MKHJ
วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURANAL

Journal homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index

การส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกในการดูแลเด็กสมาธิสั้น: บทบาทสำคัญของพยาบาล

Enhancing Family Function through Positive Parenting in the Care of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children: The Essential Role of Nurses

กนกจันทร์ เขม้นการ[1*] รรฤณ แสงแก้ว[2] สิทธิพงศ์ ปาปะกัง[3] วัชราวรรณ วงศ์เครือศร[4]

Kanokjun Khamenkan[1*] Rarin Saengkaew[2] Sittipong Papakang[3] Watcharawan Wongkruasorn[4]

[1*]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44000
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44000
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม 44000
[4]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44000
[1*]Assistant professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University 44000
[2]Assistant professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University 44000
[3]Registered Nurse, Professional Level, Maha Sarakham Hospital 44000
[4]Lecture, Faculty of Nursing, Mahasarakham University 44000
Corresponding Author: *E-mail: kanokjun.k@msu.ac.th
(Received: 23 July 2023 Revised: 16 November 2023 Accepted: 21 November 2023)

บทคัดย่อ

สมาธิสั้นเป็นปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นที่พบมากที่สุด ส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวในระยะยาว ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมหน่วยย่อยแรกที่ใกล้ชิดกับเด็กและมีอิทธิพลต่อพัฒนาการและการปรับพฤติกรรมเด็กมากที่สุด เมื่อครอบครัวต้องดูแลเด็กสมาธิสั้นทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกมิติประกอบด้วย ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองต่ออารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ในขณะที่การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีจะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การควบคุมอาการสมาธิสั้นได้ดีขึ้น ในระยะเริ่มต้นพยาบาลควรมีการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยประยุกต์ใช้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก โดยการสร้างความผูกพัน การยอมรับในตัวเด็ก การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การสร้างวินัยเชิงบวกมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติต่อเด็กตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อลดการเกิดปัญหาพฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวในเด็กสมาธิสั้นต่อไป

คำสำคัญ : เด็กสมาธิสั้น, การทำหน้าที่ของครอบครัว, การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก, บทบาทพยาบาล

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children (ADHD) is a common mental health issue in children and adolescents that affects families in the long term. The family is the first subunit environment closest to the child and influences the development and behavior adjustment of the child. When families have to take care of ADHD, there must be changes in all aspects of family function, including problem-solving, communication, role, affective responsiveness, affective involvement, and behavior control. Positive family functions can be a factor in better controlling ADHD symptoms. Early nursing intervention should promote family function by applying positive parenting practices. By proactively educating families about early ADHD interventions, they aim to mitigate behavioral issues and lessen the long-term consequences of ADHD.

Keywords : Attention Deficit Hyperactivity Disorder, family function, principle positive parenting, role of nurse

บทนำ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กและวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 20.0 ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยเป็นลำดับแรกคือสมาธิสั้น[1, 2] สมาธิสั้นเป็นผลจากการทำงานผิดปกติของระบบสมองและระบบประสาท มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น[3, 4, 5] ทั่วโลกมีอัตราการเกิดสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 2.0-7.0 หรือประมาณร้อยละ 5.0[6] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีอัตราความชุก ร้อยละ 8.0[1] ประเทศไทยมีความชุก ร้อยละ 8.1[7] หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือในระยะเริ่มต้นอาจทำให้อาการรุนแรงและมีการคงอยู่ของอาการสมาธิสั้นถึงวัยเรียน ร้อยละ 60.0-80.0[8] คงอยู่ถึงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 50.0-60.0[9] มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ การเกิดอาชญากรรม และปัญหาสังคม[6]

ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นนอกจากส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม สังคม และการเรียน ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เกิดความยากลำบากในครอบครัว กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กและการทำหน้าที่ของครอบครัว[10] เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะ หากขาดการสนับสนุนและถูกตีตราจากชุมชนและสังคมจะส่งผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว[5] ทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่ดี เกิดความเครียด ซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลเด็กในครอบครัว[11] ในขณะเดียวกันในทางกลับกันการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยพบว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ของครอบครัวด้านบทบาทได้ดีสามารถควบคุมอาการเด็กสมาธิสั้นได้มากกว่ากลุ่มที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี 7.48 เท่า และครอบครัวที่ทำหน้าที่ครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรมสามารถควบคุมอาการเด็กสมาธิสั้นได้มากกว่ากลุ่มที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี 2.56 เท่า [12] ผลการศึกษาพบว่าการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลเด็กในครอบครัวส่วนมากมีลักษณะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์เชิงลบทำให้มีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวเกิดขึ้นบ่อยครั้ง[13] พยาบาลจึงจำเป็นต้องส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม นอกจากนี้พบว่าในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมาใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ในครอบครัวและลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น[14] เนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลกับเด็กในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหา การพัฒนาวิธีการส่งเสริมทักษะในด้านการสื่อสาร การตอบสนอง และการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลเด็กในครอบครัว[15]

ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเนื่องจากส่งผลระยะยาวทั้งต่อครอบครัวและเด็ก บทความวิชาการนี้จึงกล่าวถึงบทบาทพยาบาลในระยะเริ่มต้นด้วยการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยประยุกต์ใช้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกเพื่อให้ครอบครัว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมช่วยปรับพฤติกรรมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาสมาธิสั้นในเด็กต่อไป

ความหมายและอาการ

สมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) คือกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่ม

อาการประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (Attention deficit) อาการหุนหันพลันแล่น/วู่วาม (Impulsivity) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity)[16]

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดสมาธิสั้นในเด็ก

สมาธิสั้นเกิดจากหลายปัจจัย[17] ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยด้านประสาทชีววิทยา (Neurobiological factor) สมาธิสั้นมีลักษณะความผิดปกติในสมองมีปริมาตรเนื้อสมองลดลงในหลายบริเวณ ในขณะเดียวกันเด็กสมาธิสั้นมีการเจริญของชั้น Cortex ช้า ระบบเครือข่ายหลักของสมองคือเครือข่ายควบคุมสมาธิ และเครือข่ายที่ทำหน้าที่ในการยับยั้งชั่งใจซึ่งส่งผลให้มีการทำงานบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น[18, 19, 20]

ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor) สมาธิสั้นมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ยีนที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้นมีหลายยีนด้วยกัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับ Dopamine และ Serotonin pathways และญาติในลำดับแรกมีโอกาสเป็นสมาธิสั้นมากกว่าคนทั่วไป 4-5 เท่า[20]

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) สาเหตุของสมาธิสั้นไม่ได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านพันธุกรรมเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพันธุกรรมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้ยีนมีปฏิกิริยาตอบสนองจนเกิดการแสดงออกของอาการที่ต่างกันและมีอิทธิพลต่อการเกิดสมาธิสั้น[19]

ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) ปัจจัยด้านจิตสังคมหลายประการมีความสัมพันธ์กับการเกิดสมาธิสั้น เช่น สภาพครอบครัวที่วุ่นวาย ความขัดแย้งระหว่างคนในครอบครัวและความผิดปกติทางจิตของผู้ดูแลเด็ก ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลมีส่วนกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก สภาพครอบครัวที่วุ่นวาย เด็กที่ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ถูกทารุณกรรม หรือล่วงละเมิดจะมีลักษณะอาการ สมาธิสั้นและมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กทั่วไป[19]

การวินิจฉัยสมาธิสั้น

การวินิจฉัยสมาธิสั้นในประเทศไทย และประเทศต่างๆ ทั่วโลกส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ Diagnosis and Statistic Manual of Mental Disorder, Fifth Edition หรือ DSM-5 ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Psychiatric Association)[21] กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กต้องมีอาการขาดสมาธิและหรืออาการอยู่ไม่นิ่งหุนหันพลันแล่นที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กวัยเดียวกันเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สถานที่ขึ้นไป เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน จนทำให้เกิดปัญหาสังคมและการเรียน โดยอาการดังกล่าวจะเกิดก่อนอายุ 12 ปี และไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวชอื่น[22]

การรักษาสมาธิสั้น

การรักษาโดยไม่ใช้ยาและการรักษาด้วยยา โดยสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำว่าเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี รักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีการแรกและเมื่อเด็กอายุมากกว่า 6 ปี ใช้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย[2]

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมเด็กและการพัฒนาทักษะของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลเด็ก จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าในปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงมีการพัฒนากลยุทธ์ในหลายรูปแบบ เช่น การปรับพฤติกรรมการให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกสติ การรักษาโดยวิธีจิตบำบัด การให้ความช่วยเหลือด้านสังคม การฝึกอบรมผู้ดูแลเด็ก ครอบครัวบำบัด การพัฒนาทักษะครอบครัว เป็นต้น[23]

การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) เมื่อใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยาอย่างเดียวไม่ได้ผล จำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย มักเริ่มใช้เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยเรียน ยาที่ใช้รักษาสมาธิสั้นในปัจจุบันมีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมาธิและสามารถลดปัญหาจากการขาดสมาธิและอยู่ไม่นิ่งได้ ทำให้เด็กสามารถควบคุมตนเองได้ดี มีความตั้งใจในการเรียนการทำงาน ทำงานสำเร็จและพร้อมรับการปรับพฤติกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมได้ดีขึ้น[24] การรักษาโดยใช้ยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ ยาในกลุ่ม Stimulants เช่น Methylphenidate และ ยาในกลุ่ม Non-stimulants เช่น Atomoxetine, Clonidine เป็นต้น[25]

ผลกระทบกับเด็กสมาธิสั้นในระยะยาว

ด้านร่างกาย เด็กสมาธิสั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าเด็กปกติเนื่องจากอาการซนอยู่ไม่นิ่งและขาดความระมัดระวัง จากการศึกษาพบว่าการเกิดอุบัติเหตุของเด็กสมาธิสั้นกับเด็กปกติแตกต่างกันโดยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุเท่ากับ 1.53 และ 1.39 ตามลำดับ[26] ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและการบาดเจ็บและมีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติเหตุตลอดทุกช่วงอายุและประเภทของอุบัติเหตุที่พบอาจแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงอายุ [27]

ด้านอารมณ์และพฤติกรรม เด็กสมาธิสั้นร้อยละ 33-50 มีความบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหาร ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของเด็กเนื่องมาจากการบกพร่องในด้านการยับยั้ง การยืดหยุ่นทางความคิด และความจำขณะทำงานของเด็กสมาธิสั้นสูญเสียหน้าที่[28]

ด้านการเรียน เด็กสมาธิสั้นมักมีผลการเรียนต่ำ มีประวัติเรียนซ้ำ และขาดความรับผิดชอบในการเรียน จากการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 20-60 มีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ เช่น การอ่าน การสะกด และการคิดคำนวณในวิชาคณิตศาสตร์ เป็นต้น[29]

ด้านสังคม ปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากมีการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับกาลเทศะทำให้เกิดความรำคาญต่อบุคคลรอบข้างและนำไปสู่การถูกตำหนิ ต่อว่าและถูกลงโทษ[19] จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนมากมีปัญหาสังคมมากกว่าเด็กปกติ[30]

ความสำคัญของการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว

การอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นหน้าที่หลักของครอบครัวเนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดและเป็นรากฐานที่สำคัญของบุคคลในสังคมมีบทบาทหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูล พร้อมทั้งปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมค่านิยมและถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสังคมให้แก่เด็ก[31, 32] การศึกษาเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย พบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีผลต่อการพัฒนาเด็ก โดยการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ แบบประชาธิปไตย แบบรักสนับสนุนและแบบใช้เหตุผล ส่งผลดีต่อการพัฒนาเด็กเนื่องจากเป็นการอบรมเลี้ยงดูเชิงบวกมีผลทางบวกกับบุคลิกภาพและสังคม ลักษณะเหตุผลเชิงจริยธรรมของเด็ก ลักษณะพึ่งตนเอง การควบคุมตนเองและยังมีอิทธิพลทางบวกต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็ก ส่วนการอบรมเลี้ยงดูแบบบังคับ แบบตามใจ แบบควบคุมและแบบทอดทิ้ง การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยหรือแบบไม่ใช้เหตุผล ส่งผลเสียต่อการพัฒนาเด็กเพราะมีผลทางลบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและจิตสังคม ทำให้เด็กควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้ ขาดจุดมุ่งหมายของชีวิต ส่งผลให้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและก้าวร้าว[33] ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกจึงเป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี ครอบครัวมีการพัฒนาวิธีจัดการกับปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กในรูปแบบต่างๆ ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำล่วงหน้าถึงพัฒนาการด้านอารมณ์และพัฒนาทักษะการกำกับควบคุมตนเองตามความสามารถของเด็กลดการใช้วิธีการดูแลเด็กโดยวิธีการลงโทษรุนแรง ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพ

ระหว่างครอบครัวรวมถึงลดความตึงเครียดของผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็กได้ [34] จึงควรส่งเสริมการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกมาใช้ในการปรับพฤติกรรมและป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

หลักการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก

การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Positive parenting) เป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและเด็ก มีการพัฒนาวิธีจัดการกับปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กในรูปแบบต่างๆ ตลอดจนเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำล่วงหน้าถึงพัฒนาการด้านอารมณ์และพัฒนาทักษะการกำกับควบคุมตนเองตามความสามารถของเด็ก ลดการลงโทษเด็กรุนแรง และช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว[34] ปัจจุบันนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเชิงบวกและนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาโปรแกรมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในส่วนของสมาธิสั้นมีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้และยืนยันได้ว่าสามารถลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้จริง เช่น โปรแกรมการอบรมเลี้ยงดูเชิงบวก (Triple-P) พบว่าเด็กปฐมวัยที่มีสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก(Triple-P) ส่งผลให้อาการสมาธิสั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=7.21; P<0.01) ผู้ดูแลซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (F=4.94; P<0.05) และมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (F=3.74, P<0.05) (F=3.74, P<0.05)[35] อย่างไรก็ตามโปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นและเหมาะสำหรับการนำไปใช้ในต่างประเทศ รวมถึงมีค่าใช้จ่ายหากต้องการขออนุญาตนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทของเด็กไทย

บทความวิชาการนี้กล่าวถึงหลักการสำคัญ 5 ประการในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก (Five principle positive parenting) ของ Rebecca Eanes, 2016 ซึ่งนิยมนำมาใช้เป็นหลักการในการดูแลเด็กที่มีภาวะปกติและเด็กสมาธิสั้น[36] แม้ยังไม่ได้รับการพัฒนาเป็นโปรแกรมพร้อมใช้แต่จากการวิเคราะห์ของผู้เขียนพบว่ามีรายละเอียดหลักการที่มีความสอดคล้องกับบริบทของเด็กและครอบครัว และพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถสรุปหลักการดังกล่าวซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ทั้งในเด็กที่มีภาวะสุขภาพปกติและเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1. การสร้างความผูกพัน (Attachment) เด็กต้องการความเข้าใจและได้รับการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีความผูกพันจากครอบครัว การดูแลใกล้ชิดทำให้เกิดความผูกพันอันเป็นก้าวแรกสู่พัฒนาการที่ดีด้านสังคม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ สิ่งสำคัญคือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับผู้ดูแลจะเป็นต้นแบบของปฏิสัมพันธ์ที่เด็กจะนำไปใช้กับเพื่อนและบุคคลอื่น ช่วยสั่งสมความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ในการที่จะออกไปเรียนรู้สำรวจโลกรอบตัว ทำให้สามารถรับมือกับความเครียดและอารมณ์อย่างสมดุล

2. การยอมรับในตัวเด็ก (Respect) ควรปฏิบัติต่อเด็กด้วยความสุภาพและยอมรับในตัวเด็กเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อบุคคลอื่น การเคารพในจิตวิญญาณของเด็กและเคารพในความแตกต่างของเด็กแต่ละคน การที่ผู้ดูแลยอมรับในตัวเด็กเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีและเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้ ยอมรับ และเคารพผู้อื่น เด็กที่ได้รับความรักและความใจใส่จากผู้ดูแลทำให้ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กและช่วยให้เด็กตอบสนองต่อความเครียดได้ดี จึงควรยอมรับความคิดเห็นและตอบสนองเด็กเชิงบวก ไม่ควรลงโทษทางกายด้วยการทำร้ายหรือตีเด็กเพื่อกำหนดให้เด็กทำตามเพราะมักจะไม่ได้ผล

3. การเลี้ยงดูเด็กเชิงรุก (Proactive parenting) คือ 1) การเฝ้าระวังและจัดการกับสถานการณ์ที่อาจจะเป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ก่อนที่จะไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ในอนาคตโดยสอนเด็กล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากการที่เด็กขาดความรู้ 2) มีการวางแผนล่วงหน้าในการที่จะแก้ไขปัญหาเมื่อมีสถานการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับเด็กหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น

4. การเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathetic leadership) ผู้ดูแลควรแสดงออกในเด็กเห็นว่าผู้ดูแลเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกและอยู่เคียงข้างเด็กเสมอ การเห็นอกเห็นใจเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยปลดล็อคสมองเด็ก เมื่อเด็กมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมและผู้ดูแลแสดงออกให้เด็กเห็นความพยายามที่จะเข้าใจเด็กอย่างเห็นอกเห็นใจเด็กทำให้เด็กเปิดรับคำแนะนำและคำสั่งสอนของผู้ดูแลและเป็นการนำให้เด็กเรียนรู้และเป็นผู้ที่รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่นในอนาคต

5. การสร้างวินัยเชิงบวก (Positive discipline) ผู้ดูแลควรสร้างวินัยเชิงบวกซึ่งเป็นการฝึกให้เด็กให้รู้จักควบคุมแรงกระตุ้นและเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการแก้ไขข้อผิดพลาดผ่านประสบการณ์ในวัยเด็กจากการได้รับการตักเตือนและแก้ไขทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการลงโทษทางร่างกายโดยการตี การหยิก หรือการดุด่าว่ากล่าวให้เด็กอับอายเป็นวิธีที่ไม่เหมาะในการที่จะนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กในยุคปัจจุบันเพราะการลงโทษเป็นการทำให้เด็กรู้สึกทุกข์ทรมานเพื่อให้เด็กหยุดการทำพฤติกรรมนั้นซึ่งมักไม่ได้ผลในการปรับพฤติกรรมเด็ก

บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1. การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น (Psychoeducation) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ผลกระทบ การดำเนินโรค และแนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้น[19]

2. การอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent training program) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อ เป็นการเน้นการสร้างพฤติกรรมด้านดี เปิดโอกาสให้เด็กสมาธิสั้นทำพฤติกรรมที่ดี และควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นวิธีการที่จำเป็นที่ต้องทำในครอบครัวเมื่ออยู่ที่บ้านและที่โรงเรียน [19]

3. การพัฒนาทักษะครอบครัว (Family skill training) เป็นการช่วยเหลือพัฒนาทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กันในระดับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนวิธีการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในครอบครัวและปรับเปลี่ยนการตอบสนองต่อเด็กและการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในเด็กในบริบทของครอบครัวร่วมกับการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น[37]

4. ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการเชิญสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับเด็กมาร่วมพูดคุยกันเป็นวงสนทนาโดยมีจิตแพทย์เป็นผู้นำสนทนาซึ่งอาจมีสมาชิกมากถึง 6-7 คน เพื่อแสดง ความคิดเห็นและปรับมุมมองต่อกันในปัญหาต่างๆ ที่แต่ละคนรู้สึกต่อเด็กเพื่อร่วมกันปรับพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสมการรักษาเด็กสมาธิสั้น [24]

บทความวิชาการฉบับนี้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกพัฒนาการเด็ก มีหน้าที่ในการให้ความรู้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นหลังจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จำเป็นต้องมีการให้ความรู้คำแนะนำในการดูแลเด็กเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กด้วยความเข้าใจ ซึ่งนอกจากความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาแล้วพยาบาลสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ของครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในรูปแบบการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น การอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก และการพัฒนาทักษะครอบครัว ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในทั้งในรูปแบบเดี่ยว รูปแบบกลุ่ม หลากหลายกิจกรรมตามบริบทและสถานการณ์ที่แตกต่างกันเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์

และสัมพันธภาพเชิงบวกของครอบครัว ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อให้สามารถลดปัญหาพฤติกรรมและความรุนแรงของสมาธิสั้นได้อย่างเป็นรูปธรรม

การส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้การอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก

ครอบครัวเป็นระบบที่สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันและไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด McMaster Model of Family Functioning พบว่าครอบครัวมีหน้าที่สำคัญ 6 ประการ[38] การทำหน้าที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการควบคุมพฤติกรรมของเด็ก ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดีทำให้ไม่สามารถควบคุมปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น[12] บทความวิชาการนี้ผู้เขียนได้ทบทวนความรู้และเรียบเรียงข้อมูลสถานการณ์และปัญหาทางการพยาบาลที่พบในเด็กสมาธิสั้นโดยนำหลักการสำคัญ 5 ประการในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวก[36] เพื่อให้พยาบาลนำไปให้ความรู้คำแนะนำให้ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นนำไปใช้การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ มุ่งเน้นให้ครอบครัวเกิดความผูกพันกันในครอบครัว การยอมรับในตัวเด็ก การเลี้ยงดูเชิงรุก การเห็นอกเป็นใจผู้อื่น และเป็นการสร้างวินัยเชิงบวก และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวแต่ละด้านได้ดังนี้

1. ด้านการแก้ปัญหา (Problem solving) คือความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม[38] เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าสมาธิสั้นเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในครอบครัวจากการที่เด็กไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ดูแลเด็กในครอบครัวและเป็นปัญหาพฤติกรรม [5] ครอบครัวต้องร่วมมือกันและช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยสามารถนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกด้านการเลี้ยงดูเด็กเชิงรุกมาประยุกต์ใช้เนื่องจากการเฝ้าระวังและจัดการกับสถานการณ์ที่อาจจะเป็นปัญหาในระยะเริ่มต้นและมีการวางแผนล่วงหน้าในการที่จะแก้ไขปัญหาเมื่อมีสถานการณ์หรือปัญหาเกี่ยวกับเด็กที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นจะช่วยให้แก้ไขที่เกิดขึ้นกับเด็กได้สำเร็จ[36] ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ได้โดยควรมีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีการแก่ปัญหาที่ปฏิบัตินั้นได้ผลหรือไม่? ควรปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาและจะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันอย่างไร? เป็นต้น

2. ด้านการสื่อสาร (Communication) คือการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน การสื่อสารมีสองแบบคือการสื่อสารโดยใช้คำพูดและการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การสื่อสารโดยใช้คำพูดสามารถวัดได้ชัดเจนกว่าการไม่ใช้คำพูด แต่อย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดเป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูด สีหน้าแววตา การประสานสายตาและท่าทาง เป็นต้น[38] ครอบครัวควรมีทักษะในการสื่อสารกับเด็ก พูดคุยกับเด็กด้วยความสุภาพและมีความเมตตากรุณา โดยสามารถนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกด้านการยอมรับในตัวเด็กมาประยุกต์ใช้เนื่องจากการพูดความจริงและไม่โกหกเด็กซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่เด็กจะเรียนรู้ในการที่จะสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก[36] ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ได้โดยควรรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันโดยทุกคนในครอบครัวควรพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาและครอบครัวควรเป็นผู้ฟังที่ดีทั้งกับเด็กและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ควรมีการให้ทางเลือกและให้เด็กมีโอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเองโดยธรรมชาติเด็กสมาธิสั้นไม่ต้องการถูกควบคุมตลอดทั้งวัน ควรให้โอกาสเด็กในการตัดสินใจเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ด้วยตนเองทำให้เด็กรับรู้ได้ว่าเด็กสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองและได้รับการยอมรับจากครอบครัว ควรรู้จักขอโทษเมื่อทำผิดต่อเด็กการที่รู้จักขอโทษเมื่อทำผิดต่อเด็กเป็นการแสดงออกให้เห็นว่าครอบครัวเคารพความเป็นตัวเองของเด็กและเป็นแบบอย่างที่ดีของเด็กทำให้เด็กรู้จักการขอโทษเมื่อทำผิดต่อผู้อื่นเช่นกัน หลีกเลี่ยงการต่อว่าเด็กหรือทำให้เด็กเสียหน้าต่อบุคคลอื่นหรือในที่สาธารณะหรือในทางออนไลน์ ควรมีการ

สื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวโดยตรงแทนที่จะพูดผ่านบุคคลอื่น ควรใช้ภาษาพูดที่สุภาพหรือมอบหมายงานงานในขณะที่เด็กตั้งใจฟังและมองหน้าสบตาขณะพูดคุยกับเด็ก และควรมีการติดต่อและประสานกับครูอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนและการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเด็กในระยะเริ่มต้น เป็นต้น

3. ด้านบทบาท (Role) คือแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันแบบซ้ำๆ เป็นประจำ บทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านบทบาทพื้นฐาน และบทบาทอื่นๆ หมายถึงบทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว[38] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาในการทำกิจวัตประจำวันซึ่งจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนากลยุทธ์ที่จะต้องฝึกให้เด็กปฏิบัติได้ด้วยตนเอง[39] โดยสามารถนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกด้านการสร้างวินัยเชิงบวกมาประยุกต์ใช้เนื่องจากการที่ครอบครัวที่มีการฝึกวินัยเชิงบวกแก่เด็กสมาธิสั้นผ่านการฝึกการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การฝึกเด็กผ่านกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมีความสำคัญและเป็นช่วงเวลาสำคัญเพราะกิจวัตรประจำวันทำให้เด็กเข้าใจการจัดลำดับ การวางแผนในการทำงานให้สำเร็จตามลำดับ เช่น การแต่งตัว การแปรงฟัน การรับประทานอาหารเช้า การเล่น การทำงานสร้างสรรค์ การทำความสะอาด การรับประทานอาหารกลางวัน การร้องเพลงหรือเล่นดนตรี การเล่นอิสระ การรับประทานอาหารเย็น การอาบน้ำ การแปรงฟันก่อนเข้านอน เป็นต้น[36] ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ได้โดย ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการอดทน รอคอย ใจเย็น ไม่วู่วาม มีวินัย และมีการบริหารเวลาอย่างเป็นระบบ ควรมีการมอบหมายงานให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบเพื่อให้ทุกคนเรียนรู้หน้าที่ของตนเอง ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบ เช่น การฝึกเด็กให้เก็บของเล่นให้เข้าที่ภายหลังใช้งาน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบขณะทำการบ้าน เป็นต้น

4. ด้านการตอบสนองต่ออารมณ์ (Affective responsiveness) คือความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีทั้งอารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น กลัว โกรธ เป็นต้น[38] ครอบครัวควรให้ความสนใจและให้เวลากับเด็กมีการตอบสนองต่อการร้องไห้และอารมณ์เสียของเด็กด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจ โดยสามารถนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกด้านการสร้างความผูกพันมาประยุกต์ใช้เนื่องจากการทำความเข้าใจความต้องการของเด็กและตอบสนองความต้องการความสุขสบาย การพักผ่อน การเล่นและปลอบโยนด้วยความรักและความเข้าใจเด็กเป็นการตอบสนองต่ออารมณ์ของเด็ก[36] ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ได้โดย ควรจัดสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์เชิงบวก เช่น การพูดคุยหัวเราะ การเล่น การสัมผัส จับมือ และกอดเด็ก เป็นต้น นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้เด็กมีอิสระและเป็นตัวของตัวเอง หลีกเลี่ยงการออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป

5. ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) คือระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าซึ่งของกันและกันความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ 1) ปราศจากความผูกพัน สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย การเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น 2) ผูกพันอย่างมีความเห็นอกเห็นใจกัน โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการอีกฝ่ายหนึ่งความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุดเพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์อีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม[38] ครอบครัวควรมีการแสดงความรักใคร่เอ็นดูและแสดงออกต่อกันอย่างเปิดเผย โดยสามารถนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกด้านการเป็นผู้นำในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่นมาประยุกต์ใช้เนื่องจากการแสดงออกในเด็กเห็นว่าครอบครัวเห็นอกเห็นใจและเข้าความรู้สึกและอยู่เคียงข้างเด็กเสมอเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยปลดล็อคสมองเด็กเมื่อเด็กมีปัญหาทางอารมณ์

และพฤติกรรม[36] ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ได้โดย ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวระบายความทุกข์ใจให้สมาชิกคนในครอบครัวรับฟังได้ ครอบครัวให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ใส่ใจและรับฟังความรู้สึกและอารมณ์ของเด็กด้วยความเข้าใจ เป็นต้น

6. ด้านการควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) คือวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกการควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ 1) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกินนอน ขับถ่าย และความก้าวร้าว เป็นต้น 2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูงหรือเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นต้น 3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน 4) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว[38] โดยสามารถนำแนวคิดการอบรมเลี้ยงดูเด็กเชิงบวกด้านการสร้างวินัยเชิงบวก มาประยุกต์ใช้เนื่องจากการฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมแรงกระตุ้นและเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการแก้ไขข้อผิดพลาดผ่านประสบการณ์ในวัยเด็ก การได้รับการตักเตือนและแก้ไขทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่ดีขึ้น[36] ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ได้โดยควรแบ่งงานให้เด็กทำทีละน้อยและกำกับติดตามให้เด็กทำจนสำเร็จ ควรเคารพพื้นที่ส่วนตัวของเด็กตามความเหมาะสม ควรสอนให้เด็กกล่าวคำขอโทษเมื่อทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับผู้อื่น ควรใช้ท่าที่เอาจริงและสงบในการจัดการเมื่อเด็กทำผิด และลงโทษด้วยวิธีที่ไม่รุนแรง ไม่ควรการทำร้ายร่างกายเด็ก หรือหลีกเลี่ยงการทำร้ายร่างกายกันภายในครอบครัว ควรหลีกเลี่ยงการตีหรือทำร้ายร่างกายเด็ก ควรใช้วิธีพูดเตือนให้เด็กรู้ตัวหรือเบี่ยงเบนความสนใจเด็กไปทำอย่างอื่นหากเด็กมีพฤติกรรมก่อกวน เป็นต้น

บทสรุป

เมื่อครอบครัวต้องดูแลเด็กสมาธิสั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็ก พยาบาลจึงควรมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้เข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การวินิจฉัย ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กในระยะยาว แนวทางการรักษา รวมถึงการปรับพฤติกรรมผ่านการทำหน้าที่ของครอบครัว พยาบาลสามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยผ่านการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การอบรมผู้ปกครอง การพัฒนาทักษะครอบครัว และครอบครัวบำบัด หรือในรูปแบบอื่นๆ ทั้งนี้มุ่งเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สามารถอบรมเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้มีการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างเด็กและครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์และช่วยปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้ดีขึ้นในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2018;47(2):199-212.
2. Centers for Disease Control Prevention. Data and statistics on children's mental health. Retrieved on October. 2019;15:2019.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition American Psychiatric Publishing. Arlington, VA, USA: Doi. 2013;10.

4. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization. 2013.
5. Ching'oma CD, Mkoka DA, Ambikile JS, Iseselo MK. Experiences and challenges of parents caring for children with attention-deficit hyperactivity disorder: A qualitative study in Dar es salaam, Tanzania. Plos one. 2022;17(8):e0267773.
6. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. The Lancet Psychiatry. 2018;5(2):175-86.
7. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand. 2013;21(2):66-75.
8. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E. Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. Archives of general psychiatry. 2005;62(8):896-902.
9. Caye A, Swanson J, Thapar A, Sibley M, Arseneault L, Hechtman L, et al. Life span studies of ADHD—conceptual challenges and predictors of persistence and outcome. Current psychiatry reports. 2016;18(12):111.
10. Penuelas-Calvo I, Palomar-Ciria N, Porras-Segovia A, Miguélez-Fernández C, Baltasar-Tello I, Colmenero SP, et al. Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. The European Journal of Psychiatry. 2021;35(3):166-72.
11. Schiltz HK, McVey AJ, Gonring K, Haendel AD, Murphy C, Van Hecke AV, et al. Examining Differences in Parenting Stress, Parenting Efficacy, and Household Context among Mothers of Youth with Autism and/or ADHD. Journal of Child and Family Studies. 2022;31(3):774-89.
12. Choksomngam Y, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Narkpongphun A, Ongprasert K, Angkurawaranon C. Associations between Family Functioning and Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Cross-Sectional Study. Healthcare. 2022;10(8):1502.
13. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. Current Attention Disorders Reports. 2009;1(4):167-70.
14. Aghebati A, Gharraee B, Hakim Shoshtari M, Gohari MR. Triple p-positive parenting program for mothers of ADHD children. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2014;8(1):59-65.

15. Taghizade S, Mahmoodi Z, Zandifar A, Qorbani M, Mohamadi F, Mehrafzoun N. The relationship model among parent-child relationship, coping responses and behavioral problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. 2022.
16. Black, M M, Jukes, CH M, Willoughby, T M. Behavioural and emotional problems in preschool children. The Lancet Psychiatry. 2017;4(2):89-90.
17. Belanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1—Etiology, diagnosis, and comorbidity. Paediatrics & Child Health. 2018;23(7):447-53.
18. Connaughton M, Whelan R, O'Hanlon E, McGrath J. White matter microstructure in children and adolescents with ADHD. NeuroImage: Clinical. 2022;33:102957.
19. ชาญวิทย์ พรนภดล. โรคสมาธิสั้น ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศิริราช; 2562. 425 p.
20. วิลาวัณย์ เชิดเกียรติกำจาย. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. สุรีลักษณ์ สุตริตพงศ์ รร, ทิพวรรณ หรรษาคุณาชัย, บานชื่น เบญจาสุวรรณเทพ, อิศศร์สุดา เฟื่องฟู, จริยา โรจน์มหามงคล, editor. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลัฟวิ่ง จำกัด; 2561. 601-14 p.
21. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
22. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM- 5, ICD-10, and ICD-11. CNS spectrums. 2016;21(4):295-9.
23. Lambez B, Harwood-Gross A, Golumbic EZ, Rassovsky Y. Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research. 2020;120:40-55.
24. สุพร อภินันทเวช. การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาและจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. เวชบันทึกศิริราช. 2562;9(3):175-81.
25. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. Pharmacology & Therapeutics. 2022;230:107940.
26. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, Magallón S, Zallo NA, Luis EO, et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: a systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2018;84:63-71.
27. Brunkhorst-Kanaan N, Libutzki B, Reif A, Larsson H, McNeill RV, Kittel-Schneider S. ADHD and accidents over the life span–A systematic review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2021;125:582-91.
28. Kofler MJ, Irwin LN, Soto EF, Groves NB, Harmon SL, Sarver DE. Executive functioning heterogeneity in pediatric ADHD. Journal of abnormal child psychology. 2019;47:273-86.

29. Czamara D, Tiesler C, Kohlböck G, Berdel D, Hoffmann B. Children with ADHD Symptoms Have a Higher Risk for Reading. Spelling and. 2013.
30. Humphreys KL, Galán CA, Tottenham N, Lee SS. Impaired social decision-making mediates the association between ADHD and social problems. Journal of abnormal child psychology. 2016;44:1023-32.
31. Friedman MM, Bowden, V. R., & Jones, E. G. . Family nursing: Research, theory and practice 5, editor. New Jersey: Upper Saddle River; 2003.
32. อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ซันต้าการพิมพ์; 2545.
33. รุ่งรัตน์ สุขะเดช. การอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(1):1-9.
34. รวิวรรณ รุ่งไพบูลย์วรรณ. การอบรมเลี้ยงดูบุตรเชิงบวก Positive Parenting สุรีลักษณ์ สุตริตพงศ์ ทห, บานชื่น เบญจาสุวรรณเทพ, อดิศร์สุดา เฟื่องฟู, จริยา จุฑาพิสิทธิ์, พัฏ โรจน์มหามงคล, editor. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2561. 55-62 p.
35. Khademi M, Ayatmehr F, Khosravan Mehr N, Razjooyan K, Davari Ashtiani R, Arabgol F. Evaluation of the Effects of Positive Parenting Program on Symptoms of Preschool Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Practice in Clinical Psychology. 2019;7(1):11-20.
36. Eanes R. Positive parenting: An essential guide: Penguin; 2016.
37. Curtis D, Heath C, Chapman S, Elkins S. Family skills training intervention for ADHD: Putting the child back into child therapy. Journal of Psychological Abnormalities in Children. 2013;1(2):1-7.
38. Miller, W. I, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy. 2000;22(2):168-89.
39. Lussier-Desrochers D, Massé L, Simonato I, Lachapelle Y, Godin-Tremblay V, Lemieux A. Evaluation of the Effect of a Serious Game on the Performance of Daily Routines by Autistic and ADHD Children. Advances in Neurodevelopmental Disorders. 2023:1-13.