ประกาศกรมสุขภาพจิต
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

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

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๓ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่กรมสุขภาพจิตประกาศรายชื่อข้าราชการเป็นผู้ได้รับการคัดเลือกจนถึงวันที่กองบริหารทรัพยากรบุคคล/กรมสุขภาพจิตประทับตรารับหนังสือและผลงานที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ถ้าหากวันครบกำหนดส่งผลงานเป็นวันหยุดราชการให้นับวันที่เปิดทำการในวันถัดไปเป็นวันครบกำหนด สำหรับกรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายจุมภฏ พรมสีดา)
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๕/๒๕๖๘

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/ ตำแหน่งเลขที่/สังกัด	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นายอภิรักษ์ สุขหิรัญ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๙๐๕ กลุ่มงานอำนวยการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๙๐๕ กลุ่มงานอำนวยการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ กรมสุขภาพจิต	โปรแกรม ยืม-คืน พัสดุ/ครุภัณฑ์	โปรแกรมบริหารจัดการ ยืม-คืน พัสดุ/ครุภัณฑ์
๒.	นางสาววิภาวดี พิมพ์สิงห์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๔๕ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๕๔๕ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น : กรณีศึกษา	การทำกลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (Parent Management Training :PMT)
๓.	นางสาวญาดา วงศ์ใหญ่ ตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๔๒ กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	ตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ (ด้านกิจกรรมบำบัด) ตำแหน่งเลขที่ ๑๔๔๒ กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	การบำบัดเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องด้านการบูรณาการประสาทความรู้สึกชนิดการรับกายสัมผัส (Tactile system) : กรณีศึกษา	แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลเด็กออทิสติกรูปแบบออนไลน์สำหรับผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาววิภาวดี พิมพ์สิงห์

- **ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 1545 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต**

---

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น : กรณีศึกษา

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 มีนาคม – 15 ตุลาคม 2567

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้รับการประเมินได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นและอบรม School Health HERO และ อบรมโครงการพัฒนาทักษะการเลี้ยงลูกเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน นอกจากนี้ยังมีการทบทวนความรู้โดยศึกษาค้นคว้า เพิ่มเติมจากตำราบทความวิชาการเพื่อนำมาให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2001 รายงานว่ามีความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นอยู่ประมาณร้อยละ 20 และในร้อยละ 20 นั้นมีเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและบำบัดรักษาด้วยบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขอยู่ประมาณร้อยละ 5-6 (WHO, 2001) โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactive Disorder) เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน จากการศึกษาของ Polanczyk และคณะ (2550) พบอัตราความชุกของสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 5.29 โดยสามารถจำแนกเป็นอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กร้อยละ 6.48 และอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่น ร้อยละ 2.74 และจากการศึกษาของ Tomas และคณะ (2558) ซึ่งได้ศึกษาอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 18 ปีลงไป พบอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 7.2 (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2563) จากข้อมูลการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคสมาธิสั้นของกรมสุขภาพจิตในปี 2558 พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี มีอัตราการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.47 และคาดว่ามีเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นประมาณ 437,136 รายทั่วประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2560) ข้อมูลรายงานจาก HDC ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นในจังหวัดนครราชสีมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน 3,796 คน 4,141 คน และ 4,761 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2567) และจำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นในที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ในปี 2564-2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจำนวน 1,065, 1,296, และ 1,968 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 42.91, 44.19, 49.42 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2566)

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในพัฒนาการของสมองด้านการบริหารจัดการและการควบคุมตนเอง ที่มีอาการแสดงเป็นอาการทางพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1. ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2. อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) 3. ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน โรคสมาธิสั้นเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประสาทชีววิทยา (Neurobiological factor) มีลักษณะความผิดปกติในสมองมีปริมาตรเนื้อสมองลดลงในหลายบริเวณ ในขณะเดียวกันเด็กสมาธิสั้นมีการเจริญของชั้น Cortex ช้า ระบบเครือข่ายหลักของสมองคือเครือข่ายควบคุมสมาธิ และเครือข่ายที่ทำหน้าที่ในการยับยั้งชั่งใจซึ่งส่งผลให้มีการทำงานบกพร่องของทักษะการคิดเชิงบริหารทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factor) โรคสมาธิสั้นมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยีนที่เกี่ยวข้องกับ Dopamine และ Serotonin pathways และญาติในลำดับแรกมีโอกาสเป็นสมาธิสั้นมากกว่าคนทั่วไป 4-5 เท่า (กนกจันทร์ เขม้นการและคณะ (2566) ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ครอบครัวแตกแยก หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ เป็นหม้าย หรือพ่อแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงดูเด็กเอง พ่อแม่ที่การศึกษาน้อย ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลการปรับพฤตกรรม ไม่ได้ฝึกระเบียบวินัย พ่อหรือแม่มีประวัติพฤติกรรมชนอยู่ไม่นิ่ง หรือเคยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เสพสารเสพติด ส่งผลให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมตามไปด้วย สรุปได้ว่าโรคสมาธิสั้นยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรม สังคม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละคน การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรงมากขึ้น

โรคสมาธิสั้นหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ตามช่วงวัยที่แตกต่างกันดังนี้ เด็กก่อนวัยเรียนมักพบปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาอารมณ์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น เป็นอาการเด่น ผู้ป่วยมักจะถูกพื่อนปฏิเสธกีดกันไม่ให้เข้ากลุ่ม ซึ่งอาจถูกให้ออกจากสถานดูแลเด็กหรือโรงเรียน เด็กสมาธิสั้นวัยนี้หลายรายอาจมีปัญหาอารมณ์ หงุดหงิดง่ายไม่อดทนรอคอย จึงมักตามมาด้วยพฤติกรรมกรีดร้องอาละวาด (Temper tantrums) เวลาไม่ได้ดั่งใจ บางรายมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง และทำให้มีความเสี่ยงที่จะถูกลงโทษอย่างรุนแรงจากผู้ปกครอง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุและการได้รับบาดเจ็บสูงกว่าเด็กปกติ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการขาดสมาธิเป็นอาการเด่นนั้นมักจะประสบกับปัญหาการเรียนรู้ช้ากว่าปกติ ในเด็กวัยเรียนมักพบปัญหาการเรียนที่ไม่สามารถเรียนได้ตามศักยภาพที่แท้จริง ปัญหาสัมพันธภาพมักมีที่มาจากการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญแก่บุคลรอบข้างและนำไปสู่การตำหนิต่อว่าและถูกลงโทษ ปัญหาการเข้าสังคมซึ่งมักเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการเล่นหรือปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าปกติ จึงมักถูกเพื่อนปฏิเสธ โดยปัญหาดังกล่าวพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการขาดสมาธิเป็นหลักนั้นผู้ป่วยอาจประสบปัญหาการเข้าสังคมได้จากอาการเหม่อลอย ขาดสมาธิเป็นช่วงๆ ทำให้ไม่สามารถติดตามบทสนทนาได้ ในวัยรุ่นมักมักพบปัญหาเรื่องเรียนได้ไม่เต็มความสามารถ ขาดความรับผิดชอบ ส่งงานช้า ไม่ส่งงาน ค้างงาน ไม่ตั้งใจเรียน โดดเรียน หนีเรียน ถูกพักการเรียน ถูกไล่ออกจากโรงเรียน นอกจากนี้วัยรุ่นสมาธิสั้นหลายรายยังคงมีอาการหุนหันพลันแล่น ทำอะไรโดยขาดความยั้งยั้งชั่งคิดถึงผลเสียที่จะตามมา

ซึ่งนำไปสู่ปัญหาต่างๆเช่น ได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ การเล่นแผลงๆ มีพฤติกรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติด เป็นต้น (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2566)

จากผลกระทบด้านลบที่นำไปสู่ปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาอารมณ์ดังกล่าวแล้วข้างต้น อาจทำนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว ขาดความมั่นใจในตนเอง ในที่สุดอาจนำไปสู่อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรมรุนแรงอื่นๆตามมา ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้ตระหนักถึงผลกระทบจากโรคสมาธิสั้น ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จึงมีความสนใจศึกษาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยเลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 9 ปี 7 เดือน แพทย์วินิจฉัยโรค Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) มาด้วยประวัติ เรียนชั้น ป.3 ซนยุกยิก อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรียน ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค นำมาวิเคราะห์ Psychodynamic Case Formulation ระบุปัญหา ตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ โดยให้ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคมโดยเฉพาะในเรื่องของการปรับพฤติกรรมเด็ก และการให้คำแนะนำตาม D-METHOD Model ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการอารมณ์ และญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องโรค เรื่องการรักษาด้วยยา การปรับพฤติกรรม การช่วยเหลือเด็กตามสภาพปัญหาที่เหมาะสมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ โดยเป็นผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
2. พบผู้ป่วยและผู้ปกครองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายทำความเข้าใจตกลงร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองยินยอม และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษา โดยผู้ศึกษาแจ้งประโยชน์ที่จะได้รับ
3. รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดจากแฟ้มประวัติ การสัมภาษณ์จากผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้และทีมพยาบาล
4. ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องการพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น
5. วางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยผู้ปกครอง
6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ จากนั้นรวบรวมข้อมูล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
7. วางแผนการดูแลระยะยาว
8. รวบรวมเอกสารและจัดทำเป็นรูปเล่ม

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อศึกษาข้อมูล ประวัติสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินโรค อาการและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น

2. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นและให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นกรณีศึกษา มีค่าคะแนน SNAP IV ลดลงภายในระยะเวลา 6 เดือน

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

สามารถนำกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้

ผลกระทบ

ผู้ป่วยสมาธิสั้นยังสามารถอยู่ในระบบการรักษาได้ ลดโอกาสเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด พฤติกรรมรุนแรง และพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเด็กยังไม่มีความเข้าใจในภาษาที่ซับซ้อน ดังนั้นพยาบาลจะต้องปรับการสื่อสาร การสอนหรือการให้คำแนะนำเด็กด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย หรืออาจใช้ภาพประกอบเพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจมากขึ้น และเนื่องจากผู้ปกครองเป็นปัจจัยหลักในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยรุ่น จึงต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่มี

9) ข้อเสนอแนะ

มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินและคงไว้ซึ่งการปรับพฤติกรรมเด็กในรูปแบบที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ .....

☑ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (รวมผู้ขอประเมินผลงานด้วย) ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนผลงาน (ร้อยละ)	ลายมือชื่อ
นางสาววิภาวดี พิมพ์สิงห์	100	วิภาวดี พิมพ์สิงห์

ผู้มีส่วนร่วมในผลงานขอรับรองว่าสัดส่วนผลงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ตามที่ได้ลงลายมือชื่อไว้

หากพิสูจน์ได้ว่าผู้มีผลงานร่วมรายใดได้ให้คำรับรองที่ไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยมีเจตนาช่วยเหลือผู้ขอประเมินผลงานผู้นั้น ผู้ขอประเมินผลงานอาจถูกลงโทษทางวินัยตามควรแก่กรณี

ส่วนที่ 4 แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาววิภาวดี พิมพ์สิงห์

- **ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 1545 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต**

---

1) ชื่อผลงานเรื่อง การทำกลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (Parent Management Training :PMT)

2) หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2001 รายงานว่ามีความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นอยู่ประมาณร้อยละ 20 และในร้อยละ 20 นั้นมีเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและบำบัดรักษาด้วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ประมาณร้อยละ 5-6 (WHO, 2001) โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactive Disorder) เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน จากการศึกษาของ Polanczyk และคณะ (2550) พบอัตราความชุกของสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 5.29 โดยสามารถจำแนกเป็นอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กร้อยละ 6.48 และอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่น ร้อยละ 2.74 และจากการศึกษาของ Tomas และคณะ (2558) ซึ่งได้ศึกษาอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 18 ปีลงไป พบอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 7.2 (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2563) จากข้อมูลการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคสมาธิสั้นของกรมสุขภาพจิตในปี 2558 พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี มีอัตราการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.47 และคาดว่ามีเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นประมาณ 437,136 รายทั่ว ประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2560) ข้อมูลรายงานจาก HDC ปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นในจังหวัดนครราชสีมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน 3,796 คน 4,141 คน และ 4,761 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2567)

จากสถิติจำนวนเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี 2564-2566 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจำนวน 1,065, 1,296, และ 1,968 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 42.42, 44.19 และ 49.42 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2566)

ปัจจุบันการรักษาที่ให้ผลดีที่สุดในผู้ป่วยสมาธิสั้น คือ การรักษาแบบผสมผสานหลายๆ ด้าน เข้าด้วยกัน ดังนี้ การรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว และการช่วยเหลือทางด้านการเรียน

โปรแกรม Parent Management Training Siriraj Model (PMT-SI) พัฒนาโดย รศ.นพ. ชาญวิทย์ พรนภดล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นโปรแกรมการรักษาทางจิตสังคม ที่มีลักษณะเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก โดยมีระยะเวลาที่แน่นอนและมีเวลาที่สิ้นสุดชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำกลุ่ม PMT-SI ให้ผลครอบคลุมทั้งต่อตัวเด็ก คือ เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง มีความสามารถในการจัดการอารมณ์ ทักษะทางสังคม และสามารถทำหน้าที่การเรียนได้ดีขึ้น

และผลต่อผู้ปกครองมีการใช้เทคนิคการเลี้ยงดูเชิงลบลดลง มีเทคนิคการเลี้ยงดูเชิงบวกมากขึ้น ทำให้ให้ผู้ปกครองมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กได้มากขึ้น สารถควบคุมระเบียบวินัยของเด็กได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ปกครองลดความรู้สึกผิด และเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นไปด้วย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและให้ผู้ปกครองมีประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำกลุ่ม PMT-SI

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในพัฒนาการของสมองด้านการบริหารจัดการและการควบคุมตนเอง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กคือ มีปัญหาด้านการเรียน มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (low self-esteem) เนื่องจากคนรอบข้างมักจะคอยตำหนิจับผิดลงโทษเด็กอยู่เสมอ มีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด เนื่องจากชอบทดลองสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุ และปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งเป็นผลกระทบที่ตามมาเมื่อโตขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวคือทำให้เพิ่มระดับความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้น ทำให้บุคคลในครอบครัวเสียโอกาสในอาชีพการงานเนื่องจากเสียเวลาไปกับการดูแลเด็กมากขึ้น (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2560) การดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีคือ การรักษาแบบบูรณาการด้วยการใช้ยาและการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการเลี้ยงดู ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและวิธีปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลและอยู่ร่วมกับเด็กเป็นส่วนใหญ่ (สุพร อภินันทเวช, 2559)

แนวความคิด

การทำกลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นผู้สำหรับปกครอง (PMT) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่นไขแบบคลาสสิค (Classic learning theory และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการฝึกอบรม เข้าใจเนื้อหาที่ได้เรียนรู้ และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูลูกได้เป็นอย่างดี

หลักสูตร PMT-SI ได้นำแนวคิดและเนื้อหาบางส่วนมาจาก Original 8 week To a Well-Behaved Child : A Failsafe Program for Toddlers Through Teens ของ Dr.Jame Windell (1995) มีวัตถุประสงค์หลัก คือการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก การใช้เทคนิควิธีการปรับพฤติกรรมเด็กอย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว และฝึกผู้ปกครองให้มีทักษะที่จำเป็นในการรับมือกับปัญหาพฤติกรรม เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจับอารมณ์และสะท้อนความรู้สึก ทักษะการชม ทักษะการให้รางวัล และทักษะการทำโทษ เป็นต้น มีลักษณะการฝึกอบรมแบบกลุ่ม เน้นให้ผู้ปกครองเด็กกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิดเห็น ความรู้สึกและประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครองกับวิทยากร จนเกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอดเกี่ยวกับเนื้อหา โดยมีจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมประมาณ 8-12 คน ระยะเวลาอบรม 8 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหที่สำคัญดังต่อไปนี้ สัปดาห์ที่1 ปัจจัยพื้นฐาน

เพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีและการมีกติกาในครอบครัว สัปดาห์ที่ 2 นพลักษณ์ เพื่อให้ผู้ปกรองเข้าใจลักษณะและจุดเด่นจุดด้อยของตนเองและเด็ก สัปดาห์ที่ 3 การสื่อสารเชิงบวก เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถเปลี่ยนวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สัปดาห์ที่ 4 การชม เพื่อให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญและเข้าใจถึงเทคนิคการชมอย่างมีประสิทธิภาพ สัปดาห์ที่ 5 การให้รางวัล เพื่อให้ผู้ปกครองเรียนรู้เรื่องการให้รางวัลอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมเด็กคงอยู่นานมากขึ้น สัปดาห์ที่ 6 การลงโทษที่ได้ผล เพื่อให้ผู้ปกครองได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการลงโทษที่ได้ผลและไม่ทำลายคุณค่าในตัวของเด็ก สัปดาห์ที่ 7 การทำระบบให้คะแนน เพื่อให้ผู้ปกครองเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจงของเด็กได้ เช่น การโอ้เอ้ ไม่ทำการบ้าน และสัปดาห์ที่ 8 การประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้ปกครองได้ทบทวนเทคนิคที่ได้เรียนรู้ไปจนเกิดความมั่นใจในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กต่อไป

ข้อเสนอ

เนื่องจากผู้ปกครองส่วนหนึงมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการต่อเนื่องดังนั้นควรมีการศึกษาและพัฒนากลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองในรูปแบบออนไลน์

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. เนื่องจากการทำกลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (PMT-SI) มีโครงสร้างและระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายสัปดาห์ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มของผู้ปกครองที่อยู่ห่างไกล

2. การทำกลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นผู้ปกครอง (PMT) แม้จะใช้ลดความเครียดในการดูแลของผู้ปกครองได้ แต่อาจใช้ไม่ได้ผลหากผู้ปกครองมีความเครียดและวิตกกังวลในระดับที่สูงมากหรือมีสภาวะการเจ็บป่วยทางจิตใจ

แนวทางแก้ไข

1. เลือกทำกลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นผู้สำหรับปกครองในกลุ่มผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเขตจังหวัดนครราชสีมาเพื่อสะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. กรณีที่ผู้ปกครองมีความเครียด วิตกกังวล หรือปัญหาทางอารมณ์ที่สูงมาก ควรมีการประเมินสภาพจิตผู้ปกครองและแนะนำให้ผู้ปกครองเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยจิตแพทย์ผู้ใหญ่

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ปกครองมีความรู้และแนวทางในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

2. ค่าคะแนน SNAP IV ของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองเข้าร่วมกลุ่มบำบัด มีค่าคะแนนลดลงภายใน 6 เดือน

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ปกครองที่ผ่านการเข้ากลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสำหรับสั้นสำหรับผู้ปกครองมีความรู้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 80

2. ผู้ปกครองที่ผ่านการเข้ากลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสำหรับสั้นสำหรับผู้ปกครองมีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 80

3. ผู้ปกครองที่ผ่านการเข้ากลุ่มปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสำหรับสั้นสำหรับผู้ปกครองมีความพึงพอใจในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 80