



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต ให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมเสีตา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๗๗ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวโณทัย จันทรีใส พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๓๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๓๓๖ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา	การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ แบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
๒.	นางสาวกัญญารัตน์ ดาสุข พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๒๖๘ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์ สองขั้ว ระยะเมเนียร์ ในวัยรุ่น	การให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ปกครอง เรื่อง การสื่อสารเชิงบวกกับวัยรุ่น (Positive communication with Teenager)

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวกัญญารัตน์ ดาสุข
 ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ
 ตำแหน่งเลขที่ 3268 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล
 หน่วยงาน สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ระยะเมเนีย ในวัยรุ่น
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ กันยายน 2565 – พฤศจิกายน 2565 (3 เดือน)
- 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก อายุ 1 ปี 6 เดือน - 5 ปี
 - การส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ อายุ 1 ปี 6 เดือน - 5 ปี
 - การจัดลำดับความจำเป็นและความต้องการการดูแลในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
 - การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
 - การให้ความรู้ผู้ปกครองในการจัดการพฤติกรรม การจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียด
- 4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สาระสำคัญ

โรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคไบโโพลาร์มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างหนึ่ง พบได้บ่อยทั้งผู้หญิงผู้ชาย พบได้บ่อยในอัตราส่วนเท่ากัน ๆ คือ ประมาณร้อยละ 1-2 และอาจสูงถึงร้อยละ 5 ของประชากร โรคนี้ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เด็กที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่เป็นโรคนี้จะมีโอกาสเป็นโรคได้สูงกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่าตัว ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะมีลักษณะอาการที่เปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากเกินไป (mania หรือ hypomania) องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว 40 ล้านคน (World Health Organization, 2019) สร้างความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วยอยู่ในอันดับ 6 ของโลก

สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั่วประเทศในปี พ.ศ.2564 จำนวน 10,368 คน จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 327,520 คน (Department of Mental Health, 2022) อัตราการเกิดโรคครั้งแรกพบบ่อยที่สุดในช่วงอายุ 15 - 19 ปี และรองลงมา คือ อายุ 20 - 24 ปี โดยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะมีอาการครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี โรคอารมณ์สองขั้วถือเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคในระยะยาวเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง ประมาณร้อยละ 70 - 90 (พิชัยและมานิช, 2560) และมักพบร่วมกับปัญหาสุขภาพจิตอื่น เช่น การใช้สารเสพติด ภาวะเครียด หรือโรควิตกกังวล โดยจะมีลักษณะอาการที่เปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า (major depressive episode) สลับกับช่วงที่อารมณ์ดีมากเกินไป (mania หรือ hypomania) ในช่วงอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยจะเศร้าซึม หดหู่ ร้องไห้ง่าย เบื่ออาหาร เชื่องช้า ลังเล คิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า และมีความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนในช่วงที่มีอารมณ์รื่นเริงสนุกสนาน ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมาก อารมณ์ดี คึกคัก มีกำลังวังชา ขยันกว่าปกติแต่ทำไม่ได้ไม่ตี นอนน้อยลง พุดคุยมาก พุดเร็ว มีกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายเปลือง

เชื่อมั่นตนเองมาก ขาดความยับยั้งชั่งใจ โดยอาการในแต่ละช่วงอาจเป็นอยู่นานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนก็ได้ โดยอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านการงาน การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการดูแลตนเองอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยของสถาบันราชานุกูล ในช่วงปี พ.ศ. 2561 – 2565 มีผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 313 ราย (สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูล, 2565) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะพามาด้วยสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่ยอมไปโรงเรียน มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการดูแลตนเองลดลง โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง อาการจะเป็นๆ หายๆ ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ หากมีอาการกำเริบแล้วคุมตัวเองไม่ได้ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นช่วงซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่งล้วนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ประจำวันการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

การให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจะมีความซับซ้อนกว่าของผู้ใหญ่ เนื่องจากโรคทางจิตเวชเด็กอาจเป็นผลต่อเนื่องมาจากปัญหาพัฒนาการล่าช้า และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การรักษาด้วยยาบางตัวอาจไม่สามารถตอบสนองกับโรคโดยตรง การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การรักษาแบบผสมผสานทั้งการให้ยาและการทำกลุ่มบำบัดต่างๆ

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 สถาบันราชานุกูล ได้เปิดให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยมีเกณฑ์การรับผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นและ/หรือโรคทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 15 ราย ในส่วนของการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็ก ในช่วงระยะเวลาเดือนกันยายน 2564 - มีนาคม 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 27 ราย แบ่งเป็นโรคทางพัฒนาการ จำนวน 8 ราย และโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 19 ราย การให้การดูแลรักษาจะเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี และมีการจัดกิจกรรมเฉพาะรายบุคคลและรายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเสริมสร้างศักยภาพทั่วไป เช่น ศิลปะ อาหาร งานฝีมือ/ประดิษฐ์ กิจกรรมนันทนาการ เช่น ดนตรี กีฬา ภาษา ให้การปรึกษารายบุคคล กลุ่ม self-help group กลุ่มsupportive การให้สุขภาพจิตศึกษา การสอนทักษะชีวิต (อารมณ์ การสื่อสาร เพศ การตัดสินใจ การปรับตัว) สติบำบัด ฯลฯ และการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครอง

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นหญิง อายุ 16 ปี มาด้วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายมารดา ทำลายสิ่งของและไม่ยอมไปโรงเรียน ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยาและสามารถให้ยาฉีดเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าว ในช่วงสัปดาห์แรกผู้ป่วยยังมีอารมณ์แปรปรวนง่าย ตอบไม่ตรงคำถาม ต่อต้านในการทำกิจกรรม เมื่อเริ่มเข้าสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมากขึ้น สามารถเข้ากลุ่มและมีสัมพันธ์ภาพกับเจ้าหน้าที่ได้ดีขึ้น ในเรื่องของการทำงานกิจวัตรประจำวันยังคงคอยกำกับ ในช่วงสัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ได้ทำการทดลองเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมเอาแต่ใจ รับประทานอาหารขอซื้อของในสิ่งที่ไม่จำเป็นและบกพร่องในการทำงานกิจวัตรประจำวัน หลังกลับมาจากเยี่ยมบ้านแพทย์ได้ทำการปรับการรักษาโดยปรับยาด้านอารมณ์ เพิ่มการทำจิตบำบัดเพื่อฝึกวิธีการควบคุมอารมณ์และการฝึกทักษะการดูแลตนเองรายบุคคลเพิ่มขึ้น ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น สามารถทำ

กิจกรรมประจำวันได้โดยไม่ต้องคอยกำกับ รับประทานอาหารของกับมารดาน้อยลง ยอมกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้ มารดามารับผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 การเตรียมการ

- 1.) คัดเลือกกรณีศึกษา
- 2.) ศึกษาแฟ้มประวัติของกรณีศึกษา
- 3.) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้
 - แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
 - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
 - แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (ST-20)
 - แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (PHQ-A)
 - แบบบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

4.2.2 ขั้นตอนการ

- 1.) ประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ปกครองโดยใช้ ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (PHQ-A)
- 2.) ประเมินความเครียดผู้ปกครองด้วยแบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต (ST-20)
- 3.) ประเมินอาการของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และแบบบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช
- 4.) ประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์สองขั้วกับผู้ปกครอง
- 5.) วางแผนการพยาบาลโรคอารมณ์สองขั้วและให้การพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- 6.) วางแผนการจำหน่าย
- 7.) ส่งต่อข้อมูลตามแผนการจำหน่ายให้ทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

4.2.3 ขั้นสรุปและประเมินผล

- 1.) ประเมินผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ปกครองโดยใช้ ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (PHQ-A) (Post-test)
- 2.) ประเมินความเครียดผู้ปกครองด้วยแบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต (ST-20) (Post-test)
- 3.) ประเมินอาการของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ก่อนจำหน่าย
- 4.) ประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์สองขั้วกับผู้ปกครอง (Post-test)
- 5.) ประเมินผลการพยาบาลและสรุปแนวทางการรักษาร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 ได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคอารมณ์สองขั้วในระยะเมเนีย

4.3.2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์

สองขั้ว

5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

5.1.1 ได้รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ระยะเมเนีย ในวัยรุ่น

5.1.2 ผู้ปกครองมีระดับคะแนนความเครียดลดลง

5.2 เชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

5.2.2 ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ปกครองมีทักษะในการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะเมเนียได้

6.2 ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในสังคมตามบริบทที่อยู่ป่วยอาศัยอยู่ได้

6.3 พยาบาลมีแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะเมเนีย

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพวิตกกังวล ไม่มั่นใจในตัวเอง พูดน้อย แยกตัว ตอบไม่ตรงคำถาม ทำให้การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินอาการทางจิตเวช เพื่อการบำบัด ช่วยเหลือใช้เวลานาน

7.2 การประเมินและซักประวัติครอบครัว มีความซับซ้อนเนื่องจากมารดากับบิดาแยกทางกันและมีการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกัน ทำให้การประเมินต้องใช้ระยะเวลานาน

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้านการทำกิจกรรมเป็นระยะ และมีอารมณ์แปรปรวนง่าย

8.2 การให้ข้อมูลการดูแลกับผู้ปกครอง ต้องให้ข้อมูลหลายรอบเนื่องจากบิดามารดา มาเยี่ยมผู้ป่วยไม่พร้อมกัน

9) ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการติดตามต่อเนื่องหลังการจำหน่าย เพื่อติดตามอาการและให้คำปรึกษาครอบครัว

9.2 ประสานงานเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่.....

ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
-	-	-

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นางสาวกัญญารัตน์ ดาสุข

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 3268 กลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล

หน่วยงาน สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงาน การให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ปกครอง เรื่อง การสื่อสารเชิงบวกกับวัยรุ่น (Positive communication with Teenager)

2) หลักการและเหตุผล

การสื่อสาร คือ กระบวนการติดต่อสัมพันธ์ ถ่ายทอดข้อมูล ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติและค่านิยมระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ การสื่อสารที่ดีนำไปใช้ในการสอน ประชาสัมพันธ์ การให้คำปรึกษา การทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารทางบวก (positive communication) เป็นรูปแบบและเทคนิคการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ สร้างความรู้สึก ความสัมพันธ์ที่ดี เกิดความเข้าใจ จูงใจให้ร่วมมือยอมรับและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องสื่อสารกับวัยรุ่นซึ่งมักมีปัญหาในการพูดคุย สอน ตักเตือน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากสถานการณ์ปัจจุบัน การเกิดโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากเรื่องของความสัมพันธ์ในครอบครัว ขาดการสื่อสารพูดคุยที่เหมาะสม อิริคสันได้กล่าวไว้ว่าช่วงอายุที่เป็นวัยรุ่นจะมีความสับสนทางจิตใจมากกว่าวัยอื่นๆเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในด้านต่างๆอย่างมาก วัยนี้จึงมีลักษณะอารมณ์ที่มีความอ่อนไหวต่อสิ่งต่างๆ ได้ง่าย เช่น โกรธง่าย กังวลง่าย เครียดง่าย เสียใจง่าย เหตุผลเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นและพัฒนากลายเป็นโรคทางจิตเวชได้ ดังนั้นการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กและวัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครอง มีความไว้วางใจในการปรึกษาปัญหาต่างๆได้

จากการที่หอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันราชานุกูลได้เปิดบริการรับผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชเด็ก จะพบปัญหาของการสื่อสารกับผู้ปกครอง ได้แก่ การพูดเชิงลบ ขาดทักษะการฟัง การพูดโดยออกคำสั่งกับเด็ก เป็นต้น การให้บริการของหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันราชานุกูล เป็นการให้การดูแลแบบองค์รวม ซึ่งไม่ได้ดูแลแค่การเจ็บป่วยของเด็ก แต่ยังคงครอบคลุมไปถึงการดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองและการเสริมทักษะในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ปกครองมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จะทำให้อาการของโรคสามารถควบคุมได้และลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย รวมไปถึงเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้ปกครองสามารถผู้ป่วยได้ตามบริบทของสังคมที่ผู้ป่วยอยู่

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การศึกษาครั้งนี้เป็น การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล ตามรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ของแอนเดอร์สัน (Anderson et al,1980) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในเรื่องการสื่อสารเชิงบวกกับวัยรุ่น เพื่อให้ผู้ปกครองได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีคุณภาพ มีความรู้ความเข้าใจในการใช้คำพูดเชิงบวก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดอาการกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามบริบท

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty และ Reiss (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดการจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ปกครอง เรื่อง การสื่อสารเชิงบวกกับวัยรุ่น (Positive communication with Teenager) เพื่อส่งเสริมการสื่อสารระหว่างเด็กวัยรุ่นกับผู้ปกครอง ให้เกิดความเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) และ 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skill) 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson และคณะ (1980) โดยพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ผ่านกิจกรรมที่มุ่งเสริมสร้างให้วัยรุ่น และผู้ปกครองได้ปรับเปลี่ยนความคิดผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลนัดผู้ปกครองมาในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 หลังจากรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครองก่อนเริ่มกิจกรรม เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2) การพัฒนาความรู้ เรื่องการสื่อสารเชิงบวกในวัยรุ่น โดยการสนทนาเป็นรายบุคคล หรือใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมของวัยรุ่น และแนวทางการสื่อสารทางบวก โดยการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์

กิจกรรม ที่ 3) การพัฒนาทักษะจัดการกับปัญหาที่เกิดจาก การสื่อสารไม่ตรงกันระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครอง โดยผ่านกระบวนการสอนสาธิต และการแสดงบทบาทสมมติ

กิจกรรมที่ 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โดยให้ผู้ปกครองได้ฝึกการสื่อสารเชิงบวกกับวัยรุ่น ผ่านสถานการณ์จริงด้วยวิธีการ Joy section และการ Coaching จากผู้ศึกษา

กิจกรรม ที่ 5) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม เป็นการหาแหล่งประโยชน์ จากที่ต่างๆเมื่อผู้ปกครองมีปัญหาในการสื่อสารกับเด็ก ได้แก่ อินเทอร์เน็ต หน่วยงานทางสาธารณสุข เป็นต้น

เรื่องของการสื่อสารเชิงบวก ควรเป็นเรื่องที่ผู้ปกครองที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคทางจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น ได้รับความรู้เป็นพื้นฐานในทุกครั้งที่มารับบริการที่ สถานบริการสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้ในการสื่อสารกับเด็กให้เหมาะสมและจะเป็นการป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชตามมา

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากผู้ปกครองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมี ความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน การออกแบบกิจกรรมที่เป็นภาษาทางการอาจทำให้ ผู้ปกครองบางรายมีความเข้าใจ ในเนื้อหาที่คลาดเคลื่อน แนวทางแก้ไข เพิ่มข้อมูลที่เป็นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย หรือการใช้รูปภาพมาช่วยใน เรื่องการให้ความรู้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการสื่อสารเชิงบวกกับลูกวัยรุ่น

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ร้อยละ 80 ของผู้ปกครองมีความรู้ เรื่องการสื่อสารเชิงบวกผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 65
- ร้อยละ 80 ของผู้ปกครองมีทักษะ เรื่องการสื่อสารเชิงบวกผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 65