

คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาดูแล ผู้ป่วยในจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คณะกรรมการที่มนำทางคลินิกเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
กันยายน 2565

คำนำ

การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งเป็นปัญหาในการดูแลสำหรับผู้ดูแล และมีความสำคัญกับทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งครอบครัว โรงเรียน และโรงพยาบาลต้องมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ ญาติมีความรู้ความเข้าใจในตัวโรคและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คณะกรรมการที่ปรึกษาทางคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางในการบำบัดรักษาดูแลผู้ป่วยในจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้งานการรักษาดูแลและให้การพยาบาลตอบสนองการบำบัดและฟื้นฟูทางจิตใจและสังคมแบบองค์รวม รวมถึงเป็นการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับทีมผู้บำบัดรักษา เพื่อนำไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน ภาวะสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คณะกรรมการที่ปรึกษาทางคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

กันยายน 2565

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1.พฤติกรรมบำบัด	1
- แนวทางการปรับพฤติกรรมในเด็กที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา	2
- เทคนิคการปรับพฤติกรรมสำหรับออทิสติก และการวิเคราะห์พฤติกรรม	5
2.องค์ความรู้การฝึกกิจวัตรประจำวัน	13
3.D-METHOD	22
- ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability, ID)	23
• การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)	35
• การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)	51
- โรคออทิสติก (Autism spectrum disorder, ASD)	65
- Depress และ พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง	81
4.ตัวอย่างการบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และ พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง	95
- Dialectical Behavioral therapy	96
- Family therapy	99
- Crisis Intervention	107
- Supportive Psychotherapy	112
5.บรรณานุกรม	114
6.ภาคผนวก	115
7.รายชื่อผู้จัดทำ	121

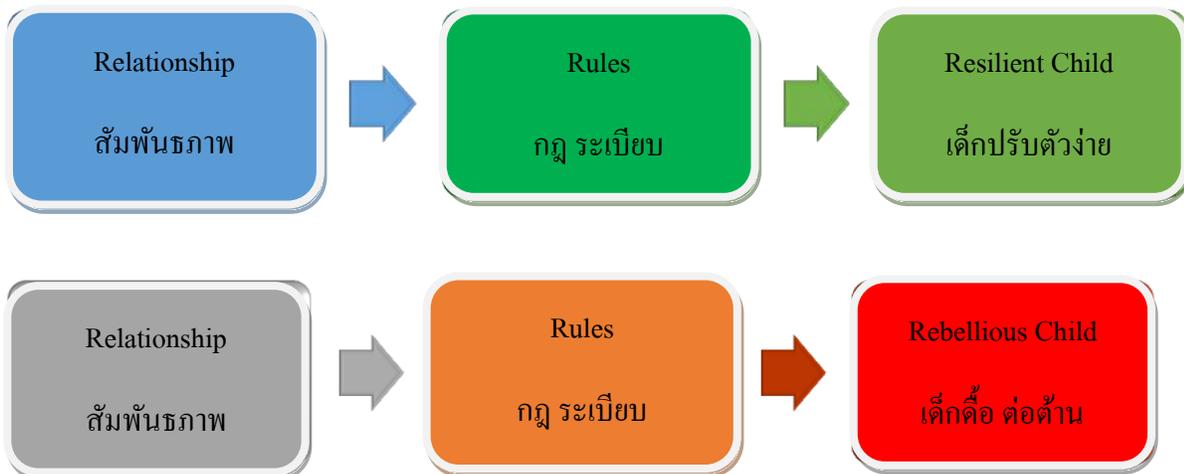
พฤติกรรมบำบัด
(Behavior Therapy)

แนวทางการปรับพฤติกรรมในเด็กที่มี
ความบกพร่องทางเซาว์นปัญญา

แนวทางการปรับพฤติกรรมในเด็กที่มีความบกพร่องทางเชาว์ปัญญา

				
กำหนด พฤติกรรมของ เด็กที่ต้องการ ให้แก้ไข	บอกความ ต้องการของผู้ บำบัดให้เด็ก ฟัง	ทบทวนสิ่งที่ ได้ตกลงกันไว้ เพราะเด็กกลุ่ม นี้จะลืมง่าย	บอกสิ่งที่จะ เกิดขึ้นหากไม่ ทำตาม ข้อตกลง	จริงจัง ไม่ใจ อ่อน หากเด็ก ไม่ทำตาม กติกา

การใช้วินัยเชิงบวกด้วยสูตร 3 Rs



หลักการให้รางวัล

- การให้รางวัลใช้เมื่อต้องการให้เด็กทำพฤติกรรมที่ดีและต้องการให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ติดตัวเด็กจนเป็นนิสัย
- ก่อนให้รางวัลต้องชี้แจงให้เด็กทราบอย่างชัดเจนถึงพฤติกรรมที่ต้องการให้เด็กทำ
- เลือกสิ่งที่จะนำมาใช้เป็นแรงจูงใจในรูปแบบของรางวัล สิทธิพิเศษ โอกาส หรือกิจกรรมที่เด็กต้องการเป็นพิเศษ
- ให้รางวัลเฉพาะเวลาที่เด็กทำพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมเท่านั้น

หลักของการชม

1. ให้คำชมทันทีหรือขณะที่เด็กทำพฤติกรรมที่ผู้บ่าบัตต้องการ
2. ชมเฉพาะเวลาที่เด็กทำดีเท่านั้น ไม่ชม เวลาที่เด็กทำพฤติกรรมไม่เหมาะสม
3. ชมด้านดีของเด็กในทุกด้านให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
4. ชมที่ความพยายามที่เด็กทำหรือความสำเร็จที่เด็กได้รับ
5. ชมว่าสิ่งที่เด็กทำช่วยให้คนรอบข้างได้รับผลอย่างไร
6. บอกความรู้สึกของคุณและระบุพฤติกรรมที่เด็กได้ทำอย่างชัดเจน เช่น “แม่ดีใจที่หนูช่วยกวาดบ้าน มันช่วยให้แม่มีเวลาไปล้างจานเพิ่ม”
7. สบตา โอบกอด หรือสัมผัสตัวเด็กขณะที่ชม
8. ต้องไม่วิจารณ์ ตำหนิ หรือประชดประชันรวมอยู่ในคำชม เช่น ดีมากเลยที่ช่วยแม่ล้างจาน แต่คราวหลังล้างให้สะอาดกว่านี้นะ
9. ฝึกชมด้วยสีหน้า หรือลักษณะท่าทาง (เช่น ส่งสายตา ขยิบตา รอยยิ้ม ผงกศีรษะ ชูนิ้วโป้ง จับมือกัน ตบเบาๆที่หลัง)
10. ชมด้วยการเขียนเป็นบางครั้ง
11. ชมด้วยความรู้สึกจริงใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าในความพยายามของเด็กที่ทำพฤติกรรมที่ผู้บ่าบัตต้องการ

เทคนิคการปรับพฤติกรรมสำหรับออทิสติก

เทคนิคการปรับพฤติกรรมสำหรับออทิสติก

ตารางแสดงพัฒนาการของเด็กทั่วไป เพื่อใช้เทียบกับพฤติกรรมของเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา เพื่อให้ผู้บำบัดเข้าใจและสามารถส่งเสริมได้เหมาะสมตามพัฒนาการปัจจุบันของผู้ป่วย

ขั้น	พัฒนาการที่ใช้การได้ (ตรงตามอารมณ์และความต้องการ)	เริ่มเมื่ออายุ	พัฒนาการในเด็กทั่วไป
1	สงบ สนใจ จดจ่อสิ่งแวดลอมรอบตัว	0-3 เดือน	แรกเกิดจนถึง 3 เดือน ทารกจะค่อยๆ ปรับตัวให้เข้ากับโลกนอกรรภ์มารดา และค่อยๆ สนใจสิ่งเร้าภายนอก เช่น เสียง ภาพ สัมผัส โดยจะสามารถจดจ่ออย่างสงบได้นานพอสมควร
2	มีสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด รู้สึกผูกพัน	2-6 เดือน	ต่อมาทารกจะเริ่มสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง แสดงความดีใจเมื่อเห็นคนคุ้นเคย โดยการยิ้ม ส่งเสียงอ้อแอ้ ยกแขนยกขา และเริ่มรู้จักใช้มือสำรวจหน้าตาของคนที่อยู่ใกล้ๆ ถ้ารู้สึกหงุดหงิด จะแสดงอารมณ์ด้วยการร้องไห้
3	สื่อสารภาษากาย (เบื้องต้น)	4-9 เดือน	ทารกจะค่อยๆ เรียนรู้และตอบสนองกับผู้ใกล้ชิดด้วยภาษากาย เช่น เมื่อพ่อแม่กางแขน เขาจะโผเข้าหา ถ้ามีคนคุยด้วย เขาจะอ้อแอ้ตอบ ทารกจะกางแขนขอให้อุ้ม รู้จักเล่นสนุกกับคน แต่ถ้าไม่ชอบใจหรือหงุดหงิดเขาก็จะผลักให้พันตัว เขาจะแสดงความกลัวคนแปลกหน้าโดยหันหน้าหนีหรือร้องไห้
4	สื่อสารภาษากาย (ซับซ้อน)	9-18 เดือน	เด็กจะค่อยๆ เริ่มเรียนรู้อารมณ์ของผู้ใกล้ชิดจากน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และสามารถเข้าไปหาคน

ชั้น	พัฒนาการที่ใช้การได้ (ตรงตามอารมณ์และความ ต้องการ)	เริ่มเมื่อ อายุ	พัฒนาการในเด็กทั่วไป
			<p>ใกล้ชิดเพื่อสื่อสารถึงความต้องการและ ความรู้สึกได้อย่างชัดเจน เช่น เมื่อรู้สึกหิวน้ำ เด็กอาจจะงมมือพออกไปที่ตู้เย็นและแสดงท่าทางให้ รู้ว่าอยากเปิดตู้เย็น เป็นต้น ในช่วงนี้เด็กจะเริ่ม เลียนแบบผู้ใหญ่ เช่น ทำท่าป้อนตุ๊กตา หรือสวม หมวกของพ่อแล้วเดินอวดไปทั่วบ้าน เมื่อมีเรื่องที่ เด็กสนใจหรือตื่นเต้น เขาก็จะเรียกหรือทำท่าทาง ให้คนอื่นมาสนใจด้วย เด็กจะแสดงอาการกลัว โดยบอกว่า “ไม่” แล้วไปแอบข้างหลังคนใกล้ชิด ถ้าเด็กรู้สึกโกรธ ก็จะตี หยิก ตะโกน ลงไปนอนดิ้น หรือทำหน้าบึ้ง</p>
5	<p>สื่อสารด้วยสัญลักษณ์ผ่าน ภาษาพูดและบทบาทสมมติ</p>	<p>18-30 เดือน</p>	<p>เด็กอายุประมาณ 18-20 เดือน มักจะพูดได้แล้ว โดยจะเรียกชื่อคนใกล้ชิด และบอกความต้องการ ได้ก่อนที่จะพูดได้ตอบ และเริ่มพากย์เสียงในการ เล่นสมมติ เช่น “น้องกิน” ในขณะที่ป้อนตุ๊กตา แทนที่จะทำท่าป้อนเฉยๆ เหมือนก่อนหน้านี้ เมื่ออายุ 24-30 เดือน เด็กจะสามารถใช้คำหรือ ท่าทางบอกความต้องการหรือความรู้สึกได้คราว ละ 2 เรื่อง ซึ่งอาจสัมพันธ์กันหรือไม่ก็ได้ เช่น “ไม่กิน จะเล่น” และเล่นสมมติที่มีอย่างน้อย 2 เหตุการณ์ติดต่อกัน ซึ่งอาจจะสัมพันธ์หรือไม่ก็ได้ เช่น ตุ๊กตา 2 ตัวมาทักทายกัน แล้วทำท่าขับรถ เที่ยว เด็กจะเล่นสมมติที่สื่อถึงอารมณ์และ ความรู้สึกได้อย่างหลากหลาย เช่น ความใกล้ชิด</p>

ชั้น	พัฒนาการที่ใช้การได้ (ตรงตามอารมณ์และความ ต้องการ)	เริ่มเมื่อ อายุ	พัฒนาการในเด็กทั่วไป
			(ป้อนอาหารตุ๋กตา) สนุกตื่นเต้น (รถวิ่งขึ้นภูเขา) อยากรู้อยากเห็น (หาผลไม้ในป่า) โกรธ (รถชน) กลัว (หมาป่าวิ่งไล่) การใช้กฎเกณฑ์ (แสดงเป็นแม่ออกคำสั่ง) ในระยะแรก เด็กมักจะเล่นเลียนแบบโดยตัวเองเป็นผู้แสดง ต่อมาจึงค่อยๆ เปลี่ยนเป็นการแสดงอารมณ์และความคิดผ่านของเล่นพวกตุ๋กตาหรือรถยนต์
6	คิดอย่างมีเหตุผล	30-48 เดือน	เมื่ออายุราว 36 เดือน เด็กจะเริ่มสามารถพูดเชื่อมโยงความคิด 2 เรื่องเข้าด้วยกัน เช่น “ยังไม่นอน จะดูโทรทัศน์ก่อน” เล่นสมมุติที่มีเรื่องราวอย่างน้อย 2 เรื่องอยู่ด้วยกัน เช่น “กินข้าวเสร็จแล้ว ไปโรงเรียนกัน” หรือ “รถเร็ว ขับไปถึงดวงจันทร์เลย” ต่อมาจะเริ่มมีเหตุผลอธิบายการกระทำต่างๆ เช่น “ตำรวจจับคนไม่ดี” “พ่อกลับบ้านมาแล้ว ดีใจ” เด็กจะเริ่มมีการเล่นสมมุติที่หลากหลายอารมณ์ ทั้งสนุกสนาน ตื่นเต้น อยากรู้อยากเห็น รักใคร่ใกล้ชิด กลัว โกรธ ก้าวร้าว บาดเจ็บ การพลัดพราก โดยแต่ละเรื่องราวจะเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีที่มาที่ไปอย่างชัดเจน และจะเริ่มพัฒนาทักษะการแยกแยะระหว่างเรื่องจริงกับจินตนาการ การควบคุมความต้องการของตนเอง มีความคิด สามารถจัดระบบความคิด อารมณ์ และความสนใจของตนเองได้

พัฒนาการไม่เต็มขั้น

1. สงบ สนใจ จดจ่อ

เด็กที่มีพัฒนาการระดับ 1 ไม่สมบูรณ์ อาจจะสงบและสนใจจดจ่อต่อการทำงานได้เพียงเวลาสั้นๆ บางคนสนใจเฉพาะเรื่องของตัวเองชอบ บางคนสนใจได้ทั้งเรื่องของตัวเองและไม่ชอบ แต่เมื่ออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น ในสถานที่วุ่นวาย มีคนพลุกพล่าน เด็กที่ไวต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ จะไม่สามารถจดจ่อได้ ตรงข้ามสภาวะแวดล้อมที่สงบราบเรียบเกินไปจะทำให้เด็กที่ไวต่อสิ่งเร้าน้อยกว่าปกติ วุ่นวายมากขึ้น

2. สร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง

เด็กที่มีพัฒนาการระดับนี้ไม่เต็มขั้น จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างผิวเผิน เฉพาะเวลาที่มีความต้องการทางกาย เช่น หิว อยากได้สิ่งของบางอย่าง แต่ขาดความใกล้ชิดสนิทสนม เด็กบางคนมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดได้อบอุ่นพอสมควร แต่ความสัมพันธ์นั้นกลับขาดตอนไปทันทีที่เด็กมีอารมณ์รุนแรง เช่น โกรธ โดยอาจจะแยกตัว หรือวุ่นวาย

3. พัฒนาภาษากาย

เด็กที่พัฒนาภาษากายได้ไม่เต็มที่ จะสื่อสารได้บางเวลาเท่านั้น เช่น เวลาอยากได้สิ่งของบางอย่าง เด็กบางคนแสดงออกได้ชัดเจนเฉพาะบางอารมณ์ เช่น เข้ามากอด เวลาที่รู้สึกถึงความรักใคร่ผูกพัน แต่เวลาโกรธการแสดงออกสับสน

4. สื่อสารเพื่อการแก้ปัญหา

เด็กบางคนเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ถ้าผู้ที่เขาสื่อสารด้วยแสดงอาการตอบรับหรือปฏิเสธอย่างชัดเจน แต่ไม่เข้าใจความรู้สึกที่ละเอียดอ่อน เช่น อาการลังเล เบื่อ หงุดหงิด เขาจึงไม่สามารถเข้าหาเพื่อนได้อย่างพอดีๆ เนื่องจากไม่รู้ว่าเพื่อนอยากจะทำหรือไม่ โดยอาจจะพัวพันจนเพื่อนรำคาญในการเล่นก็มักจะเล่นอย่างจริงจัง โกรธจริง กลัวจริง เนื่องจากไม่สามารถแยกแยะระหว่างเรื่องจริงกับเรื่องสมมุติได้ เวลาที่ถูกแหย่เด็กมักจะไม่สามารถสื่ออารมณ์ “โกรธ” ให้คนอื่นเข้าใจได้ เมื่อถูกแหย่ “ได้ที” อารมณ์โกรธจะระเบิดออกมา

5. สื่อสารด้วยสัญลักษณ์

เด็กที่มีพัฒนาการขั้นนี้ไม่สมบูรณ์เต็มที่ จะไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองได้ในบางอารมณ์ โดยจะแสดงออกทางการกระทำ เช่น เมื่อรู้สึกโกรธ เด็กจะชก ตี กัด เด็กมักจะหลีกเลี่ยงการเล่นสมมุติที่สื่อถึงอารมณ์ที่ตนเองพัฒนาได้ไม่ดี และเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์

ในชีวิตจริงที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์นั้นๆ เด็กจะมีพฤติกรรมถดถอยซึ่งอาจจะแสดงออกโดยการแยกตัว ขาดความปะติดปะต่อ หรือหมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่อง เช่น กลัวอันตราย การพรวดพราด

6. เชื่อมโยงเหตุและผล

เด็กที่มีพัฒนาการระดับนี้ไม่เต็มขั้น จะพูดจาไม่ค่อยต่อเนื่อง คิดอะไรแบบสุดขั้ว ไม่ซื่อสัตย์ หรือมีมุมมองต่อปัญหาที่คับแคบ เพราะว่ามีมุมมองเฉพาะบางประเด็น เช่น ความโกรธ การแข่งขัน ความอับอาย กลัวคนไม่รัก กลัวเสียหน้า เด็กบางคนเข้าใจเหตุผลเฉพาะบางเวลา แต่เมื่อเครียดหรืออยู่ในอารมณ์ซึ่งตนเองพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ก็จะหลงอยู่ในจินตนาการของตนเอง และความคิดสะเปะสะปะ

แสดงปัญหาพฤติกรรมที่ปรากฏออกมาเนื่องจากพัฒนาการที่ล่าช้าและไม่สมบูรณ์เต็มขั้น

พัฒนาการที่ใช้การได้	ความบกพร่องทางพัฒนาการ	พฤติกรรมภายนอก
1. สงบ สนใจ จดจ่อ	ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อยู่กับตัวเอง	เดินเรื่อยเปื่อย กระตุ่นตัวเอง
2. มีสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด	ไม่สนใจคน หรือเข้าหาคนแบบฉาบฉวย	แยกตัว สนใจวัตถุ ถ้าวัตถุนั้นเสียหาย อาจกรี๊ดร้องอาละวาด
3. เริ่มสื่อสารด้วยภาษากาย	ตอบสนองการสื่อสารของผู้อื่นได้บางครั้ง	อารมณ์ขึ้นลงเร็ว ควบคุมไม่ได้
4. สื่อสารด้วยภาษากายโต้ตอบได้ต่อเนื่องยาวนาน	สื่อสารไม่ได้นานและหลากหลายพอที่จะแก้ไขปัญหาให้ตัวเองได้	พฤติกรรมซ้ำซาก ไม่ยืดหยุ่นในการใช้ชีวิตประจำวัน
5. สื่อสารด้วยสัญลักษณ์	ไม่พูด หรือพูดไม่ตรงกับความต้องการ	พูดทวนคำ
6. เข้าใจเหตุและผล	เชื่อมโยงความคิดระหว่างเหตุและผลไม่ได้	พูดสะเปะสะปะ ไม่ค่อยตอบคำถาม

แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ สหราชอาณาจักร พ.ศ. 2556 (National Institute for Health and Care Excellence หรือ NICE, 2013) แนะนำว่าบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรสังคมที่ร่วมกันดูแลเด็กออทิสติก ควรมีความรู้ความสามารถเบื้องต้น ดังนี้

- ๑ เข้าใจธรรมชาติของโรคและการดำเนินโรคออทิสติก
- ๑ ผลของโรคออทิสติกที่กระทบต่อเด็กและครอบครัวของเด็ก

- ๑ สามารถค้นพบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่พบร่วมกับโรคออทิสติกได้บ่อย เช่น ปัญหาการนอน การกิน ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อากาารชัก เป็นต้น
- ๑ สามารถประเมินความเสี่ยงที่เด็กและครอบครัวจะได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บ ถูกทอดทิ้ง หรือความเสี่ยงที่ครอบครัวจะแตกแยก
- ๑ สามารถคาดการณ์และแก้ไขปัญหาที่เกิดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต เช่น เข้าโรงเรียน เข้าสู่วัยรุ่น
- ๑ สามารถสื่อสารกับเด็กได้
- ๑ สามารถให้การบำบัดที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย

การวิเคราะห์พฤติกรรม

การวิเคราะห์พฤติกรรมจะช่วยให้เราเข้าใจพฤติกรรมและสามารถจัดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ตรงจุดอย่างเหมาะสม

ทฤษฎี ABC เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมของคนเพื่อพิจารณาว่าทำไมหรือเหตุใดบุคคลนั้นจึงแสดงพฤติกรรมออกมาเช่นนั้น ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

- A (Activating events) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น
- B (Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
- C (Consequences) หมายถึง ผลอันเกิดจากการแสดงพฤติกรรมนั้น



ฟังตระหนักเสมอว่าพฤติกรรมการแสดงออกไม่ว่าของบุคคลนั้น “เป็นการสื่อสาร” ที่ไม่ตรงไปตรงมา โดยเฉพาะในออทิสติกที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารทั้งการพูด การแสดงสีหน้าท่าทาง ทำให้ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองที่ชัดเจนได้ เป็นหน้าที่ของผู้ใกล้ชิดที่ต้องอ่านสารจากพฤติกรรมที่สื่อออกมา ตัวอย่างเช่น

1. พฤติกรรมกรี๊ดร้อง โวยวาย อาจไม่ใช่พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงเสมอไป แต่หากลองพิจารณาตามหลัก ABC อาจพบว่า เด็กกำลังพยายามสื่อสารบางอย่าง เช่น หิว ไม่ชอบ กลัว ตื่นเต้น ตกใจ ไม่ชอบ อึดอัด เป็นต้น
2. การช่วยเหลือแก้ไขเน้นเป็นองค์รวม ไม่เน้นแก้ไขบางพฤติกรรม เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่หายไปกลับมาอีกและอาจมีพฤติกรรมใหม่เพิ่มขึ้น
3. สร้างบรรยากาศการบำบัดให้รู้สึกผ่อนคลาย เป็นมิตร ไม่คุกคาม ไม่ดุหรือบังคับ จนทำให้เด็กรู้สึกอึดอัดกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ เพราะนอกจากจะไม่สามารถช่วยให้พฤติกรรมลดลงแล้วยังทำให้เด็กรู้สึกไม่ปลอดภัยด้วย หรือตรงข้ามเด็กอาจจำต้องฝืนทำเพราะไม่อยากถูกบังคับหรือคุกคาม
4. ผู้บำบัดควรเข้าใจธรรมชาติของเด็ก เน้นการสอนให้ไปทำตามเกณฑ์ของเด็กปกติ มากกว่าที่จะยึดเกณฑ์ของผู้ใหญ่ หรือยึดเกณฑ์ที่ตนคาดหวัง ซึ่งอาจจะหนักเกินไปสำหรับความสามารถของเด็ก โดยเฉพาะเด็กพิเศษ
5. พี่ระลึกเสมอว่าสิ่งที่เรานั้นไม่ชอบ เด็กก็ไม่ชอบเช่นกัน ถึงแม้จะเป็นเด็กพิเศษแต่ก็มีความรู้สึกเหมือนกับมนุษย์ทั่วไป
6. การสอน ปรับพฤติกรรมไม่จำเป็นต้องเน้นการบังคับให้ทำ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก จะทำให้เด็กเรียนรู้ได้ดี และมีความสุข
7. หากผู้บำบัดไม่พร้อมในการบำบัด แนะนำส่งต่อให้ผู้ที่มีพร้อมดูแลต่อไป

ตัวอย่างการวิเคราะห์พฤติกรรม

A (Activating events)	B (Behavior)	C (Consequences)
เห็นคนเล่น หรือเห็นคนรู้จัก (โดยปกติเด็กออทิสติกไม่ได้มีพื้นฐานของความก้าวร้าว)	ตีคนอื่น	ได้รับความสนใจ เช่น ถูกตีกลับ ถูกดุ (ควรสอนวิธีการทักทายที่เหมาะสม เช่น จับมือลูบเพื่อนเบาๆ ทุกครั้งที่มีความประพฤติ)
ในห้องอาจมีเสียงรบกวน (อย่าลืมว่าออทิสติกมีระบบ sensory ที่แตกต่างจากคนทั่วไป)	เดิน ไม่นอน วุ่นวาย รบกวนคนอื่น	มีคนมาสนใจ หรือพยายามหยุดพฤติกรรม (อย่างน้อยก็มีคนมาสนใจในสิ่งที่พยายามจะบอก แม้จะเข้าใจผิดก็ตาม)
.....	เดินวนรอบพัดลม

องค์ความรู้การฝึกกิจวัตรประจำวัน

องค์ความรู้การฝึกกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมฝึกพัฒนาการเด็กด้านการช่วยเหลือตัวเอง

การฝึกการช่วยเหลือตนเองนั้น เด็กต้องมีทักษะพื้นฐานในการใช้กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว เช่น ทักษะการใส่-ถอดเสื้อผ้า เด็กต้องผ่านทักษะในการใช้มือในการหยิบจับสิ่งของได้มาก่อน

ในเด็กออทิสติก มักพบพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งมักเป็นปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเอง อยู่เสมอ นอกจากนี้พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ยังเป็นอุปสรรคสำคัญของการฝึกการช่วยเหลือตนเองอีกด้วย การปรับเปลี่ยนเด็กในกลุ่มออทิสติกจึงจำเป็นต้องอาศัยความอดทนและความร่วมมือในการฝึกอย่างสม่ำเสมอจากพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ฝึกต้องทำความเข้าใจกับพ่อแม่และผู้ดูแลหลักให้มีทัศนคติที่ดีในการเปลี่ยนแปลงให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองได้จริง รวมถึงต้องเน้นย้ำความอดทนในการเปลี่ยนแปลง การดูแลเด็ก เนื่องจากต้องต่อสู้กับอารมณ์หงุดหงิดพฤติกรรมต่อต้านของเด็ก

กิจกรรมที่ใช้ในการฝึกพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่มีดังนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม
- การแต่งกาย	- เพื่อให้เด็กสามารถใส่-ถอด เสื้อ กางเกง ถุงเท้า รองเท้าได้
- การรับประทานอาหาร	- เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการเคี้ยว กลืน ตีมน้ำและนมรวมถึงการใช้อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร เช่น ช้อน ส้อม แก้วน้ำ การเปิดขวดน้ำ การเทน้ำด้วยตนเอง เป็นต้น
- การทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย	- เพื่อให้เด็กสามารถบ้วนปาก แปรงฟัน สระผม อาบน้ำ ขับถ่ายและทำความสะอาด หลังการขับถ่ายด้วยตัวเองได้

เทคนิคการปรับพฤติกรรมกรช่วยเหลือตนเอง

เด็กออทิสติกมีอาการรุนแรงมากหรือกลุ่มศักยภาพต่ำ (Low Function) มักมีอาการไม่พึงประสงค์ในเรื่องของการช่วยเหลือตัวเองต่างๆ เช่น ไม่ยอมแต่งกายด้วยเสื้อผ้าบางประเภท จะกรี๊ดร้องและไม่พอใจ ปฏิเสธการกินอาหารประเภทข้าวและกับข้าว ดูเฉพาจนหมดเท่านั้น ยอมอดอาหาร 2-3 วัน กลืนอาหารโดยไม่ยอมเคี้ยว ต้องขบถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จรูป ขบถ่ายตามมุมห้องเท่านั้น ตัดผมลำบาก สระผมไม่ได้ ไม่ร่วมมือแปรงฟันและบ้วนปากไม่เป็น ซึ่งจะเป็นปัญหาในเรื่องช่วยเหลือตัวเองเป็นอย่างมาก

การปรับเปลี่ยนเด็กออทิสติกกลุ่มนี้ ผู้ฝึกสอนต้องทำความเข้าใจกับพ่อแม่และผู้ดูแลหลักให้มีทัศนคติใหม่ที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงเด็กให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จริง โดยต้องมีจิตใจที่เข้มแข็งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงการดูแลอย่างมาก เพราะต้องต่อสู้กับอารมณ์ที่หงุดหงิด อาการต่อต้านก้าวร้าวของเด็ก

การช่วยเหลือตนเองของเด็กมีทั้งหมด 4 เรื่องที่สำคัญ ได้แก่

1. การแต่งกาย
2. การรับประทานอาหาร
3. การทำความสะอาดร่างกาย
4. การฝึกการขบถ่าย

1. การแต่งกาย

การแต่งกาย ได้แก่ การฝึกใส่เสื้อ กางเกง ถุงเท้า รองเท้า สวมหมวก ซึ่งการฝึกการแต่งกายจะไปสัมพันธ์กับเรื่องการขบถ่ายและการทำความสะอาดร่างกาย

1. เทคนิคการถอดเสื้อ

ให้เริ่มต้นฝึกถอดก่อน โดยใช้เทคนิคการทอนงานให้ผู้ฝึกถอดให้ได้ครึ่งตัวและให้เด็กถอดเองบริเวณไหล่และศีรษะด้วยตนเองทุกครั้ง เมื่อเริ่มคล่องให้ลดความช่วยเหลือ จับมือเด็ก จับชายเสื้อและยกมือขึ้น เพื่อถอดตั้งแต่เริ่มต้น (เวลาฝึกควรใช้เสื้อตัวใหญ่ๆ กว่าเด็ก 1-2 ขนาด) ให้เสริมแรงเมื่อเด็กพยายามทำและทำได้

2. เทคนิคการใส่เสื้อ

ให้คว่ำเสื้อมาด้านหน้าลงกับพื้น จับมือเด็กกำชายเสื้อจนถึงคอ จับมือเด็กสวมใส่ศีรษะ ลดความช่วยเหลือให้เด็กขยับใส่แขนซ้ายและขวา และดึงชายเสื้อลง พยายามลดความช่วยเหลือใช้การพูดแทนการกระทำ ให้แรงเสริมเมื่อเด็กทำได้ และค่อยๆ ลดความช่วยเหลือจนทำได้เองทุกขั้นตอน

3. เทคนิคการถอดกางเกง

ให้เริ่มต้นถอดเองบริเวณเป้า เด็กจะพยายามขยับขาและใช้มือช่วยดึงกางเกงจากขาและเท้า เมื่อทำได้เพิ่มงานโดยจับมือเด็กจับขอบกางเกง ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างสอดใส่ขอบกางเกงและดึงลง พร้อมกับให้แรงเสริมเมื่อเด็กทำได้ ใช้การพูดแทนการช่วยทำ

4. เทคนิคการใส่กางเกง

ให้วางกางเกงกับพื้น จับเด็กลงนั่งตัก จับมือเด็กทั้งสองข้าง แตะขาเด็กให้ขยับขาใส่ช่องขาที่ละข้าง เมื่อเข้าแล้วจับเด็กยืนขึ้น ให้จับขอบกางเกงและดึงขึ้นเอง พูดบอกให้ดึงแรงๆ บริเวณที่ผ่านกันจนถึงเอว ให้แรงเสริมและชมเชยให้รู้สึกภูมิใจเมื่อทำได้

หมายเหตุ

เสื้อ กางเกงเอวที่ยืดที่มีขนาดใหญ่กว่าเด็ก 1-2 ขนาด ทำให้เด็กฝึกได้คล่อง ผลสำเร็จมาเร็ว แรงจูงใจที่จะแต่งตัวด้วยตนเองจึงมีสูง เด็กเกิดความมั่นใจและรักที่จะช่วยเหลือตนเอง ถ้าผู้ปกครองละเลยไม่รีบฝึก เด็กออทิสติกมีความซ้ำซาก เด็กจะติดการช่วยเหลือและต่อต้านการที่จะทำด้วยตัวเอง

2. การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหาร ได้แก่ การฝึกการเคี้ยว กลืน ดื่มน้ำ นม เพราะว่าในเด็กออทิสติกบางราย อาจมีปัญหาเรื่องการกิน การรับรสอาหาร บางรายจะปฏิเสธการกินเลือกที่จะกินซ้ำๆ เฉพาะอาหารบางชนิด ไม่เคี้ยวอาหารใช้วิธีการกลืน ดัดขูดนม ซึ่งเป็นเรื่องของพฤติกรรมซ้ำๆ ที่เปลี่ยนแปลงยากมาก ตั้งแต่เริ่มต้น แต่ผู้ปกครองไม่สามารถฝืนความรู้สึกที่จะปรับเปลี่ยนเด็กให้ยอมรับสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ได้ ต่อมาก็จะฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ในการรับประทานอาหาร เช่น ช้อน ส้อม แก้วน้ำดื่ม การเปิดฝาขวดน้ำ การเทน้ำดื่มด้วยตนเอง เด็กต้องพูดได้ก่อน รู้เรื่องก่อน จึงจะเรียนรู้การช่วยเหลือตัวเองได้ เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการดื่มน้ำและดื่มนม ดังนี้

1. การสอนการดื่มน้ำและนม

ควรเริ่มต้นโดยการสอนให้เด็กดื่มน้ำและนมในแก้วที่มีหูจับ โดยใส่น้ำหรือนมให้มีปริมาณน้อย บริเวณก้นแก้ว เวลายกดื่มจะได้ไม่สั่น เด็กจะได้ก้มได้ ให้แรงเสริมเมื่อเด็กทำได้ และเมื่อเด็กทำได้ดีขึ้น จนเกิดความมั่นใจให้เพิ่มเป็นครึ่งแก้วและเต็มแก้วตามลำดับ

2. สอนการดูดน้ำและนมด้วยหลอดกาแป

ใช้เทคนิคเดียวกัน โดยใส่น้ำบริเวณก้นแก้ว ใช้หลอดดูดแบบสั้นเพื่อลดการใช้แรงดูด ให้ดูดเป็นจังหวะและให้กำลังใจเด็ก ให้ใช้แก้วใสเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำ ให้แรงเสริมเมื่อทำได้

3. การดูดนมจากกล่อง

ให้เทนมออกจากกล่องให้เหลือครึ่งกล่อง ฝึกทักษะการดูด เขย่า ให้เด็กเห็นการเปลี่ยนแปลงของปริมาณที่ดูด เมื่อเด็กดูดได้คล่อง ให้เพิ่มปริมาณนมในกล่องถัดไป

4. การเคี้ยวและการกลืนอาหาร

ให้เริ่มต้นกินอาหารเหลวและปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เริ่มจากข้าวสวยและน้ำซุป ค่อยๆปรับให้เกิดการยอมรับการเคี้ยวอาหารที่ละน้อยและให้แรงเสริม ควรเพิ่มเรื่องการออกกำลังของอวัยวะในช่องปาก เช่น การนวดปากและลิ้น การสอนให้ชิมรสอาหารที่หลากหลาย ฝึกให้กินขนมปังกรอบๆ ที่ต้องเคี้ยวและกินปลาหมึกแห้ง ที่ต้องใช้การเคี้ยวนานๆ เป็นการออกกำลังกาย ปรับทัศนคติให้ผู้ปกครองยอมรับที่จะเพิ่มต่อยอดการเปลี่ยนแปลงเรื่องการกิน

4.1 ฝึกการใช้อุปกรณ์ในการรับประทานอาหาร ได้แก่ การเปิด-ปิดขวดน้ำ การเทขวดน้ำ การใช้ช้อนตักอาหาร การใช้ส้อมจิ้มอาหาร โดยฝึกทักษะต่างๆ ดังนี้

- การเปิดขวดน้ำ เทน้ำใส่แก้ว โดยการเริ่มต้น ฝึกการเปิด-ปิดขวดน้ำเปล่าที่ไม่มีน้ำ ให้เด็กรู้สึกสนุกกับการ เปิด-ปิด และเทลูกปิดใส่ภาชนะจนคล่อง แล้วเปลี่ยนจากลูกปิดเป็นน้ำให้ได้ปริมาณแค่ก้นขวด เปิดและปิดและเทน้ำใส่แก้ว จนเด็กเกิดความชำนาญ ให้แรงเสริมเมื่อเด็กทำได้ และฝึกในสถานการณ์จริงในการดำเนินชีวิต ไม่ตำหนิถ้าเด็กทำไม่ได้ ควรให้กำลังใจและฝึกการแก้ไขเพิ่มเติม

- การใช้ช้อนตักอาหาร โดยเริ่มต้นให้เด็กตักถ้วยแดงจากชามใบที่ 1 ใส่ลงในชามใบที่ 2 ให้เปลี่ยนจากถ้วยแดงเป็นข้าว ต่อมาให้ตักอาหารเข้าปากจนเกิดความคล่องแคล่วและปฏิบัติจริงตามมื้ออาหาร ที่สำคัญผู้ปกครองต้องพยายามที่จะผลักดันให้เด็กทำ โดยใช้เทคนิคช่วยจับพาทำ ลดความช่วยเหลือจนทำได้เอง ให้แรงเสริมและไม่ตำหนิเด็กเมื่อทำหกละเอะเทอะ

4.2 การใช้ส้อมจิ้มอาหาร โดยการปั้นแป้งโดเป็นก้อนกลมๆ ฝึกให้เด็กใช้ส้อมจิ้มแป้งโดจากงานที่ 1 ไปงานที่ 2 เมื่อเด็กใช้ส้อมจิ้มได้คล่อง ให้เปลี่ยนจากแป้งโดเป็นผลไม้ เช่น ฝรั่งที่หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ ให้เด็กจิ้มและกิน ให้แรงเสริมเมื่อเด็กทำได้

หมายเหตุ

หลังจากการฝึกการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรับประทานอาหารแล้ว ผู้ปกครองต้องไม่กลับไปช่วยป้อนหรือถอยพัฒนาการที่ทำได้แล้ว เพราะจะทำให้การเรียนรู้ไม่เป็นพฤติกรรมที่ถาวรและเด็กจะได้เคยชินกับการรับประทานเองและยอมรับการเปลี่ยนแปลง

3. การทำความสะอาดร่างกาย

การทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ การล้างมือ ล้างหน้า บ้วนปาก แปรงฟัน สระผม อาบน้ำ การตัดผม การตัดเล็บ จะพบว่าในเด็กออทิสติก บางรายจะมีพฤติกรรมที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ทนต่อการสัมผัส ทนต่อเสียงต่างๆ ที่จะมากระทำต่อตนเองนั้นยากมาก ประกอบกับการไม่เข้าใจการสื่อความหมาย ทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ต่อต้านใช้การกรีดร้องและดิ้นรนขัดขืน เมื่อต้องทำความสะอาดร่างกาย สิ่งที่สำคัญในการฝึกเผชิญต่อการฝึกจนเป็นยอมรับได้ว่าเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ และต้องไม่สร้างประสบการณ์ที่ไม่ดี เช่น การทำโทษ การผลักดันให้เผชิญ โดยยังไม่ยอมรับจนเกิดความกลัว

3.1 เทคนิคการล้างมือ ล้างหน้า ทาแป้ง ให้เด็กเกิดความสนุกสนานกับการฝึก อาจมีภาพขั้นตอนการปฏิบัติ จับมือทำตามขั้นตอนและให้แรงเสริม ชมเชย ร้องเพลงสนุกๆ ประกอบการฝึกจนเด็กทำได้ลดขั้นตอนการช่วยเหลือและการบอกเป็นคำสอนตามขั้นตอนของภาพ จนทำได้เอง

3.2 เทคนิคการบ้วนปาก ปัญหาที่พบ คือ เด็กจะต่อต้านและไม่ร่วมมือ บ้วนปากไม่เป็น ใช้วิธีการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง โดยการอมน้ำและพ่นน้ำออกจากปาก ร้องเพลงประกอบให้สนุกสนาน เช่น ปลาพ่นน้ำเป็นฝอย ถ้าเด็กดูตัวอย่างแล้วยังทำไม่ได้ ให้นมตัวเด็กลง แล้วบิกระพุงแก้มเบาๆ เพื่อช่วยให้เด็กบ้วนน้ำออกมา

3.3 เทคนิคการแปรงฟัน ให้เด็กออทิสติกที่ยังบ้วนปากไม่เป็น ควรฝึกการแปรงฟันโดยไม่ใช้ยาสีฟันเพราะเด็กจะกลืนยาสีฟันเข้าไปด้วย ควรแปรงฟันด้วยน้ำเปล่า ไม่ใช้วิธีบังคับ ค่อยๆ ปรับเปลี่ยน ร้องเพลงแปรงฟันประกอบการแปรงฟัน และปล่อยให้เด็กมีอิสระในการใช้แปรงฟันเอง ผู้ปกครองควรเพิ่มเติมเรื่องความสะอาดอีกครั้งหลังเด็กแปรงแล้วค่อยเพิ่มขนาดยาสีฟันเท่าเม็ดถั่วเขียว ดูแลเรื่องการงดอาหารหวาน ลูกอม น้ำอัดลม เพื่อเฝ้าระวังปัญหาฟันผุ

3.4 เทคนิคการอาบน้ำ/สระผม ปัญหาที่พบเด็กจะอาบน้ำไม่สะอาด แล้วผู้ปกครองก็จะช่วยเหลือ โดยไม่ได้ลดการช่วยเหลือ ที่สำคัญควรติดภาพขั้นตอนการอาบน้ำให้เด็กได้ปฏิบัติตามจนเข้าใจและลดความช่วยเหลือเป็นวิธีการบอกเท่านั้น การสระผมให้สร้างความคุ้นเคยโดยการนวดหนังศีรษะจนเกิดความคุ้นเคย แล้วจึงเพิ่มการใช้แชมพูทีละน้อย เพื่อให้ล้างออกได้หมดเร็ว ที่สำคัญต้องทำภาพขั้นตอนการสระผมให้เด็กดูจนเกิดการยอมรับและค่อยๆ เพิ่มความยากในการสระผม เช่น ยืนสระผม ยอมให้น้ำลงบนศีรษะแล้วล้างแชมพูสระผมโดยไม่กลัวน้ำเข้าตา ให้แรงเสริมเมื่อทำได้ ไม่ตำหนิหรือโกรธเมื่อเด็กต่อต้านเด็ดขาด เด็กจะรู้สึกไม่ตีต่อการสระผม สอนให้เกิดการยอมรับจนกว่าจะเกิดการอาบน้ำสระผมได้ด้วยตนเอง

3.5 เทคนิคการตัดผมและตัดเล็บ เด็กออทิสติกจำนวนมากจะต่อต้านการตัดผม อาจจะมีปัญหาเรื่องการสัมผัส การทนต่อการได้ยินเสียงปัตตาเลี่ยนไม่ได้ ทำให้รู้สึกกลัว ดิ้นรนขัดขืนเวลาที่ต้องไปร้านตัดผม วิธีฝึกที่ดีที่สุดคือการให้เด็กออทิสติกฝึกเผชิญกับการเข้าร้านตัดผม โดยการเข้าไปนั่งในร้านให้คุ้นเคยกับสถานที่และเสียงเครื่องตัดผม ดูตัวอย่างคนที่มาตัดผม ให้คำชมเชยและกำลังใจเมื่อเด็กเผชิญได้ แล้วค่อยปรับโดยใช้เครื่องเป่าผมมาช่วยบริเวณต้นคอให้ฝึกเผชิญเสียงในระดับต่ำๆ จนเคยชินจนเพิ่มเป็นเสียงที่ดังขึ้นจนเป็นปกติ อย่างผลักดันให้ทำในขณะที่ตกอยู่ภายใต้ความกลัว จะเป็นความรู้สึกที่ทรมานสำหรับเด็ก การตัดผมและตัดเล็บใช้วิธีเดียวกัน สอนสาธิตทำให้ดู ให้กำลังใจและฝึกแบบค่อยเป็นค่อยไปจะดีที่สุด ควรสร้างสัมพันธภาพกับช่างตัดผมเป็นพิเศษเพื่อให้มีความกล้าแข็งบวกกับเด็กและอยากช่วยเด็ก ช่างจะตัดผมเด็กด้วยท่าที่เป็นมิตร เด็กจะปรับตัวได้เร็วขึ้น

3.6 เทคนิคการล้างกันหลังขั้วถ่าย เนื่องจากเด็กออทิสติกจะรังเกียจอุจจาระของตัวเอง ทำให้การทำความสะอาดค่อนข้างยาก ผู้ปกครองมักจะช่วย ทำให้เด็กขาดทักษะในการช่วยเหลือตนเอง วิธีการฝึกที่ดี คือ ขณะที่เด็กต้องอาบน้ำเข้าและเย็น เด็กถอดเสื้อผ้าอยู่แล้ว ให้เด็กนั่งท่ายองๆ กับพื้นและเอามือล้างกันตัวเอง จนเกิดทักษะเอามือล้างกันได้คล่อง จึงให้เริ่มล้างในสถานการณ์จริงๆ จนกว่าจะล้างด้วยตนเองได้ ลดการช่วยเหลือ ใช้วิธีบอกแทนจนไม่ต้องบอกภายหลัง

- การฝึกการขั้วถ่าย ได้แก่ การฝึกปัสสาวะ การฝึกอุจจาระ การงดใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป การงดขวดนมและขวดน้ำ ซึ่งการฝึกทุกอย่างนี้มีความเกี่ยวเนื่องกัน ปัญหาที่พบ คือ ผู้ปกครองไม่มั่นใจว่าควรฝึกเด็กเมื่อไร ควรพูดบอกความต้องการได้ก่อนหรือไม่จึงลดการช่วยเหลือ ทำให้อายุที่เพิ่มขึ้น อากาศซ้าซากที่มีอยู่นานเป็นอุปสรรคต่อการฝึกขั้วถ่ายมาก เด็กรู้สึกไม่สบายใจ ลูกลี้ลูกหลบเมื่อไม่ได้ขั้วถ่ายในผ้าอ้อมสำเร็จหรือขั้วถ่ายในที่เดิม ตามมุมห้องหรือหลังผ้าม่าน โซฟา เป็นต้น พ่อแม่

เห็นลูกทุนทุรายก็ใจอ่อนกลับมาใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ลูกตามเดิม เพราะฉะนั้นการปรับเปลี่ยนอotisติก เรื่องการขับถ่าย ผู้ปกครองต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยน ใจแข็งยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ใน 2-3 สัปดาห์ก็จะเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของอotisติกได้

- เทคนิคการฝึกปัสสาวะ ปัญหาที่พบในการฝึกปัสสาวะและอุจจาระขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้ปกครองในการที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก ได้แก่ การงดซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูปมาใช้ โดยตระหนักรู้ว่าเด็กทารกแรกเกิด ใช้การสื่อสารที่จะบอกพ่อแม่ทุกครั้งที่มีการขับถ่ายรดตัวเอง ให้พ่อแม่มาเปลี่ยนผ้าอ้อมให้เมื่อได้รับการตอบสนองเด็กก็จะเงียบและหลับต่อได้ เป็นการกระตุ้นให้เด็กรู้จักการควบคุมตนเอง ในปัจจุบันความสะดวกสบายจากผ้าอ้อมสำเร็จรูปไม่ได้กระตุ้นเตือนให้เด็กสื่อสารและผูกพันกับบุคคล ความสะดวกสบายทำให้เด็กอยู่ตามลำพัง ขาดการสื่อสารพูดคุยกับมารดาในขณะที่เปลี่ยนผ้าอ้อมให้ การฝึกปัสสาวะนั้นควรแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

1) ฝึกปัสสาวะตอนกลางวัน โดยมีวิธีฝึก ดังนี้

1.1) พาเด็กคุ้นเคยห้องน้ำ ลดอาการหวาดกลัว

1.2) พาเด็กเข้าห้องน้ำฝึกปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง

1.3) ให้แรงเสริมเมื่อเด็กทำได้

1.4) ต่อยอดให้เข้าห้องน้ำด้วยตัวเอง โดยผู้ปกครองลดการช่วยเหลือพาเข้าห้องน้ำ เป็นบอกหรือสั่งจนสุดท้ายเด็กควบคุมได้ สามารถเข้าได้เองเมื่อต้องการปัสสาวะ

หมายเหตุ ขณะที่ฝึกปัสสาวะเด็กควรผ่านทักษะถอกกางเกงได้มาก่อน เป็นการลดอุปสรรคในการปัสสาวะรดกางเกง

2) ฝึกปัสสาวะตอนกลางคืน เด็กควรได้รับการฝึกปัสสาวะตอนกลางวันได้แล้ว ให้เริ่มฝึกดังนี้

2.1) ผู้ปกครองต้องสังเกตว่าตอนกลางคืนเด็กมีปัสสาวะในช่วงใดบ้าง เช่น เวลา 5 ทุ่ม ตี 2 หรือ ตี 5 เป็นต้น เพื่อจะได้ตั้งเวลาปลุกพาเด็กไปปัสสาวะตามเวลาที่กำหนด

2.2) ให้เด็กงดอาหารประเภทน้ำและนมก่อนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนฝึก ทักษะนี้ควรงดขวดนมได้ก่อน สามารถดุดกล่องแทนการดุดขวดนม และไม่ต้องทานนมกลางดึก เป็นต้น

2.3) ขณะที่พาเด็กไปปัสสาวะจะปลุกเด็กให้ตื่นหรือพาไปทั้งที่เด็กกำลังหลับอยู่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของเด็ก ถ้าเด็กนอนยากอารมณ์หงุดหงิดก็ควรพาไปปัสสาวะทั้งที่เด็กยังหลับ โดยการอุ้มและการบอกซ้ำๆ จนกว่าจะทำได้

หมายเหตุ การฝึกปัสสาวะตอนกลางคืนเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ปกครอง ต้องอดนอนหรือหลับไม่เต็มที่ ต้องไม่โกรธลูก พุดคุยด้วยดีๆ ให้กำลังใจและคำชมเชยเมื่อเด็กร่วมมือ

- เทคนิคการฝึกอุจจาระ ปัญหาที่พบคือ เด็กจะปฏิเสธการนั่งถ่ายที่ชักโครกด้วยเหตุผลหลายๆ อย่าง เช่น กลัวชักโครก นั่งถ่ายแล้วไม่มีแรงเบ่ง นั่งยองๆ ไม่เป็น คู้นเคยกับการถ่ายอุจจาระในผ้าอ้อมสำเร็จรูปจนเป็นความซ้ำซากและเด็กต่อต้านการฝึกจะอันอุจจาระได้ 2-3 วัน แล้วจะทนไม่ได้ หงุดหงิดเมื่อขับถ่ายอุจจาระจนผู้ปกครองทนไม่ได้ก็ต้องยอมให้นั่งถ่ายในมุมที่คู้นเคย เช่น ที่หลังโซฟา หลังผ้าม่าน มุมห้อง เป็นต้น จากการวิเคราะห์ พฤติกรรมต่างๆ ที่เด็กต่อต้านและไม่ยินยอมเกิดจากการยอมตามของผู้ดูแลและเกิดความซ้ำซากมานานจนเกิดความเคยชิน การปรับเปลี่ยนที่ดีที่สุดคือ ผู้ดูแลต้องตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนและฝึกแบบเชิงควบคุมพฤติกรรมไม่ให้ขับถ่ายแบบเดิม โดยการปรับเปลี่ยนทีละน้อยและปรับเปลี่ยนปลายรูปแบบ ดังนี้

- 1) พาไปทำความคุ้นเคยห้องน้ำ โดยอาจพาไปนั่งที่โถเลย หรืออาจฝึกนั่งแบบยองๆ โดยที่ไม่ต้องขับถ่าย
- 2) ผู้ฝึกติดภาพขั้นตอนการขับถ่ายให้ดูในห้องน้ำ สอนให้เด็กเข้าใจว่าต้องขับถ่ายในห้องน้ำเท่านั้น
- 3) ผู้ฝึกต้องอารมณ์ดี ให้กำลังใจ เมื่อเด็กร่วมมือที่จะทำหรือนั่งขับถ่าย
- 4) ปิดมุมประจำที่เด็กไปยืนถ่ายอุจจาระ เช่น มุมห้อง หลังผ้าม่าน หลังโซฟา โดยจัดสิ่งแวดล้อมใหม่ไม่ซ้ำเดิม
- 5) การสังเกตของผู้ปกครอง ลักษณะท่าทางเวลาที่เด็กต้องการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ตด ขนลุก ยืนนิ่ง ๆ ให้ผู้ปกครองพาเข้าห้องน้ำทุกครั้งและเฝ้ารอนกว่าจะขับถ่าย ถ้าเด็กต้องการยืนถ่ายในห้องน้ำ ก็ต้องยอมในครั้งแรก เมื่อเกิดความคุ้นเคยแล้วค่อยๆ เพิ่มการนั่งถ่ายต่อไป
- 6) ในกรณีที่เด็กต่อต้านมากๆ ไม่ยอมเข้าส้วมจริงๆ ให้เอาภาชนะมารองรับอุจจาระ เช่น กระโถน หนังสือพิมพ์ เพื่อให้เด็กเรียนรู้ว่าอุจจาระต้องมีที่รองรับ แล้วค่อยๆ เลื่อนที่รองรับไปไว้ในส้วมจนเด็กเกิดความเคยชินและยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้น เช่น ยอมรับห้องส้วมให้ค่อยๆ จับเด็กขึ้นนั่งชักโครก ให้มีโอกาสนำอุจจาระลงโถ ชักโครก ให้บ่อยขึ้นจนเป็นนิสัย

D-METHOD

D-METHOD

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

D-METHOD model ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability, ID)

1. Disease

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability, ID)

เป็นความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทเกิดขึ้นในช่วงที่สมองมีการพัฒนาอย่างมาก มักแสดงตั้งแต่ในวัยก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาและวินิจฉัยได้เมื่อเด็กอายุมากกว่า 5 ปี โดยมีความบกพร่อง 2 ด้านหลัก ประกอบด้วย ความบกพร่องด้านสติปัญญา (Intellectual functioning) และความบกพร่องด้านพฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive functioning)

ระบาดวิทยา

จากการสำรวจและการติดตามเด็กอายุ 3-17 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 2009-2016 พบความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่ากับ 11.1 ต่อเด็ก 1000 คน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน 1.2-1.6:1

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดการกระตุ้นพัฒนาการ ผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ถูกทารุณกรรม ได้รับสารพิษหรือสารเสพติด ขาดการกระตุ้นด้านสังคมที่รุนแรงและเรื้อรัง

2. ปัจจัยด้านชีววิทยา แบ่งตามระยะเวลาของการพัฒนาสมองของเด็กดังนี้

2.1 ระยะเวลาในครรภ์ จากปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ ความผิดปกติของโครโมโซมหรือการกลายพันธุ์ของยีนเดี่ยว เช่น กลุ่มอาการดาวน์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากความผิดปกติของสมองอื่นๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เช่น จากการใช้แอลกอฮอล์ของมารดาที่ทำให้เกิด fetal alcohol syndrome

2.2 ภาวะแทรกซ้อนระยะปริกำเนิด เช่น มารดาเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะ neonatal encephalopathy สมองขาดออกซิเจน สมองขาดเลือด

2.3 โรคหรือภัยอันตรายต่อสมองหลังเกิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมน อุบัติเหตุบริเวณศีรษะในช่วงที่มีการพัฒนาการของสมอง โรคสมองและภาวะชักที่รุนแรง

3. ปัจจัยด้านอีพีเจเนติก หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของยีนโดยดีเอ็นเอไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการ methylation

ลักษณะทางคลินิก

1. ประวัติพัฒนาการล่าช้า ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการเฉพาะด้านล่าช้า (specific development delay) เช่น พูดช้า หรือพัฒนาการโดยรวมล่าช้า

2. ปัญหาการเรียน เช่น ไม่เข้าใจบทเรียน ลืมง่าย ขาดทักษะการแก้ปัญหา ผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระดับน้อยอาจแสดงความยากลำบากในการเรียนโดยไม่มีประวัติพัฒนาการล่าช้ามาก่อนได้

3. ปัญหาพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมชน สมาธิสั้น พฤติกรรมต่อต้าน ไม่ร่วมมือเมื่อต้องทำงานวิชาการ ไม่เข้าใจบริบทของสังคม

4. ตรวจร่างกายพบลักษณะความผิดปกติที่เข้ากับกลุ่มอาการที่พบร่วมกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น กลุ่มอาการดาวน์ Williams syndrome หรือ Prader-willi Syndrome

5. ความผิดปกติของการรับรู้รู้สึก เช่น การมองเห็นบกพร่อง การได้ยินที่บกพร่อง

6. พัฒนาการด้านสังคมบกพร่อง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มีความสามารถที่จำกัดในการแปลข้อมูลและอาจไม่สามารถแปลความหมายบริบทของเหตุการณ์ที่ซับซ้อน ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น ซึ่งอาจมีผลให้ไม่ได้รับการยอมรับในสังคม อาจถูกข่มเหงรังแกและมีปัญหาพฤติกรรมได้

การวินิจฉัย

ทำได้โดยการประเมินทางคลินิก ร่วมกับการทดสอบความสามารถด้านเชาว์ปัญญาและวัดพฤติกรรมการปรับตัวด้วยเครื่องมือมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5 ดังนี้

ระดับความรุนแรง	น้อย (mild)	ปานกลาง (moderate)	รุนแรง(severe)	รุนแรงมาก (profound)
แบ่งตามระดับ IQ (ตาม ICD-10)				
ระดับ IQ	50-69	35-49	20-34	<20
แบ่งตามความบกพร่องของพฤติกรรมปรับตัว (ตาม DSM-5)				
ด้านความคิด	-ในวัยอนุบาล อาจไม่เห็นความบกพร่องชัดเจนหรือ อาจมีปัญหา พัฒนาการด้านภาษา ล่าช้า - ในวัยเรียนและใน ผู้ใหญ่ มีปัญหาการเรียน ด้านการอ่าน เขียน คำนวน เข้าใจ เวลาและการใช้เงิน -ในวัยผู้ใหญ่ มีปัญหา ด้านการคิดเชิง นามธรรม ทักษะการบริหารจัดการ (เช่น การวางแผน การ จัดลำดับความสำคัญของงาน) ความจำ ระยะสั้น ทักษะทาง วิชาการและการ แก้ปัญหา	-ในวัยอนุบาล พบ ปัญหาด้านภาษาและ การเรียน -ในวัยเรียนและใน ผู้ใหญ่ มีปัญหา ด้าน การอ่าน เขียน คำนวน เข้าใจเวลา และการใช้เงิน สามารถเรียนจนจบ ชั้นประถมศึกษา -ในวัยผู้ใหญ่ ต้องการ ความช่วยเหลือด้าน การเรียน การทำงาน และการดำรงชีวิต	-แทบจะไม่เข้าใจ ภาษาเขียน -แทบไม่เข้าใจหลัก ความรู้ด้านจำนวน ปริมาณ เวลาและเงิน -ต้องมีผู้ช่วยเหลือใน การแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างมากและตลอด ชีวิต	-สามารถเรียนรู้ได้ เฉพาะจากสิ่งที่เห็น จับต้องได้ -ไม่เข้าใจสัญลักษณ์

ระดับความรุนแรง	น้อย (mild)	ปานกลาง (moderate)	รุนแรง(severe)	รุนแรงมาก (profound)
แบ่งตามระดับ IQ (ตาม ICD-10)				
ระดับ IQ	50-69	35-49	20-34	<20
แบ่งตามความบกพร่องของพฤติกรรมกำพร้า (ตาม DSM-5)				
ด้านสังคม	-สื่อสารโดยใช้ภาษา ง่ายๆไม่ซับซ้อน -มีปัญหาด้าน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การรับรู้อารมณ์ การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม -อาจถูกผู้อื่นควบคุม ได้ง่าย	-สื่อสารด้วยภาษาที่ไม่ ซับซ้อน -มีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านสังคม -มีปัญหาด้านการ ตัดสินใจ	-มักสื่อสารด้วยท่าทาง คำเดียวหรือวลี เนื่องจากมีคำศัพท์ จำกัด -เข้าใจคำพูดหรือ ท่าทางง่ายๆที่ไม่ ซับซ้อน	-เข้าใจคำสั่งหรือ ท่าทางง่ายๆ -สื่อสารด้วยสีหน้า ท่าทางเพื่อแสดงความ ต้องการหรืออารมณ์ -ชอบอยู่กับพ่อแม่ ผู้ดูแลที่คุ้นเคย
ด้านการปฏิบัติ	-สามารถดูแลกิจวัตร พื้นฐานของตนเองได้ (ADL) -ต้องช่วยเหลือใน กิจวัตรที่ซับซ้อน เช่น บริหารจัดการงานใน บ้าน เตรียมอาหารที่มี ประโยชน์ -ต้องช่วยเหลือด้าน การเดินทาง การ ตัดสินใจ ด้านสุขภาพ กฎหมายหรืออาชีพ	-ต้องกำกับดูแลในการ ทำกิจวัตรพื้นฐานและ ดูแลสุขภาวะ	-ต้องช่วยและดูแล ตลอดเวลาเมื่อต้องทำ กิจวัตรประจำวันทุก อย่าง การทำงานบ้าน กิจกรรมยามว่างและ การทำงานในวัย ผู้ใหญ่ -ไม่สามารถตัดสินใจ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของตนเอง	-ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตร ประจำวัน สุขภาพและ ความปลอดภัยให้ -อาจทำงานบ้านง่ายๆ ภายใต้การช่วยเหลือ ต่อเนื่อง เช่น นำจาน ไปวางบนโต๊ะ

การรักษา

1. ให้ความรู้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับสภาวะที่ผู้ป่วยเป็น ความผิดปกติที่พบร่วม การหาสาเหตุ กลไกการเกิดโรค โอกาสเกิดซ้ำในลูกคนถัดไปและการวินิจฉัยก่อนคลอด รวมถึงการดูแลพาหะของโรค พันธุกรรมที่อาจได้รับผลกระทบ ให้แรงเสริมและเน้นศักยภาพของครอบครัวในการวางแผนดูแลผู้ป่วย

2. กระตุ้นพัฒนาการ เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ทำให้เกิด neuroplasticity จุดมุ่งหมายของการกระตุ้นพัฒนาการแตกต่างกันในแต่ละวัย โดยพิจารณาการกระตุ้นพัฒนาการโดยนักวิชาชีพ ได้แก่ นักอรรถบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัดเพื่อกระตุ้นการช่วยเหลือตนเองและปรับพฤติกรรมในเด็กโตและวัยรุ่น มุ่งเน้นการส่งเสริมกิจกรรมในชีวิตประจำวันรวมถึงการเตรียมความพร้อม สำหรับการประกอบอาชีพที่เหมาะสม

3. ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา ผู้ป่วยภาวะสติปัญญาบกพร่องอาจถูกล่อลวงหรือถูกทารุณกรรมทางเพศได้ พบความชุกของการถูกทารุณกรรมทางเพศในผู้ใหญ่ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเท่ากับ ร้อยละ 32.9 ควรสอนให้เด็กหลีกเลี่ยง ป้องกันตนเองทางเพศเบื้องต้น เช่น อวัยวะที่ห้ามผู้อื่นสัมผัส แต่งตัวเรียบร้อยก่อนออกจากห้องน้ำ การปฏิเสธ การขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ เป็นต้น

4. การวางแผนการเรียน ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีสิทธิที่จะได้รับการศึกษาตามแต่ ศักยภาพของตน ได้รับการจัดทำแผนการศึกษารายบุคคล (Individualized educational plan, IEP) ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน

5. วางแผนด้านอาชีพและการดำรงชีวิตหลังจบการศึกษาขั้นต้น เช่น การจ้างงานและการดำรงชีวิตโดยพิจารณาตามความสามารถของผู้ป่วย รวมถึงการมีผู้แทนทางกฎหมาย

6. รักษาโรคหรือภาวะที่พบร่วม เช่น การได้ยินบกพร่อง การมองเห็นบกพร่องและโรคทางจิตเวชอื่นๆ

7. การใช้ยา ขึ้นกับโรคที่เป็นสาเหตุหรือโรคร่วม เช่น การใช้เอนไซม์รักษาโรคทางพันธุกรรม เมทาบอลิก ใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย

8. การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่พ่อแม่และผู้เลี้ยงดู การดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องใช้แรงกายแรงใจมาก อาจส่งผลกระทบด้านการงาน การเงินและความสัมพันธ์ในครอบครัว แพทย์ควร ประคับประคองจิตใจพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู โดยเฉพาะในรายที่มีเศรษฐกิจยากจน ขาดความรู้เกี่ยวกับความ บกพร่องของเด็ก ขาดความมั่นใจในการดูแลเด็กพิการ รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระและไม่มีแรง สนับสนุนทางใจอื่นใด

2. Medication

บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอาจได้รับการรักษาด้วยยาในกรณีที่มีโรคทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา เช่น ผู้ที่มีโรคลมชักร่วมด้วยก็ต้องได้รับยากันชักหรือในกรณีที่มีปัญหาพฤติกรรมหรือโรคทางจิตเวชร่วมด้วยก็จะได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช

กลุ่มยา	ชื่อยา	อาการเป้าหมาย	ผลข้างเคียงที่อาจเกิด	วิธีแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียง
1. ยารักษาโรคสมาธิสั้น (Psychostimulant)	methylphenidate	ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง	1. เบื่ออาหาร 2. นอนไม่หลับ 3. หงุดหงิด อารมณ์ว้าวุ่น	ลดขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา (ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการข้างเคียง)
2. ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic)	1. risperidone 2. aripiprazole	หงุดหงิด ก้าวร้าว พฤติกรรมซ้ำ ๆ	1. การเคลื่อนไหวผิดปกติ 2. ง่วงซึม 3. น้ำหนักเพิ่ม 4. น้ำนมไหล ขาดประจำเดือน เต้านมโต	1. ลดขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา 2. ลดขนาดยา 3. ควบคุมการกิน หากไม่สำเร็จให้เปลี่ยนชนิดยา 4. ลดขนาดยา
3. ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer)	1. sodium valproate 2. lithium 3. carbamazepine	พฤติกรรมก้าวร้าว	1. ง่วงซึม 2. น้ำหนักขึ้น 3. ระวังอาการที่เกิดจากระดับยาในเลือดสูงเกินขนาด -sodium valproate intoxication: ง่วงซึม มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เติบขึ้น -lithium intoxication: ซึม	1. ลดขนาดยา 2. ควบคุมการกิน ถ้าไม่สำเร็จเปลี่ยนชนิดยา 3. ลดขนาดยาและสังเกตอาการหรือเปลี่ยนชนิดยา

กลุ่มยา	ชื่อยา	อาการเป้าหมาย	ผลข้างเคียงที่อาจเกิด	วิธีแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียง
			คลื่นไส้ อาเจียน มือสั่น สับสน ร่างกายขาดน้ำ กินได้น้อย -carbamazepine: ง่วงซึม มึนงง อาการแพ้รุนแรง (Steven Johnson Syndrome)	

3. Economy and Environment

3.1 สิทธิคนพิการและประโยชน์ที่พึงได้รับ ผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เป็นผู้มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 แพทย์ผู้ดูแลจึงควรประเมินและออกเอกสารรับรองความพิการทุกราย

3.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เช่น สถานที่ที่เป็นระเบียบ ปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงของพฤติกรรมก้าวร้าว และอุบัติเหตุ

4. Treatment

4.1 การฟื้นฟูทางการแพทย์ (Medication Rehabilitation) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ การรักษาโรคที่เกิดร่วมกับภาวะบกพร่องทางสติปัญญาการแก้ไขความพิการและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น โรคลมชัก เป็นต้น

4.2 การส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention) การส่งเสริมพัฒนาการหมายถึงการจัดโปรแกรมการฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่พัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก จากการวิจัยพบว่าเด็กที่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาแต่เยาว์วัยจะสามารถเรียนรู้ได้ดีกว่าฝึกตอนโตแล้ว ทั้งนี้ที่วินิจฉัยว่าเด็กมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น กลุ่มเด็กดาวน์ซินโดรมหรือเด็กที่มีภาวะเสี่ยงสูงว่าจะมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เด็กคลอดก่อนกำหนด มารดาตกเลือดในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น สามารถจัดโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กกลุ่มนี้ได้โดยทันทีโดยไม่ต้องนำเด็กมาไว้ในโรงพยาบาล

โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการคือการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของเด็ก บิดามารดา และคนเลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญยิ่งในการฝึกให้เด็กพัฒนาได้ตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ผลสำเร็จของการส่งเสริมพัฒนาการจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความตั้งใจจริง ของบุคคลในครอบครัวเด็กมากกว่าผู้ที่เป็นนักวิชาชีพ (Professional staff)

4.3 กายภาพบำบัด บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา มักมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor development) ช้ากว่าวัย นอกจากนี้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาขนาดหนัก และหนักมากส่วนใหญ่ก็จะมีคามผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ทำให้มีการเรียงของแขนขาและลำตัว จึงจำเป็นต้องแก้ไขการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติเพื่อช่วยลดการยึดติดของข้อต่อและการสูญเสียกล้ามเนื้อเด็กจะช่วยตัวเองได้มากขึ้นเมื่อเจริญวัยขึ้น

4.4 กิจกรรมบำบัด เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้และพัฒนาการ โดยกระบวนการตรวจประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เพื่อให้บุคคลดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ โดยการนำกิจกรรม วิธีการ และอุปกรณ์ที่เหมาะสมมาเป็นวิธีการในการบำบัด (พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขากิจกรรมบำบัดเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ, 2545) การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กบกพร่องทางสติปัญญานั้น บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในการให้บริการผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้และพัฒนาการ ดังนี้

4.4.1 ส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การวางแผนการเคลื่อนไหวอย่างง่าย สหสัมพันธ์ของร่างกาย

4.4.2 ส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้มือหยิบจับสิ่งของ ฝึกการทำงานของตาและมือให้ประสานกัน (eye-hand co-ordination) เด็กสามารถหยิบจับสิ่งของ เช่น จับถ้วยกินน้ำ จับแปรงสีฟัน หยิบช้อนกินข้าว

4.4.3 ส่งเสริมพัฒนาการด้วย การเล่น การเรียนรู้ การแสดงออกและการควบคุมพฤติกรรมอารมณ์ ทักษะทางสังคมที่เหมาะสม

4.4.4 เพิ่มช่วงความสนใจในการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องและมีความท้าทายในการทำกิจกรรม

4.5 การแก้ไขการพูด บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเกินกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาการพูดและการสื่อความหมายเริ่มจากการฝึกใช้กล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง ออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องกระทำในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี จึงจะได้ผลดีที่สุด

4.6 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Education Rehabilitation)
ควรเปิดโอกาสให้บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเรียนรู้ร่วมกับบุคคลปกติมากที่สุด การจัดการศึกษาพิเศษเฉพาะบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาล้วน ๆ (Special Education) จะจัดเท่าที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น แต่จะส่งเสริมการจัดเรียนรวมและการเรียนรวม (Integration and Inclusion Education) ให้มากที่สุด

หลักการสอนบุคคลที่มีสติปัญญาบกพร่อง

1. การใช้หลัก 3 R' S คือ
 - Repetition คือ การสอนแบบซ้ำไปซ้ำมา
 - Relaxation คือ การสอนแบบไม่ตึงเครียดนัก
 - Routine คือ การสอนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน
2. สอนทีละขั้นจากสิ่งใกล้ตัวไปหาสิ่งไกลตัว หรือ จากง่ายไปยาก
3. สอนโดยการกระทำจริง
4. ต้องพยายามจัดการเรียนการสอนให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้มีประสบการณ์ใหม่ๆ
5. สอนโดยใช้ของจริงหรืออุปกรณ์ประกอบทุกครั้ง
6. สอนโดยใช้เวลาพอสมควรในการเปลี่ยนกิจกรรมอย่างหนึ่งไปสู่กิจกรรมอีกอย่างหนึ่ง
7. การสอนต้องอาศัยแรงจูงใจ (Motivation) ทำให้อยากเรียนโดยการให้แรงเสริม
8. ต้องสอนตามความสามารถระดับสติปัญญาและความต้องการของแต่ละบุคคล
9. พยายามฝึกให้ช่วยเหลือตนเองมากที่สุด
10. ต้องช่วยให้พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง
11. มีการประเมินผลความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา

วิธีการสอนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม

1. ใช้การแนะนำโดยการกระทำคือ การช่วยให้เกิดการกระทำโดยจับมือให้ทำตาม พร้อมทั้งการใช้คำสั่งแล้วให้รางวัลหรือชมเชย การจับมือทำนี้จะค่อยๆ ลดการช่วยเหลือเมื่อบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเริ่มพยายามทำด้วยตัวเอง

2. ใช้วิธีการเลียนแบบโดยการทำให้ดูเป็นตัวอย่างแล้วให้ทำตาม ชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อทำได้ การสอนให้เลียนแบบจะต้องทำเป็นขั้นๆ เพื่อเป็นการง่ายจึงควรแบ่งงานออกเป็นขั้นย่อยๆ จากง่ายไปยาก ให้รางวัลชมเชยเมื่อทำได้ดีในแต่ละขั้นแล้วจึงสอนเพิ่มขึ้นในขั้นต่อไปจนสำเร็จทั้งหมด

3. ให้แรงจูงใจ ให้บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่ให้เต็มที่ มีการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

4.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation) การเตรียมฝึกอาชีพให้แก่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 15-18 ปี เป็นสิ่งที่จำเป็นมากต่อการประกอบอาชีพในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ การฝึกการตรงต่อเวลา รู้จักรับคำสั่งและนำมาปฏิบัติเองโดยไม่ต้องมีผู้เตือน การปฏิบัติตนต่อผู้ร่วมงานและมารยาทในสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ควรได้รับการช่วยเหลือให้มีอาชีพที่เหมาะสม อาชีพที่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาสามารถทำได้ดี ได้แก่ อาชีพงานแม่บ้าน งานบริการในโรงงาน ในสำนักงาน เช่น การรับส่งหนังสือถ่ายเอกสาร เป็นต้น

5. Health

จัดกิจวัตรประจำวันให้สม่ำเสมอ เช่น การตื่นนอน การเข้านอน ขับถ่ายเนื่องจากการเปลี่ยนตารางกิจกรรมหรือสถานที่บ่อยๆ ทำให้เด็กเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม

- เด็กควรนอนพักผ่อน 8-10 ชั่วโมงต่อวัน
- ให้เด็กช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันตามระดับพัฒนาการ
- ให้เด็กได้มีกิจกรรมออกกำลังกายตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อช่วยเรื่องการเข้าสังคม ลดความเสี่ยงเรื่องผลข้างเคียงจากยาและช่วยลดความเสี่ยงพฤติกรรมไม่เหมาะสมทางเพศ

6. Outpatient

ความผิดปกติที่อาจพบร่วมด้วย พบความผิดปกติทางจิตเวชในบุคคลที่มีสติปัญญาบกพร่องได้ถึง ร้อยละ 45 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป ความผิดปกติเหล่านี้จะพบบ่อยขึ้นเมื่อความรุนแรงของสติปัญญาบกพร่องมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาพฤติกรรม ความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่

- ชน สมาธิสั้น ร้อยละ 8-15
- พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3-15 นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมก้าวร้าว กระตุ่นตนเอง ตบมือ เขย่งเท้า ตื้อ เกเร
- โรคอารมณ์สับสนแปรปรวน ร้อยละ 1-3.5
- โรคจิตเภท ร้อยละ 3
- บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะพบอาการชักได้บ่อยกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไป ประมาณ 10 เท่า โดยเฉพาะบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากพบได้ถึง ร้อยละ 30 อาการชักมักควบคุมได้ยาก
- ภาวะระบบประสาทสัมผัสบกพร่อง ได้แก่ การได้ยินบกพร่อง หรือ มีปัญหาในการมองเห็น นั้น พบได้บ่อยสุดในบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาโดยเฉพาะในกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของ ใบหน้าและศีรษะ (Craniofacial Syndromes) ประมาณร้อยละ 50 ของบุคคลที่มีภาวะสติปัญญาบกพร่องในระดับรุนแรงจะมีปัญหาในการมองเห็นภาพที่พบได้บ่อย ได้แก่ ตาเข และสายตาสั้นผิดปกติ
- ความบกพร่องในด้านการเคลื่อนไหวซึ่งเข้าได้กับโรคสมองพิการ (Cerebral Palsy : CP)
- ประมาณร้อยละ 50-75 ของเด็กออทิสติกมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาาร่วมด้วย พฤติกรรมออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมซ้ำๆ หรือทำร้ายตนเองอาจพบได้บ่อยในบุคคลที่มีภาวะสติปัญญาบกพร่อง โดยเฉพาะในระดับรุนแรง

7. Diet

- ส่งเสริมการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
- เสริมอาหารหลากหลายตั้งแต่เด็กยังเล็ก เพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร
- งดชา กาแฟ น้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว และสารเสพติดอื่นๆ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เป็นกระบวนการที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งความสามารถนั้นหมายถึงสมรรถภาพของบุคคลในการทำหน้าที่ในสถานการณ์ทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายเพื่อให้เกิดความพึงพอใจตามความต้องการของบุคคลนั้นและบรรลุในสิ่งที่ต้องการสูงสุด ในการมีส่วนร่วมทางสังคมโดยส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งในที่นี่จะกล่าวถึงการฟื้นฟู สมรรถภาพทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมให้ได้รับการจ้างงานหรือให้สามารถรักษางานที่ทำไว้ได้ ซึ่งทักษะทางสังคมที่สำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะทางสังคมที่ใช้ในการดำเนินชีวิต และทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการทำงาน

ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเสริมความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การฝึกทักษะต่างๆ ในการเข้าสังคม การทำงานการใช้ชีวิตการเรียน การรับการรักษาทางการแพทย์ เป็นต้น และช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การคมนาคมขนส่ง เครื่องช่วยทางสังคม เป็นต้น

วัตถุประสงค์การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเพื่อการทำงาน

1. เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ได้รับการจ้างงาน หรือมีความพร้อมเข้าสู่การจ้างงานมีการควบคุมอารมณ์ที่ดี เพิ่มความทนทานต่อความกดดันและความวิตกกังวลในการทำงาน
2. เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ได้รับการจ้างงาน หรือมีความพร้อมเข้าสู่การจ้างงานมีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มการเคารพตนเองและการมีคุณค่าในตนเอง

ทักษะที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

1. ทักษะทางสังคมที่ใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น โดยมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม ได้แก่ ทักษะการสื่อสารการพูดคุย ทักษะทางด้านอารมณ์และการ

แสดงออกการฝึกการมองโลกในแง่ดีหรือการคิดในเชิงบวก ซึ่งทักษะเหล่านี้ล้วนเป็นทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิตในสังคมสำหรับทุกคน

1.1 ทักษะการสื่อสาร การสื่อสารเป็นพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์ ทั้งในระดับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน การสื่อสารไม่ได้หมายถึงคำพูดเพียงอย่างเดียว แต่หมายรวมถึงวิธีการพูด น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และการแสดงออกซึ่งเรียกรวมๆ ว่า “ภาษาท่าทาง” หรือ “ภาษากาย” เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นของทั้งสองฝ่าย เป็นการสื่อสารแบบสองทาง

หลักการพูดบอก “ความรู้สึก” โดยไม่ให้ “เสียความรู้สึก”

- ตรวจสอบความพร้อมในการรับฟังของคู่สนทนา
- พูดประเด็นให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ไม่พูดพร้อมกันหลายเรื่องหรือนำเรื่องเก่ามาพูด
- พูดถึงสิ่งที่ได้ยิน หรือสังเกตเห็น โดยไม่จู้จี้ขบถพร่องของคู่สนทนา
- ไม่กล่าวโทษ หรือพยายามควบคุมบังคับ
- พูดถึงเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวเรา
- ตรวจสอบความเข้าใจ ว่าคู่สนทนาเข้าใจเราถูกต้องหรือไม่ เมื่อได้พูดออกไป

หลักในการฟัง “ความรู้สึก” โดยไม่ให้ “เสียความรู้สึก”

- ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองให้ชัดเจน
- ไม่เอาแต่ปกป้องตนเอง
- ไม่พยายามหาข้ออ้างมาแก้ตัวในพฤติกรรมของตนเอง
- สรุปความเข้าใจจากสิ่งที่ได้ฟัง
- แสดงความคิดเห็นและความรู้สึก จากมุมมองของตนเอง
- รับผิดชอบต่อความคิดเห็นและการกระทำของตน
- พยายามมองหาสิ่งที่เกิดขึ้นจากมุมมองของคู่สนทนา
- ทำความเข้าใจในข้อมูลย้อนกลับ
- ไม่ปฏิเสธ โดยทำให้เป็นเรื่องตลกโปกฮา หรือพูดประชดประชัน
- ไม่ต้องต่อว่าตนเองจนทำให้รู้สึกด้อย หรือคิดว่าคนอื่นถูกต้องทั้งหมด
- วางแผนใช้ข้อมูลที่ได้มาให้เกิดประโยชน์

1.2 ทักษะทางอารมณ์ อารมณ์เป็นความรู้สึกภายในที่เรารู้สึกกระทำหรือเปลี่ยนแปลงภายในตัวของเขาเอง อารมณ์เป็นสิ่งที่ไม่คงที่มีการแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา บุคคลมีอารมณ์พื้นฐาน อยู่ 3 ชนิด คือ ความโกรธ ความกลัว และความพึงพอใจ

ตารางการพัฒนาและฝึกทักษะทางอารมณ์

ลำดับ	การพัฒนาอารมณ์	การฝึกทักษะทางอารมณ์
1	การรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง	สำรวจอารมณ์ในแต่ละขณะว่าเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไรเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ควรฝึกสังเกตติดตามอารมณ์ให้ได้ นานอย่างน้อยรอบละ 5-10 นาที และค่อยๆ เพิ่มจำนวนรอบขึ้น
2	การยอมรับอารมณ์ของตนเอง	ยอมรับตามที่เป็นจริง ยอมรับว่าเรามีความรู้สึกนั้นอยู่ ด้วยท่าที่เป็นกลาง ไม่หงุดหงิดหรือพยายามกดอารมณ์ เมื่อตนเองเกิดอารมณ์ด้านลบหรือชื่นชม เช่น เรามีความกลัว ความโกรธ ความคับข้องใจ หรือความดีใจ สุขใจ เป็นการมองอย่างไม่ตัดสิน ถูกผิด ตัวอย่างเช่น “ฉันรู้สึกผิดหวัง” แทนที่จะเป็น “เขาน่าจะบอกฉันตั้งแต่ เมื่อวานนี้เขามาช่วยไม่ได้” หรือ “ฉันจะมัวแต่ผิดหวังอยู่ อย่างนี้หรือ” แทนที่จะเป็น “เขาต้องทำตัวให้ดีกว่านี้ ฉันทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว”
3	การเติมพลังใจให้ตนเอง	เป็นการส่งเสริมพื้นอารมณ์ให้อยู่ในระดับบวก ได้แก่ การออกกำลังกายและการทำจิตใจให้สงบ เช่น หากเครียด เนื่องจากการทำงานแทนที่จะให้จิตใจตกอยู่กับอารมณ์ หงุดหงิด ชุ่นมัวอยู่ตลอดเวลา เราก็ควรรหากิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ไปเที่ยวหรือหางานอดิเรกทำ เช่น เลี้ยงปลา เล่นดนตรี พบปะสังสรรค์กับเพื่อนที่ไม่เคยเจอกันนาน เหล่านี้จะทำให้จิตใจผ่อนคลาย

ลำดับ	การพัฒนาอารมณ์	การฝึกทักษะทางอารมณ์
4	ฝึกให้มีทัศนคติและความคิดในเชิงบวก	ฝึกมองสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในทางบวก รู้จักมองบุคคลหรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองที่ต่างไปจากเดิม ฝึกตนเอง ให้มีอารมณ์ขัน การฝึกคิดหรือมองสิ่งต่างๆ ในหลายๆ แง่มุม เช่น ถ้าเราติดอยู่กับมุมมองแต่ที่ว่าเพื่อนร่วมงานคนนี้เป็นคนเห็นแก่ตัว พอเขาทำอะไรที่ส่อลักษณะเช่นนั้น เราก็จะไปเสริมข้อมูลเดิมของเราทันที ขณะที่ในเวลาอื่นเขาไม่มีทำที่เช่นนั้นเรากลับมองไม่เห็น เรียกว่าสมองเราไม่ได้จัดโปรแกรมให้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนๆ นี้ในด้านบวก
5	ฝึกให้รู้สึกดีต่อตนเอง	ผู้ที่รู้สึกดีต่อตนเองจะมีความรู้สึกพึงพอใจกับสภาพปัจจุบันเพราะเข้าใจดีว่า คนเราย่อมมีจุดเด่นจุดด้อยในแต่ละด้านแตกต่างกันไป

1.3 ทักษะการคิดเชิงบวก เป็นการหามุมมองให้เป็นบวก ให้เป็นประโยชน์กับชีวิตตนเองและคนอื่น การมองโลกในแง่ดี ช่วยให้มีสุขภาพจิตดี ตามมาด้วยความสำเร็จและความสุข วิธีในการฝึกให้คนฝึกการรู้จักการมองโลกในแง่ดีหรือการคิดในเชิงบวก มีแนวทางดังนี้

1.3.1 บันทึกการทำดีที่ประทับใจเรามากที่สุดในชีวิตให้ได้อย่างน้อย 3 เรื่อง และอ่านเรื่องที่บันทึกนี้ หรือคิดถึงการทำดีที่ประทับใจของเราก่อนนอนทุกวัน การระลึกถึงการทำดีของเราเป็นประจำ จะทำให้เราได้ซาบซึ้งกับคุณค่าของตัวเองหรือฝึกมองตัวเองในแง่ดี ในทางกลับกันการระลึกถึงการทำดี ของคนอื่นเป็นประจำ จะทำให้เราซาบซึ้งกับคุณค่าของคนอื่นในแง่ดีด้วย

1.3.2 ฝึกกล่าวคำว่า “ขอบคุณ-ขอใจ-ขอโทษ” กับคนอื่นในทุกๆ วัน เมื่อฝึกกล่าวคำว่า “ขอบคุณ-ขอใจ-ขอโทษ” คนอื่นเป็นแล้ว จากนั้นให้หัดกล่าวคำว่า “ขอบคุณ-ขอใจ-ขอโทษ” กับตัวเราให้เป็น เพื่อเพิ่มความสุขจากการให้อภัยตัวเอง

1.3.3 สร้างอารมณ์ขันให้กับชีวิต พยายามมองทุกเรื่อง que เข้ามาในชีวิตของเราให้เป็นเรื่องสนุกและยิ้มให้กับเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้น มองมุมที่ดีของเรื่องนั้นๆ พยายามคิดแต่สิ่งที่ดีงาม ทำให้จิตใจ

เป็นสุขและเกิดพลัง ฝึกมองวิกฤตให้เป็นโอกาสที่ทำให้ใจเป็นสุขและเกิดพลังใจ ขจัดความคิดที่ว่าบุคคลอื่นมักคิดในทางลบกับตัวเรา

1.3.4 ช่วยให้ผู้อื่นมีความสุข คือ การได้ช่วยคนอื่นให้มีชีวิตที่ดีขึ้นหรือมีความสุขมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวหรือในองค์กรที่เราทำงานด้วยความเต็มใจและจริงใจ เราจะรู้สึกถึงความคิดเชิงบวกและรู้สึกถึงความสุขที่เกิดขึ้นในจิตใจของเรา

1.3.5 ฝึกการใช้เทคนิคมองตนเองในด้านบวก การฝึกให้มีภาพแห่งความดี ความเก่ง ความเชื่อมั่นในตนเองไว้ในจิตใจ ให้หลับตานึกถึงภาพตัวคุณเวลามีความสุขที่สุดเก่งที่สุดและเก็บภาพนั้นไว้ ทำแบบนี้วันละ 5 นาที คุณทำแบบนี้จะทำให้คุณมีความสุข

2. ทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการทำงาน ในการทำงานนั้น นอกจากจะมีทักษะและประสบการณ์ความรู้ความสามารถในการทำงานตามภาระหน้าที่แล้ว ยังจำเป็นต้องมีทักษะเฉพาะตัวบุคคลเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงาน ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพและเกิดภาพลักษณ์ที่ดี ได้แก่ การเป็นคนตรงต่อเวลาการแต่งกายอย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ การฝึกความอดทนและอดกลั้น การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การตัดสินใจและการแก้ปัญหา การปฏิเสธและการจัดการความเครียด

แนวทางการพัฒนาทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการทำงาน

ทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการทำงาน	แนวทางการพัฒนา
<p>1. การตรงต่อเวลา</p> <p>แสดงถึงการมีวินัย การบังคับตนเอง ความไม่ประมาทหรือเฉื่อยชา ลักษณะของการตรงต่อเวลา เป็นนิสัยของคนกระตือรือร้น ชีวิตมีระเบียบและ มีวินัยต่อตนเอง เป็นที่ไว้วางใจของคนอื่น</p>	<p>1. ฝึกตรงต่อเวลาในการเข้าทำงานและเลิกงาน</p> <p>2. ฝึกตรงต่อเวลาเมื่อมีการนัดหมาย</p> <p>3. ฝึกตรงต่อเวลาตามแผนงานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า</p> <p>4. ฝึกตรงต่อเวลาตามที่ตนตั้งใจ</p> <p>การฝึกการเป็นคนตรงต่อเวลา</p> <p>1. ทำอะไรให้กระตือรือร้น ไม่ผัดเวลา</p> <p>2. มีการวางแผนเตรียมตัวให้พร้อมอยู่เสมอ</p> <p>3. ฝึกการมีวินัยในตนเองและหัดเกรงใจผู้อื่น</p> <p>4. ไม่ประมาทและไม่ทำอะไรจับจด</p> <p>5. ฝึกจิตให้มีสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำ</p>

<p>2. แต่งกายอย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ</p> <p>การแต่งกายเป็นมารยาททุกๆ ไป ซึ่งทุกคนต้องปฏิบัติเหมือนกันตามแต่โอกาสที่เหมาะสม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. หลักพื้นฐานในการเลือกเสื้อผ้า ได้แก่ ความเรียบร้อย ความสวยงาม เหมาะสมกับกาลเทศะ มีขนาดพอดีตัวและสวมใส่สบาย 2. หลักการเลือกใช้สิ่งประกอบอื่นๆ ได้แก่ รองเท้า เนกไทเข็มขัด เครื่องประดับ ถู่งน่อง ถู่งเท้า 3. การจัดทรงผมและการดูแลรักษาผมการปฏิบัติตนที่ดี
<p>3. การฝึกความอดทนและอดกลั้น</p> <p>การใช้น้ำเสียง การแสดงออกด้วยท่าทีที่สุภาพ เมื่อต้องมีการประสานงานกับผู้อื่นและเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและสภาวะกดดัน ก็สามารถรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาแนะนำผู้อื่น ถึงแนวทางและวิธีการควบคุมอารมณ์ตนเอง ให้แสดงออกอย่างเหมาะสม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในการอดทนอดกลั้น โดยการรับฟังให้มาก ยอมรับความแตกต่างทางความคิด สื่อสารด้วยกิริยาวาจาสุภาพแบบกัลยาณมิตร ควบคุมอารมณ์ตัวเองให้ได้มากที่สุด ใจเย็น หัวเราะและยิ้ม มีน้ำใจ ให้อภัยต่อกัน ทำงานเป็นทีม 2. ควบคุมอารมณ์ ไม่แสดงกิริยาที่ไม่เหมาะสมต่อเพื่อนร่วมงาน 3. สงบ นิ่ง เก็บความรู้สึกและอารมณ์ ทำหน้าที่เป็นผู้ฟังที่ดีรับฟังปัญหาของเพื่อนร่วมงานและผู้ให้บริการ ไม่ว่าจะมีความคิดเห็นแตกต่างจากเราหรือเป็นความคิดเห็นทางลบก็ตาม 4. คิดให้เป็นในเชิงบวก (Positive thinking) กับเพื่อนร่วมงานมองโลกในแง่ดี พยายามไม่มองจุดบกพร่อง ของเพื่อนร่วมงานไม่คิดเล็กคิดน้อยต่อเพื่อนร่วมงาน ไม่ว่าเรื่องอะไรก็ตาม

	<ol style="list-style-type: none"> 5. มีความสามัคคี ไม่แบ่งพรรคแบ่งพวก ไม่มีความลำเอียง รักคนนั้นมากกว่าคนนี้ ไม่ยึดติดกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง 6. ยอมรับว่าเป็นธรรมดาที่มนุษย์เรามีความแตกต่างกัน 7. คิดว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น เป็นบุคคลที่น่าสงสาร 8. พยายามหาส่วนดีของบุคคลอื่น และมองข้ามข้อบกพร่องของเขา 9. ควบคุมอารมณ์และสถานการณ์ให้ได้ ไม่แรงตอบกลับไป นึกถึงผลประโยชน์ขององค์กรเป็นหลัก หากมีเรื่องกระทบกระทั่งกันควรจะพูดคุยกันถึงเหตุและผล 10. มีขันติ มีสมาธิ ยอมรับ บริการด้วยความเต็มใจ และ ช่วยเหลือตามความสามารถ เตรียมใจสิ่งที่จะมา กระทบทั้งที่ดีและไม่ดี
<p>4. การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง</p> <p>เป็นการสร้างความสุข ความอึดใจ ไม่กังวล มีความพอใจในตนเอง และกล้าที่จะทำในสิ่งที่เหมาะสม บุคลิกภาพที่ดี เป็นมิตรกับผู้อื่นได้ทุกคน ซึ่งจะช่วยผลักดันให้บุคคลนั้น ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ยอมรับตัวเองว่ามีความดีและความไม่ดีปนกัน โดยทำความเข้าใจและยอมรับให้ได้ว่า คนทุกคน มีความไม่เท่ากัน และไม่เหมือนกัน ทุกคน มีข้อบกพร่องทั้งนั้น เช่น เห็นแก่ตัว เอาแต่ได้ ก้าวร้าว เป็นต้น 2. อย่าตอกย้ำความรู้สึกที่ไม่ดีกับตัวเองซ้ำๆ การตอกย้ำ ก็จะทำให้เรา “เชื่อ” ว่าตัวเองไม่ดี มีข้อบกพร่อง ตามความคิดซ้ำๆ นั้น และอย่าไปเชื่ออย่าไปสนใจ ความเชื่อหรือสิ่งที่ไม่สร้างสรรค์

	<ol style="list-style-type: none"> 3. สร้างความเชื่อใหม่ โดยพูดและบอกตัวเอง บ่อยๆ เช่น “ฉันรักชีวิตของฉัน” “ฉันเป็นคนเก่ง-ดีมาก” 4. เลือกเชื่อในสิ่งที่สร้างสรรค์กับตัวเอง ทำทุกอย่างให้เต็มที่ ได้ผลแค่ไหน..ก็แค่นั้น ยอมรับและลงมือเริ่มทำใหม่ 5. รู้จัก ถ่อมตน-ถ่อมใจ โดยมองเห็นว่าคนอื่นทุกคนก็เป็นคน เก่งมาก-ดีมาก ด้วย 6. พัฒนาตนเองให้ เก่งขึ้น-ดีมากขึ้น โดยพูดและบอกตัวเองบ่อยๆ “พรุ่งนี้เราจะมีชีวิตอยู่และดีขึ้นๆ” และเติมสิ่งดีใส่ในชีวิต
<p>5. การปฏิเสธ</p> <p>การปฏิเสธเป็นเรื่องที่หลายคนรู้สึกลำบากใจ ไม่อยากทำหรือทำไม่เป็น ซึ่งคนเรามีความต้องการ แตกต่างกันไป เราจึงมีสิทธิที่จะปฏิเสธคำขอของผู้อื่น หากคำขอหรือคำชักชวนนั้นปฏิบัติแล้วไม่เกิดประโยชน์ อาจเกิดโทษ หรือเรามีเรื่องอื่นที่สำคัญกว่าต้องทำ ทักษะปฏิเสธจึงเป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต</p>	<p>เทคนิคการปฏิเสธอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องเชื่อว่าเรามีสิทธิที่จะปฏิเสธ มีสิทธิที่จะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตัวเองและคนที่เรารักโดยไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน 2. ต้องประเมินแล้วว่าเราต้องการปฏิเสธจริงๆ จากนั้น ให้พูดด้วยท่าทาง และน้ำเสียงที่หนักแน่นจริงจัง เพื่อแสดงความตั้งใจอย่างแท้จริง 3. หากยังลังเลไม่แน่ใจ อาจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประกอบการตัดสินใจ หากได้ข้อมูลแล้ว ยังไม่แน่ใจว่าจะปฏิเสธหรือไม่หาทางชะลอ การตัดสินใจ เพื่อให้เวลาตนเองคิดทบทวนใหม่อีกครั้ง โดยใช้คำพูดว่า “ขอคิดดูก่อนนะ” 4. ใช้ความรู้สึกเป็นข้ออ้างประกอบเหตุผล

	<p>เพราะการใช้เหตุผลอย่างเดียวมักถูกโต้แย้งด้วยเหตุผลอื่น เช่น “ฉันรู้สึก...ไม่สามารถไปกับเธอได้วันนี้”</p> <p>5. ขอความเข้าใจและกล่าวคำขอบคุณเมื่ออีกฝ่ายยอมรับ เพื่อเป็นการรักษาน้ำใจ</p>
<p>6. การพูดขอร้องผู้อื่น</p> <p>การพูดขอร้องผู้อื่นคือการพูดเชื้อเชิญให้ผู้อื่น ปฏิบัติตามด้วยการใช้ถ้อยคำ ที่สุภาพเหมาะสม</p>	<p>เทคนิคในการขอร้องผู้อื่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ต้องเกริ่นนำก่อนขอร้อง เพื่อให้จะได้รับความร่วมมือจากผู้อื่น 2. ใช้คำพูดที่สุภาพ เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์ <ol style="list-style-type: none"> 1) กล่าวถึงเหตุจำเป็นหรือความต้องการของตน โดยกล่าวข้อเท็จจริงหรือความจำเป็นเร่งด่วนตามตรง เพื่อให้ได้รับรู้และให้ผู้ถูกขอร้องพิจารณาตามสมควร เช่น “งานที่ให้ทำและให้ส่งภายในเย็นนี้พอดีมีธุระกะทันหันขออนุญาตส่งในพรุ่งนี้” 2) กล่าวแสดงความขอบคุณ เป็นการแสดงออก ถึงความจริงใจ เกรงใจ คาดหวัง การปฏิบัติตาม ในการ ขอร้อง จึงต้องมีการกล่าวถ้อยคำแสดงความขอบคุณ เช่น “รบกวนส่งเอกสารให้หน่อยนะ ขอบคุณมาก” 3) สาราภาพตามตรง เป็นการสาราภาพตามตรงถึงเหตุที่ต้องมีการขอร้อง เจตนา แจ้งให้ทราบ 4) กล่าวถามความสมัครใจด้วยการถามความด้วยการถามความสะดวกของผู้ถูกขอร้องเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย เช่น

	<p>“ฝากส่งเอกสารให้หน่อยซิ ว่างหรือเปล่า”</p> <p>5) กล่าวแสดงความรู้สึกเกรงใจ เป็นการกล่าว ที่แสดงออกถึงความจริงใจ ความเกรงใจโดยต้องอ้างเหตุผลจำเป็น เพื่อให้ผู้ถูกขอร้องเกิดความเห็นใจ เช่น “พอดีติดงานนี้ อยู่ ฝากนอมนะ เองงานไปส่งให้ที”</p> <p>3. เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์ เช่น ขอร้องให้ผู้อื่นช่วยในเวลาที่เขาว่าง งานที่ขอร้องให้ช่วยเหลือต้องเหมาะสมกับเขาและเขาสามารถทำได้</p> <p>4. เปิดใจให้กว้างยอมรับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น</p>
<p>7. การจัดการความเครียด</p> <p>ความเครียดมักจะมีอยู่ 2 ส่วน คือ การพยายามแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า เมื่อมีความเครียดเราจะมี การจัดการความเครียดที่ใช้บ่อยๆ คือ การจัดการกับ อารมณ์ด้วยวิธีการทำให้ปัญหานั้น ยุ่งยากมากขึ้น เช่น ดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด ขับรถเร็ว ประชดประชัน ทำลาย ข้าวของหรือทำร้ายตนเอง ส่วนหนึ่งเพราะขาดทักษะการแก้ปัญหาที่ดี มองไม่เห็นทางออกที่ดีกว่านี้ หรืออาจจากการขาดทักษะการจัดการกับ อารมณ์ลบของตนเอง ไม่สามารถคลี่คลาย อารมณ์ที่เหมาะสมได้</p>	<p>1. หาสาเหตุและลงมือแก้ไข ไม่ว่าจะ เป็น ความเครียดที่มาจากปัญหาความขัดแย้ง การเงิน สุขภาพ ความรัก โดยต้องฝึกความอดทน และฝึกอยู่กับความยากลำบากขณะคิดหาทางและลงมือแก้ปัญหา อาจขอความช่วยเหลือจากผู้ที่สามารถให้ ความช่วยเหลือหรือฝึกทักษะบางอย่างที่ทำให้แก้ไขปัญหานั้นได้สำเร็จ</p> <p>2. เบี่ยงเบนความสนใจ ต้องหยุดคิดเรื่องที่เป็นปัญหา ทำให้เครียดชั่วคราว หาอะไรอย่างอื่นทำที่เป็น การดูแลตนเอง พักจิตใจ พักร่างกาย ก่อนจะกลับมาหาทางคิดแก้ไขต่อไป ตัวอย่างวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจที่ดี ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การออกกำลังกาย - ทำในสิ่งที่ชอบที่รู้สึกดีหรือเกิดความเพลิดเพลิน เช่น เดินเล่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง

	<p>หรือทำอะไรใหม่ๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสีย</p> <ul style="list-style-type: none"> - หยุดความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่ดี เช่น การคิดตำหนิตนเอง โดยการพูดเตือนตนเอง “หยุด” แล้วเปลี่ยนไปใส่ใจเรื่องอื่นแทน - หลีกเลี้ยงสถานที่และบรรยากาศที่ชวนเครียด เพื่อไม่ให้คิดวนเวียนกับเรื่องที่เป็นปัญหาเช่น ไม่อยู่คนเดียว หรือฟังเพลงเศร้าๆ เป็นต้น - เลี่ยงวิธีการที่ส่งผลเสียตามมา เช่น การดื่มสุรา การใช้จ่ายเสพติด การใช้ความรุนแรง การหนีปัญหา <p>3. ทำความเข้าใจกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทำความเข้าใจตนเอง ทำใจให้สงบยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยวิธีการต่างๆ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝึกอยู่กับอารมณ์นั้นสักพัก ทำความเข้าใจและยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น หงุดหงิด โกรธ เศร้า - ใช้เวลาทำความเข้าใจตัวเอง เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น - หามุมมองหรือความคิดใหม่ที่จะช่วยให้อารมณ์ของเราดีขึ้น - ทบทวนว่าเราสามารถทำอะไรได้บ้างแล้วเลือกลงมือทำ - ใช้อารมณ์ขัน ทำกิจกรรมที่สนุกมองหาด้านที่น่าขันของเหตุการณ์ <p>4. มีมุมมองใหม่ๆ หาวิธีคิดและฝึกมองในแงุ่มใหม่ๆ ที่จะช่วยให้เราเข้าใจปัญหาดีขึ้น มองเห็น</p>
--	--

	<p>ทางออกที่ยืดหยุ่นได้ ฝึกคิดทางบวก มองด้านดี ของสิ่งที่เราไม่ชอบจะช่วยให้มองเห็นทางออก ได้ดีขึ้น</p> <p>5. ผ่อนคลายเรียกพลังโดยการฝึกเทคนิคต่างๆ เช่น การหายใจเข้าออกอย่างถูกวิธี ฝึกสมาธิ ฟัง เสียงธรรมชาติ เป็นต้น เพื่อช่วยให้เราได้สัมผัส กับความสุขทางใจ ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้เรา มอง อะไรได้รอบด้านมากขึ้น การจัดการปัญหาดีขึ้น</p> <p>6. ขอความช่วยเหลือ ถ้าไม่สามารถจัดการ ปัญหาได้ อาจขอความช่วยเหลือจากเพื่อน ญาติพี่น้อง คนรู้จัก เจ้านาย หรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เช่น ช่วยรับฟังปัญหา ช่วยเป็น กำลังใจ หรือขอคำแนะนำ หรือช่วยเหลือใน บางกิจกรรม เช่น ช่วยทำ บางอย่างให้ หรือ ช่วยเหลือด้านการเงิน</p>
--	---

วิธีการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการสอนการปฏิบัติเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในทางที่ดีขึ้น โดยมีแบบแผนที่ชัดเจน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการให้แรงเสริมทางสังคม เพื่อการ ปรับปรุงทักษะของบุคคล นั้นให้มีความสามารถในทักษะทางสังคม ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทักษะการดำรงชีวิตอิสระ ดังนั้น ลักษณะพิเศษของการฝึกทักษะทางสังคมนั้น จำเป็นต้องมีการ สื่อสารระหว่างกันและกันของสมาชิกและมีแบบแผนขั้นตอนชัดเจน

ขั้นตอนการฝึกทักษะทางสังคม

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัญหาร่วมกัน (Problem identification) โดยผู้ฝึกจะต้องมีการเกริ่น นำสร้างบรรยากาศ ให้เกิดความคุ้นเคยและสมาชิกผู้รับการฝึกเกิดความไว้วางใจ พร้อมพูดคุยเปิด

ประเด็นถึงปัญหาของสมาชิกแต่ละคน เปิดโอกาสให้สมาชิกผู้รับการฝึกได้ร่วมกันอภิปรายและพูดคุยในกลุ่ม จนได้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 ตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal setting) ผู้ฝึกให้สมาชิกพูดคุยถึงทักษะที่ต้องการจะฝึกในวันนั้น โดยให้สมาชิกผู้รับการฝึกร่วมกันคิด แบบทำงานร่วมกัน โดยไม่ใช้การออกคำสั่ง และให้สมาชิกร่วมกันตั้งเป้าหมายในการฝึก โดยมีการอภิปรายถึงความสำคัญของการฝึกพฤติกรรม ทำไมจึงต้องฝึกพฤติกรรมดังกล่าว การฝึกกิจกรรมนั้นจะส่งผลประโยชน์แก่ตนเองอย่างไร หลังจากนั้นสมาชิกผู้รับการฝึกต้องมีข้อตกลงร่วมกันว่าปัญหานั้นจะแก้ไขด้วยวิธีการอย่างไร จะทำรายการพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงหรือการแบ่งขั้นตอนการแสดงออกของพฤติกรรมเป็น ขั้นตอนย่อยๆ อย่างไรบ้าง เช่น ถ้าจะสั่งอาหารรับประทาน จะต้องทำพฤติกรรมเป็นขั้นตอนอย่างไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกใช้การสาธิตแสดง (Model) เป็นการแสดงวิธีการปฏิบัติทักษะแก่สมาชิกผู้รับการฝึกโดย ทำเป็นตัวอย่างให้สมาชิกผู้รับการฝึกได้เห็นและได้เรียนรู้วิธีการก่อนฝึกจริง พร้อมมีการสวมบทบาทสมมติ (Role play) การสวมบทบาทสมมติจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยได้ดี อาจจะต้องเริ่มต้นด้วยการวางแผน อธิบายสถานการณ์และมอบหมายให้สมาชิกผู้รับการฝึกได้ทดลองปฏิบัติทักษะนั้น เช่น ในสถานการณ์ที่ต้องเจอคนแปลกหน้าในที่ทำงาน เราควรจะแนะนำตัวอย่างไร ถ้าเป็นไปได้ ควรแสดงสาธิตในสถานการณ์ที่เป็นจริง

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อฝึกปฏิบัติทักษะแล้วควรมีการติชม (Collective feedback) หลังจากผู้ฝึกมอบหมายให้สมาชิกผู้รับการฝึกได้ทดลองปฏิบัติทักษะนั้นแล้ว ให้กลุ่มร่วมอภิปรายสิ่งที่เห็นจากการสาธิตแสดง โดยกล่าวชื่นชมสมาชิกผู้รับการฝึกส่วนที่ปฏิบัติได้ดีก่อน จึงจะวิจารณ์ส่วนที่ยังต้องปรับปรุงแก้ไขพร้อมให้ข้อเสนอแนะ หากพบว่าสมาชิกผู้รับการฝึกยังมีปัญหาอุปสรรค ผู้ฝึกต้องชวนสมาชิกผู้รับการฝึกมาพูดคุยและช่วยกันในการช่วยให้สมาชิก ผู้รับการฝึกนั้นได้แสดงพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและประสบความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 5 ให้การบ้าน (Homework assignments) ผู้ฝึกมอบหมายการบ้านให้สมาชิกผู้รับการฝึกโดยให้ฝึกทักษะที่เรียนรู้ เมื่อกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคม มอบหมายให้เขียนเล่าประสบการณ์และเขียนเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อในขณะที่นำทักษะที่เรียนมานั้นไปใช้จริงๆ ตลอดสัปดาห์ โดยนัดหมายกลับมาพบกัน ในอีก 1 สัปดาห์ เพื่อมาพูดคุยแลกเปลี่ยน พร้อมกันนี้ผู้ฝึกต้องมีการสอนการผ่อนคลาย เมื่อผู้รับการฝึกมีความกังวลใจ เช่น การสอนการผ่อนคลาย โดยการฝึกการหายใจ (Breathing exercise)

ขั้นตอนที่ 6 ติดตามผล (Follow-up) ผู้ฝึกนัดหมายผู้รับการฝึกมาพูดคุยประสบการณ์ว่า เป็นอย่างไรบ้าง ดี/ ไม่ดี ปัญหาอยู่ตรงไหน ผู้รับการฝึกทำอย่างไรปัญหาจึงได้ลดลง ความคิด ความเชื่อ ที่เขียนนั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ที่เหมาะสมถูกต้องควรเป็นอย่างไร

ตัวอย่างการฝึกทักษะทางสังคม

หัวข้อ	ตัวอย่าง
<p>ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัญหาหาร่วมกัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ฝึกเกริ่นนำสร้างความเป็นกันเองในกลุ่ม โดย ทักทายเรื่องทั่วไป “สวัสดีสมาชิกทุกคน เดินทางมาลำบากไหม....” 2. บอกถึงวัตถุประสงค์ในการมาพบกัน “วันนี้เรามาพบกันเพื่อถามไถ่ทุกข์สุขในเรื่อง ของการทำงานของสมาชิก มีปัญหาอะไรบ้าง ไหม” 3. กระตุ้นสมาชิกให้เล่าถึงปัญหาในการทำงาน 4. ให้สมาชิกพูดคุยในกลุ่ม จนได้ปัญหาที่ เกิดขึ้นร่วมกัน เช่น ปัญหาการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน
<p>ขั้นตอนที่ 2 ตั้งเป้าหมายร่วมกัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้สมาชิกพูดคุยถึงความจำเป็นและ ความสำคัญ “การขอความช่วยเหลือจากเพื่อน ร่วมงาน” 2. “การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน” มีวิธีการ/ขั้นตอนในการพูดอย่างไรให้เพื่อน ร่วมงานมาช่วยงานของเราได้ 3. สรุปข้อตกลงร่วมกัน “การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน” จะมีวิธีการแก้ไข อย่างไม่ให้เกิดประสิทธิภาพ

<p>ขั้นตอนที่ 3 การฝึกใช้การสาธิตแสดง และสวมบทบาทสมมติ (Role play)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ฝึกจำลองสถานการณ์ “การขอความช่วยเหลือ จากเพื่อนร่วมงาน ” 2. ผู้ฝึกแสดงเป็นบทบาทสมมติ ถึงขั้นตอนวิธีการ พุดคุยการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน ตัวอย่างการสื่อสารได้มาจากขั้นตอนที่ 2 ในข้อ 3 <ol style="list-style-type: none"> 2.1 เดินเข้าไปหาเพื่อนร่วมงานกล่าว ทักทายด้วย คำพูดที่สุภาพ “สวัสดีค่ะ คุณ...” 2.2 “ดิฉัน/ผม มีเรื่องขอความช่วยเหลือจากคุณ” 2.3 “ดิฉัน/ผม มีธุระจำเป็น รบกวนให้คุณ.....ช่วย ส่งเอกสารให้หน่อยได้หรือเปล่า” 2.4 หลังจากเพื่อนร่วมงานตอบรับ ให้กล่าว “ขอบคุณมาก (คะ / ครับ)” 3. ให้สมาชิกจับคู่ฝึกแสดงบทบาทสมมติ ตามที่ผู้นำกลุ่มได้สาธิตให้คุณเป็นตัวอย่าง
<p>ขั้นตอนที่ 4 การติชม วิพากษ์ และเสนอแนะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้สมาชิกกลุ่มบอกความรู้สึก ที่ได้แสดงบทบาทสมมติ 2. ให้สมาชิกแสดงความเห็นจากการแสดง โดยกล่าวชื่นชมสมาชิกผู้รับการฝึกส่วนที่ปฏิบัติได้ดีก่อน <p>“ คุณ.....ได้ใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี มีการใช้คำพูด สุภาพ ไพเราะ ”</p> 3. ผู้ฝึก และสมาชิกร่วมพูดคุย ในส่วนที่ต้องปรับปรุง แก้ไขพร้อมให้ข้อเสนอแนะ “คุณ.....ขณะที่พูดคุยขอรื่องนั้น ยังไม่มีการสบตาคู่สนทนา ถ้าจะให้ดีขึ้นควรมีการสบตาและยิ้มให้กับคู่สนทนาจะดีมาก ”

<p>ขั้นตอนที่ 5 ให้การบ้าน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ฝึกมอบหมายการบ้านให้สมาชิกทุกคน นำสิ่งที่ฝึก ทักษะในวันนี้ เรื่อง “การขอความช่วยเหลือ จากเพื่อนร่วมงาน ” ไปใช้ในที่ทำงาน 2. ผู้ฝึกมอบหมาย ให้สมาชิกเขียนบันทึก ประสบการณ์ ขณะที่นำทักษะที่เรียนมานั้น ไปใช้จริงๆ ตลอดสัปดาห์ 3. ผู้ฝึกนัดหมายให้สมาชิกกลับมาพบกันในอีก 1 สัปดาห์ เพื่อมาพูดคุยแลกเปลี่ยน เรื่อง “การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน” 4. ผู้ฝึกสอนการผ่อนคลายความเครียด เพื่อลดความวิตกกังวลใจของสมาชิก เช่น การนวดผ่อนคลายด้วยตนเอง
<p>ขั้นตอนที่ 6 ติดตามผล</p>	<p>ผู้ฝึกนัดสมาชิกมาพูดคุยประสบการณ์เรื่อง “การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน” ว่าเป็นอย่างไรบ้าง ดี/ ไม่ดี ปัญหาลดลงไหม</p>

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพมีความสำคัญมากเพราะการจะสนับสนุนให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับบุคคลในสังคมนั้น การได้รับการสนับสนุนด้านอาชีพจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญประการหนึ่ง เปรียบดังคำกล่าวที่ว่า “ค่าของคนอยู่ที่ผลของงาน” โดยในที่นี้จะปูพื้นฐานให้เห็นภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โดยเน้นการจัดบริการตามแนวทางการคืนสู่สภาวะ (Recovery) รวมทั้งเคล็ดลับในการเป็นผู้สอนงานสำหรับคนพิการ

ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการฝึกอบรมวิชาชีพให้กับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการประกอบอาชีพ ตามศักยภาพและความต้องการ เพื่อให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้รับการยอมรับ และเข้าสู่ตลาดแรงงาน สามารถรักษางานไว้ได้อย่างต่อเนื่องสร้างรายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เริ่มต้นมาจากแนวคิดในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเล็งเห็นว่าคนพิการเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ควรจะได้การพัฒนา ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้ ตลอดจนมีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีเช่นบุคคลทั่วไป นับตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการฟื้นฟู สมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 ทำให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนหันมาประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน ฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพทั้งในรูปแบบของการฝึกอาชีพในสถาบันและนอกสถาบัน โดยมีเป้าหมายให้คนพิการช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้โดยไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น

สำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมนั้นอาจมีความแตกต่างกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการในประเภทอื่นๆ เนื่องจากร่องรอยความเจ็บป่วยของ โรคทางจิตเวชอาจก่อให้เกิด

ทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องมีลักษณะและรูปแบบ ที่เฉพาะจำเป็นต้องมีบุคคลผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ ซึ่งรวมถึงบุคคลในสถานประกอบการ เพื่อให้คนพิการมีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งงาน มีความสามารถในการประกอบอาชีพ อย่างอิสระได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป สามารถรักษางานที่พวกเขาทำได้

รูปแบบฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการ

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ประกอบด้วยรูปแบบที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

1. โรงงานในอารักขา (Shelter Workshop) คือ การจัดให้มีบริการฝึกอาชีพและจัดหางานให้คนพิการ ซึ่งดำเนินงานโดยหน่วยงานของรัฐ และหน่วยงาน ภาคเอกชน รวมทั้งองค์กรของคนพิการเองซึ่งบริการด้านอาชีพของหน่วยงานดังกล่าวจะมีรูปแบบต่างๆ กันไป ศูนย์ฝึกอาชีพคนพิการนั้นถือเป็นกระบวนการในลำดับแรกๆ ที่สำคัญของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ สำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เพราะคนพิการทางจิตเจนนั้นจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนที่ จะกลับเข้าสู่สังคม

ตัวอย่างของโรงงานในอารักขาที่จัดตั้งโดยโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ได้แก่

- โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นหน่วยงานให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการทางจิตหรือพฤติกรรม โดยจัดให้มีบริการโครงการร้านเพื่อน โครงการทดลองจ้างงานที่ให้บริการในรูปแบบของโรงงานในอารักขา จัดบริการฝึกทักษะทางสังคมและอาชีพและจัดหางานให้กับคนพิการทางจิตหรือพฤติกรรม รวมทั้งให้คำแนะนำให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้คนพิการทางจิตหรือพฤติกรรม ทำงานในสถานประกอบการของเอกชนหรือประกอบอาชีพอิสระ เช่น รับจ้างล้างรถ จัดทำผลิตภัณฑ์เพื่อจำหน่าย ทำเบเกอรี่ ชงกาแฟและงานสำนักงาน งานเดินเอกสาร เป็นต้น

- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จัดบริการบำบัดรักษาคนพิการทางจิตและจัดโครงการส่งเสริมอาชีพ การประกอบอาชีพอิสระและการเตรียมความพร้อมฝึกทักษะการประกอบอาชีพอิสระ สาขาอาชีพต่างๆ ในโรงงาน ในอารักขา ได้แก่ ล้างรถ รับงานจากโรงงานมาผลิต ชักรีดร้านกาแฟ และเกษตรกรรม เป็นต้น พร้อมทั้งให้การแนะแนวเพื่อเข้ารับบริการฝึกอบรมวิชาชีพ ให้คำปรึกษาในการประกอบอาชีพ จัดหางานและติดตามผลการประกอบอาชีพ

- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพะดอนตูที่เน้นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยเกษตรกรรม บำบัดและส่งเสริมทักษะการค้าขายเกษตรปลอดสารพิษให้กับชุมชนบริเวณใกล้เคียง
- โรงพยาบาลสวนปรุง จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยห้วยดินดำ ส่งเสริมทักษะด้านงานเกษตรกรรม สอนผู้ป่วยจิตเวช ปลูก เก็บและจำหน่ายดอกมะลิ รวมถึงมีการวางแผนขยายขอบเขตการบริการโดยจะจัดทำ โครงการปลูกผักขึ้นในอนาคต
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จัดโครงการทดลองจ้างงาน โดยการประเมินและพัฒนาทักษะผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพในชุมชนได้ รวมถึงมีการฝึกทักษะการทำบ้านดินสำหรับเป็นที่อยู่อาศัยให้เป็นอาชีพสำหรับผู้ป่วยอีกด้วย

2. การจ้างงานแบบสนับสนุน (Supported Employment)

คือ การจัดหางานให้คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่มีความบกพร่อง สามารถทำงานเพื่อให้มีรายได้ โดยการสนับสนุนจากบุคลากรผู้สอนงาน และคนในสังคมรอบข้าง โดยมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

- ช่วยหางานให้ผู้รับบริการตามความสนใจโดยเร็วที่สุด
- งานส่วนใหญ่เป็นงานในตลาดแรงงาน
- ช่วยผู้รับบริการวางแผนที่เป็นจริง
- ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่จากทีมงานอย่างต่อเนื่องและไม่จำกัดเวลา
- มีการประสานงานกันระหว่างทีมงานและสถานประกอบการไม่ว่าจะเป็นนายจ้างหรือผู้ควบคุมงานใช้วิธี Place and Train Model (หางานก่อนแล้วฝึกทักษะในสถานการณ์จริง)
- บุคลากรที่ฝึกผู้ป่วย คือ Job Coach คู่มือเล่มนี้จะเน้นประเด็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมในลักษณะการจ้างงานแบบสนับสนุนเป็นหลัก

3. ธุรกิจเพื่อสังคม (Social Enterprise)

คือ กิจกรรมที่มีเป้าหมายหลักเพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีพื้นฐานจากความสนใจของเจ้าของธุรกิจ ที่ต้องการสร้างผลตอบแทนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ใช้รูปแบบการบริหารจัดการของธุรกิจและการทำประโยชน์แก่สังคมร่วมกันมีการนำนวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ สร้างกำไรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ของ

สังคม ไม่มุ่งกำไรสูงสุดและสนับสนุนสิ่งแวดล้อม ธุรกิจเพื่อสังคมในประเทศไทยนั้น แบ่งเป็น 6 กลุ่มหลักๆ ตามกลุ่มบุคคลและองค์กรที่ก่อตั้ง ดังนี้

1. เครือข่ายและองค์กรชุมชน รูปแบบกิจการเพื่อสังคมเป็นแบบวิสาหกิจชุมชน ท่องเที่ยวชุมชน สหกรณ์ องค์กร การเงินชุมชน ตัวอย่างเช่น กลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ เป็นต้น

2. องค์กร สาธารณประโยชน์ รูปแบบกิจการเพื่อสังคมเป็นแบบธุรกิจที่จัดตั้ง และ/หรือ ถูกริษัทโดยองค์กรสาธารณประโยชน์ ตัวอย่างเช่น โครงการตอยตุ่ง มูลนิธิแม่ฟ้าหลวง ร้าน Cabbages & Condoms (สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน) เป็นต้น

3. หน่วยราชการและรัฐวิสาหกิจ รูปแบบกิจการเพื่อสังคมเป็นแบบธุรกิจที่จัดตั้ง และ/หรือ ถูกริษัทโดยหน่วยราชการและรัฐวิสาหกิจ ตัวอย่างเช่น มูลนิธิโรงพยาบาลอภัยภูเบศร์ เป็นต้น

4. ผู้ประกอบการใหม่ รูปแบบกิจการเพื่อสังคมเป็นแบบกิจการที่บุกเบิกโดยผู้ประกอบการเพื่อสังคม ตัวอย่าง เช่น บริษัท Open Dream จำกัด นิตยสาร BE เป็นต้น

5. ธุรกิจเอกชน รูปแบบกิจการเพื่อสังคมเป็นแบบธุรกิจที่จัดตั้งโดยธุรกิจเอกชน (Corporate) ตัวอย่างเช่น บริษัท สังคมสุขภาพ จำกัด ร้านเลมอนฟาร์ม เป็นต้น

6. อื่นๆ รูปแบบกิจการเพื่อสังคมเป็นแบบธุรกิจที่จัดตั้ง และ/หรือ ถูกริษัทโดยวัด สถาบันการศึกษา สถาบันศาสตร์ ฯลฯ ตัวอย่างเช่น Thai Tribal Crafts Fair Trade (TTC) โรงเรียนรุ่งอรุณ หรือคนพิการเข้าไปมีส่วนถือหุ้น หรือเปิดกิจการและสนับสนุนการดำเนินการโดยคนพิการ เป็นต้น

แนวทางในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับคนพิการ คือ ผู้สอนงาน (Job Coach) โดยที่ผู้สอนงานจำเป็นต้องทราบบทบาทของตนเอง รวมถึงมีแนวทางหรือเทคนิคในการสนับสนุนคนพิการให้สามารถไปถึงเป้าหมายในการประกอบอาชีพตามที่คนพิการตั้งเป้าหมายไว้

ความหมายของผู้สอนงาน

ผู้สอนงาน หรือ Job Coach คือ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอบรมในการใช้เทคนิคต่างๆ ที่ช่วยให้คนพิการเรียน รู้การดำเนินงานตามความต้องการของนายจ้าง โดยเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการได้รับการยอมรับในฐานะเป็นพนักงาน ในที่ทำงานและในชุมชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประเมินผลงานที่เกี่ยวข้อง

กับการพัฒนางาน การให้คำปรึกษาการสนับสนุน การฝึกอบรม การท่องเที่ยว และการบริการอื่นๆ ที่จำเป็นที่จะทำให้คนพิการรักษางานไว้ได้

บทบาทของผู้สอนงาน

ผู้สอนงานถือว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ประสานงานระหว่างคนพิการกับนายจ้างในสถานประกอบการ มีหน้าที่ในการให้การสนับสนุนทั้งสองฝ่ายตลอดกระบวนการของการจ้างงาน โดยมีการดำเนินงานและวิธีการที่สำคัญ ดังนี้

- 1) Choose – Get – Keep ฝึกทักษะเพื่อการเลือกงานที่เหมาะสม
 - Choose การค้นหาและคัดเลือกงานที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของพนักงาน
 - Get การดำเนินการเพื่อให้ได้งานที่เลือกไว้
 - Keep การทำให้ผู้ทำงานสามารถรักษางานที่ทำไว้ได้
- 2) Place Train คือ เมื่อได้สถานที่ทำงานแล้ว ต้องมีการฝึกทักษะที่หน้างาน

กระบวนการสนับสนุนจากผู้สอนงาน

กระบวนการสนับสนุนจากผู้สอนงานแบ่งเป็น 3 ระยะที่สำคัญ คือ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะให้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิด และ 3) ระยะติดตามผล

ผู้สอนงานจำเป็นต้องทราบถึงบทบาทของตนเองในแต่ละระยะเพื่อจะได้วางแผนให้การสนับสนุนคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

1. ระยะเตรียมการ

ระยะเตรียมการ ผู้สอนงานจะมีบทบาทในการประเมินเพื่อจัดหางานที่เหมาะสม ซึ่งควรมุ่งเน้นการประเมินไปที่ตัวคนพิการและสิ่งแวดล้อม ในสถานประกอบการ การประเมินคือ การรวบรวมข้อมูลเพื่อการจ้างงานให้ เหมาะสม ให้คนพิการสามารถทำงานในสิ่งแวดล้อมของสถานประกอบการได้ มีรายละเอียดที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 การประเมินคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ผู้สอนงานจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลของคนพิการและสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้รอบด้านที่สุด โดยประเมินจากคนพิการ ครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้อง อาจใช้การสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจง หรือการพูดคุยทั่วไปๆ เพื่อให้คนพิการรู้สึกผ่อนคลาย และไม่รู้สึกรู้ว่ากำลังถูกประเมิน โดยขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ถูกประเมิน เพื่อสนับสนุนให้คนพิการได้รับการจ้าง

งานอย่างต่อเนื่องในสถานประกอบการได้และทีมสนับสนุนสามารถใช้ข้อมูลนี้ร่วมด้วยได้ ซึ่งมีรายละเอียดของข้อมูลที่สำคัญ

- ประวัติส่วนบุคคลหรือประวัติทั่วไปของคนพิการ
- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครอบครัวหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง
- พื้นฐานบุคลิกภาพของคนพิการ ความมุ่งมั่น ความอดทน ความตรงต่อเวลา ความ

รับผิดชอบการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

- ผลการประเมินทักษะทางสังคม
- การประเมินความสามารถด้านอาชีพหรือการประเมินด้านจิตใจ
- ใบบรับรองแพทย์ ผลการตรวจสุขภาพและการประเมินความแข็งแรงของร่างกาย
- ความคาดหวังและเป้าหมายของคนพิการ (คำพูดของคนพิการขณะสัมภาษณ์)
- จริยธรรมในการทำงาน
- ทักษะติดต่อสถานประกอบการ
- ทักษะติดต่อการทำงานในระหว่างการฝึกงานและทดลองปฏิบัติงาน
- ความรู้สึกของคนพิการต่อเพื่อนร่วมงานหรือบุคลากรในสถานประกอบการ
- สถานภาพทางการเงินของคนพิการและครอบครัว

1.2 การประเมินสถานประกอบการ องค์กรประกอบในการประเมินสถานประกอบการ มีรายละเอียดที่ต้องพิจารณาตามตัวอย่าง ดังนี้

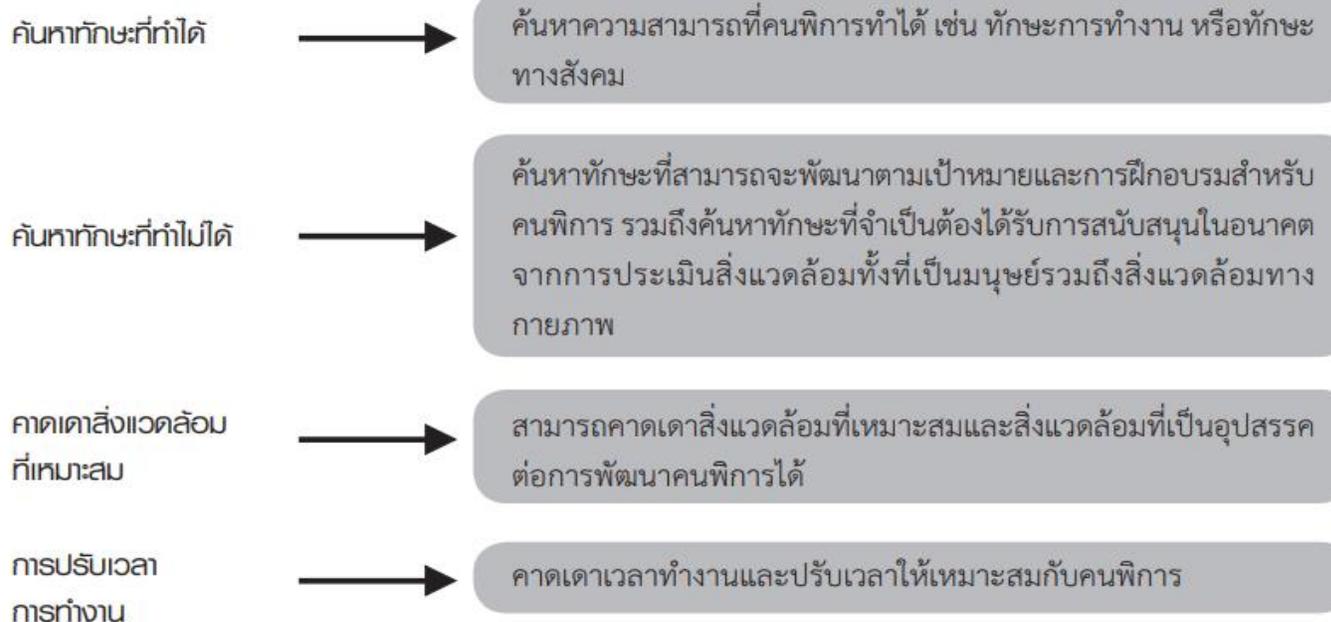
องค์กรประกอบในการประเมินสถานประกอบการ

ข้อมูลเบื้องต้น	รายละเอียดการทำงาน
<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายของสถานประกอบการ - รายละเอียดของธุรกิจ - สถานที่ตั้ง - สถานภาพของการจ้างงาน - ประสบการณ์และมุมมองต่อการจ้างงานคนพิการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทักษะที่ต้องการ - ความยากง่ายของงาน - จุดที่ต้องดูแล (ความเสี่ยง/อันตรายที่อาจเกิดในการทำงาน) - ทักษะในการทำงานที่จำเป็น

สิ่งแวดล้อมด้านสถานที่	สิ่งแวดล้อมอื่นๆ
<ul style="list-style-type: none"> - อาคาร สถานที่ทำงาน - เสียง อุณหภูมิ กลิ่น - เครื่องจักร เครื่องมือที่ใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราส่วนหญิง/ชาย - การจัดบุคลากรและกะ (ช่วงเวลาทำงาน) - ระบบการสั่งงาน - บรรยากาศ - บุคคลหลักในที่ทำงาน

1.3 การจัดงานที่เหมาะสมกับคนพิการ

หลังจากประเมินคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและสถานประกอบการแล้ว ผู้สอนงานควรสรุปให้ได้ว่าอะไรคือทักษะที่คนพิการทำได้ดี อะไรคือสิ่งที่จำเป็นต้องพัฒนา รวมถึงสิ่งแวดล้อมและเวลาการทำงานที่เหมาะสมกับคนพิการด้วย เพื่อจัดหางานให้เหมาะสม



เมื่อผู้สอนงานพิจารณาความเหมาะสมของงานต่อตัวคนพิการได้แล้ว จะทำให้ผู้สอนงานวางแผนในการสนับสนุนคนพิการได้ตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการ ซึ่งการจับคู่คนกับงานนั้น มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ ความสามารถในการทำงาน การให้การสนับสนุนคนพิการ และสภาพในการทำงาน ดังภาพ



2. ระยะให้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิด

การสอนงานหน้างาน ผู้สอนงานต้องใช้ทักษะและเทคนิคต่างๆ ที่จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนคนพิการ เช่น เทคนิคการตั้งคำถาม การวิเคราะห์งาน การวิเคราะห์การปฏิบัติงาน เป็นต้น

1. เทคนิคการตั้งคำถาม

การตั้งคำถามเพื่อค้นหาความต้องการและความสามารถของคนพิการนั้น เพื่อประเมินความสามารถศักยภาพและกระตุ้นให้คนพิการเกิดความหวัง ตั้งเป้าหมายและทำงานให้ประสบความสำเร็จได้

ตัวอย่างในการตั้งคำถาม เช่น

- กิจกรรมใดบ้างที่คุณสามารถทำได้และกิจกรรมใดบ้างที่คุณทำไม่ได้
- คุณต้องการทำอะไรบ้าง
- คุณมีปัญหาอะไรบ้าง ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อใด และเกิดขึ้นได้อย่างไร
- คุณมีความบกพร่องด้านใด เช่น ร่างกาย ประสาทรับความรู้สึก จิตใจ การสื่อสาร พฤติกรรม ฯลฯ
- คุณมีวิธีการปรับตัวกับสิ่งต่างๆ รอบตัวอย่างไร

2. การวิเคราะห์งาน

2.1 รู้จักงาน เมื่อผู้สอนงานค้นหาความต้องการและความสามารถของคนพิการได้แล้ว ผู้สอนต้องฝึกให้คนพิการคิดและวิเคราะห์งานเบื้องต้นให้ชัดเจน ครบถ้วนและเข้าใจได้ ตามตัวอย่างต่อไปนี้

การวิเคราะห์งาน

คิด	ถาม	วิเคราะห์
ลองคิดงานที่คุณอยาก ทำ	ลองถามตัวคุณเองว่า....	เพราะอะไรคุณถึงอยากทำงานนี้
		งานนี้มีขั้นตอนอย่างไร
		ตอนทำงานคุณรู้สึกอย่างไร
		คุณใช้ร่างกายส่วนใดในการทำงาน
		ถ้าจะทำงานนี้ต่อไปอีกมีอะไรที่คุณต้อง ประยุกต์
		ดัดแปลง แก้ไขให้ดีกว่าเดิม
		งานนี้มีประโยชน์อย่างไรบ้าง
คุณจะทำสำเร็จหรือไม่ อย่างไร		

2.2 การแยกแยะงาน ผู้สอนงานต้องช่วยสนับสนุนให้คนพิการรู้จักแยกแยะรายละเอียดของงาน ดังนี้

- ชื่องาน
- ลักษณะหรือคำอธิบายงานโดยย่อ
- วัสดุอุปกรณ์ ต้นทุน (แหล่งต้นทุนต่างๆ)
- สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ที่จำเป็นในการทำงาน
- ขั้นตอนหลักๆที่ใช้ในการทำงาน ขั้นตอนและทักษะที่จำเป็น

2.3 การดัดแปลงกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย บางครั้งผู้สอนงานจำเป็นต้องดัดแปลงงานให้เหมาะสมตามความสามารถและศักยภาพของคนพิการ เช่น

- ดัดแปลง ปรับปรุง ชั้น/อุปกรณ์ในการทำงาน

- การปรับระดับความยากง่ายของงาน
- การให้ทำเพียงเฉพาะขั้นตอนที่สามารถทำได้
- ปรับให้ทำเฉพาะงานที่ผู้ป่วยรู้จัก เคยทำ และอยากทำ
- สร้างแรงจูงใจและให้เห็นคุณค่าของงาน

2.4 การสนับสนุนคนพิการในด้านต่างๆ ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ในช่วงระยะแรกของการทำงาน คนพิการอาจมีความรู้สึกมากมายเกิดขึ้น เช่น



ตัวอย่างการสื่อสารเพื่อสนับสนุนด้านจิตใจแก่คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมจนกระทั่งคนพิการเคยชินกับงาน เช่น ผู้สอนงานควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจเมื่อมีปัญหาในทันที โดยมีแนวทางดังนี้

- อยู่เป็นเพื่อนคนพิการจนกว่าจะรู้สึกสบายใจ
- จัดการทันทีเมื่อคนพิการรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับสถานที่ทำงาน
- ให้กำลังใจ และบอกให้คนพิการทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีของเขา เพื่อให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น
- ติดตามดูความก้าวหน้า ความท้าทายรวมถึงช่วยสนับสนุนให้คนพิการมีการพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อนอย่างใกล้ชิด

- ทำหน้าที่ประสานระหว่างคนพิการกับบุคลากรในสถานประกอบการ บุคลากรที่สำคัญในลำดับต้นๆในสถานประกอบการ คือ หัวหน้างาน ผู้สอนงานควรทำให้หัวหน้างานและคนพิการรับรู้ ข้อมูลระหว่างกันในเรื่องต้น ด้วยวิธีการที่เหมาะสม หรือการสื่อสารระหว่างกัน ในช่วงระยะแรกของการเริ่มงานอาจเกิด คำถามระหว่างหัวหน้างานและคนพิการที่เป็นคนงานใหม่ ดังนี้

“ฉันควรมีปฏิสัมพันธ์กับเขาอย่างไร”

“จะเป็นการดีหรือไม่ที่ฉันจะบอกอะไรกับเธออย่างจริงจัง”

“ทำไมเธอถึงทำผิดหลายครั้ง เธอทำงานได้จริงหรือ”

“เธอควรจะถามถ้าเธอไม่รู้วิธีทำ เธออยากทำงานจริงหรือ”

“ฉันความจำไม่ดี ไม่สามารถจำได้ ถ้าเจ้านายสั่งงาน หลายๆอย่างในเวลาเดียวกัน ใครก็ได้ช่วยฉันที”

“ฉันไม่รู้ว่าจะถามอะไรดี”

“หัวหน้างานดูยุ่งมาก ฉันไม่รู้ว่าจะปรึกษาตอนไหน”

“หัวหน้ามองฉันดูๆ สงสัยหัวหน้าจะไม่ชอบฉัน”

“ฉันควรทำตัวยังไง”

ดังนั้นบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานจึงเป็นการสร้างความเชื่อมโยงที่สำคัญ ระหว่างคนพิการ กับบุคลากรในสถานประกอบการ อาจทำให้เกิดการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถสร้าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นหนทางสู่ความสำเร็จขององค์กรได้ โดยผู้สอนงานจำเป็นต้อง สนับสนุนด้านการสื่อสารทั้งสองฝ่ายเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

ผู้สอนงานควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการในเรื่องต้นเพื่อลดความวิตกกังวลของหัวหน้างานหรือเพื่อนร่วมงานที่มีต่อคนพิการ ได้แก่ บุคลิกภาพ จุดอ่อน จุดแข็ง ปัจจัยกระตุ้นอาการทางจิต สาเหตุ การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ความสามารถในการเรียนรู้ เป็นต้น และแนะนำวิธีการสื่อสารหรือการเข้าถึงตัวคนพิการที่เหมาะสม ได้แก่ ท่าทีในการสื่อสาร ภาษา น้ำเสียง สายตา เป็นต้น

ผู้สอนงานควรแนะนำทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม แนะนำช่องทางการสื่อสาร การแจ้งให้ทราบถึงประโยชน์ของการสื่อสารให้กับคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

2.5 การสร้างสิ่งสนับสนุนรอบตัวคนพิการ จะช่วยสนับสนุนให้การทำงานของคนพิการมีประสิทธิภาพมากขึ้น การดึงเพื่อนร่วมงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบการมาช่วยสนับสนุนคนพิการเป็นสิ่งจำเป็น และจำเป็นต้องพิจารณาในประเด็นที่หลากหลายต่างๆ เช่น

- งาน A อาจไม่เหมาะสมกับคนพิการจริงๆ งาน B น่าจะเหมาะสมกว่า
- คนพิการมีศักยภาพมาก ไม่น่าจะเป็นไรถ้าจะเพิ่มภาระงานให้เขารับผิดชอบมากขึ้น
- หัวหน้างานควรจะมีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่คนพิการเมื่อเสร็จสิ้นการทำงาน

ในแต่ละวัน

- ถ้าองค์กรกำหนดช่วงเวลาและสถานที่ในการพักผ่อนที่ชัดเจนแก่คนพิการ ความสับสนก็จะลดน้อยลง

3. ระยะเวลาติดตามผล

ระยะเวลาติดตามผลมีวัตถุประสงค์เพื่อการสนับสนุนประคับประคองคนพิการอย่างเหมาะสมในเวลาที่จำเป็นสำหรับคนพิการและสถานประกอบการ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับทั้งสองฝ่าย และการติดตามประเมินผล จำเป็นต้องมีการลดความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนลงเป็นลำดับ เพื่อให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด และใช้ชีวิตได้ตามปกติ ในสถานประกอบการ รวมถึงรักษางานไว้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยลดความช่วยเหลือแบบค่อยเป็นค่อยไป และลดลงอย่างเป็นระบบตามระดับการพึ่งพิงตนเองของคนพิการและตามความพร้อมของสิ่งสนับสนุนรอบตัวคนพิการ พร้อมแจ้งข้อมูลหรือทำการตกลงกับคนพิการและสถานประกอบการไว้ตามแผน ซึ่งควรต้องแจ้งด้วยว่า แผนการติดตามนั้น สามารถยืดหยุ่นได้ตามสภาพการณ์

วิธีลดความช่วยเหลือ ได้แก่ ลดการช่วยเหลือสนับสนุน เว้นช่องว่างการสอนงานที่ห่างออกไป ลดจำนวนวัน หรือจำนวนชั่วโมงในการติดตามเยี่ยมที่สถานประกอบการ

ลักษณะของการติดตามผล แบ่งเป็น 4 ลักษณะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความเหมาะสม ความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้สอนงานสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตน

1) “การกำหนดระยะเวลาในการติดตาม” ค่อยๆลดการติดตามลงเพื่อให้ทั้ง 2 ฝ่ายปรับตัวเข้าหากันได้ดีขึ้น โดยอาจติดตามทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมที่สถานประกอบการ

2) “การสร้างข้อตกลง...ให้โทรหาผู้สอนงานเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น” สร้างข้อตกลงกับทั้งคนพิการและสถานประกอบการ

3) “พบปะสังสรรค์กับคนพิการ” วางแผนพบปะและมีกิจกรรมร่วมกับคนพิการ เป็นระยะ เป็นรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ

4) “ร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง” ร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง จัดตั้งเครือข่าย เพื่อรวบรวมข้อมูลองค์กรหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาจเป็นแบบชมรมญาติหรือกลุ่มเพื่อการสนับสนุน ดูแลคนพิการและให้กลุ่มองค์กร เหล่านี้ช่วยติดตามดูแลคนพิการในระหว่างการทำงาน อาจทำให้การ ประเมินเป็นธรรมชาติและมีความต่อเนื่องมากขึ้น

วิธีการและระยะเวลาในการติดตามผล วิธีการในการติดตามผลนั้น อาจใช้วิธีการ ติดตามทางโทรศัพท์ สื่อออนไลน์หรือการติดตาม โดยการไปสถานประกอบการโดยตรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความเหมาะสม ความเป็นได้หรือความจำเป็นในแต่ละสถานการณ์

แหล่งเครือข่ายสวัสดิการทางสังคม

<h1>สถานคุ้มครอง คนไร้ที่พึ่ง (พิการ)</h1>		
<p>กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</p>		
พิการทางจิตใจและ พฤติกรรม	- พิการทางสติปัญญา - พิการทางการเรียนรู้	- ออทิสติก
<p>1) สำนักงานประสาน/ช่วยเหลือ : ศูนย์บริการคนพิการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด</p> <p>2) สถานคุ้มครอง(ระยะยาว) : - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ บ้านกิ่งวิสิทธิ์(ชาย) จังหวัดปทุมธานี - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิสิทธิ์(หญิง) จังหวัดปทุมธานี ** อายุ 18 ปีขึ้นไป</p> <p>3) สถานคุ้มครอง(ระยะยาว) : พิการซ้ำซ้อน 2 ประเภทขึ้นไป - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ บ้านอุบลอักษิณ แวง จ.อุบลราชธานี</p>	<p>1) สำนักงานประสาน/ช่วยเหลือ : ศูนย์บริการคนพิการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด</p> <p>2) สถานคุ้มครอง(ระยะยาว) : อายุ 7-18 ปี - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ บ้านราชวดี(ชาย) จังหวัดนนทบุรี - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ บ้านราชวดี(หญิง) จังหวัดนนทบุรี</p> <p>3) สถานคุ้มครอง(ระยะยาว) : อายุ 18 ปีขึ้นไป - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ พระประแดง จ.สมุทรปราการ - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ บ้านอุบลอักษิณ แวง จ.อุบลราชธานี - สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ บ้านการุญเขต จ.ชลบุรี</p>	<p>1) สำนักงานประสาน/ช่วยเหลือ : ศูนย์บริการคนพิการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด</p> <p>2) สถานคุ้มครอง(ระยะยาว) : อายุ 12-25 ปี - ศูนย์พัฒนาศึกษาภาพบุคคลออทิสติก จังหวัดนนทบุรี - ศูนย์พัฒนาศึกษาภาพบุคคลออทิสติก จังหวัดขอนแก่น</p>
<h1>หน่วยงานรัฐ ช่วยเหลือเด็ก และสตรี</h1>		
<p>แหล่งเครือข่ายทางสังคม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2. กระทรวงศึกษาธิการ 3. NGO/องค์กรเอกชน 		
กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ	โรงเรียน	NGO/องค์กรเอกชน
<p>1) สถานแรกรับ (ชั่วคราว) ไม่เกิน 3 เดือน หรือมากกว่าเป็นรายการ : บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัด รับเด็ก อายุต่ำกว่า 18 ปี และครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม ตามพรบ.คุ้มครองเด็กฯ /พรบ.ความรุนแรงในครอบครัว /พรบ.คุ้มครองเด็กฯ /พรบ.คุ้มครองสตรี</p> <p>2) สถานคุ้มครอง(ระยะยาว) : - สถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ บ้านนารีสวัสดิ์ จ.นครราชสีมา รับเด็กหญิง ต่ำกว่า 18 ปี พรบ.คุ้มครองสตรี/พรบ.คุ้มครองเด็กฯ</p> <p>- สถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพ บ้านนารีสวัสดิ์ จ.นครราชสีมา - ศูนย์เรียนรู้พัฒนาสตรี จ.ศรีสะเกษ / ศูนย์เรียนรู้พัฒนาสตรีรัตนภา จ.ขอนแก่น รับเด็กหญิงหรือสตรี อายุ 14-60 ปี กลุ่มเป้าหมาย ตามพรบ.ความรุนแรงในครอบครัว/ แพรวไธ หรือ แม่เลี้ยงเดี่ยว / ผู้ประสบปัญหาทางสังคม</p>	<p>1) โรงเรียน : กระทรวงพัฒนาสังคมฯ - สถาบันเพาะกล้าคุณธรรม จ.กาญจนบุรี รับเด็ก และเยาวชนทุกเพศที่ประสบปัญหาทางสังคมให้ได้ รับการศึกษา ม.1-ม.6 ดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย/อาหาร/ การศึกษา รับผิดชอบประจำ</p> <p>2) โรงเรียน : การศึกษาธิการ - โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 51 บุรีรัมย์ รับเด็ก และเยาวชนทุกเพศที่ประสบปัญหาทางสังคม /ออทิสติก ให้ได้รับการศึกษา ตั้งแต่ ป.1 - ป.6 / ม.1-ม.6</p> <p>3) โรงเรียน : การศึกษาพิเศษ - โรงเรียนนครราชสีมาปัญญานุกูล รับอนุบาล - ม.6 1. รับผิดชอบโครงการสวัสดิการ (มีบัตรคนพิการ) มีบัตรคนพิการประเภท 5 IQ 35-70 2. รับผิดชอบออทิสติก (มีบัตรคนพิการ) 3. รับผิดชอบโครงการทางการได้ยิน สูญเสียการได้ยิน 40 เดซิเบลขึ้นไป</p>	<p>1) มูลนิธิพิทักษ์สตรี / มูลนิธิ LIFT รับเด็กหญิง ต่ำกว่า 18 ปี พรบ.คุ้มครองสตรี/พรบ.คุ้มครองเด็กฯ</p> <p>2) มูลนิธิเพื่อนหญิง รับสตรีที่ประสบปัญหาทางสังคม /พรบ.ความรุนแรงในครอบครัว /พรบ.คุ้มครองสตรี/พรบ.คุ้มครองเด็กฯ</p> <p>3) บ้านพักฉุกเฉิน ดอนเมือง สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ รับสตรีที่ประสบปัญหาทางสังคม /พรบ.ความรุนแรงในครอบครัว</p> <p>4) มูลนิธิสวนแก้ว (สาขานนทบุรี/สาขานุริรัมย์) รับประสบปัญหาทางสังคมทุกประเภท ทุกช่วงวัย ให้ที่พัก /การประกอบอาชีพ</p>

เอกสารอ้างอิง : คู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพ : การจ้างงาน : โรงพยาบาลศรีธัญญา

D-METHOD

โรคออทิสติก

(Autism spectrum disorder, ASD)

D-METHOD model โรคออทิสติก (Autism spectrum disorder, ASD)

1. Disease

โรคออทิสซึมสเปกตรัม

โรคออทิสซึมสเปกตรัม (Autism spectrum disorder, ASD) คือโรคพัฒนาการผิดปกติที่มีอาการแสดงเป็นความบกพร่องของพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ โดยอาการของความบกพร่องเริ่มปรากฏให้เห็นตั้งแต่ในวัยเด็กเล็กและต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่

ระบาดวิทยา

ASD มีอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยอัตราความชุกเฉลี่ยทั่วโลกที่รายงานในปี ค.ศ. 2012 เท่ากับ 62:10,000 หรือเท่ากับ 1 ใน 150 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอัตรา 4:10,000 ที่เคยมีการรายงานในอดีตเมื่อ 50 ปีก่อน

สำหรับในประเทศไทย มีการสำรวจในปี ค.ศ. 2016 พบอัตราความชุกในเด็กอายุ 1-4 ปี เฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 48:10,000 หรือ 1 ใน 208 คน ASD สามารถพบได้ในทุกเชื้อชาติและระดับเศรษฐกิจ และพบในเพศชายบ่อยกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนประมาณ 4:1

พยาธิสรีรวิทยาและสาเหตุ

เกิดจากความผิดปกติของสมองที่เชื่อว่าไม่ได้อยู่ในบริเวณใดบริเวณหนึ่งโดยเฉพาะ แต่น่าจะเป็นผลจากความผิดปกติในการเจริญเติบโตของสมองโดยรวมในช่วงต้นของพัฒนาการ ทำให้มีความแปรปรวนในการเชื่อมโยงของสมองในส่วนต่างๆ โดยความผิดปกติดังกล่าวน่าจะเกิดจากสาเหตุดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

เชื่อว่าปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลักของการเกิด ASD โดยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคในคู่แฝดร่วมไข่ (monozygotic twin) ร้อยละ 60-90% และมีอัตราเกิดซ้ำในลูกคนต่อไป (recurrent risk) โดยเฉลี่ยร้อยละ 3-10 หรืออาจสูงถึงร้อยละ 19 และอัตราการเกิดโรคซ้ำอาจเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 50% เมื่อมีลูกเป็น ASD มากกว่า 1 คน โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วย ASD น่าจะมีสาเหตุจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ multifactorial inheritance ที่เกี่ยวข้องกับความแปรปรวนของยีนที่หลากหลาย อาจเรียก

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าเป็นกลุ่ม ASD ที่ไม่ทราบสาเหตุ น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วย ASD เกิดร่วมกับโรคพันธุกรรมที่ทราบสาเหตุแน่ชัด ที่เรียกว่า “Syndrome ASD” ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ fragile X syndrome ที่เกิดจากความผิดปกติของยีน FMR1

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่มีผลกระทบต่อผลการเจริญเติบโตของสมองรวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อการแสดงออกของยีน อาจมีส่วนร่วมเป็นสาเหตุของ ASD มีข้อสันนิษฐานว่าการได้รับสารเคมีบางอย่าง การขาดสารอาหาร การติดเชื้อ หรือความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน อาจมีส่วนเป็นสาเหตุของ ASD ด้วย แต่ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะยืนยันข้อสันนิษฐานเหล่านี้

ลักษณะทางคลินิก

1. ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

เป็นอาการความบกพร่องที่ปรากฏให้เห็นตั้งแต่แรกสุด ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ได้จำแนกอาการความบกพร่องในด้านนี้เป็น 3 ข้อ ดังนี้

1.1 การตอบสนองทางอารมณ์และสังคม (social-emotional reciprocity)

ความผิดปกติของการตอบสนองทางอารมณ์และสังคมเป็นอาการที่เห็นได้ตั้งแต่อายุ 12-18 เดือน โดยผู้ป่วย ASD อาจไม่แสดงการกลัวคนแปลกหน้า (stranger anxiety) หรือความกังวลต่อการแยกจากพ่อแม่ (separation anxiety) ผู้ป่วยที่โตขึ้นและพูดสื่อสารได้ก็มักแสดงความผิดปกติของการสนทนาโต้ตอบ เช่น ไม่ทักทาย ไม่ชวนเพื่อนคุย ไม่รอจังหวะที่เหมาะสมเมื่อจะพูดหรือพูดเรื่องที่ยากพูดขึ้นมาโดยไม่มีการเกริ่นนำ ไม่พยายามอธิบายสิ่งที่ตนพูดให้ผู้อื่นเข้าใจ หรือพูดคุยนเฉพาะเรื่องที่ตนเองชอบโดยไม่คำนึงถึงความสนใจของผู้ฟัง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและพูดไม่ได้อาจจะแทบไม่แสดงปฏิริยาทางอารมณ์โต้ตอบและไม่แสดงความสนใจร่วมกับผู้อื่นเลยแม้จะโตถึงวัยผู้ใหญ่

1.2 การสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง (nonverbal communicative behaviors used for social interaction)

ผู้ป่วย ASD จะมีความผิดปกติในการสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง ซึ่งมักปรากฏให้เห็นตั้งแต่เข้าขวบปีที่ 2 เช่น ไม่สบตา ไม่ชี้บอกความต้องการแต่ใช้การจับและจูงมือผู้อื่นไปยังสิ่งที่ต้องการแทน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องของพัฒนาการด้านการพูดร่วมด้วย บางรายอาจไม่สามารถพูดสื่อสารได้เลยจนถึง

วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สนใจหรือไม่เข้าใจการแสดงออกทางสีหน้าท่าทางของผู้อื่น หรือมีการแสดงสีหน้าท่าทางที่ไม่ตรงกับอารมณ์หรือไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ไม่ยิ้มหรือยิ้มมากเกินไป

1.3 การสร้าง รักษา และเข้าใจปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (developing, maintaining, and understanding relationship)

ความบกพร่องของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอาจปรากฏให้เห็นได้ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยมีอายุ 18 เดือน โดยไม่มีการเล่นแบบมีจินตนาการร่วมกับผู้อื่น เช่น การเล่นป้อนอาหารตุ๊กตา (pretend play) หรือเมื่ออายุ 2-3 ปีแล้วยังไม่เล่นของเล่นร่วมกับเด็กคนอื่นและมักจะเห็นความบกพร่องชัดเจนขึ้นเมื่อผู้ป่วยโตขึ้นจนเข้าโรงเรียน เช่น ชอบเล่นคนเดียว เล่นกับเพื่อนไม่เป็น ความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมักจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น โดยเฉพาะถ้าได้รับการกระตุ้นหรือฝึกสอนการมีปฏิสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีความบกพร่องรุนแรงอาจแทบจะไม่แสดงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเลย

2. มีพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่แคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ

อาการมักปรากฏชัดเมื่อผู้ป่วยโตขึ้นถึงวัยรุ่นขึ้นไปแล้ว ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ได้จำแนกอาการความบกพร่องในด้านนี้เป็น 4 ข้อ ดังนี้

2.1 มีการพูด การเคลื่อนไหว หรือการกระทำกับสิ่งของที่เป็นแบบแผนเฉพาะหรือทำซ้ำๆ

ผู้ป่วย ASD ที่ยังไม่พูดสื่อสารอาจเปล่งเสียงไม่มีความหมายซ้ำๆ พูดคำแปลกๆ ที่เป็นภาษาของตนเอง (neologism) พูดตอบด้วยคำลงท้ายประโยคที่ผู้อื่นถาม (echolalia) เช่น ตอบว่า “เอาไหม” เมื่อถามว่า “เอาไหม” พูดเป็นข้อความที่เคยได้ยินมาก่อนขึ้นมาเองโดยไม่สื่อความหมาย (delayed echolalia)

การเคลื่อนไหวที่เป็นแบบแผนซ้ำๆ อาจมีได้ตั้งแต่การสะบัดมือ ขยับนิ้วมือ หมุนตัวไปมา ตบมือ เคาะตามร่างกาย กัดฟัน สะบัดศีรษะ หรือกระโดดซ้ำๆ นอกจากนี้ยังอาจมีการกระทำกับสิ่งของที่เป็นรูปแบบซ้ำๆ เช่น เอาของเล่นมาเรียงต่อกัน เปิด-ปิดประตู หรือเปิด-ปิดสวิตช์ไฟซ้ำๆ

2.2 ยึดติดอย่างมากกับกิจวัตรประจำวันหรือพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนเดิมโดยไม่ยอมเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันทั้งลักษณะอาการและอาการแสดงระดับความรุนแรงของอาการจะเปลี่ยนไปตามอายุของเด็กโดยจะมีพัฒนาการผิดปกติและล่าช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน โดยแบ่งกลุ่มใหญ่ๆ ตามความรุนแรงของอาการจะเปลี่ยนไปตามอายุของเด็กโดยจะมีพัฒนาการผิดปกติและล่าช้ากว่าเด็กวัยเดียวกัน แบ่งตามความรุนแรงเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มศักยภาพสูง (high function) ได้แก่ กลุ่มเด็กออทิสติกที่มีสติปัญญาดี พูดสื่อสารได้ สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้บ้างหรือมีความสามารถพิเศษบางอย่าง เช่น วาดรูป เล่นดนตรี ความจำดี คณิตศาสตร์ คอมพิวเตอร์

- กลุ่มศักยภาพต่ำ (low function) ได้แก่ กลุ่มเด็กออทิสติกที่มีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่มีภาษาพูด สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ยาก ช่วยเหลือตัวเองด้านกิจวัตรประจำวันไม่สมวัย ซึ่งกลุ่มนี้ มักจะพบปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมร่วมกันด้วยได้มาก เช่น หงุดหงิด ชน อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำร้ายตัวเอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยออทิสติกโตขึ้นเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น การจัดการกับพฤติกรรมอาจยากขึ้น เพราะเด็กตัวใหญ่ขึ้นและมีแรงมากขึ้น มีข้อที่พึงระวังในการจัดการกับพฤติกรรมของออทิสติกเมื่อโตขึ้น ดังนี้

1. การใช้คำพูดและภาษาท่าทางที่อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิด
2. ใช้คำพูดที่สั้น ชัดเจน ไม่กำกวม ให้แน่ใจว่าคำสั่งนั้นไม่อาจเข้าใจผิดได้
3. ระวังในการสัมผัสตัวผู้ป่วยในภาวะที่ตื่นตัวหรือได้รับการกระตุ้นมากเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยแปลความหมายว่ากำลังถูกควบคุมและอาจทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัว
4. อย่าให้มีการมุงหรือมีคนรุมจ้องมอง พยายามมีระยะห่างที่เหมาะสม อย่าเข้าประชิดตัว และอย่าจ้องหน้าเพราะจะทำให้ผู้ป่วยตื่นกลัวได้
5. พูดด้วยเสียงนุ่มนวล อย่าพูดเสียงดังหรือเสียงสูงเพราะจะเป็นการกระตุ้นเร้าผู้ป่วย
6. ตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ผู้ป่วยอาจพูดสิ่งที่เป็นประสบการณ์ไม่ดีในอดีตโดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับเรื่องในปัจจุบันเมื่อเกิดอาการตกใจ
7. กำหนดกิจกรรมในแต่ละวันให้ชัดเจน มีการบอกล่วงหน้าอย่างชัดเจนว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและคาดเดาสถานการณ์ได้
8. พยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายจากความตึงเครียด
9. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักผ่อนคลาย เช่น สอนการหายใจช้าๆ โดย เจ้าหน้าที่อาจแสดงให้ดูเป็นตัวอย่าง
10. เคารห์ปัญหาจากการสังเกตและจดบันทึกเหตุการณ์ว่าปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดในสถานการณ์ใด อะไรที่ช่วยให้ดีขึ้นและอะไรที่ทำให้แย่ลง เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วจะทำให้เจ้าหน้าที่สามารถจับรูปแบบของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้และจัดการแก้ไขได้ตรงจุด

2 Medication

ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาหรือแก้ไขความบกพร่องหลักที่มีในผู้ป่วย ASD ได้ แต่การใช้ยาจะมีประโยชน์ในการแก้ไขอาการทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น ชน อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น หงุดหงิดหรือก้าวร้าว ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ชัดขวางการกระตุ้นพัฒนาการหรือทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือต่อผู้อื่น

ก่อนที่จะใช้ยา ควรมีการประเมินเพื่อหาปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ และให้การช่วยเหลือ แก้ไขโดยวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน เมื่อช่วยเหลือด้วยการปรับพฤติกรรมและแก้ไขสิ่งแวดล้อมแล้วไม่ได้ผล หลังจากเริ่มใช้ยาแล้วจะต้องมีการติดตามว่ายามีประสิทธิภาพผลหรือมีอาการไม่พึงประสงค์อย่างไรบ้าง รวมทั้งต้องพิจารณาว่ามีความจำเป็นต้องให้ยาต่อเนื่องหรือสามารถหยุดยาได้

ยาที่สามารถใช้รักษาอาการทางพฤติกรรมในผู้ป่วย ASD มีดังต่อไปนี้

กลุ่มยา	ชื่อยา	อาการเป้าหมาย	ผลข้างเคียงที่อาจเกิด	วิธีแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียง
1.ยารักษาโรคสมาธิสั้น (Psychostimulant)	methylphenidate	ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง	1.เบื่ออาหาร 2.นอนไม่หลับ 3.หงุดหงิด อาละวาด	ลดขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา (ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการข้างเคียง)
2.ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic)	1.risperidone 2.aripiprazole	หงุดหงิด ก้าวร้าว พฤติกรรมซ้ำ ๆ	1.การเคลื่อนไหวผิดปกติ 2.ง่วงซึม 3.น้ำหนักเพิ่ม 4.น้ำนมไหล ขาดประจำเดือน เต้านมโต	1.ลดขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยา 2.ลดขนาดยา 3.ควบคุมการกินหากไม่สำเร็จให้เปลี่ยนชนิดยา 4.ลดขนาดยา
3.ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizer)	1.sodium valproate	พฤติกรรมก้าวร้าว	1.ง่วงซึม 2.น้ำหนักขึ้น	1.ลดขนาดยา 2.ควบคุมการกิน

กลุ่มยา	ชื่อยา	อาการเป้าหมาย	ผลข้างเคียงที่อาจเกิด	วิธีแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียง
	2.lithium 3.carbamazepine		3.ระวังอาการที่เกิดจากระดับยาในเลือดสูงเกินขนาด -sodium valproate intoxication: ง่วง ซึม มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เดินเซ -lithium intoxication: ซึม คลื่นไส้ อาเจียน มือสั่นสับสน ร่างกายขาดน้ำ กินได้น้อย -carbamazepine : ง่วงซึม มึนงง อาการแพ้รุนแรง (Steven Johnson Syndrome)	ถ้าไม่สำเร็จเปลี่ยนชนิดยา 3.ลดขนาดยาและสังเกตอาการหรือเปลี่ยนชนิดยา
4.ยาลดความดันโลหิต (alpha-2 agonist)	clonidine	อาการอยู่ไม่นิ่ง	1.ง่วงซึม 2.ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ	1.เพิ่มขนาดยาช้า ๆ หรือถ้าซึมมาก ลดขนาดยา 2.เพิ่มขนาดยาช้า ๆ หรือหยุดยา

3. Economy and Environment

- โรคออทิสติก จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่ใช้สิทธิผู้พิการได้
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เช่น สถานที่ที่เป็นระเบียบ ปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงของพฤติกรรมก้าวร้าว และอุบัติเหตุ และขจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมซ้ำๆ

4. Treatment

กลุ่มอาการออทิสติกยังไม่มีการรักษาให้พยาธิสภาพของโรคหายไป แต่การรักษาเป็นการมุ่งเน้นให้เด็กสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมที่ปกติตามวัย ปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่ควรมีในเด็กปกติ การรักษาในกลุ่มอาการออทิสติกจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผลการรักษาได้ผลดีที่สุด

	High function	Low function
เป้าหมายการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลตัวเองและอยู่ร่วมในสังคม - การเรียนและการประกอบอาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลกิจวัตรประจำวัน - พัฒนาการเหมาะสม - ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์
แนวทางการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - การฝึกทักษะสังคมและการสื่อสาร - การปรับพฤติกรรม - แนะนำด้านการเรียน - ใช้จ่ายในรายที่จำเป็น 	<ul style="list-style-type: none"> - การฝึกกระตุ้นพัฒนาการ - การปรับพฤติกรรม - การฝึกทักษะสังคมและการสื่อสาร - ใช้จ่ายในรายที่จำเป็น
แนวทางการดำเนินโรค	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นโรคเรื้อรัง - เมื่อมีอาการดีขึ้นสามารถหยุดใช้ยาได้ - เมื่อเข้าวัยรุ่น อาจพบปัญหาอารมณ์และการปรับตัวในสังคมร่วมด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นโรคเรื้อรัง - มีแนวโน้มต้องบำบัดรักษาและใช้ยาระยะยาว - เมื่อเข้าวัยรุ่น อาจพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว และควรเฝ้าระวังภาวะลมชัก

พยากรณ์โรค	- สามารถประกอบอาชีพได้ มีเพียงร้อยละ 1-2 ที่ทำงานและดำรงชีวิตอย่างอิสระ	- เมื่อโตขึ้นยังต้องการการดูแลช่วยเหลือ
------------	---	---

วิธีการดูแลรักษาโรคออทิสติก

1. ส่งเสริมความสามารถเด็ก (Ability Enhancement)

เด็กออทิสติกบางคนมีความสามารถพิเศษเฉพาะด้าน ถ้ามองเห็นความสามารถของเด็ก การยอมรับจากสังคมก็เกิดง่ายขึ้น โอกาสที่เขาจะได้เรียนรู้และพัฒนาเพิ่มขึ้น โดยเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำบ่อยๆ แล้วสอนเพิ่มในเรื่องที่ใกล้เคียงกับสิ่งที่เด็กทำได้ ก็จะยิ่งทำให้เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น และขยายขอบเขตความสามารถเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างโอกาสให้เด็กได้เล่นของเล่นที่หลากหลาย ได้ทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ดนตรี กีฬา งานศิลปะต่างๆ ช่วยงานที่พ่อแม่ทำ ก็จะช่วยเสริมให้เด็กมีโอกาสแสดงความสามารถให้เห็นเพิ่มขึ้น

2. ส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

การส่งเสริมพัฒนาการ คือการจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ ควรทำตั้งแต่อายุน้อย โดยต้องทำอย่างเข้มข้น สม่ำเสมอ และต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานพอ การออกแบบการฝึกต้องให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความสามารถ และความเร็วในการเรียนรู้ของเด็กแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน เด็กควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดความสมดุล กิจกรรมที่นำมาใช้ฝึกสอนต้องเหมาะสมตามระดับพัฒนาการของเด็ก โดยสอนจากง่ายไปยาก ถ้าสอนเร็วเกินไปเด็กก็ทำไม่ได้ ควรเน้นในเรื่องการมองเห็น สบตา การมีสมาธิ การฟัง และการทำตามคำสั่ง การฝึกทักษะเหล่านี้ในระยะเริ่มต้นจะใช้เวลานาน และเห็นการเปลี่ยนแปลงช้า ทำให้เกิดความเครียดทั้งกับผู้ปกครองและตัวเด็กเอง แต่เมื่อเด็กมีทักษะพื้นฐานเหล่านี้ดีแล้ว การต่อยอดในทักษะที่ยากขึ้นก็จะไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป

3. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)

มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ เทคนิคที่ใช้มีพื้นฐานมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ และหลักพฤติกรรมในเรื่องสิ่งเร้ากับการตอบสนอง เริ่มต้นโดยเลือกพฤติกรรมที่เป็นปัญหา วิเคราะห์ว่าอะไรคือสิ่งเร้า อะไรคือการตอบสนองที่ตามมา แล้วใช้เทคนิคต่างๆ ในการจัดการสิ่งเร้าหรือผลที่ตามมา เพื่อปรับ

พฤติกรรม เทคนิคที่ใช้ได้ผลดีคือการให้แรงเสริม (Reinforcement) เมื่อมีพฤติกรรมที่ต้องการ แรงเสริมมีทั้งสิ่งที่จับต้องได้ เช่น ขนม ของเล่น สติกเกอร์ และสิ่งที่จับต้องไม่ได้ เช่น คำชมเชย ตบมือ ยิ้มให้ กอด หอมแก้ม เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย การฝึกและแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัดหรือกายภาพบำบัด (ในรายที่มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่วมด้วย)

5. การฝึกและแก้ไขการพูด (Speech Therapy)

ถ้าเด็กพูดได้เร็วโอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการฝึกและแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ ในการเตรียมความพร้อมเด็กก่อนที่จะสอนพูด ควรฝึกการเปล่งลม เคลื่อนไหวปาก โดยการเป่ามือ เป่ากระดาษ เป่าลูกปิงปอง เป่าฟองสบู่ เป่านกหวีด ฝึกการเคลื่อนไหวลิ้น โดยการอมลูกอม เลียอมยิ้ม และฝึกการเล่นเสียงในถ้วย เป็นต้น

คำแนะนำในการส่งเสริมการสื่อความหมาย

1. ใช้วิธีการเป็นแบบอย่าง คือ เมื่อเด็กพูดไม่ถูกต้อง ผู้ใหญ่จะพูดในสิ่งที่ถูกเพื่อเป็นการนำ โดยเน้นในเรื่องเนื้อหาที่พูด วิธีการที่ใช้ ได้แก่

- วิธีพูดไปทำไป คือ เวลาทำอะไรก็พูดประกอบไปด้วย

- วิธีถามเองตอบเอง คือ เมื่อผู้ใหญ่ถามแล้วเด็กตอบไม่ได้ ผู้ใหญ่ก็เป็นผู้ตอบเอง

2. ใช้คำพูดที่มีความหมาย โดยเฉพาะคำถามที่ใช้ถามเด็ก เช่น ถามว่า

“หนูเป็นคนดีหรือเปล่า” เด็กตอบไม่ได้ควรถามให้มีคำตอบเฉพาะ เช่น “หนูจะไปไหน”

3. ต้องใช้ประสบการณ์ของเด็กเป็นพื้นฐานในการสร้างสถานการณ์ในการสื่อความหมาย เช่น สอบถามเรื่องของเด็กจากพ่อแม่ก่อนเพื่อให้ทราบว่าเด็กสนใจ อะไร แล้วพูดคุยกับเด็กในเรื่องนั้นๆ

4. ต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่

หลักในการสอนพูด

1. คำนี้ถึงอารมณ์ และความพร้อมของเด็ก ในการสอนพูด อารมณ์และความพร้อมของเด็ก เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมาก ถ้าเด็กหงุดหงิด อารมณ์เสีย หรือร้องไห้ เด็กก็ไม่พร้อม ที่จะรับการเรียนรู้ในเรื่องใดๆ

2. สอนความเข้าใจ ก่อนสอนการพูด ในการสอนคำศัพท์ต่างๆ พึงระลึกไว้ว่า ความเข้าใจต้องมาก่อนเสมอ ซึ่งจะทราบว่าเด็กเข้าใจคำศัพท์ที่เราสอนได้จาก การสังเกตว่า เด็กมองดู ชี้ หยิบ หรือแสดงท่าทางตามที่บอกได้จากนั้นจึงสอน ให้พูดคำศัพท์นั้นๆ

3. ให้โอกาสเด็กได้เปล่งเสียงออกมาบ้าง ขณะที่พูดกับเด็ก ผู้สอนควรเว้นระยะให้เด็กตอบบ้าง เพื่อให้เด็กได้มีโอกาสคิดที่จะออกเสียง อย่ารีบแย่งเด็กพูด และ แม้ว่าเด็กจะออกเสียงไม่เป็นคำพยายามเดาว่าเด็กพูดอะไร และพูดตอบใน เรื่องนั้น เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจในการเปล่งเสียง ในกรณี que เด็กเริ่มแสดงการ เบื่อหน่าย ควรหยุดการฝึกไว้ก่อน เพราะถ้าเราให้เด็กออกเสียงมากเกินไปจะทำให้ เด็กไม่ต้องการส่งเสียงกับเราในครั้งต่อไป

4. สอนพูดคำเดี่ยว และเลือกคำที่ออกเสียงได้ง่ายก่อน ในการสอนพูดควรเริ่มจากการ สอนคำเดี่ยวๆ และมองเห็นรูปปากได้ชัดเจน เพื่อให้เด็กสามารถมองเห็นและเลียนแบบได้ จะช่วยให้ ออกเสียงได้ง่ายขึ้น เช่น คำที่ขึ้นต้นด้วยเสียง พยัญชนะ ม ได้แก่ แม่ ม้า หมา เสียงพยัญชนะ ป ได้แก่ ปู ปลา ปาก เสียง พยัญชนะ ว ได้แก่ วัว หวี เป็นต้น

5. สอนเด็กให้พูดโดยใช้คำนามที่มองเห็นเป็นรูปธรรม จดจำได้ง่าย ค้นเคยและอยู่ใกล้ตัว เด็ก จะทำให้เด็กรับรู้ เข้าใจและเรียนรู้ได้ดี ต่อมาจึงสอนให้พูด คำกริยาต่างๆ พร้อมทั้งสอนให้เด็กปฏิบัติ ตามไปด้วย รวมทั้งสอนร่วมไปกับการทำกิจวัตรในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เด็กสามารถเชื่อมโยงคำกับ ประสบการณ์ และนำไปใช้ในเหตุการณ์จริงได้ต่อไป

6. ผู้ฝึกเป็นแบบอย่างในการพูดที่ดี เนื่องจากขณะที่เด็กพูด เด็กจะลอกเลียนแบบ จากผู้ที่พูด ผู้ฝึกจะต้องพูดให้ชัดเจนและถูกต้อง ถ้าพบว่าเด็กพูดไม่ชัดไม่ควรแสดงความเอ็นดูหรือ พูดไม่ชัดตามเด็ก เพราะจะทำให้เด็กพูดไม่ชัดและติดไปจนโต แต่ไม่จำเป็นต้องเคี่ยวเข็ญให้เด็กพูดชัด ในขณะนั้น เพราะเด็กไม่สามารถพูดให้ชัดได้ในทันที เนื่องจากยังขาดทักษะการเคลื่อนไหวของ ปาก ลิ้น ในการ ออกเสียง ควรรอให้เด็กสามารถพูดสื่อสารให้ได้มากพอก่อน เพราะการรีบ แกะไขให้เด็กพูดชัด หรือตำหนิเด็กบ่อยๆ จะทำให้เด็กโกรธและอาจหยุดพูดไป ได้

เทคนิคการช่วยเหลือในการฝึก มีขั้นตอนเรียงลำดับจากง่ายไปยาก ดังนี้

1. ช่วยจับท่า

เมื่อสั่งให้เด็กทำกิจกรรมใดๆ ก็ตาม ถ้าเด็กไม่แสดงการรับรู้ หรือปฏิบัติ ตามคำสั่งไม่ได้ให้ จับมือเด็กทำ กิจกรรมนั้นซ้ำๆ พร้อมทั้งพูดบอกเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และ เข้าใจ สามารถทำตามคำสั่งหรือคำพูดได้

2. ตะแคง

เป็นการลดความช่วยเหลือจากการช่วยจับท่าลง โดยตะแคงหลังมือ ข้อมือหรือข้อศอกเพื่อให้เด็ก ได้มีโอกาสทำกิจกรรมด้วยตนเองในขั้นตอนสุดท้าย

3. เลียนแบบ

เป็นการลดความช่วยเหลือลงจากการตะแคง โดยทำให้เด็กดู แล้วให้เด็ก ทำตาม เพื่อสอนให้เด็ก เรียนรู้ถึงการเลียนแบบตั้งแต่การเคลื่อนไหวร่างกายที่ เห็นได้ชัดเจนไปจนถึงการเลียนแบบการพูดต่อไป

4. ทำตามคำสั่ง

เป็นความสามารถของเด็กในการเข้าใจ และปฏิบัติตามคำสั่งได้โดยไม่ต้องใช้การช่วยเหลือใดๆ ซึ่งแสดงว่าเด็กเข้าใจความหมายของคำพูดและพร้อมที่จะฝึกการเปล่งเสียงพูดที่มีความหมายต่อไป

เมื่อเด็กมีความเข้าใจ จึงเริ่มสอนพูด โดยใช้เทคนิคช่วยให้เด็กสามารถนึก คำตอบได้ ดังนี้

1. การพูดตาม โดยในระยะแรกผู้สอนจะเป็นผู้ถามตอบเอง หลังจากนั้นจึงเป็นผู้สอนถามเด็ก แล้วตอบนำให้เด็กตอบตาม

ตัวอย่าง ขั้นที่ 1 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนตอบ “หมา”

ขั้นที่ 2 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนตอบ “หมา” เด็กดูตาม “หมา”

2. การพูดต่อคำ โดยผู้สอนถามแล้วตอบนำทั้งคำ แล้วกระตุ้นให้เด็กตอบตามหลังจากนั้นจึงถามซ้ำแล้วตอบคำแรกนำ เว้นช่วงให้เด็กพูดต่อคำให้สมบูรณ์

ตัวอย่าง ขั้นที่ 1 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนตอบนำ “แตงโม” เด็กพูดตาม “แตงโม”

ขั้นที่ 2 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนตอบนำคำแรก “แตง...” เว้น ระยะเวลาให้เด็กตอบ “...โม”

(หมายเหตุ เทคนิคนี้ใช้ได้เฉพาะกับการพูดคำที่มี 2 พยางค์ขึ้นไป)

3. การพูดต่อเสียง โดยผู้สอนถามแล้วตอบนำทั้งคำ แล้วกระตุ้นให้เด็กตอบตาม หลังจากนั้น จึงถามซ้ำแล้วทำเสียงของคำตอบนำ เว้นระยะเวลาให้เด็กต่อเสียงให้เป็น คำที่สมบูรณ์

ตัวอย่าง ขั้นที่ 1 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนตอบนำ “หมา” เด็กพูดตาม “หมา”

ขั้นที่ 2 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนทำเสียงตอบนำเสียง “อิม”(ลากเสียง) เว้นระยะเวลาให้เด็กต่อเสียงเป็นคำ “หมา”

(หมายเหตุ เทคนิคนี้ใช้ได้เฉพาะคำที่สามารถลากเสียงพยัญชนะต้นของคำแรก ได้)

4. การเตาจากรูปปาก โดยผู้สอนถามแล้วตอบนำในขณะที่เด็กมองปากผู้สอน หลังจากนั้นจึงถามซ้ำแล้วทำรูปปากให้เด็กดู โดยไม่ออกเสียง เว้นระยะให้เด็ก ตอบ

ตัวอย่าง ขั้นที่ 1 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนตอบนำ “ว้าว” เด็กพูดตาม “ว้าว”

ขั้นที่ 2 ผู้สอนถาม “นี่อะไร” ผู้สอนทำปากจู่ขณะที่เด็กมองปาก เว้นระยะให้เด็กตอบ “ว้าว”

6. กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

กิจกรรมบำบัดเป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้ และพัฒนาการ โดยกระบวนการตรวจประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เพื่อให้บุคคลดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ โดยการนำกิจกรรม วิธีการ และอุปกรณ์ที่เหมาะสมมาเป็นวิธีการในการบำบัด (พระราชกฤษฎีกากำหนดให้สาขากิจกรรมบำบัดเป็นสาขาการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ, 2545) การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก นั้น นักกิจกรรมบำบัดใช้กระบวนการการบูรณาการประสาทความรู้สึกรู้ (Sensory Integration) หมายถึง การจัดระเบียบหรือการประมวลผลการรับรู้ความรู้สึกของระบบต่างๆ เพื่อป้อนข้อมูลการรับรู้ความรู้สึกของระบบต่างๆ ให้เกิดการประมวลผลและการจัดระเบียบของสมอง (Ayres, 1972) เกิดการสร้างองค์ประกอบพื้นฐานในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ในรูปแบบของกิจกรรมการดำเนินชีวิตตามวัย ตามบทบาทและตามบริบทที่ดำรงอยู่ ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน การเล่น การเรียนรู้ การเคลื่อนไหว การแสดงออกและควบคุมพฤติกรรมอารมณ์ การทำงาน ทักษะทางสังคม และการศึกษาเล่าเรียนเกิดการรับรู้ตนเอง รวมทั้งการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสม (สรินยา, 2559) ซึ่งเด็กออทิสติกหรือเด็กในกลุ่มออทิสติกสเปกตรัม เช่น เด็กแอสเพอร์เกอร์และเด็กมีปัญหาสติปัญญา มักพบว่ามีปัญหาความบกพร่องของการบูรณาการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Integration Dysfunction) (ผดุง อารยะวิญญู , 2561) หมายถึง การที่สมองไม่สามารถทำหน้าที่ตามธรรมชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในส่วนของระบบการรับรู้ความรู้สึก สมองไม่สามารถจัดระเบียบความรู้สึกต่างๆ ที่เข้ามาในร่างกายผ่านอวัยวะต่างๆ ได้ การที่สมองไม่สามารถบูรณาการข้อมูลความรู้สึกได้ จะส่งผลต่อการแสดง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น

1) Hyperactivity or distractibility เคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา เช่น กระโดดมาก ๆ สะบัดมือ เดินเขย่งเท้า สมาธิไม่ดี วอกแวกเสียสมาธิได้ง่าย ไม่นั่งนิ่ง ๆ ยากที่จะนั่งทำกิจกรรมได้นาน

2) Sensory Over – Responsivity or Sensory Defensiveness ไวต่อสิ่งกระตุ้นมากเกินไป เช่น ตื่นตระหนก อ่อนไหวง่าย หลีกหนีสิ่งเร้า เช่น กลัวชิงช้า กลัวที่สูง ไม่มั่นคง ไม่สัมผัสอาหารหรือของเล่นที่นุ่มนิ่มความรู้สึกซ่าไม่แสวงหาสิ่งเร้า เช่น มีสีหน้าเรียบเฉยง่วงนอนตลอดเวลา ไม่รับรู้สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

5) Dyspraxia เช่น มีปัญหาในการจัดระเบียบความคิด การวางแผนการเคลื่อนไหวที่ยุ่งวุ่นวาย ไม่คล่องแคล่ว ทำให้เก้ๆ กังๆ และ เรียนรู้ต่อกิจกรรมใหม่ได้ช้า

6) Behavior problems หงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น มีปัญหาต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ๆ

หลักการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory Integration) แบ่งออกเป็น 3 ระบบหลัก คือ ระบบการทรงตัว (Vestibular System) การรับรู้ความรู้สึกที่กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ (Proprioceptive System) และระบบการรับสัมผัส (Tactile System) โดย นักกิจกรรมบำบัดจะทำการประเมินเพื่อหาปัญหา SID และให้การบำบัดตามความบกพร่องในแต่ละบุคคล ด้วยกิจกรรมที่เน้น proprioceptive vestibular และ tactile ร่วมกับสิ่งเร้าความรู้สึกอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์และส่งเสริมให้เด็กสามารถประกอบกิจกรรมการดำเนินที่เหมาะสมกับวัยและบทบาท ได้แก่ กิจกรรมบำบัดกระตุ้น sensory integration การบำบัดด้วยห้อง Snoezelen

7. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation)

เพื่อเตรียมความพร้อมเด็กเกี่ยวกับความสามารถในชีวิตประจำวัน ควบคู่กับวิชาการผ่านการจัดแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program : IEP)

8. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ประกอบด้วย การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน และการฝึกฝนทักษะสังคม เพื่อให้บุคคลออทิสติกสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ เช่น การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training) และ การฝึกฝนทักษะสังคม (Social Skill Training) เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น และวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ โดยลดพฤติกรรม

ที่เป็นปัญหาหลง เรื่องราวทางสังคมที่นำมาสอน จะเป็นเหตุการณ์ที่พบได้จริง เป็นปัจจุบัน ใช้สรรพนามบุรุษที่ 1 และถ้ามีการวาดภาพประกอบก็ยิ่งทำให้เข้าใจง่ายขึ้น

9. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation)

การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อไปสู่เป้าหมายให้บุคคลออทิสติกสามารถทำงาน มีรายได้ และดำรงชีวิตโดยอิสระ พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ต้องมีการเตรียมความพร้อมทักษะที่จำเป็นในการทำงาน เช่น การตรงต่อเวลา การปรับตัวเข้ากับหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น และฝึกทักษะพื้นฐานเฉพาะทางอาชีพ ควบคู่กันไป

10. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยาไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายขาดจากโรคออทิสติกโดยตรง แต่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการบางอย่างที่เกิดร่วมด้วย เด็กไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาทุกคน และเมื่อทานยาแล้วก็ไม่จำเป็นต้องทานต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเช่นกัน แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา หรือหยุดยา เมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว รายละเอียดตามหัวข้อ Medication

11. การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy)

การบำบัดทางเลือกใช้เสริมแนวทางหลักให้มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ไม่ใช่การนำมาใช้เพียงอย่างเดียวแล้วได้ผล การบำบัดทางเลือกดังกล่าวประกอบด้วย

1. ศิลปะบำบัด (Art Therapy)
2. ดนตรีบำบัด (Music Therapy)
3. เครื่องเอชอีจี (HEG; Hemoencephalogram)
4. การฝังเข็ม (Acupuncture)
5. การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy) เช่น อาซาบำบัด (บำบัดด้วยการขี่ม้า)
6. การบำบัดด้วยการวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงประยุกต์

(Applied Behavior Analysis : ABA)

7. DIR/ Floor time คือ การฝึกที่อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู
8. โภชนบำบัด
9. Picture Exchange Communication System (PECS) คือ ระบบการแลกเปลี่ยนภาพเพื่อการสื่อสารโดยใช้รูปภาพเป็นสัญลักษณ์แห่งการเริ่มต้นการสื่อสาร
10. Hyperbaric oxygen therapy รักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง

5. Health

จัดกิจวัตรประจำวันให้สม่ำเสมอ เช่น การตื่น การเข้านอน การขับถ่าย เนื่องจากการเปลี่ยนตารางกิจกรรมหรือสถานที่บ่อยๆ ทำให้เด็กเกิดปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรม

- เด็กควรนอนพักผ่อน อย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง/วัน
- ให้เด็กช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันตามระดับพัฒนาการ
- ให้เด็กได้มีกิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อช่วยเรื่องทักษะสังคม ลดความเสี่ยงเรื่องผลข้างเคียงจากยา และช่วยลดความเสี่ยงเรื่องพฤติกรรมไม่เหมาะสมทางเพศ
- เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกายและโรคตามฤดูกาลแม้เพียงเล็กน้อย ควรพาไปปรึกษาแพทย์ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารถึงอาการและความเจ็บป่วยของตัวเอง

6. Outpatient

การสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ ดังนี้

- เมื่อมีการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือมีการปรับเปลี่ยนการรักษา
- มีอารมณ์หงุดหงิดกระสับกระส่าย
- นอนไม่หลับ
- พฤติกรรมถดถอย หรือพฤติกรรมแปลก ๆ
- การส่งต่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา โทรมมาปรึกษา และการดูแลเบื้องต้นทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323

7. Diet

- ส่งเสริมการรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่
- ลดการรับประทานอาหารเช้า ๆ เสริมอาหารที่หลากหลายตั้งแต่เด็กยังเล็ก เพื่อป้องกันการขาดสารอาหารหรือโรคอ้วน เนื่องจากได้อาหารบางชนิดมากเกินไป
- งดชา กาแฟ น้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว และสารเสพติดอื่นๆ

D-METHOD

โรคซึมเศร้าและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง

D – METHOD โรคซึมเศร้าและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง

1. Disease

โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น และมีโอกาสเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อพัฒนาการ การเรียน และการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย อีกทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่สำคัญคือ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในวัยรุ่น ดังนั้นเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าจึงควรได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุดเพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว

ระบาดวิทยา

โรคซึมเศร้าสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ ความชุกจะเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กเติบโตจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น โดยมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 ในวัยอนุบาล ร้อยละ 2 ในวัยเด็กและร้อยละ 4-8 ในวัยรุ่น

โรคซึมเศร้าในเด็กก่อนวัยรุ่นพบในเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน แต่ในวัยรุ่นจะพบในเพศหญิงได้บ่อยกว่าเพศชายในสัดส่วนประมาณ 2:1 เช่นเดียวกับในผู้ใหญ่และเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเด็กทั่วไป

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

โรคซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

มีปัจจัยทางชีวภาพหลายอย่างที่เกี่ยวข้อเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยพบว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2-4 เท่า นอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมแล้ว ยังมีปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความผิดปกติทางโครงสร้างและเมแทบอลิซึมของสมองเฉพาะส่วน

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่พบว่าเกี่ยวข้องเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียสิ่งที่รัก การถูกทารุณกรรม การได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับพ่อแม่ การเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ลักษณะทางคลินิก

Major Depressive disorder (MDD) เป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง โดยจะมีอาการเกิดขึ้นแบบเป็นช่วงเวลา (episode) ที่อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เคยเป็นอย่างชัดเจน เรียกว่าระยะซึมเศร้า (major depressive episode) ที่มีอาการประกอบด้วย

1. อารมณ์เศร้า (หรือหงุดหงิด) และ/หรือ
2. อาการหมดความสนใจหรือหมดความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) ที่เป็นแทบทุกวันเป็นระยะเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับอาการอื่นๆ รวมเป็นอย่างน้อย 5 อาการ ได้แก่

อาการทางกาย

3. เบื่ออาหารหรือกินเยอะ
4. นอนไม่หลับหรือนอนเยอะ

อาการทางพฤติกรรม

5. กระวนกระวายหรือเฉื่อยชา
6. อ่อนเพลีย

อาการทางความคิด

7. รู้สึกไร้ค่า
8. ไม่มีสมาธิ
9. มีความคิดอยากตาย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการวิตกกังวลหรือตื่นเครียดสูงหรือบางรายอาจมีอาการของภาวะโรคจิต (psychotic) เช่น อาการหูแว่วหรือความคิดหลงผิด ที่อาจเป็นเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า (mood congruent) หรือไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า (mood incongruent) ก็ได้ หรือในบางรายอาจมีอาการที่คล้ายแต่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย mania ที่เรียกว่า mixed episode เช่น พูดคุย

มากกว่าปกติ มีความคิดที่แสดงออกมามากกว่าปกติหรือเปลี่ยนไปมา (flight of idea) มีกิจกรรมมาก ผิดปกติหรือกระวนกระวาย

ส่วน Dysthymia เป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการเรื้อรังที่เป็นต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานาน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ผู้ป่วยจะต้องมีอาการเป็นอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิด ติดต่อกันนานกว่า 1 ปี (หรือ 2 ปีในผู้ใหญ่) ร่วมกับอาการอื่นๆอีกอย่างน้อย 2 อาการ ดังต่อไปนี้ ได้แก่

1. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป
2. นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป
3. อ่อนเพลียไม่มีแรง
4. รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem)
5. สมาธิและความสามารถในการตัดสินใจลดลง
6. รู้สึกหมดหวัง

โดยในระยะเวลา 1 ปี (หรือ 2 ปีในผู้ใหญ่) ที่ป่วยนี้ ต้องไม่มีช่วงเวลาที่ปราศจากอาการซึมเศร้า ติดต่อกันนานเกิน 2 เดือนและต่างจาก MDD ที่อาการเป็นแบบ episode ชัดเจน ผู้ป่วย dysthymia มักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีการดำเนินโรคแบบต่อเนื่องเรื้อรังกว่า ซึ่งอาจเป็นแบบไม่รุนแรงหรืออาจรุนแรงแบบ MDD ก็ได้

การประเมินผู้ป่วย

เด็กและวัยรุ่นที่มีผลคัดกรองเป็นบวก หรือมีอาการที่น่าสงสัยโรคซึมเศร้าควรได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ ด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิตและส่งตรวจเพิ่มเติมบางอย่างตามความจำเป็น

ในการซักประวัติ ควรมีการสัมภาษณ์ทั้งพ่อแม่และสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามลำพังแยกจากพ่อแม่ เพื่อประเมินอาการของโรคซึมเศร้า ปัจจัยความเครียดที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการและอาการที่บ่งชี้โรคทางจิตเวชอื่นที่อาจพบร่วมด้วย รวมทั้งควรซักประวัติพัฒนาการ ประวัติความเจ็บป่วยทางร่างกาย ประวัติความเป็นอยู่ในครอบครัวและประวัติครอบครัวของโรคทางจิตเวช

ผู้ป่วยบางคนอาจปฏิเสธการมีอารมณ์เศร้าหรือไม่สามารถบรรยายอารมณ์ของตนได้ในการประเมินจึงต้องอาศัยการสอบถามอาการอื่นๆ สังเกตการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยและตรวจ

สภาพจิตให้ครบถ้วนทุกด้าน รวมทั้งจะต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยถามถึงการมีความคิดอยากตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย โอกาสเข้าถึงอาวุธหรือวิธีการฆ่าตัวตายอื่นๆ

ควรมีการตรวจร่างกายในทุกระบบเพื่อหาโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุที่พบร่วมและพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามข้อบ่งชี้ที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย

นอกจากนี้ อาจมีความจำเป็นต้องติดต่อทางโรงเรียนเพื่อประเมินสภาพปัญหาที่โรงเรียนและความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับและอาจใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้น เช่น CDI มาประเมินความรุนแรงของโรคและติดตามผลการรักษา

การรักษา

การรักษาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย การรักษาประคับประคองด้านจิตใจ แก้ปัจจัยความเครียด รักษาโรคที่พบร่วม การใช้ยาและจิตบำบัด ดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาแบบประคับประคอง

ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแก่พ่อแม่และผู้ป่วย เกี่ยวกับลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา ให้เข้าใจว่าเป็นโรคที่เกิดจากทั้งปัจจัยด้านจิตใจร่วมกัน ไม่ใช่เป็นเพียงความอ่อนแอของผู้ป่วยหรือเป็นเพราะความผิดของพ่อแม่และควรมีการรับฟังความทุกข์และให้การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่พ่อแม่ด้วย

2. การวางแผนการรักษาตามความเร่งด่วนและความรุนแรง

ในกรณีที่มีภาวะเร่งด่วน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนมีโอกาสเป็นอันตรายต่อร่างกาย มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือมีภาวะโรคจิต ควรพิจารณารับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชหรือหอผู้ป่วยที่มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและให้การรักษาด้วยวิธีการต่างๆจนผู้ป่วยดีขึ้นและมีความปลอดภัยจึงให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3. การรักษาด้วยยา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรได้รับการรักษาด้วยยา antidepressant ที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษาได้แก่ยาในกลุ่ม SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor)

4. การรักษาโดยใช้จิตบำบัด

รักษาด้วยวิธีจิตบำบัดที่มีข้อมูลการศึกษาวิจัยยืนยันว่ามีประสิทธิภาพดี ได้แก่ จิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy, CBT) และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) ซึ่งอาจนำมาใช้รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการไม่รุนแรงมากโดยไม่ต้องรักษาด้วยยาหรือใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ทั้งนี้พบว่า CBT อาจช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายและลดโอกาสที่จะกลับเป็นโรคซ้ำภายหลังจากหยุดการรักษาด้วยยาได้

5. การติดตามผู้ป่วย

ควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการ การตอบสนองต่อการรักษา การปรับตัวและพัฒนาการในด้านต่างๆของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา ควรมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะต่อไปอีก 1-2 ปี พร้อมกับแนะนำผู้ป่วยและพ่อแม่ให้เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค

พฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย (Non-suicidal self injury; NSSI) หมายถึง การตั้งใจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายหรือทำให้เกิดความเจ็บปวดโดยไม่มีเจตนาในการฆ่าตัวตายและไม่ใช้วิธีการที่ได้รับการยอมรับทั่วไปในสังคม เช่น การสัก การเจาะตามร่างกาย เป็นต้น แต่มักทำร้ายตัวเองด้วยการกรีด การกัดหรือการช่วน ทั้งนี้สิ่งที่ต่างไปจากพฤติกรรมฆ่าตัวตายอยู่ที่ “ความตั้งใจ” กล่าวคือคนที่มีความตั้งใจทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายจะไม่มีเจตนาที่จะจบชีวิตและไม่คิดว่าวิธีการนั้นจะทำให้เสียชีวิต จึงมักเป็นวิธีการที่อันตรายน้อยกว่าวิธีการของคนที่มีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายและมักได้รับการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงจนต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์

ระบาดวิทยา

ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย 17-18% ในกลุ่มประชากรทั่วไปที่เป็นวัยรุ่นและสูงขึ้นเป็น 40% ในกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่มาพบแพทย์ในคลินิกจิตเวช อีกทั้งยังพบร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นอีกด้วย ได้แก่ ภาวะติดสารเสพติด โรคมุคลิกภาพผิดปกติ โรคสมาธิสั้น การมีประวัติถูกล่วงละเมิด โรคซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและโรคเครียดหลังจากผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

การศึกษาที่มีในปัจจุบันยังไม่สามารถบอกได้อย่างชัดเจนว่าเหตุใดวัยรุ่นจึงมีความเสี่ยงในการมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายแต่มีบางการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มากและแปรปรวนกว่าวัยเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของระบบประสาทในช่วงวัยนี้ที่ความสามารถในการควบคุมตนเองมีน้อยและทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง หุนหันพลันแล่นได้ง่าย นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นเป็นปลายเหตุของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจและปัจจัยทางสังคมร่วมกัน

การวินิจฉัย

ในเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)) พฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายนั้นจัดอยู่ในหมวดหมู่ของภาวะที่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากยังขาดข้อมูลในการศึกษาทางคลินิก ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

ข้อ A. ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 5 วันที่มีพฤติกรรมตั้งใจทำให้เกิดบาดแผลตามร่างกาย โดยวิธีการทำให้เลือดออก เกิดรอยขีดหรือการบาดเจ็บ (เช่น การกรีด การเผา การแทง การตี การถูอย่างรุนแรง) ด้วยความคาดหวังว่าการบาดเจ็บจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายเพียงเล็กน้อย (ไม่มีความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย)

ข้อ B. พฤติกรรมทำร้ายตนเองมีเป้าหมาย 1 ข้อหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้

- B1) เพื่อต้องการระบายอารมณ์และความคิดด้านลบ
- B2) เพื่อจัดการกับปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- B3) เพื่อให้เกิดอารมณ์เชิงบวก

ข้อ C. ความตั้งใจในการทำร้ายตนเองสัมพันธ์กับปัจจัยดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

C1) ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความคิดและอารมณ์ด้านลบ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเครียด ความโกรธหรือการวิพากษ์วิจารณ์ตัวเองเกิดขึ้นในทันทีก่อนมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

- C2) มีความคิดหมกมุ่นอย่างมากจนควบคุมไม่ได้ในการตั้งใจทำร้ายตนเอง
- C3) มีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองบ่อย ๆ

ข้อ D. ไม่ใช่วิธีการที่ได้รับการยอมรับทั่วไปในสังคมและไม่ใช้การแกล้งแกล๊วหรือการกีดเล็บ

ข้อ E. พฤติกรรมหรือผลของพฤติกรรมนั้นรบกวนการใช้ชีวิต

ข้อ F. พฤติกรรมนี้ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงที่มีอาการหลอน ภาวะเพ้อ ภาวะพิษจากสารเสพติดหรือ ภาวะถอน

โรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

1. Depression
2. Bipolar disorder
3. Anxiety
4. Substance use disorder
5. Psychotic disorders
6. Antisocial behavior
7. Eating disorder
8. Attention deficit/hyperactivity disorder
9. Personality disorder

การรักษา

การรักษาควรเริ่มต้นจากการจัดการปัญหาวิกฤติที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วยโดยเร็วที่สุดและส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถประคับประคองผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนมากก็จำเป็นต้องได้รับการบำบัดที่ต่อเนื่องและจริงจัง โดยการรักษาที่มีการวิจัยรองรับว่าได้ผลมีดังต่อไปนี้

1. Family Therapy

เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับปัญหาในครอบครัว การทำจิตบำบัดแบบครอบครัวบำบัดจึงมุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ บทบาทและการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัวและพบว่าเป็นการรักษาที่ได้ผลดีในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2. Group Therapy

การทำกลุ่มบำบัดเป็นวิธีการที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองซ้ำๆ ที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดร่วมกับการรักษาตามแผนการรักษาส่งผลให้ลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองลงได้

3. Dialectical Behavior Therapy

เป็นการทำจิตบำบัดที่มุ่งเน้นไปที่การจัดการอารมณ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาไปเป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่งในช่วงวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่ทำให้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำๆ

4. การรักษาแบบเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล

พิจารณาตามความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและความรุนแรงของโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งความเสี่ยงอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านกฎหมาย ปัจจัยจากปัญหาในครอบครัว เป็นต้น

การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช

เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตนเองและพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มักเกิดร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรักษาโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ด้วย โดยมีการรักษาดังต่อไปนี้

1. การรักษาด้วยยา (medication)

การใช้ยากลุ่ม antidepressant มีข้อบ่งชี้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น แต่มีข้อควรระวังในการใช้ยา antidepressant ในกลุ่ม SSRI ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองและพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากขึ้นด้วย

2. การรักษาด้วยจิตบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมบำบัดร่วมกับยาต้านเศร้า (cognitive behavioral therapy combined with antidepressant)

การทำจิตบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมบำบัดเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้าและปรับพฤติกรรมและเมื่อใช้การทำจิตบำบัดร่วมกับยาต้านเศร้าพบว่าได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว

3. การรักษาแบบหลายระบบ (Multisystemic therapy)

การรักษาแบบหลายระบบถูกพัฒนาขึ้นมาจากการรักษาและบำบัดผู้ป่วยเด็กที่กระทำความผิดทางกฎหมายโดยมุ่งเน้นไปที่สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เป็นการรักษาที่ประกอบด้วย การสอนทักษะการเลี้ยงดูให้ผู้ปกครอง การทำครอบครัวบำบัดและการส่งเสริมการศึกษา ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การรักษาหลายระบบมีประสิทธิภาพอย่างมากในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำๆ

2. Medication

วิธีการใช้ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor รักษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

ชื่อและรูปแบบยาที่จำหน่ายในประเทศไทย	ขนาดเริ่มต้น (มก./วัน)	ขนาดที่แนะนำให้ใช้รักษา (มก./วัน)	ขนาดสูงสุด (มก./วัน)	จำนวนครั้งที่ให้ต่อวัน	การรับรองให้ใช้ในเด็ก
Fluoxetine ขนาดเม็ดหรือแคปซูลละ 20 มก.	10	20	60	วันละ 1 ครั้ง	ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคซึมเศร้าในเด็กอายุ 7 ปีขึ้นไป
Sertraline ขนาดเม็ดละ 50 มก.	25	50	200	วันละ 2 ครั้ง หรือวันละ 1 ครั้งถ้าให้ ≥ 150 มก./วัน	ไม่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคซึมเศร้าในเด็ก แต่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคย้ำคิดย้ำทำในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป
Escitalopram ขนาดเม็ดละ 10,15,20 มก.	5	10	20	วันละ 1 ครั้ง	ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคซึมเศร้าในเด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป
Fluvoxamine	50	150	300	วันละ 2 ครั้ง	ไม่ได้รับการรับรอง

ชื่อและรูปแบบยาที่จำหน่ายในประเทศไทย	ขนาดเริ่มต้น (มก./วัน)	ขนาดที่แนะนำให้ใช้รักษา (มก./วัน)	ขนาดสูงสุด (มก./วัน)	จำนวนครั้งที่ให้ต่อวัน	การรับรองให้ใช้ในเด็ก
ขนาดเม็ดละ 50,100 มก.					ให้ใช้รักษาโรคซึมเศร้าในเด็ก แต่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคย้ำคิดย้ำทำในเด็กอายุ 8 ปีขึ้นไป
Paroxetine ขนาดเม็ดละ 20 มก.	10	20	60	วันละ 1 ครั้ง	ไม่ได้รับการรับรองให้ใช้ในเด็ก

อาการไม่พึงประสงค์ของยา

ผลข้างเคียงของยากลุ่ม SSRI ที่พบบ่อยได้แก่ คลื่นไส้ ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ง่วงนอน หรือนอนไม่หลับ ซึ่งอาการเหล่านี้มักไม่รุนแรงและหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกระวนกระวายหรือมีการยับยั้งตนเองได้ลดลง การใช้ยาระยะยาวอาจทำให้เกิดปัญหาความต้องการทางเพศลดลงหรืออวัยวะเพศไม่แข็งตัวได้ นอกจากนี้ ยาในกลุ่มนี้ยังอาจกระตุ้นให้เกิด manic episode ในผู้ป่วย bipolar disorder ได้

3. Economy and Environment

จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร ปลอดภัย เอื้อต่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง บุคคล ป้องกันการแยกตัว ช่วยให้ผู้เกิดเกิดความไว้วางใจ ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสูงสุด

จัดกิจกรรมที่เหมาะสม สามารถดึงความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยที่มีอาการ ซึมเศร้ากลับมาอีกครั้ง ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ สิ่งแวดล้อม และอนาคต กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าควรเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความคิด ด้านบวก และความภาคภูมิใจในตนเอง

4. Treatment

การรับประทานยา ควรรับประทานยา ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ง่วงนอน เป็นต้น หากอาการไม่รุนแรงจะสามารถลดอาการข้างเคียงด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ถ้าปากแห้ง คอแห้ง แก้ไขด้วยการจิบน้ำบ่อยๆ หรืออมน้ำแข็ง ถ้ามีอาการรุนแรงควรรีบไปพบแพทย์ไม่หยุดหรือปรับขนาดยาเอง ซึ่งในช่วงแรกอาจจะยังไม่เห็นผลของการรักษา เนื่องจากปกติแล้วจะเริ่มเห็นผลหลังจากได้รับยาไปแล้ว 1-2 สัปดาห์ และเมื่ออาการดีขึ้นแล้วไม่ควรหยุดยา ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรคได้

นอกจากการรักษาด้วยยา ยังมีการบำบัดรักษารูปแบบอื่น ๆ เช่น

- การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro convulsive therapy: ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนอง ต่อยา หรือทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีอาการรุนแรง

- การรักษาด้วยการกระตุ้นสมองแบบ Repeated transcranial magnetic stimulation (rTMS) อาศัยอุปกรณ์ปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านหนัง ศีรษะ เพื่อสร้างสนามแม่เหล็กไฟฟ้าเหนี่ยวนำให้เกิด กระแสไฟฟ้ากระตุ้นเซลล์สมอง

- การรักษาทางจิตสังคม (Psycho-social treatment) ได้แก่ การทำจิตบำบัด ประคับประคอง การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การทำจิตบำบัดเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การบำบัดโดยใช้แนวคิดเรื่องสติ ครอบครัวยุติธรรม เป็นต้น

ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ และอาการแสดง สาเหตุ และการรักษาของผู้ป่วย เพื่อ จะได้เข้าใจและรู้ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาล รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เอาใจใส่ โดย ไม่ตัดสิน ปรึกษาวิจารณ์ผู้ป่วยในทางที่ไม่ดี ไม่ว่าจะ เป็น คำพูด น้ำเสียง ท่าทาง พฤติกรรมต่างๆ ควรพูดคุย สอบถามว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร แต่ไม่ต้องรีบร้อน หากผู้ป่วย ไม่ต้องการที่จะพูด การรับฟังอย่างเข้าใจและพูดคุยกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความพร้อมที่จะรับฟังและเข้าใจตนเอง ทั้งนี้ไม่ควรแสดงความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไป หรือคอยจับผิดตลอดเวลา เพราะจะยิ่งทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดี

สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยในการรักษาตัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา ในระยะแรกอาจจะต้อง ช่วยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาหรือช่วยเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยา พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

5.Health

- กระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การนอน การเคลื่อนไหว

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวหรือชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วย ถนัดหรือเคยทำสำเร็จมาแล้ว เช่น การทำงานบ้าน การทำอาหาร ไปทำบุญหรือเที่ยวกับครอบครัว ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจิตใจ ผ่อนคลายความเครียดในวิธีที่ เหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

- ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หางานอดิเรกหรือ เลือกกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกดี เช่น บางคน อาจชอบดูหนัง ไปท่องเที่ยว ทานอาหาร เล่นดนตรี หรือ ทำานประดิษฐ์ เป็นต้น หรือการไปทำกิจกรรมร่วมกับ คนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือคนที่รู้สึกไว้วางใจ หากเกิดความเครียด พยายามหาวิธีการผ่อนคลาย ความเครียดที่เหมาะสม และเลือกไปใช้ได้ตามความ พอใจส่วนตัว

- ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ ตามความชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที

6.Outpatient

- มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หาก ไม่สามารถมาได้ให้ญาติเป็นคนมาแทน หรือถ้าทราบล่วงหน้าว่าไม่สามารถมาในวันที่แพทย์นัดได้ ให้แจ้ง แพทย์ที่รักษา เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

- สังเกตและติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย หากสังเกตว่าอาการผู้ป่วยแย่ลง หรือรับรู้ถึงสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เช่น เขียนจดหมาย มอบสิ่งของให้คนอื่น บอกว่าอยากตาย อยาก ฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ทำร้ายตัวเอง อย่าคิดว่า ผู้ป่วยทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ ควรใส่ใจ และให้ ความสำคัญในการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย เก็บสิ่งของที่คิดว่าผู้ป่วยอาจจะนำมาใช้ในการฆ่าตัวตาย ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือบอกชัดเจนว่าจะฆ่าตัวตาย ควรรีบพามาพบแพทย์เพื่อให้การช่วย เหลือหรืออาจจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อไป

- การส่งต่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษ โทรมมาปรึกษา และการดูแลเบื้องต้นทางสายด่วนสุขภาพจิต
1323

7.Diet

- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย
- ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
- งดชา กาแฟ น้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยว เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ

ตัวอย่างการบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
และ พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง

การบำบัดแบบวิภาษวิธี (Dialectical Behavioral therapy)

การบำบัดแบบวิภาษวิธี(Dialectical Behavioral therapy)

การบำบัดแบบวิภาษวิธี คือการบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เรื้อรัง เป็นการบำบัดที่มีงานวิจัยรองรับว่าได้ผลดีในผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) การบำบัดนี้จะมุ่งเน้นไปที่การจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดและรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน

การบำบัดแบบ DBT มีพื้นฐานจากการมองโลกตามความหมายของคำว่า Dialectics แบ่งเป็น 2 ความหมายแบบกว้างๆ คือ 1) ความเป็นจริงขั้นพื้นฐานของธรรมชาติ 2) การสร้างสัมพันธภาพและการพูดคุยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ในบริบทของการรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำๆ การบำบัดแบบ DBT มีความเหมาะสมและได้ประสิทธิภาพดีเนื่องจากมีโครงสร้างของวิธีการบำบัดที่ชัดเจน มุ่งเน้นไปที่การป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ ๆ โดยในมุมมองของการบำบัดแบบ DBT ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้เป็นผลมาจากการขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการขาดความสามารถนำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาพฤติกรรมความคิดและปัญหาขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง การบำบัดแบบ DBT จึงมีเป้าหมายที่จะ 1)เพิ่มความสามารถของเด็กและผู้ปกครองโดยการสอนทักษะการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเอง เพิ่มทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง เพิ่มความอดทนต่อความคับข้องใจและหาสมดุลระหว่างสิ่งที่ เป็นความคิดและการกระทำ และ 2) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ใช้ทักษะเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบของการบำบัด

มีทั้งรูปแบบกลุ่มและรายบุคคล โดยจะสอนให้ผู้ป่วยยอมรับตัวตนของตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ดังนั้นการบำบัดจึงจะประกอบไปด้วย ทักษะการยอมรับ (acceptance skill) และทักษะการเปลี่ยนแปลง (change skill) โดยจะมีการแบ่งย่อยลงไปอีก 4 ทักษะ ในหัวข้อ 1) ทักษะการมี

สติ (mindfulness) 2) ทักษะการควบคุมอารมณ์ (emotion regulation) 3) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal effectiveness) 4) ทักษะการอดทนต่อความคับข้องใจ (distress tolerance)

1) ทักษะการมีสติ (mindfulness)

เป็นทักษะที่เป็นแกนหลักของการบำบัด ต้องสอนผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นพื้นฐานและเป็นทักษะที่สนับสนุนทักษะอื่น ๆ ในการบำบัด DBT เป็นการนำหลักการของการฝึกสติในปรัชญาตะวันออกมาประยุกต์ใช้ในหลักการปรับพฤติกรรมและปรับจิตใจ

เป้าหมายของการฝึกทักษะการมีสติ

- 1.1 ลดระดับความทุกข์และเพิ่มความสุข
- 1.2 เพิ่มทักษะการควบคุมจิตใจ
- 1.3 มองโลกตามความเป็นจริง

2) ทักษะการควบคุมอารมณ์ (emotion regulation)

ผู้ป่วยที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์สูง มีอารมณ์รุนแรงและหงุดหงิดง่ายควรได้รับการสอนทักษะควบคุมอารมณ์ มีหลักการดังต่อไปนี้

- 2.1 เข้าใจอารมณ์และบอกชื่ออารมณ์ได้
- 2.2 ปรับเปลี่ยนอารมณ์เมื่อเจอเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- 2.3 จัดการอารมณ์ที่ท่วมท้น

3) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal effectiveness)

ประกอบด้วย 3 ทักษะ เหมาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

- 3.1 ทักษะในการปฏิเสธหรือร้องขอ
- 3.2 ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและจบสัมพันธภาพที่ไม่ดี

4) ทักษะการอดทนต่อความคับข้องใจ (distress tolerance)

มุ่งเน้นไปที่ประโยชน์ของการเรียนรู้ที่จะรับมือกับความเจ็บปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าความเจ็บปวดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทั้งหมด การที่ไม่ยอมรับจะเพิ่มความเจ็บปวดมากขึ้น โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

- 4.1 ทักษะการอยู่รอดในสถานการณ์วิกฤติ
 - 4.1.1 ทักษะการหยุดพฤติกรรม

4.1.2 มองทั้งข้อดีข้อเสีย

4.1.3 เปรียบเบนความสนใจจากสิ่งเร้า

4.1.4 ทักษะการปลอบใจตัวเอง

4.2 ทักษะการยอมรับความจริง

ครอบครัวบำบัด (family therapy)

จิตบำบัดครอบครัว (family therapy)

จิตบำบัดครอบครัว (family therapy) คือการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย ครอบครัวในที่นี้หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ สามี ภรรยา ลูก ญาติพี่น้อง และบางครั้งอาจรวมไปถึงมิตรสหายด้วย

เป้าหมายของการบำบัด

เพื่อช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ให้สมาชิกแต่ละคนเติบโตไปอย่างกลมกลืนกัน ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้อย่างสูงสุด

เป้าหมายของการบำบัด	
1. เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจนและเหมาะสม - สร้างความผูกพันที่พอเหมาะ ให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ - ช่วยให้เห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ (reframe) - สร้างความหวัง
2. ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาและความเครียดได้	<ul style="list-style-type: none"> - ลดความรู้สึกผิด - ให้ความรู้โดยเฉพาะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวงจรชีวิตแต่ละช่วงเพื่อจะปรับตัวให้ถูกต้องและตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้เหมาะสม - ช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างยืดหยุ่น - ฝึกทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง การสื่อสาร และตอบสนองทางอารมณ์ การอบรมลูก เป็นต้น

3. สร้างทักษะที่สำคัญ	- สามารถวิเคราะห์ความเป็นมาของปัญหาหรืออาการป่วย - รู้ว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อปัญหาหรืออาการป่วย
4. ช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจตนเอง	- รู้ว่าปฏิสัมพันธ์ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่ และต้องแก้ไขอย่างไร

การทำจิตบำบัดระยะต่างๆ

ระยะต้น สิ่งที่สำคัญที่สุดในระยะนี้มี 3 ประการ คือ

1. ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือในการบำบัดรักษา
2. วิเคราะห์ให้เข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์
3. แก้ปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้ครอบครัวยุ่งเหยิงวุ่นวายเกินไป แต่ให้มีความสงบพอที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาหรือฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในระยะต่อมา

การนัดพบกับครอบครัวในระยะนี้มักจะเป็นสัปดาห์ละครั้ง ถ้ามีปัญหารุนแรงก็อาจเป็นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

ระยะกลาง ในระยะนี้ปัญหาหรืออาการที่ทำให้ครอบครัวต้องมาพบผู้บำบัดได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว เวลาส่วนใหญ่จะใช้ไปในการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับลึก ในช่วงท้ายครอบครัวจะเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีทักษะดีขึ้น สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ในขณะที่บทบาทของผู้บำบัดจะลดลงโดยจะให้การชี้แนะเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

ระยะสุดท้าย ในระยะนี้ปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไขไปจนหมดสิ้นแล้ว ครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้น และแก้ไขความขัดแย้งที่มีได้มากขึ้น ผู้บำบัดจะเริ่มนัดครอบครัวห่างขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเดือนละครั้ง หรือ 2 เดือนครั้ง เพื่อเตรียมครอบครัวให้พร้อมสำหรับการหยุดทำจิตบำบัด ในแต่ละครั้งที่พบกันจะมีการประเมินว่า ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ได้หรือไม่ สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงเสมอคือ ต้องหัดให้ครอบครัวแก้ปัญหาเอง ผู้บำบัดต้องไม่รีบเข้าไปช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำ มิฉะนั้นครอบครัวจะเกิดความเคยชินที่จะต้องพึ่งพาผู้บำบัดอยู่เสมอ และแก้ปัญหาด้วยตนเองไม่ได้

ข้อบ่งชี้ในการบำบัดครอบครัว

จิตบำบัดครอบครัวเป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์ในกรณีต่อไปนี้

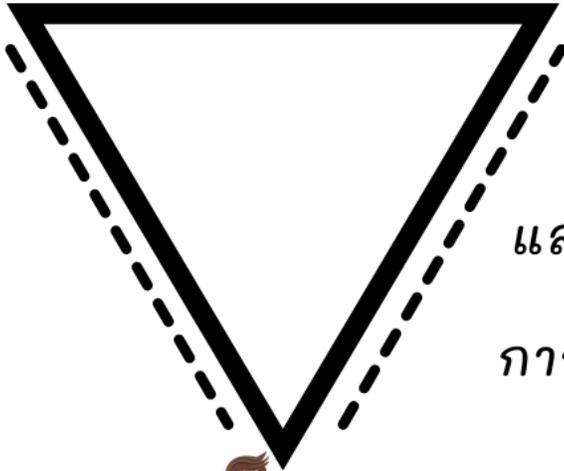
1. ปัญหาจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น เมื่อเกิดปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมขึ้นในเด็กและวัยรุ่น ย่อมเป็นข้อบ่งชี้ที่จะต้องนำครอบครัวเข้ามาร่วมในการบำบัดด้วยเสมอ
2. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่หรือความสัมพันธ์ที่ผิดปกติในครอบครัว เช่น
 - ความล้มเหลวของวัยรุ่นในการแยกตนเองเป็นอิสระและสร้างความเป็นปัจเจกบุคคล (failure of separation-individuation)
 - พ่อแม่ไม่มีประสิทธิภาพในการร่วมมือกับการอบรมดูแลลูก (ineffective parental coalition)
 - การสลับบทบาทระหว่างพ่อแม่-ลูก (parent-child role reversal)
 - ปัญหาการสื่อสารในครอบครัว
 - ปัญหาการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบางอย่าง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว
 - การแก้ไขความขัดแย้งอย่างไม่เหมาะสม เช่น ใช้ projective identification หรือมี triangulation และสมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องตกเป็นแพะรับบาป
 - ขอบเขต (boundary) ในครอบครัวไม่ชัดเจน
3. ปัญหาระหว่างคู่สมรส หรือปัญหาทางเพศ
4. วิกฤติการณ์ในครอบครัว เช่น
 - การตายของสมาชิกในครอบครัว
 - การสูญเสียต่างๆ ในครอบครัว
 - การพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายตามสำเร็จ
 - การเปลี่ยนแปลงวงจรชีวิตครอบครัว เช่น การหย่าร้าง เกษียณอายุ
5. ปัญหาครอบครัวอื่นๆ เช่น
 - การใช้ความรุนแรง
 - การล่วงละเมิดทางกายหรือทางเพศต่อสมาชิกในครอบครัว
6. โรคทางจิตเวชต่างๆ เช่น
 - โรคจิตแบบบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น borderline personality disorder

- การติดสารเสพติด หรือสุราเรื้อรัง
- การเจ็บป่วยทางกายเนื่องจากสาเหตุทางใจ (psychosomatic disorder)
- ความผิดปกติในการกินอาหาร เช่น anorexia nervosa

การบำบัดครอบครัวอาจไม่เหมาะสมในกรณีต่อไปนี้

1. อาการป่วยนั้นเกิดจากความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) มากกว่าจากปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม และอาการนั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเฉพาะตัวผู้ป่วยมากกว่าจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว
2. ปัญหาคู่สมรสที่ดำเนินมาเรื้อรัง และแต่ละฝ่ายต่างก็อยู่ได้โดยไม่เดือดร้อน
3. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพอย่างรุนแรง ในกรณีนี้การทำจิตบำบัดครอบครัวอาจทำให้เกิดผลเสีย เพราะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่ตนเอง แต่อยู่ที่ผู้อื่น และตนเองไม่ต้องรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้น
4. สมาชิกคนใดคนหนึ่งป่วยทางจิตอย่างรุนแรงจนไม่สามารถทำจิตบำบัดครอบครัวได้ เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคจิตและมีอาการรุนแรงมาก
5. ผู้ป่วยมีปัญหาในการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) ในกรณีนี้ การทำจิตบำบัดเฉพาะรายบุคคลอาจเป็นวิธีที่เหมาะสมกว่า อย่างไรก็ตามเรื่องนี้ยังมีความเห็นขัดแย้งกันอยู่ เพราะบางครั้งการนำครอบครัวมาร่วมในการบำบัดอาจทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจมากขึ้น และช่วยผู้ป่วยให้เป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเองได้ง่ายขึ้น
6. ผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะรับการบำบัดแบบครอบครัว เช่น วัยรุ่นที่ยืนยันว่าต้องการรับคำปรึกษาตามลำพัง หรือเมื่อปัญหาที่มาปรึกษานั้นเป็นเรื่องส่วนตัวมากและผู้ป่วยอึดอัดใจที่จะเล่าให้สมาชิกในครอบครัวฟัง ในกรณีนี้ควรทำการบำบัดเฉพาะบุคคลก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวตามสมควร

สามเหลี่ยมครอบครัว



"พ่อแม่"

รักกันให้มาก
แล้วแบ่งความรักมาให้
ลูกคนละส่วน ...
การเลี้ยงลูกจะง่ายขึ้น...



"ครอบครัวจะ
แข็งแรงมาก"

เป้าหมายของจิตบำบัดและวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

เป้าหมาย	วิธีการ
1. เปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - ทำขอบเขตระหว่างบุคคลและระหว่างระบบย่อยให้ชัดเจนและเหมาะสม - สร้างความผูกพันที่พอเหมาะ ให้สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ
2. ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาและความเครียดได้ดี	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้มองปัญหาในแง่มุมใหม่ (Reframe) - สร้างความหวังและลดความรู้สึกลด - ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวงจรชีวิต เพื่อให้ปรับตัวได้ถูกต้องและตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างเหมาะสม - ช่วยให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ยืดหยุ่นมากขึ้น
3. สร้างทักษะที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกทักษะต่างๆ เช่น การแก้ไขความขัดแย้ง การสื่อสาร การอบรมลูก ฯลฯ
4. ช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - เข้าใจความเป็นมาของปัญหา/อาการป่วย - รู้ว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อปัญหา/อาการป่วย - รู้ว่าปฏิสัมพันธ์ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่ และต้องการแก้ไขอย่างไร

วงจรชีวิตครอบครัว

ระยะต่างๆ	ภารกิจสำคัญ	วิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุภารกิจ
1. เป็นผู้ใหญ่เต็มตัว	แยกจากครอบครัวเดิม	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นตัวของตัวเองและเป็นอิสระจากครอบครัวเดิม - สร้างความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับบุคคลอื่น - ทำงานสร้างฐานะ
2. แต่งงานและสร้างครอบครัวใหม่	อุทิศตนให้กับครอบครัวใหม่	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับสามี/ภรรยา

ระยะต่างๆ	ภารกิจสำคัญ	วิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุภารกิจ
		<ul style="list-style-type: none"> - ปรับความสัมพันธ์ที่มีกับครอบครัวเดิมและเพื่อนฝูง เพื่อช่วยให้คู่สมรสอยู่ในครอบครัวใหม่อย่างมีความสุข
3. ครอบครัวที่มีลูกเล็ก	ต้อนรับสมาชิกใหม่ (ลูก) เข้าสู่ครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่ - ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในฐานะพ่อแม่อย่างเหมาะสม - ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติกับลูกของตน
4. ลูกโตเป็นวัยรุ่น	ส่งเสริมให้ลูกมีความเป็นตัวของตัวเอง	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับความสัมพันธ์กับลูกวัยรุ่น - หันกลับมาให้ความสนใจคู่สมรสและอาชีพการงานอีกครั้ง - ดูแลพ่อแม่ซึ่งย่างเข้าสู่วัยชรา
5. ลูกแยกไปจากครอบครัว	ยอมรับการแยกจากไปของลูกและการเข้ามาของเขย-สะใภ้	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับคู่สมรส - ปรับความสัมพันธ์ที่มีต่อลูกให้เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ใหญ่ - ต้อนรับเขย-สะใภ้และหลานเข้าสู่ครอบครัว - ยอมรับความเสื่อมสมรรถภาพที่ค่อยๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการจากไปของพ่อแม่
6. สู้บั้นปลายชีวิต	ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเนื่องจากย่างเข้าสู่วัยชรา	<ul style="list-style-type: none"> - แสวงหาบทบาทใหม่ที่เหมาะสมกับวัยชรา - พยายามคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานและความกระตือรือร้นในชีวิต - สนับสนุนคนรุ่นลูกให้มีบทบาท

ระยะต่างๆ	ภารกิจสำคัญ	วิธีปฏิบัติเพื่อให้บรรลุภารกิจ
		<p>มากขึ้น</p> <p>- จัดการกับความสูญเสีย (การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง) ในขณะที่เดียวกันก็เตรียมตัวเตรียมใจสำหรับวาระสุดท้ายของตนเอง</p>

Crisis Intervention

การเจริญพัฒนาการของเด็กจะมีระยะวิกฤติ (Critical period) ซึ่งเกิดขึ้นโดยธรรมชาติที่เด็กและวัยรุ่นจะต้องปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงทั้งของตนเองและสิ่งแวดล้อม เด็กบางคนสามารถผ่านได้และเจริญเติบโตไปได้ด้วยดี บางคนผ่านได้แต่อาจต้องได้รับการช่วยเหลือ ขณะที่บางคนกลับเป็นการเริ่มต้นของปัญหาและลูกกลามเป็นความผิดปกติ

ระยะวิกฤติในเด็กมีได้ทั้งในด้านการเจริญเติบโตทางร่างกายและจิตใจ สิ่งที่สำคัญคือในระยะเวลาเหล่านี้ ถ้าเด็กไม่พัฒนาด้วยดี จะทำให้เป็นปัญหาต่อไป

วิกฤติการณ์ที่พบเป็นปกติที่เด็กทุกคนต้องเผชิญ คือ การจากบ้านไปเข้าโรงเรียน และเมื่อเด็กผลจากวัยประถมศึกษาเข้าสู่วัยรุ่น เข้าเรียนชั้นสูงขึ้นในมัธยม ในการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะพบว่า เด็กหลายคนจะมีปฏิกิริยาต่อการเปลี่ยนแปลงมาน้อยแตกต่างกันไป อาการที่พบเสมอ คือ อาการวิตกกังวล (anxiety) พฤติกรรมถดถอย (regressive behavior) ในเด็กปกติจะผ่านระยะนี้ไปได้เร็วและปรับตัวได้ในที่สุด แต่จะมีเด็กบางคนจะมีการปรับตัวผิดปกติจนเกิดปัญหาทางด้านจิตเวชขึ้น

วิกฤติการณ์ในชีวิต

- การเสียชีวิตบุคคลอันเป็นที่รัก พ่อ แม่ ปู่ย่าตายาย คนที่เด็กรักและผูกพัน
- การเจ็บป่วย โรคร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก
- การพลัดพราก
- อุบัติเหตุ
- การย้ายบ้าน ย้ายที่อยู่อาศัย
- การเปลี่ยนจากเด็กสู่วัยเรียน เข้าเรียนระดับมัธยม
- การย้ายโรงเรียน
- การทะเลาะกับเพื่อน
- ถูกทำร้าย ทารุณ
- ถูกทอดทิ้ง

สิ่งเหล่านี้จะนำมาซึ่งความเศร้าโศก เสียใจ (grief) หรือความตกใจหวาดกลัว เช่น ใน Post Traumatic Stress Syndrome ก็ได้ ในเรื่องเหล่านี้เด็กและวัยรุ่น รวมทั้งครอบครัวต้องการความ

ช่วยเหลืออย่างมาก เพราะความกระทบกระเทือนและการเปลี่ยนแปลงมิได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาการป่วยไม่ได้มีผลกระทบแต่เพียงผู้ป่วยเท่านั้น แต่มีผลกระทบกับคนรอบข้างด้วย

โดยมากเหตุการณ์วิกฤติ มักจะทำให้ผู้ป่วยมารับการช่วยเหลือที่ห้องฉุกเฉิน Bellak และ Small แนะนำว่า crisis intervention และ emergency psychotherapy มีพื้นฐานอย่างเดียวกันคือ การใช้หลักการของ psychoanalytic theory และ psychodynamic techniques

หลักในการทำ Crisis Intervention

1. การช่วยเหลือต้องช่วยเหลือพ่อแม่ของเด็กและวัยรุ่นด้วยเสมอ และพบว่าบ่อยครั้งที่พ่อแม่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าตัวเด็ก ทั้งนี้เพราะเด็กและวัยรุ่นยังไม่เข้าใจปัญหาของตน และไม่รู้ว่าจะตนมีความผิดปกติอะไร พ่อแม่จะเป็นฝ่ายเห็นความผิดปกติเป็นส่วนใหญ่ มีน้อยครั้งที่เด็กจะเป็นผู้บอกพ่อแม่ว่าตนเองอยากพบแพทย์ แต่ในวัยรุ่นจะแตกต่างไป คือสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สามารถบอกความทุกข์กาย ทุกข์ใจของตนเองได้

2. การดูแลในภาวะเร่งด่วนจะต้องหาข้อมูลโดยสอบถามจากหลายๆ คนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุดและถูกต้องที่สุด

ลักษณะภาวะวิกฤติ (Crisis State)

เมื่อคนเราไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะมีความเครียดและวิตกกังวลเกิดขึ้นภายในจิตใจ ซึ่งอาจเคยพยายามแก้ด้วยวิธีที่เคยทำมาแล้วบ้างหรือพยายามที่จะอดทนต่อความเครียดนั้น และมีความหวังว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่จะดีขึ้น แต่เมื่อไม่เป็นผลสำเร็จจะมีอาการต่างๆ เกิดขึ้น เช่น **อาการป่วยไม่สบาย ปวดเจ็บตามที่ต่างๆ เวียนหัว เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย กินน้อยลง นอนไม่หลับ** เป็นต้น บางคนมีการรับรู้สัมผัสผิดปกติไป เช่น อาจเกิดประสาทหลอนขึ้นได้ หรือมีความรู้สึกกังวลมากจนรู้สึกว่าตนเองจะเสียสติไป เด็กบางคนมีความกังวลและกลัวมากจนระงับไม่ได้ ทำให้ต้องรบกวนผู้ใกล้ชิดบ่อยๆ บางคนควบคุมตนเองไม่ได้ แสดงความก้าวร้าว อาละวาดหรือมีพฤติกรรมถดถอยกลับเป็นเด็กเล็ก

ในวัยรุ่นมีพฤติกรรมแตกต่างออกไป เช่น หินหาสิ่งเสพติด สุรา เพื่อระงับอาการกลัวหรือวิตกกังวลของตน ในระยะนี้พ่อแม่จะต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญอย่างมาก มีความหวังว่าจะช่วย

ให้ตนเองฟื้นทุกซ่ได้ จึงเป็นเวลาที่ดีที่สุดที่ผู้บำบัดจะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและพ่อแม่ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนที่ง่ายขึ้น เป็นโอกาสที่จะทำให้เด็กผ่านพ้นวิกฤติไปได้

ช่วงระยะวิกฤติคือ 6 – 8 สัปดาห์ เป็นช่วงที่ให้การช่วยเหลือแบบ brief หรือ short term psychotherapy ได้ และสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ **ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น บ่อยครั้งที่ไม่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ครั้งก่อน แต่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ครั้งนี้**

หลักการ Crisis Intervention

1. ให้ความเป็นมิตรกับผู้ป่วย และพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ทั้งนี้เพราะพ่อแม่ต้องการคำแนะนำช่วยเหลืออย่างมาก ผู้บำบัดจะต้องเข้าใจว่าพ่อแม่จะมีส่วนอย่างมากในการช่วยเหลือเด็ก ไม่ควรดูแลเด็กเพียงฝ่ายเดียว รวมทั้งการขอข้อมูลจากพ่อแม่จะต้องรับฟังอย่างเข้าใจ ยอมรับ ไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิ หรือสั่งสอน

สิ่งที่ผู้บำบัดต้องรู้คือ พ่อแม่กังวลเรื่องอะไร ห่วงเรื่องอะไร และเขาอยากให้เราช่วยเรื่องใดขณะนี้มากที่สุด เช่น ขณะนี้เด็กมีอาการคือ ไม่ยอมไปโรงเรียน หรือกลัวลูกจะสอบไม่ผ่าน กลัวลูกจะเป็นอันตราย กลัวจะไม่สามารถจัดการลูกได้ เป็นต้น

2. กรณีเด็กและวัยรุ่น บางครั้งพูดไม่ตรงกับพ่อแม่ หรืออาจไม่พูดถึงปัญหาเลย ฉะนั้นต้องเอาเด็กเป็นหลักเสมอในความรู้สึกนึกคิดของเขา เช่น วัยรุ่นอาจพูดว่า “ผมไม่ได้เป็นอะไร แต่พ่อผมเขาเดือดร้อนไปเอง ผมแค่ตีมันนิดหน่อย แล้วก็มาไปครั้งเดียวเท่านั้น” จากตรงนี้เราจะไม่คุยหรือสั่งสอนว่าสิ่งที่เขานำนั้นถูกต้องหรือไม่ แต่จะคุยในลักษณะว่าเขาคิดอย่างไร มองเห็นพ่อแม่เป็นเช่นไร เขาคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจะแก้ไขอย่างไรได้บ้าง ในขณะที่เขาตีมันเกิดอะไรขึ้น สภาพแวดล้อมหรือสิ่งจูงใจเป็นอย่างไร การหยิบประเด็นมาใช้ให้ตรงกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่จะทำให้รับรู้ได้ว่าผู้บำบัดสนใจ และเอาใจใส่เรื่องราวและความรู้สึกของเขา และรู้สึกไว้วางใจ ไม่ถูกตัดสิน

3. ผู้บำบัดต้องมีท่าทีที่สงบ มั่นใจ เอาใจใส่ รับฟังอย่างดี (Deep listening skill) พร้อมทั้งมีลักษณะที่ให้ความหวังใจ และคาดการณ์ที่ดีต่อผู้ป่วย มีความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ แต่การถามจะต้องตระหนักว่าสิ่งใดควรถาม และสิ่งใดไม่ควรถาม นอกจากนี้จะต้องมีความเห็นอกเห็นใจอย่างลึกซึ้ง (empathy) เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมี **ไม่ควรนำความคิดหรือบรรทัดฐานของตนไปตัดสินผู้ป่วย** เพราะ

นอกจากจะทำให้การบำบัดไม่ได้ผลเพราะขาดความเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริงแล้ว ยังมีผลให้เสียสัมพันธภาพต่อการรักษา นำไปสู่การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมา

4. การรวบรวมข้อมูล (precipitating event) โดยเฉพาะที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาหรือเหตุการณ์นั้นขึ้น โดยตั้งประเด็นข้อสงสัย เช่น

- ทำไมมาเกิดขึ้นตอนนี้
- ทำไมพ่อแม่ถึงเพิ่งพามา
- อะไรเป็นต้นเหตุผลักดันทำให้มาพบแพทย์ครั้งนี้
- เพราะอะไรเด็กจึงหนีออกจากบ้าน
- เพราะอะไรจึงมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองในครั้งนี้
- ขณะที่เกิดเรื่องมีความหมายอย่างไรต่อเด็ก
- มีการสูญเสียเกิดขึ้นหรือไม่ หรือกำลังจะมีการสูญเสีย การพลัดพราก เช่น พ่อแม่กำลังจะ

หย่า แม่เป็นมะเร็งใกล้ตาย พี่เลี้ยงลาออก เพื่อนรักเสียชีวิต

- การเปลี่ยนแปลงอะไรที่กระทบกระเทือนผู้ป่วย เช่น การย้ายโรงเรียน การเปลี่ยนชั้นเรียน เพื่อน หรือเพื่อนต่างเพศ

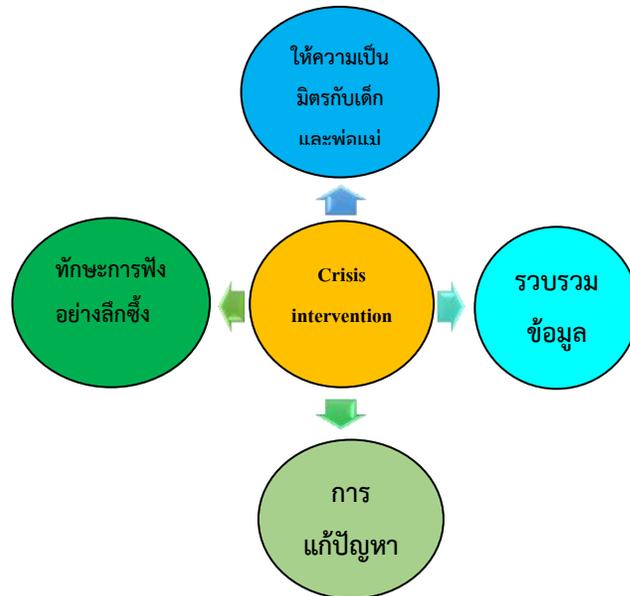
ข้อพึงระวัง ควรมีศิลปะในการถาม ไม่ถามอย่างตรงไปตรงมา เช่น ทำไมถึงมาตอนนี้ ทำไมไม่มาตั้งนาน ทำไมอาการเพิ่งเกิด ทำไมเพิ่งสังเกตได้ คำถามที่ขึ้นต้นด้วย “ทำไม” เป็นคำถามที่จะสร้างความอึดอัด และรู้สึกผิดให้กับผู้ตอบได้

5. เป้าหมายของการช่วยเหลือคือทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ผู้บำบัดควรดูว่าสิ่งใดที่ผู้ป่วยทำได้ขณะนั้น สิ่งใดที่ต้องการแก้ไขเพิ่มเติมในระยะยาว หรือสิ่งใดไม่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น พ่อแม่ที่กำลังจะหย่าร้าง ผู้บำบัดไม่ควรชี้แนะให้พ่อแม่ห้ามหย่าร้างเพื่อให้ผู้ป่วยอาการดี แต่ควรช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากปัญหาและปรับตัวต่อความแตกแยกได้ หรือสามีที่จะถูกภรรยาทิ้ง แล้วมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้บำบัดไม่มีหน้าที่ร้องขอให้ภรรยากลับมาคืนดีเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย แต่ควรช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับความแตกแยกที่เกิดขึ้น

6. หากผู้บำบัดไม่จำกัดจุดมุ่งหมายในการรักษา หรือไม่ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน มักพบว่า ผู้บำบัดเองจะเกิดความหงุดหงิด สับสน คับข้องใจ ฉะนั้น ต้องหาข้อมูลให้ได้ว่า การช่วยเหลือนั้น พ่อแม่ต้องการ

ให้ช่วยอะไร ตัวเด็กเองมีความประสงค์อย่างไรบ้าง และบอกให้ชัดเจนถึงวิธีการช่วยเหลือและผลที่จะตามมา ผู้รักษามีหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน (supportive)

จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ พยายามหาสิ่งดีและส่วนเข้มแข็งในตัวผู้ป่วย (positive strengths) ที่จะนำมากระตุ้นและชี้ให้เขามองเห็นถึงความสามารถ ความสำเร็จที่มองเห็นได้ เพื่อเพิ่มพูนความมั่นคงและภาคภูมิใจ นอกจากปฏิบัติต่อผู้ป่วยแล้ว การชี้ให้เห็นจุดดีของเด็กแก่พ่อแม่เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในการรักษาด้วย



การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)

การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)

Supportive Psychotherapy เป็นการบำบัดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและพ่อแม่ได้พูดแสดงออก และระบายความรู้สึกที่ตนเองเป็นห่วง เป็นกังวล โดยผู้บำบัดทำหน้าที่สนับสนุน (support) ให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อความไว้วางใจ ปลอดภัย ผู้บำบัดสามารถชี้แนะแนวทาง (guidance) หรือแนะนำ (suggestion) ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและพ่อแม่ได้ แต่ไม่ควรชี้แนะจนทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดขาดโอกาสในการคิดและหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยสิ่งที่ผู้บำบัดทำนั้นจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแก้ไขข้อขัดแย้งได้ โดยไม่พยายามขุดคุ้ยหาข้อขัดแย้งในระดับจิตใต้สำนึก เพราะถ้าไม่มีผู้ช่วยเหลือต่อไป หรือการช่วยเหลือไม่สามารถดำเนินไปได้ ผู้ป่วยจะยังมีปัญหาและความวิตกกังวลมากขึ้น งานที่สำคัญสำหรับผู้บำบัดคือ พยายามเข้าใจถึงกลไกทางจิต (defense mechanism) ของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นการเสริม ego ให้เข้มแข็งขึ้น

ผู้บำบัดจะต้องเป็นแบบฉบับหรือเป็นหลักให้ผู้ป่วยเลียนแบบหรือเอาอย่างได้ แต่ไม่ใช่การชี้แนะทั้งหมด กล่าวคือ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในมุมมองของตนเองต่อปัญหาของผู้ป่วย “หากเป็นตนเองจะคิด หรือแก้ไขอย่างไร” เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้เห็นมุมมองที่แตกต่าง และมองตามข้อเท็จจริงมากขึ้น แต่ต้องทำเมื่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดดีต่อกัน และต้องระมัดระวังเรื่อง transference ด้วย

Supportive Psychotherapy ใช้ได้บ่อยในภาวะริบดวงและในการช่วยเหลือเด็กโดยทั่วไป โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยรุ่น ประกอบด้วย การช่วยเหลือพ่อแม่ ผู้ปกครอง ทำให้ผ่านภาวะวิกฤตไปด้วยดี และเด็กสามารถเจริญพัฒนาต่อไปได้

ทักษะการฟังอย่างใส่ใจและการสะท้อนความรู้สึก

- เป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังด้วยความตั้งใจ มีสมาธิจดจ่ออยู่กับเรื่องราวตรงหน้า
- มองหน้าสบตา หรือยิ้ม พยักหน้าตอบรับ แสดงถึงความสนใจในสิ่งที่อีกฝ่ายกำลังพูด
- รับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกขณะที่อีกฝ่ายกำลังพูด
- ใช้คำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึกของอีกฝ่ายมากกว่าแค่ตอบเพียงเนื้อหาที่อีกฝ่ายพูด

- รับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน (แม้สิ่งที่เด็กกำลังพูดอยู่ขัดต่อหลักศีลธรรม หรือกฎเกณฑ์ทางสังคม) ยอมรับในความรู้สึกนึกคิดของคนที่อยู่ตรงหน้า
- ฟังให้ได้ยินถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้พูดผ่านเรื่องราวที่เขาเล่า

บรรณานุกรม

วิฐารณ บุญสิทธิ (2564) จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น= Child and Adolescent Psychiatry in Clinical.- กรุงเทพฯ : ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

มาโนชหล่อตระกูล (2544) คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์, กรมสุขภาพจิต ศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพ็ญเฉลิมศิลา. ความรู้เบื้องต้นนอกทิสติกส่วนที่ 1 การปรับพฤติกรรม, 37-48.

รศ.นพ.ชาญวิทย์พรนภดล (2554). การทำระบบให้คะแนน (token economy techniques). คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก: 115-188.

รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, การศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น. 2552: p.1-190.

ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (2554). disruptive behavior disorders. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

พญ.วินัดดาปิยะศิลป์ และ นพ.พนมเกตุมาน.

นายแพทย์ณัฐวัฒน์งามสมุทและคณะ (2553). โครงการหลักสูตรฝึกอบรมผู้ปกครองเป็นผู้ร่วมบำบัด นำเด็กออกจากโลกของตัวเอง. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.

คู่มือแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพ : การจ้างงาน : โรงพยาบาลศรีธัญญา

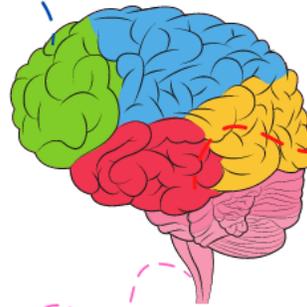
ภาคผนวก

ภาคผนวก

เข้าใจสมอง 3 ส่วน

สมองส่วนเหตุผล

- เหตุผล
- การตัดสินใจ
- การแก้ปัญหา
- การยับยั้ง รอคอย เป็นต้น



สมองส่วนอารมณ์

- ใช้อารมณ์ตัดสินใจ
- ใช้ความต้องการ เช่น อยากได้ ดีใจ เสียใจ โกรธ หงุดหงิด เศร้า เบื่อ

สมองส่วนสัญชาตญาณ

- การเอาตัวรอด
- หิว..หาก็กิน
- กลัว...หนี
- ทำตามความต้องการของร่างกาย

1. Reptilian Brain รับผิดชอบในเรื่องของ “สัญชาตญาณ” สมองส่วนนี้เรียกอีกอย่างว่า Old Brain เป็นสมองส่วนที่เก่าแก่ที่สุดของมนุษย์ ซึ่งชื่อของมันมีที่มาจากสัตว์เลื้อยคลานคือพวกจระเข้ก็มีสมองส่วนนี้เหมือนกัน โดยมันควบคุมการทำงานที่สำคัญของร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจ การทรงตัว และอุณหภูมิ เป็นต้น กับทางด้านพฤติกรรม สมองส่วนนี้มันจะทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ “การเอาตัวรอด” เช่น การป้องกันตัว หรือการสืบพันธุ์ ซึ่งสมองส่วนนี้โดยหลักแล้ว มันสนใจแต่ว่าจะอะไรที่จะทำให้ตัวเองอยู่รอด หรือการหลีกเลี่ยงจากอันตรายเป็นสิ่งสำคัญ

2. Middle Brain รับผิดชอบในเรื่องของ “อารมณ์” สมองส่วนนี้เรียกได้อีกชื่อว่า Limbic Brain รับผิดชอบเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก มันสามารถจดจำประสบการณ์ในอดีตได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ว่าอะไรควรทำหรืออะไรควรหลีกเลี่ยง ซึ่งอะไรที่กระตุ้นอารมณ์จะทำให้สมองส่วนนี้ยังจดจำมันได้ดี

เป็นพิเศษ และเป็นส่วนที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์อย่างมาก แบบที่เรามักเห็นคนทำตามอารมณ์มากกว่าที่จะใช้เหตุผล

3. New Brain รับผิดชอบในเรื่องของ “ตรรกะ” สมอส่วนนี้เป็นสมองที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใหม่ที่สุด หรือเราเรียกมันว่า Neocortex สมอส่วนนี้มันมีความสามารถในการคิดเป็นเหตุเป็นผล เช่น การวางแผน การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน การคิดสร้างสรรค์ และมีความสามารถในด้านภาษา

สมอส่วนเหตุผล จะพัฒนาเต็มที่ตั้งแต่อายุ 25 ปีเป็นต้นไป โดยเป็นส่วนของการคิด ตัดสินใจ เข้าใจเหตุผล ดังนั้นในช่วงวัยเด็กถึงวัยรุ่น การทำงานของสมอจะอยู่ที่ส่วนสัญชาตญาณกับส่วนของอารมณ์ วิธีการที่จะทำให้การปรับพฤติกรรมได้ผลคือ การทำงานอารมณ์ คือการทำให้อารมณ์ของเด็กสงบ ผ่านการปลอบ การเข้าใจอารมณ์ ณ ขณะนั้นอย่างแท้จริง แล้วจึงให้เหตุผล เพราะหากให้เหตุผลขณะที่สมอส่วนสัญชาตญาณและส่วนอารมณ์กำลังทำงาน จะคล้ายกับการเติมน้ำมันให้เข้าเชื้อไฟ สิ่งที่ต้องทำคือ “ปลอบก่อน สอนทีหลัง”

การเข้าใจการทำงานของสมอทั้ง 3 ส่วนนี้ จะช่วยให้เราเข้าใจพฤติกรรมของเด็กมากขึ้น เข้าใจว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นอยู่สมอระดับไหน และจัดการอย่างไร เพราะการสอนเหตุผลไม่สามารถใช้ได้กับคนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในเด็กที่มีพัฒนาการต่ำกว่าวัย ไม่ว่าจะ เป็นบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาหรือออทิสติก พัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ พฤติกรรมถือว่าไม่เหมาะสมกับวัย ดังนั้นควรทำการบำบัดให้เหมาะสมกับระดับของพัฒนาการ และเข้าใจการทำงานของสมอ จะช่วยให้การบำบัดง่ายขึ้น

เทคนิคการสื่อสารเชิงบวก I message

สาร (message) คือ ถ้อยคำที่เราใช้ในการสื่อสารกันในชีวิตประจำวัน มี 3 ลักษณะ ได้แก่

1. I message เป็นการสื่อสารที่ผู้พูดขึ้นต้นประโยค โดยการใช้สรรพนามแทนตัวเอง สื่อความรู้สึกและความต้องการของตนเอง ให้ผู้ฟังรับทราบได้อย่างชัดเจน รวมทั้งสามารถเลือกใช้คำที่เหมาะสมให้ความหมายด้านบวก

- แม่รู้สึกเสียใจที่ไม่รู้เรื่องนี้มาก่อน ลองเล่าให้แม่ฟังซิว่าเรื่องราวเป็นอย่างไร
- แม่เป็นห่วงที่ลูกกลับถึงบ้านดึกกว่าที่เราตกลงกันไว้ แม่อยากรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น
- แม่เชื่อมั่นในตัวลูกและอยากให้ลูกลองพยายามทำอีกครั้ง
- แม่สังเกตเห็นว่าลูกทำผิดหลายครั้ง ลูกคงรู้สึกยุ่งยากมาก ไหนมาลองทำด้วยกัน
- แม่ไม่สบายใจที่เห็นลูกส่งการบ้านไม่ทัน แม่อยากรู้ว่ามันเกิดอะไรขึ้น

การสื่อสารลักษณะนี้จะทำให้ผู้พูดเข้าใจ สามารถแยกแยะความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจน ผู้ฟังเข้าใจอารมณ์และความต้องการของผู้พูด และหลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบ หรือก่อให้เกิดอารมณ์

2. You message เป็นการสื่อสารที่มักจะใช้สรรพนามขึ้นต้นประโยคเจาะจงไปยังผู้ฟัง เช่น แก เธอ คุณ เป็นต้น โดยผู้พูดไม่สามารถสื่อความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของตนเองให้กับผู้ฟังได้อย่างชัดเจน

- ทำไมลูกถึงมาบอกแม่เอาตอนนี้
- แกไปเถลไถลที่ไหนมาถึงได้กลับบ้านช้าขนาดนี้
- เรื่องง่ายๆ แค่นี้ทำไมทำไม่ได้
- ทำไมถึงเป็นคนนิสัยแบบนี้
- แกนี่ไม่ไหวเลยจริงๆ



จะเห็นได้ว่าการสื่อสารในลักษณะนี้ทำให้ ผู้ฟังมีความลำบากใจที่จะเข้าใจความรู้สึกนึกคิด และความต้องการของผู้พูด ผู้ฟังรู้สึกว่าตนเองถูกตำหนิ รู้สึกว่าตนถูกดูถูก ถูกวิพากษ์วิจารณ์ และถูก บังคับ ผู้ฟังรู้สึกถูกตอกย้ำถึงความไม่ดี และเสียคุณค่าในตัวเอง (low self-esteem)

3. He or they message เป็นการสื่อสารที่ผู้พูดอ้างบุคคลอื่น ทำให้ไม่สามารถสื่อ ความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน

- เรื่องแบบนี้ใครๆ เขาก็บอกพ่อบอกแม่กันทั้งนั้น
- คุณยายยังบ่นเลยว่าลูกกลับบ้านดึกเกินไปแล้ว
- ใครๆเขาก็ทำได้กันทั้งนั้น
- ดูอย่างน้องบ้าง บอกไรก็ฟัง
- ลูกบ้านอื่นไม่เห็นซีเกียจแบบนี้เลย



จะเห็นได้ว่าการสื่อสารในลักษณะนี้ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกถูกเปรียบเทียบ ผู้ฟังไม่เข้าใจ ความรู้สึกและความต้องการของผู้พูดและทำให้ตีความหมายผิดได้ง่าย

ตัวอย่าง I message

การสื่อสารทั่วไป	การสื่อสารเชิงบวก I message
ถ้าไฟไม่เปิดแควงไม่เห็นทางกลับบ้านสินะ	ลูกควรกลับถึงบ้านหกโมงเย็น ตามที่ตกลงกันไว้/ แม่สังเกตว่าวันนี้ลูกกลับบ้านช้ากว่าเดิม เกิดอะไร ขึ้นหรือเปล่า
นี่ฉันมีลูกเป็นคนหรือเทวดากันนะ	เราตกลงกันแล้ว ลูกต้องล้างจานทุกครั้งเมื่อทาน ข้าวเสร็จ
ก็เล่นโทรศัพท์ทั้งวันแบบนี้ไงถึงได้สอไปติดสีกที่	เมื่อลูกทำการบ้านเสร็จแล้ว ลูกจะทำสิ่งที่อยาก ทำได้
ดูลูกบ้านอื่นบ้าง ไม่เห็นมีใครสันดานเสียเหมือน	แม่อยากรู้ว่าเหตุการณ์เป็นยังไง ไหนเล่าให้แม่ฟัง

การสื่อสารทั่วไป	การสื่อสารเชิงบวก I message
แกลเลย	หน่อย
ก็ถ้าแกลไม่ทำน่องก่อน น่องมันจะตีแกลมัย	ลูกคงรู้สึกรำคาญที่น่องเสียงดังรบกวน แต่การตี น่องแม่ก็ไม่เห็นด้วย และไม่ชอบมากๆ
เป็นพี่อะไร ไม่รู้จักเสียสละให้น้องบ้างเลย	แม่จะออกไปข้างนอก ลูกช่วยดูแลน้องเรื่อง อาหารกลางวันด้วยนะ
แกลมันขี้เกียจเหมือนใครกัน	ลูกต้องทำความสะอาดห้องตัวเองทุกอาทิตย์
ถ้าเป็นพ่อที่ดีไม่ได้ก็ไม่ต้องเป็นทรอกนะ	วันนี้แม่อยากให้พ่อช่วยไปรับลูกที่โรงเรียนแทน

รายชื่อผู้จัดทำ

๑	นางสาวเวธนี	อุบลศรี	นายแพทย์ชำนาญการ	ที่ปรึกษา
๒	นางฐิตารีย์	เอี้ยตระกูลไพบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	หัวหน้าทีม
๓	นายสันทัต	ธีรพัฒน์พงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔	นางชัชฎา	ประสาทไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕	นางสาวสุภาพร	ภักดีดำรงเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๖	นางพัชรินทร์	จงกลรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗	นายสันทัต	ผลจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘	นางสาวชญญาพัทธ์	ก้องวีรธาดาสิริ	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ	คณะทำงาน
๙	นางสาวสุทัตตา	กัฬหะสุด	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๐	นางสาวจรรุวรรณ	เกี้ยวสันเทียะ	เภสัชกรปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๑	นางชนกชนม์	โคตรสมบัติ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๒	นางสาวสุนิษา	เปี้ยดชุดทอด	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๑๓	นางสาวปุณิกาพัชญ์	วิชัย	นักสังคมสงเคราะห์	คณะทำงาน
๑๔	นางสาววิภาวดี	พิมพ์สิงห์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	เลขานุการ

