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก จากนั้นให้ดู DVD เรื่อง “ครอบครัวปั่นป่วน” (<http://www.youtube.com/watch?v=eH3zOa39LAQ>) มีความยาวประมาณ 2 นาที จากนั้นให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นตามใบกิจกรรม และส่งตัวแทนนำเสนอ

ขั้นที่ 3 การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม ให้บิดามารดาร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วขอตัวแทนนำเสนอ จากนั้นขอตัวแทนที่เคยมีประสบการณ์ลูกมีพฤติกรรมก้าวร้าวและสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่สำเร็จช่วยเหลือประสบการณ์ความสำเร็จนั้น ตามใบกิจกรรม และให้ความรู้ผ่านใบความรู้ที่ 3 และให้บิดามารดาร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ตามใบกิจกรรม และออกมานำเสนอและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคม กิจกรรมนี้เน้นการฝึกบิดามารดาในเรื่องการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเรื่องการสื่อสาร และทักษะทางสังคม โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ทำเฉพาะผู้ปกครอง ช่วงที่ 2 ผู้ปกครองทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ช่วงที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วและขอตัวแทนนำเสนอ จากนั้นให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำเสนอประเด็นการสื่อสารโดยแจกกระดาษให้คนละแผ่นโดย

1. เขียนคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกดีจำนวน 10 คำ
2. เขียนคำพูดที่ตนเองฟังแล้วรู้สึกไม่ดีจำนวน 10 คำ

3. ส่งตัวแทนนำเสนอประสบการณ์การใช้คำพูดเหล่านี้ กับเด็กสมาธิสั้นและเล่าปฏิกิริยาที่เด็กแสดงออกหลังได้ยินคำพูดนั้น ตามใบกิจกรรม จากนั้นพยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่อง “การสื่อสารข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้การแปลความหมายของเด็กสมาธิสั้น” พร้อมแจกใบความรู้ โดยให้บิดามารดาบรรยายว่าเด็กสมาธิสั้นมีข้อจำกัดของการสื่อสาร และการรับรู้ การแปลความหมายการสื่อสาร จำเป็นต้องมีวิธีการในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จากนั้นพยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่องการนำวิธีการต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความสามารถและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กสมาธิสั้นในเรื่องการสื่อสาร

และการฝึกทักษะทางสังคม โดยให้ผู้ดูแลยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เคยประสบปัญหาในการสื่อสารกับเด็ก พร้อมนำเสนอวิธีที่ใช้ในการจัดการแล้วได้ผลอย่างไรให้กลุ่มฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ช่วงที่ 2 พยาบาลเปิดประเด็นโดยแจกใบกิจกรรม เรื่อง“สร้างบ้านด้วยไฟ”เป็นกิจกรรมพัฒนาสื่อสาร และการฝึกทักษะทางสังคมโดยให้เด็กเข้าใจกฎระเบียบ กติกากลุ่มและร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ และให้ผู้ปกครองเข้าใจว่าหากสื่อสารกับเด็กในแบบกิจกรรมแล้วเด็กจะรู้สึกอย่างไร (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม)

กิจกรรมที่ 5 การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 ทำเฉพาะผู้ปกครอง ช่วงที่ 2 ผู้ปกครองทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ช่วงที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นจากนั้นร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ขอตัวแทนนำเสนอและให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำเสนอสู่ประเด็นการฝึกวินัยและความรับผิดชอบ โดยการให้บิดามารดาในกลุ่มเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การแสดงบทบาทสมมติ “ครอบครัวอลหม่าน” และแสดงความคิดเห็นจากการแสดงบทบาทสมมติและสอบถามบิดามารดา เพิ่มเติมให้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน พร้อมแจกใบความรู้ จากนั้นพยาบาลเปิดประเด็นสนทนา เรื่องการนำวิธีการต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในการช่วยพ่อแม่ในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กในเรื่องของการฝึกระเบียบวินัยและความรับผิดชอบ โดยให้สมาชิกร่วมกันเขียนตัวอย่างกฎกติกาต่างๆ ในบ้านที่ใช้ในการควบคุมพฤติกรรม และช่วยกันออกแบบตารางกิจกรรมสำหรับทำกับลูกในแต่ละสัปดาห์ลงใน flip chart พร้อมนำเสนอให้กลุ่มฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กิจกรรมนี้เน้นให้บิดามารดาทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกวินัยในเด็ก และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีวินัย และให้บิดามารดามีแนวทางการฝึกวินัย และความรับผิดชอบให้แก่เด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

ช่วงที่ 2 พยาบาลเปิดประเด็นเรื่องการฝึกวินัยแนวคิดที่ได้จากกิจกรรม การฝึกวินัยเป็นการหัดให้เด็กควบคุมความต้องการ หรือแรงผลักดันในตนเองให้อยู่ในขอบเขต และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งต่างต้องฝึกความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงในขณะนั้น ในช่วงแรกของการฝึกวินัยที่เด็กต้องฝึกใจตนเอง ต้องทำในสิ่งที่คนอื่นกำหนด หรือกติกาที่กำหนดไว้ จึงอาจได้ผลไม่เป็นที่สำเร็จ โดยไม่นำเอาความคาดหวังหรือความต้องการของตนเป็นเป้าหมาย แต่ควรคำนึงถึงขีดความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงวัยและความเป็นจริงที่ลูกสามารถทำได้ในขณะนั้น พร้อมทั้งชื่นชมในความสามารถที่ทำได้ เพื่อเป็นกำลังใจในครั้งต่อไป สิ่งสำคัญคือ ความสม่ำเสมอ และการเป็นต้นแบบที่ดีของบิดามารดา จะสามารถช่วยให้ลูกเรียนรู้และปฏิบัติได้ในที่สุด และให้ทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม “กระเจ๊กงาสะท้อน” (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม)

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 6 การประยุกต์กลยุทธ์ต่างๆ แบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 ทำเฉพาะผู้ปกครอง

ช่วงที่ 2 ผู้ปกครองทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก

ช่วงที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์การบ้านเมื่อสัปดาห์ที่แล้วขอตัวแทนนำเสนอเรื่อง “การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ” และให้บิดามารดาในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและนำเข้ากลุ่มโดยให้บิดามารดาเล่าถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ ทักษะ สัมพันธภาพ พฤติกรรมของเด็กและบิดามารดา ตลอดการทำกิจกรรมทั้ง 5 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมสอบถามถึงประเด็นที่บิดามารดาไม่เข้าใจและมีข้อสงสัยในหัวข้อที่ผ่านมา จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง “การจัดการกับเด็กดื้อและการสอนเด็กให้ รู้จักรับผิดชอบตามใบความรู้

ช่วงที่ 2 พยาบาลเปิดประเด็นสนทนาเพื่อให้บิดามารดาและเด็กร่วมทำกิจกรรมตามใบงานที่เตรียมไว้ โดยใบงานจะเป็นการประยุกต์ใช้วิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มาตลอดจาก 5 กิจกรรมที่ผ่านมา และแจ้งให้สมาชิกทุกคนร่วมกันทำกิจกรรมตามใบกิจกรรม “บ้านในฝัน” โดยให้บิดามารดาและเด็กทำกิจกรรมร่วมกัน และกิจกรรมตามใบกิจกรรม เรื่อง “ตารางบันทึกงานที่ต้องรับผิดชอบ” โดยให้บิดามารดาและเด็กวางแผนร่วมกัน ในการจัดตารางความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน (ระหว่างนี้พยาบาลและพยาบาลผู้ช่วยสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะเข้ากลุ่ม)

4.3 การประเมินผลลัพธ์

1) ประเมินความรู้ความเข้าใจของบิดามารดา ภายหลังการสอน โดยใช้แบบประเมินความรู้และการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น ก่อน – หลังการสอน

2) ประเมินทัศนคติของบิดามารดาต่อเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยการเขียนประเมินตนเอง (Self-report)

3) ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นของ พิกุลทอง กลยา (2559)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

- การพัฒนาความรู้และทักษะของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่สามารถสอนได้ในครั้งเดียวทุกขั้นตอน ทำให้ใช้ระยะเวลานานในการพัฒนา วางแผนให้มีการปรับแผนการสอนให้สามารถสอนได้ในครั้งเดียวครบทุกขั้นตอน เพื่อให้บิดามารดาสามารถนำไปใช้ได้ภายหลังสิ้นสุดการสอน

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) บิดามารดามีความรู้และทักษะการจัดการผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2) ลดอุบัติการณ์การได้รับบาดเจ็บของบุคลากรและผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นจากพฤติกรรมก้าวร้าว

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- บิดามารดามีความรู้และทักษะการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 80

- จำนวนอุบัติการณ์บุคลากรและผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าว $\leq$ 1 ราย