

ส่วนที่ 4 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายกรกช ทาจิณะ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้าน (การพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 879 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง

ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ

มิถุนายน 2566 ถึง มิถุนายน 2567

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคสมาธิสั้น

- 1.1 ความหมาย ปัจจัยสาเหตุของโรคสมาธิสั้น
- 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
- 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น
- 1.4 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น
- 1.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมแรงทางบวก

- 2.1 ความหมายของการเสริมแรง
- 2.2 ชนิดของการเสริมแรง
- 2.3 หลักการการเสริมแรงทางบวก

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโปรแกรมการสอน

- 3.1 ความหมายของโปรแกรมการสอน
- 3.2 องค์ประกอบของโปรแกรมการสอน
- 3.3 ลักษณะของโปรแกรมการสอนที่ดี
- 3.4 การประเมินโปรแกรมการสอน

4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวความคิดที่ใช้ดำเนินการ

การศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช” ตามกรอบแนวคิดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม โดยบูรณาจากแนวคิด Behavior therapy (Iamsupasit S, 2013), Operant conditioning theory (Bandura A, 1997) และ Modeling theory (Beck R, Fernandez E, 1998) รวมทั้งเทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement) และเทคนิคการลงโทษ (Punishment) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Parent training program เด็กสมาธิสั้นสมองทำงานบกพร่องในเรื่องไม่รู้กาลเวลา (Time blindness) จัดระบบและวางแผนลำดับขั้นไม่ได้ไม่มีระเบียบวุ่นวาย (Disorganization) ควบคุม/ ยับยั้งตนเองไม่ได้เล่นไม่เลิก (Self-uncontrol) แสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรม 1) พฤติกรรมขาดสมาธิ (Inattention) 2) พฤติกรรมไม่นิ่ง/ วุ่นวาย หุนหัน (Hyperactivity/ Impulsivity) 3) พฤติกรรมต่อต้าน (Oppositional defiant) เด็กจะมีลักษณะขาดความรับผิดชอบทำงาน/ การบ้านไม่เสร็จจัดโต๊ะ โต๊ะ ค้าง สั่ง รื้อไม่ได้พูดแทรกเอาแต่ใจ อารมณ์โกรธรุนแรงแนวคิด Behavior therapy เชื่อว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้มาผิดๆ แก้ไขโดยให้เรียนรู้ใหม่ ซึ่งเด็กสมาธิสั้นมีการเรียนรู้ผิดๆ เช่น การขัดคำสั่งไม่ทำหน้าที่เด็กเรียนรู้ว่าถ้าเฉยๆ ทำเป็นไม่ได้ยินผู้ใหญ่อาจลืมหรือทำแทน ถ้ามีการดุเสียงดัง เดินมาใกล้ๆ แสดงว่าเอาจริงไม่ปล่อย ค่อยๆ ทำหรือพูดแทรกแล้วถูกดุว่าแต่ก็ไม่เลิกเพราะเด็กได้รับความสนใจ (แรงเสริมทางลบ) หากไม่สนใจ (ลดแรงเสริมทางลบ) เด็กจะเลิกทำ แนวคิด Operant conditioning theory ของ Pavlov และ Skinner อ้างใน Iamsupasit S (2013) และ Bandura A (1997) ที่เชื่อว่าสิ่งเร้าภายนอกสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยวางเงื่อนไขการกระทำอย่างสม่ำเสมอ การกระตุ้นเด็กสมาธิสั้นที่ขาดความรับผิดชอบให้ทำหน้าที่ใช้ระบบรางวัลและการลงโทษ เช่น ไม่ทำงานบ้านที่มอบหมายก็ให้ทำงานบ้านเพิ่ม ไม่ทำการบ้านก็ให้คัดไทย ท่องศัพท์เพิ่ม ซึ่งเป็นสิ่งที่เด็กไม่ชอบแต่มีประโยชน์ หรือใช้เทคนิคลงโทษด้วย การตัดสิทธิ์งดหรือลดสิ่งที่เด็กชอบ เช่น หักเวลา/ งดเล่นเกมสัปดาห์กับเวลาที่เล่นเกิน ถ้ารับผิดชอบดีได้รางวัล (แรงเสริมทางบวก) ปัญหาอารมณ์โกรธรุนแรงแบบ Anger-out ของเด็กสมาธิสั้น Eiserman JM (1992) และ Marshall VG, Longwell L, Goldstein MJ, Swanson JM (1990) ผู้วิจัยใช้แนวคิดควบคุมความโกรธของ Novaco อ้างใน กัลยา สุวรรณสิงห์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2548) และอ้างใน อำพัน จารุทัส นางกูรและโสธยา ศุภโรจน์ (2558) ใช้หลัก Modeling ของ Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบและกระทำตามไปฝึกทักษะควบคุมความโกรธ ให้เด็กเลียนแบบทักษะใหม่ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) มีการสร้างความหวังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย

1. เรียนรู้โรคสมาธิสั้นและผลกระทบเป็นการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย เป้าหมายให้เห็นความสำคัญของการรักษาที่ยาวนาน ปรับทัศนคติผู้ดูแลให้เป็นบวกเข้าใจเด็ก สร้างความหวังว่าเด็กดีขึ้นได้และมีแรงจูงใจในการช่วยเหลือเด็ก เรียนรู้การฝึกวินัยและความรับผิดชอบเพื่อแก้ไขข้อจำกัดของเด็ก (Trangkasant U, 1998)

2. การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม เรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมและแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ เปลี่ยนการเรียนรู้ของเด็กใหม่ ใช้เทคนิคการออกคำสั่ง ระบบรางวัลและการลงโทษอย่างสร้างสรรค์ ในการควบคุมกำกับการทำงานที่ของเด็ก โดยมุ่งหวังให้เลิกใช้การตี ดุด่า จ่า ยอม ทำแทนหรือปล่อยไม่สนใจเด็ก ซึ่งมีผลเสียมากทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าวใช้ความรุนแรง

3. การฝึกทักษะทางสังคม เด็กสมาธิสั้นมักแสดงความโกรธรุนแรงแบบ Anger-out ทำให้มีปัญหาการเล่นและการเข้าสังคม (Rinn RC, 1979) การควบคุมความโกรธ ประกอบด้วยการพูดแสดงความรู้สึกโกรธการควบคุมระดับอารมณ์และการแสดงออกอย่างเหมาะสม ให้ผู้ปกครองฝึกบทบาทสมมติเป็นตัวแทนให้เด็กเลียนแบบ ส่วนการสื่อสารทางบวก จะทำให้เด็กร่วมมือ ทักษะที่จำเป็น

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมที่มีภาวะสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมอยู่นิ่ง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์ การเรียน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบุคคลทั่วไปหรือการเข้าสังคม รวมไปถึงการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำๆ ที่ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับการพัฒนาการ มีลักษณะอาการเฉพาะ 3 ประการ คือ ขาดสมาธิ (inattention) ซุกซนอยู่นิ่ง (hyper-activity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (กานต์ตริน ศรีสุวรรณและคณะ, 2561)

จากการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและจากการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในต่างประเทศพบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในเยาวชนที่กระทำผิดจำนวนร้อยละ 25.5 และพบว่าความชุกโรคสมาธิสั้นของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจสูงกว่าในประชาชนทั่วไป โดยมีการศึกษาที่ทำเป็นรูปแบบ meta-analysis จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยจำนวน 42 ราย ในประเทศไทยพบความชุกของโรคสมาธิสั้นของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา คิดเป็นร้อยละ 12.5 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นทั้งหมด 4 ปัจจัยคือภาวะการมีงานทำ ความถี่ในการใช้ยาเสพติด กำลังใจจากพ่อหรือแม่ และการถูกลวนลามทำอนาจารทางเพศจากสมาชิกในชุมชน (กานต์ตริน ศรีสุวรรณและคณะ, 2561)

ในปี 2566 มีสถิติผู้ป่วยสมาธิสั้นในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 1 ปีที่ผ่านมา (1 เมษายน 2565 - 29 มีนาคม 2566) จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 1,296 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยเก่า 1,144 ราย ผู้ป่วยใหม่ 57 ราย และผู้ป่วยใหม่ในปี 95 ราย จากร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิ (F90) และจากการศึกษา การวินิจฉัยโรคร่วมทั้งหมดพบผู้ป่วยมีโรคแทรก ดังนี้ กลุ่มอาการพฤติกรรมก้าวร้าว (F91 conduct disorder) ร้อยละ 53.78, ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ (F80-F89 Disorders of psychological development) ร้อยละ 34.57, ความบกพร่องทางสติปัญญา (f70-79 Intellectual disabilities) ร้อยละ 8.95, โรคประสาทอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด (F40-F49 Neurotic stress-related and somatoform disorders) ร้อยละ 8.49, ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39 Mood [affective] disorders) ร้อยละ 7.48, ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19 Mental and Behavioral disorder due to psychoactive substance) ร้อยละ 2.62 เป็นต้น ผู้ป่วยรายใหม่อาการดีขึ้นใน 6 เดือน (snap4) ร้อยละ 89.29 สามารถไปโรงเรียนได้โดยไม่มีปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 78.57 (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2566)

เด็กโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว การที่พ่อแม่ยอมรับจุดอ่อนของเด็กจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งการพัฒนาจุดเด่นจะช่วยพัฒนาให้เด็กสมาธิสั้นสามารถปรับตัวในสังคม และประสบความสำเร็จได้ การรักษาโรคสมาธิสั้นมีเป้าหมายให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมอารมณ์ และใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ โดยทำการรักษาด้วยยา ปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคแก่พ่อแม่และครู การรักษาอาจจะเป็นวิธีการรักษาแบบเดียวหรือผสมผสานกัน (Nakmit, 2016) การรักษาโดยการให้ยา

ด้วยเหตุข้างต้นนี้ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้ได้ผลดีสร้างประโยชน์ต่อเด็กที่มารับบริการรวมถึงผู้ปกครอง ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังอย่างยิ่งว่าจะสามารถเผยแพร่โปรแกรมนี้ในโรงพยาบาลทั่วไปอื่น ๆ ในระบบบริการสุขภาพต่อไป

4.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(The research and development)มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ขั้นตอนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 20 คน
- 2) กลุ่มควบคุม (Control group) คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 20 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรม G* Power (นิพัทธ์ พันธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร, และญาดา นภาอารักษ์, 2562) คำนวณขนาดของอิทธิพลกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้เท่ากับ 18 คน คือกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน และเพื่อเป็นการป้องกันกลุ่มตัวอย่างเกิดการสูญหายระหว่างการดำเนินการกิจกรรม จึงต้องมีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดลองอีก กลุ่มละ 2 ราย

ขั้นตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคร่วมในบุตรหลานของท่าน ท่านดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเวลากี่ปี และ ท่านมีความสัมพันธ์อย่างไรกับเด็ก แบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (SNAP-IV) 3 ด้าน จำนวน 26 ข้อ

1. พฤติกรรมขาดสมาธิ (inattention)
- 2) พฤติกรรมไม่นิ่ง/วู่วาม หุนหัน (Hyperactivity Impulsivity)
- 3) พฤติกรรมดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant)

โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย

1. เรียนรู้โรคสมาธิสั้นและผลกระทบเป็นการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย เป้าหมายให้เห็นความสำคัญของการรักษาที่ยาวนาน ปรับทัศนคติผู้ดูแลให้เป็นบวกเข้าใจเด็ก สร้างความหวังว่าเด็กดีขึ้นได้และมีแรงจูงใจในการช่วยเหลือเด็ก เรียนรู้การฝึกวินัยและความรับผิดชอบเพื่อแก้ไขข้อจำกัดของเด็ก

2. การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม เรียนรู้เทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมและแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ เปลี่ยนการเรียนรู้ของเด็กใหม่ ใช้เทคนิคการออกคำสั่ง ระบบรางวัลและการลงโทษอย่างสร้างสรรค์ ในการควบคุมกำกับการทำหน้าที่ของเด็ก โดยมุ่งหวังให้เลิกใช้การตี ดุด่า จ๋ายอม ทำแทนหรือปล่อยไม่สนใจเด็ก ซึ่งมีผลเสียมากทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าวใช้ความรุนแรง

3. การฝึกทักษะทางสังคม เด็กสมาธิสั้นมักแสดงความโกรธรุนแรงแบบ Anger-out ทำให้มีปัญหาการเล่นและการเข้าสังคม (Rinn RC, 1979) การควบคุมความโกรธ ประกอบด้วยการพูดแสดงความรู้สึก โกรธการควบคุมระดับอารมณ์และการแสดงออกอย่างเหมาะสม ให้ผู้ปกครองฝึกบทบาทสมมติเป็นตัวแทนให้เด็กเลียนแบบ ส่วนการสื่อสารทางบวก จะทำให้เด็กร่วมมือ ทักษะที่จำเป็น

ครั้งที่ 1 มีการบ้านให้ไปทำตารางการกำหนดหน้าที่ประจำวัน มีใบงาน

ครั้งที่ 2 ติดตามใบงาน ตรวจวิธีกำหนดหน้าที่ การวางแผนงาน

ครั้งที่ 3 ติดตามใบงานและปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ให้แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์และแนะนำเพิ่มเติม หลังครบโปรแกรมนัด 4 สัปดาห์ติดตามการฝึกทักษะทางสังคม และประเมิน Snap IV ซ้ำและพบแพทย์

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่างโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยมีขั้นตอนดังนี้

วางแผนพัฒนาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่สืบค้น รวมทั้งให้ความรู้และทำกิจกรรมตามผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

และทำแบบสอบถามก่อน-หลังได้รับโปรแกรมพัฒนากับกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 20 คน

และนำแบบสอบถามชุดเดียวกันไปสอบถามแก่กลุ่มควบคุม (Control group) คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งไม่เคยได้รับผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มาก่อน จำนวน 20 คน จากนั้นนำผลลัพธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกัน เพื่อผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช แล้ว จะมีคะแนนปัญหาพฤติกรรมจากแบบประเมิน SNAP-IV ที่สูงมากยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ข้อมูลในส่วนนี้ ผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรตัวอย่างโดยตรง โดยการสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งคำถามแบบปลายปิด (Close ended Questions) และคำถามปลายเปิด (Open ended Questions) สอบถามกลุ่มตัวอย่างจาก กลุ่มทดลอง (EXPERIMENTAL GROUP) และกลุ่มควบคุม (CONTROL GROUP) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคร่วมในบุตรหลานของท่าน ท่านดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเวลากี่ปี และ ท่านมีความสัมพันธ์อย่างไรกับเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (SNAP-IV) ได้แก่ พฤติกรรมขาดสมาธิ (Inattention) พฤติกรรมไม่นิ่ง/วู่วาม ทุนหัน (Hyperactivity / Impulsivity) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant)

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) โดยการหาข้อมูลด้วยการค้นคว้าจากเอกสารและบทความที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

2. ตัวแปรตาม คือ ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยวัดจากการเปรียบเทียบคะแนนปัญหาพฤติกรรมจากแบบประเมิน SNAP-IV ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ใช้ศึกษา

การศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช” ครั้งนี้ ใช้เวลาในการดำเนินการศึกษาประมาณ 12 เดือน คือ ตั้งแต่ช่วงมิถุนายน 2566 ถึง มิถุนายน 2567

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบการพัฒนาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

2. ได้ทราบผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม

มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. ผู้ดูแล เด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (รหัสโรค F91,F80-F89,F40-F48, F30-F39,F70-79,F10-F19 ซึ่งพบมากที่สุด) มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2566 ถึงปีงบประมาณ 2567
- 2) ผู้ดูแลหลักต้องมีความใกล้ชิดกับเด็กอาจไม่ใช่บิดาหรือมารดา
- 3) เด็กในความปกครองมีอายุ 6-12 ปี
- 4) ผู้ดูแล ต้องประเมินพฤติกรรมเด็กตามแบบ SNAP-IV ด้วยตัวเอง
- 5) ผู้ดูแลต้องอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วย ภาษาไทย
- 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรายอย่างออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถมารับบริการและเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
2. กลุ่มตัวอย่างที่แสดงความต้องการออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช วิเคราะห์และอธิบายโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. เชิงพรรณนา (descriptivestatistic) ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (inferentialstatistic) ประกอบด้วย t –test , One – way ANOVA, Correlation

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

5.2 ค่าเฉลี่ยคะแนน SNAP-IV ในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

5.3 ผู้ป่วยสมาธิสั้นได้รับการดูแลและพัฒนาทักษะสังคมจากผู้ปกครองและผู้ดูแลหลักอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการพฤติกรรมในเชิงลบจากปัญหาสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช อายุ 6 ถึง 12 ปี

6.1 ใช้ในการเผยแพร่ขยายผลจัดบริการแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช อายุ 6 ถึง 12 ปี

ให้หน่วยบริการคือใครที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้

6.3 ได้องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นสำหรับไปศึกษาวิจัยทางคณะพยาบาลในประเด็นอื่นเพิ่มเติมต่อไป

6.4 ใช้เป็นแนวทางการดูแล และเพิ่มทักษะ สำหรับญาติผู้ป่วยสมาธิสั้นที่บ้าน

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การปรับพฤติกรรม เป็นเรื่องที่น่าสนใจสำหรับผู้ปกครอง หากขาดทักษะความรู้ของเข้าใจแล้ว ผู้ปกครองอาจใช้ประสบการณ์ในอดีตมาเป็นบรรทัดฐาน และมีทัศนคติเชิงลบในเรื่องของการปรับพฤติกรรม คือการตีตราและการลงโทษ ทำให้ไม่เกิดการยอมรับ ในเรื่องของการปรับพฤติกรรม และการยอมรับว่าลูก ของตัวเองป่วยเป็นสมาธิสั้นนั้นต้องใช้ระยะเวลาประสบการณ์ รับรู้ของผู้ปกครอง รวมทั้ง การชี้ให้เห็นผลกระทบ และการเข้าร่วมกลุ่มผู้ปกครองที่มีลูกป่วยเป็นสมาธิสั้น ตลอดทั้งการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญจะเป็นการปรับ ความคิดและทัศนคติและการยอมรับความเจ็บป่วยได้ซึ่งนำไปสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วและลดผลกระทบที่ จะเกิดกับเด็กได้ดีขึ้น ดังนั้นขบวนการต่าง ๆ จะต้องมีขั้นตอนและหลักการที่จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ปกครอง ยอมรับ และนำความรู้ไปปฏิบัติอย่าง เห็นความสำคัญและต่อเนื่อง

7.2 ความต่อเนื่องของกิจกรรมที่บ้านสิ่งสำคัญที่สุดคือวินัย ทั้งวินัยของผู้ดูแลและวินัยของเด็กเองก็จะมี ผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและเกิดผลสำเร็จ การสร้างวินัยในผู้ปกครองและเด็กเป็นสิ่งที่ยากเนื่องจากวิถี ชีวิตแต่ละคนก็ต้องมีการละ และวิถีการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องอาศัยความเสียสละเวลาของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมดูแลเด็กให้มีคุณภาพต่อไป

7.3 ลักษณะอาการจากโรคร่วมทางจิตเวชที่มีหลากหลายอาการ อาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินการ และวิเคราะห์ผลได้

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การนำผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมาเข้ากลุ่มเราต้องใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่อง และต้องมีการเดินทางมา ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อ ภาระหน้าที่ของผู้ปกครองที่ต้องเสียสละเวลาเดินทางมา อาจทำให้ผู้ปกครองบางส่วน ไม่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ส่งผลการดำเนินการวิจัยได้

9) ข้อเสนอแนะ

ผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรผ่านกระบวนการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ การใช้โปรแกรม และมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง ทั้งรูปแบบกลุ่มหรือ เชิญให้คำปรึกษาเฉพาะ บุคคล ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของโปรแกรมได้มากขึ้น

ลักษณะอาการจากโรคร่วมทางจิตเวชที่มีหลากหลายอาการ อาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินการ แต่ผู้ทำการวิจัยเชื่อว่าจะเกิดประโยชน์อย่างมากแก่ผู้ปกครองที่จะนำไปประยุกต์ใช้และจัดการพฤติกรรม ของผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้ อีกทั้งเกิดทักษะที่ดี สร้างความ มั่นใจได้มากขึ้น

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 90 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
กรกช ทาจิณะ	90 %	กรกช ทาจิณะ
ชุติมา ดาวล้อม	10 %	ชุติมา ดาวล้อม

ส่วนที่ 5 แบบเสนอข้อเสนอนแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอนแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน ไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A 4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายกรกช ทาจิณะ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาล วิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งเลขที่ 879 กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มภารกิจ การพยาบาล หน่วยงานสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การนำโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองไปใช้ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2) หลักการและเหตุผล

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) เป็นภาวะที่เกิดจากสมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมสมาธิและพฤติกรรมมีการทำงานลดลง เป็นโรคทางจิตเวชเด็ก ที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียน ที่พบบ่อยที่สุด จากการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของโรคสมาธิสั้น สามารถสรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้น หมายถึง ความผิดปกติของสมองที่ส่งผลกระทบต่ออาการ พฤติกรรม พัฒนาการตามวัย การเรียน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นทั้งที่บ้านและในสังคม โดยมักมีอาการ ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ส่วนด้านปัจจัยสาเหตุของโรคสมาธิสั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยสาเหตุของโรคสมาธิสั้น จำแนกได้ 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม (heritability) ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Neurobiology) ปัจจัยด้านสารสื่อประสาท (neurotransmitter) และปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น แบ่งได้ 5 ลักษณะดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการ ก และ/หรือ ข เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ได้แก่ ก. อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptoms) ข. อาการซน / หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity – Impulsivity symptoms) 2) อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี 3) อาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น โรงเรียน และบ้าน 4) อาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน และ 5) อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น สามารถแบ่งได้ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็ก อันได้แก่ เกิดจากความผิดปกติของร่างกายทางด้านชีวภาพ โรคทางจิตเวชในเด็ก และลักษณะที่มีความเฉพาะ และความเป็นตัวตนของเด็ก ส่วนปัจจัยที่เกิดจากครอบครัวของ เด็ก กล่าวคือ ได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว และปัจจัยทางสังคม กล่าวคือ ได้รับอิทธิพลจากสังคมภายนอก อาทิ สถานศึกษา ชุมชน เพื่อนฝูง สภาพแวดล้อมใกล้บ้าน เป็นต้น ด้านผลกระทบของโรคสมาธิสั้นสามารถจำแนกได้ 3 ประเภท ได้แก่ ผลกระทบต่อเด็ก กล่าวคือ ผลกระทบต่อเด็ก ยังสามารถจำแนกได้ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการศึกษา ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวยังสามารถจำแนกได้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบต่อสังคม กล่าวคือ อาจก่อให้เกิดปัญหาการทำผิดกฎหมายได้ เช่น ลักขโมย พกพาอาวุธ ขยายบริการทางเพศ ก่อคดีอาชญากรรม มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน นั้นนอกจากการทานยาแล้ว ต้องอาศัยบทบาทพยาบาลใน 3 ด้าน เพื่อทำความเข้าใจและรักษาเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนได้สมบูรณ์ อันได้แก่ บทบาทของ

พยาบาลในการให้ความรู้ต่อผู้เกี่ยวข้องและใกล้ชิดกับเด็ก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวเด็ก ทั้งนี้ต้องอาศัยบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนร่วมกับผู้ปกครอง และบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนร่วมกับครูด้วย

โดยการเสริมแนวคิดของการเสริมแรง คือ การตอบสนองต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลที่เราต้องการจะเสริมแรง โดยจำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ การเสริมแรงเชิงบวก กับ การเสริมแรงเชิงลบ โดยการเสริมแรงเชิงบวกนั้น หมายถึง การให้ของรางวัลหรือสิ่งที่เค้านต้องการ เพื่อเป็นการเสริมให้เกิดพฤติกรรมนั้น ขึ้นอีก ส่วนการเสริมแรงเชิงลบ จะตรงกับข้ามกับการเสริมแรงเชิงบวก โดยจากการให้ของรางวัลหรือสิ่งที่ต้องการเป็นการทำโทษหรือให้ในสิ่งที่ไม่ต้องการ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ขึ้นอีก จากการศึกษาเกี่ยวกับชนิดของการเสริมแรง สรุปได้ว่า ชนิดของการเสริมแรง แบ่ง ได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ การเสริมแรงบวก (Positive Reinforcement) เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้เรียนได้รับสิ่งที่พึงพอใจภายหลังการกระทำพฤติกรรมเสร็จสิ้นลง และการเสริมแรงลบ (Negative Reinforcement) เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้เรียนได้รับสิ่งที่ไม่พึงพอใจภายหลังการกระทำพฤติกรรมเสร็จสิ้นลง

จากการศึกษาเกี่ยวกับหลักการการเสริมแรงทางบวก สรุปได้ว่า หลักการการเสริมแรงทางบวก สามารถทำได้ 2 วิธี คือ การเสริมแรงแบบต่อเนื่อง (Continuous Reinforcement) กล่าวคือ ผู้เรียนเรียนรู้การกระทำหรือพฤติกรรมใหม่จะให้การเสริมแรงทุกครั้งที่มีพฤติกรรมเป้าหมาย

จนกระทั่งเด็กสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ และการเสริมแรงแบบเป็นระยะ (Intermittent Reinforcement หรือ Partial Reinforcement) กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนได้เรียนรู้การกระทำหรือพฤติกรรมนั้นแล้ว ผู้สอนต้องการให้การกระทำนั้นยังคงอยู่ต่อไป อาจลดการเสริมแรงลงให้ โดยจะให้แรงเสริมเพียงบางครั้งหรือบางเวลาที่มีพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นเท่านั้น

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและปัญหาตรงผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวจึงได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นต่อการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิต ขึ้น

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ลักษณะอาการจากโรคร่วมทางจิตเวชที่มีหลากหลายอาการ อาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินการแต่ผู้ทำการวิจัยเชื่อว่าจะเกิดประโยชน์อย่างมากแก่ผู้ปกครองที่จะนำไปไปประยุกต์ใช้และจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สามารถลดผลกระทบต่างๆลงได้ และสร้างทักษะที่ดี สร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแลได้มากขึ้น

พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการวางแผนในการทำกลุ่มกิจกรรมเพื่อส่งเสริมแนวทางการดูแลผู้ป่วย การปรับทัศนคติเชิงบวก การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบกลุ่มสำหรับผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยสมาธิสั้น มากขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาจากพฤติกรรม ความเจ็บป่วย ตลอดจนโรคแทรกทางจิตเวชที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆทั้งด้านการดูแลของญาติ การปรับตัวของเด็กต่อการเรียน และผลกระทบต่างๆที่จะเกิดขึ้น กระบวนการกลุ่มจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความรู้ความมั่นใจในการทำกลุ่มกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ญาติ และช่วยผลักดันมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นให้มีมาตรฐานที่ดีต่อไป

ขั้นตอนและการดำเนินการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ

1. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำโครงการการนำโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช สู่การปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพ
 2. จัดประชุมคณะทำงานเพื่อวางกรอบการดำเนินงานทั้งในด้านกิจกรรม ระยะเวลา งบประมาณ และการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย
 3. จัดทำคู่มือ โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เอกสารประกอบการสอน ใบงาน ใบความรู้ รวมถึงแบบประเมินต่าง ๆ
 4. จัดประชุมชี้แจงโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช แก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อเตรียมนำโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลงสู่การปฏิบัติจริงต่อไป
 5. ฝึกปฏิบัติจริงและสอนให้พยาบาลวิชาชีพทราบขั้นตอนตามโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้ครบทุกขั้นตอน
 6. นำโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไปใช้กับกลุ่มญาติผู้ป่วยตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นไป
 7. ติดตามประเมินผลทุก 6 เดือน ในประเด็นต่อไปนี้
 - 7.1 ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในพยาบาลวิชาชีพที่นำโปรแกรมไปใช้
 - 7.2 ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช
 - 7.3 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ร้อยละของค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบประเมิน SNAP-IV หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช อายุ 6-12 ปี
 8. เก็บรวบรวมสถิติญาติผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์และนำมาปรับปรุงโปรแกรม
- 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- 4.1 ได้โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช อายุ 6 - 12 ปี ที่มารับบริการใน คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
 - 4.2 ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมโครงการ มีทักษะในการดูแลและทักษะการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยสมาธิสั้น ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมากขึ้น
 - 4.3 ผู้ป่วยสมาธิสั้นได้รับการดูแลและพัฒนาทักษะสังคมจากผู้ปกครองและผู้ดูแลหลักอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. โปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช อายุ 6-12 ปี ผ่านเกณฑ์ประเมินของคุณภาพเครื่องมือ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบประเมิน SNAP-IV หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช อายุ 6 - 12 ปี สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จหรือไม่ถูกต้อง จะถือว่าหมิ่นสิทธิการได้รับการคัดเลือกและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกแล้วจะถือเป็นโมฆะ และหากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือก ข้าพเจ้าพร้อมที่จะส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงาน ภายใน 9 เดือน นับจากวันที่ประกาศผลการคัดเลือก และอาจขอขยายเวลาการจัดส่งผลงานได้อีกไม่เกิน 6 เดือน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 1 ปี 3 เดือน เว้นแต่กรณีที่ข้าพเจ้าจะเกษียณอายุราชการในปัจุบันประมาณใด ข้าพเจ้าจะส่งผลงานเข้ารับการประเมินถึงกรมสุขภาพจิต ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในปัจุบันประมาณนั้น ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถจัดส่งผลงานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ขอให้กรมสุขภาพจิตพิจารณาคัดเลือกบุคคลตามขั้นตอนต่อไป

ลงชื่อ (ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล)
 (นางกรรณ ทาจิโน)
 ตำแหน่ง
 วันที่ 25 พ.ค. 66

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล)
 นางสาวอุทยา นาคเจริญ
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
 ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล
 วันที่ 25 พ.ค. 2566

ลงชื่อ (ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป)
 (นายณัฐกร จำปาทอง)
 ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณราชนครินทร์
 ตำแหน่ง
 วันที่ 26 พ.ค. 2566

หมายเหตุคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้