



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 ๓ 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 ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๖
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ครั้งที่ ๘๙ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวพิมพ์ไฉ่ ใจตรง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๔๘๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๒๔๘๓ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	กรณีศึกษาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โรคซึมเศร้าและสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเลี้ยงดู	การทำครอบครับบำบัดในเด็กและวัยรุ่น ที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด
๒.	นางฐิติรัตน์ แสงศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๔๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต	การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ที่มีพฤติกรรมดื่มน้ำมากผิดปกติ : กรณีศึกษา	โครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังสูงอายุ ที่มีปัญหาการกลืน
๓.	นางศิริณา จิตธรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๑๙๓๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๙๓๐ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต	ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง : กรณีศึกษา	โครงการบำบัดผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยโปรแกรม ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการแข่งขันบุคคล.....นางสาวพิมพ์ไโล ใจตรง.....

- ◆ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการแข่งขันบุคคล...พยาบาลวิชาชีพ...ระดับ..ชำนาญการ....
 ด้าน.....การพยาบาล.....ตำแหน่งเลขที่....2483.. กลุ่มงาน...การพยาบาลผู้ป่วยนอก...
 กลุ่มภารกิจการพยาบาล..... หน่วยงาน.....สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์.....
 กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง กรณีศึกษาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเลี้ยงดู

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 23 กันยายน 2565 – วันที่ 15 พฤษภาคม 2566

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

3.4 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาการเลี้ยงดู

3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น และปัญหาการเลี้ยงดู

4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

4.1 สาระสำคัญ

ผู้ป่วยเด็กหญิงชาวลาว สัญชาติไทย อายุ 12 ปี 10 เดือน ผิวสีขาวยELLOW ผอมยาวประจำสีด้า ถักเปียสองข้าง รูปร่างอ้วน แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาล มาด้วยอาการเครียด เศร้า และบ่นอยากตาย

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ถูกป้าตำหนิบ่อย ถูกครูตำหนิทำให้รู้สึกเป็นภาระ เนื่องจากเป็นลมต้องพาไปส่งโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มารดาไม่สนใจรับฟัง อยากมีคนดูแล จึงคบเพื่อนชายหลายคน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย มีปวดท้องบ่อย ตกขาวมีสีเขียว กลิ่นเหม็น รักษาที่โรงพยาบาลแม่อยู่ ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานได้รับยาปฏิชีวนะนอนโรงพยาบาล 7 วัน หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์อาการไม่ดีขึ้น ปวดท้องบ่อยถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลฟางนอนโรงพยาบาล 7 วัน ผู้ป่วยมีอาการเศร้า เครียด นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิเรียนและอยากตาย บิดามารดาแยกทางกันมาประมาณ 1 ปี เนื่องจากบิดาติดคุกคดียาเสพติด ส่วนมารดาทำงานในเมือง ผู้ป่วยอยู่กับยายตั้งแต่บิดามารดาแยกทางกัน ผู้ป่วยคิดว่าตนเองแย่ ทำอะไรให้บิดามารดาไม่ได้ เสียใจแทบทุกอย่าง ไม่มีเพื่อน มีแต่คนคอยแกล้ง ต้องการย้ายโรงเรียนใหม่ มีภาวะเครียด เอาศีรษะโขกผนัง หูแว่วเวลาอาบน้ำได้ยินเสียงคนเคาะประตูและเห็นคนเดินผ่านเป็นเงาดำทะลุกำแพง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ยาปรับประทุและแนะนำให้มารักษาทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

2 สัปดาห์ก่อนมา มารดาพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในโรงเรียนได้ถูกเพื่อนแกล้ง มีปัญหาการนอน แพทย์ปรับยาให้และนัดติดตามอาการ

1 สัปดาห์ก่อนมา อาการไม่ดีขึ้น มีปัญหาเรื่องการนอน นอนไม่หลับ นอนหลับๆ ตื่นๆ ทุกคืน ยังมีเครียด มีหูแว่วเวลาอาบน้ำได้ยินเสียงคนเคาะสังกะสี แต่ไม่มีทำร้ายตนเอง มีหงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวทางวาจา ไม่มีทำร้ายผู้อื่น ครูให้หยุดเรียน ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์โรคสมาธิสั้นตั้งแต่อายุ 10 ปี ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและไม่เคยได้รับยา ผู้ป่วยคบเพื่อนชายประมาณ 3 คนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้ติดต่อกับมารดาและบ่นว่าอยากตายบ่อย ๆ มารดาจึงพามาพบแพทย์ก่อนวันนัด CDI=44 คะแนน ข้อ 9=2 คะแนน แพทย์พิจารณาให้รักษาแบบนอนโรงพยาบาล

แรกผู้ป่วยสับสนหน้าเรียบเฉย เชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง ทำทางวิตกกังวล พูดน้อย ถามคำตอบคำ ถามตอบตรงคำถาม ยอมรับว่าตนเองเป็นโรคซึมเศร้า รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง ไม่มีความคิดหลงผิด ปฏิเสธหิวแหว่งภาพหลอนขณะชักประวัติ มีความคิดอยากตาย แต่ยังไม่ได้วางแผนและลงมือทำ ปฏิเสธประวัติ ทำร้ายตนเองในอดีต ตรวจวัดอุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/80 mmHg น้ำหนัก 69.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร รับไว้ในการดูแลของหอผู้ป่วย จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2566 ได้รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและมารดา โดยใช้กระบวนการพยาบาล มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านผู้ป่วย

1. มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
2. การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ
3. บกพร่องทักษะการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล
4. มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม
5. บกพร่องความสามารถในการเรียน เนื่องจากสมาธิสั้นและเรียนรู้ได้ต่ำกว่าวัย
6. เสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เนื่องจากการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม
7. มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาทางจิตเวช
8. เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้น้อย

ด้านครอบครัว

1. ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย
 2. ผู้ปกครองมีความเครียดในการดูแลและการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย
 3. บกพร่องสัมพันธภาพในครอบครัวและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ปัจจุบัน)

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินอาการทางจิต อารมณ์และพฤติกรรม
- 2) สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดเก็บอุปกรณ์ที่สามารถใช้เป็นอาวุธให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ
- 3) การพยาบาลรายบุคคลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางจิตเวช ได้แก่ แผนปฏิบัติการรายบุคคล (personal action plan) เพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม (problem solving) การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) การปรับพฤติกรรมผ่านการวางเงื่อนไข (operant conditioning) การเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) และเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 4) การพยาบาลรายกลุ่มโดยใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัด ได้แก่ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง (psychosupportive group) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation group) กลุ่มกิจกรรมนันทนาการ ได้แก่ กลุ่มศิลปะ วาดรูป ระบายสี ดนตรี เกมส กลุ่มออกกำลังกาย และกลุ่มสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน
- 5) ประสานทีมสหวิชาชีพตามแผนการรักษา ได้แก่ กายภาพบำบัด (physical therapy) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและการเคลื่อนไหวของร่างกาย นักจิตวิทยา (psychologist) เพื่อตรวจประเมิน IQ/WRAT ศึกษาศึกษาพิเศษ (special education) เพื่อประเมินและจัดแผนการเรียนรายบุคคล เสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ของผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ (social worker) เพื่อเตรียมครอบครัวและโรงเรียน และการประสานส่งต่อรักษาอาการทางนรีเวชแก่โรงพยาบาลทางกาย
- 6) การพยาบาลก่อนและหลังการให้ยาทางจิตเวช ยาที่ได้รับ คือ Methylphenidate (10 mg) 1 tab oral bid pc, Fluoxetine (20 mg) ½ tab oral OD pc เช้า และ Risperidone (1 mg) 1 tab oral hs.

หลังรับไว้ในการดูแล ตั้งแต่วันที่ 31 มกราคม 2566 กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (acute phase) คือ ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ระยะอาการสงบ (stabilization phase) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและการรักษา ให้ความร่วมมือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีทักษะในการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล เรียนรู้การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการรับรู้คุณค่าในตนเอง ระยะคงที่ (maintenance phase) มีเป้าหมายเสริมสร้างแรงจูงใจ มีความร่วมมือในการรักษา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พึ่งพาตนเองได้ โดยใช้กิจกรรมตามแผนการปฏิบัติรายบุคคล (Personal Action Plan) ตามการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม (problem solving) ร่วมกับการบำบัดครอบครัว (family therapy) ผู้ป่วยรายนี้รับการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 30 วัน จำหน่ายวันที่ 2 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย ผลการประเมินภาวะซึมเศร้ามีคะแนนลดลง การรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี มารดามีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยลดลง มีแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและในชุมชน ผู้ป่วยสามารถไปโรงเรียนได้ และไม่ได้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สมาธิสั้น และมีปัญหาการเลี้ยงดู ต้องอาศัยการรักษาผู้ป่วยร่วมกับการให้การบำบัดครอบครัว จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 การเตรียมการ

- 1) คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- 2) ศึกษาแฟ้มประวัติของกรณีศึกษา
- 3) แนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา
- 4) เก็บรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์ สังเกต และประเมินด้วยเครื่องมือ ได้แก่ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) แบบประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น (HoNOSCA) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) แบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem scale: SES) แบบคัดกรองการใช้กัญชา (ASSIST-Y) แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short From) สำหรับผู้ปกครอง แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Brief Family Relationship Scale: BFRS) ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง (PSI-4 SF) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

4.2.2 ขั้นตอนดำเนินงาน

1. ประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น (HoNOSCA) คัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) ประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem scale: SES) คัดกรองการใช้กัญชา (ASSIST-Y) ประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short From) ฉบับผู้ปกครอง และประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Brief Family Relationship Scale: BFRS)
2. ประเมินผู้ปกครอง ได้แก่ ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง (PSI-4 SF) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
3. วางแผนทางการพยาบาลจากปัญหาที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
5. ให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหาตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ โดยให้การบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมทั้งการทำครอบครัวบำบัดเพื่อปรับสัมพันธภาพในครอบครัว

6. ส่งต่อข้อมูลให้ทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการกลับไปสู่ชุมชน

4.2.3 ขั้นตอนและประเมินผล

1. ประเมินผู้ป่วย (Post-test) ได้แก่ คัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) ประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem scale: SES) และประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Brief Family Relationship Scale: BFRS)

2. ประเมินผู้ปกครอง (Post-test) ได้แก่ ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครอง (PSI-4 SF) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

3. ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยและติดตามคุณภาพชีวิต จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ หลังจำหน่าย 7 วัน 1 เดือน และ 3 เดือน

4.3 เป้าหมายของงาน

1. ได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเลี้ยงดู
2. เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การดูแลผู้ป่วย และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีขึ้น

5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

1. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของ ควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยมีผลการประเมินคะแนนซึมเศร้ามลดลง และมีคะแนนการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับดีขึ้น
3. ดัชนีชี้วัดความเครียดของผู้ปกครองมีคะแนนลดลง
4. มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้น

เชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน
2. ได้บททวนองค์ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
3. ได้แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเลี้ยงดู

6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเลี้ยงดู รวมถึงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ปกครอง ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านและชุมชนได้ตามศักยภาพ

7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ด้านผู้ป่วยมีลักษณะของโรคซึมเศร้าที่มีสมาธิสั้นและมีปัญหาการเลี้ยงดู ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของตนเอง ความคิด ความเข้าใจ การตัดสินใจ การจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม การจัดการอารมณ์เมื่อเผชิญกับปัญหา การเลือกใช้กลไกทางจิต (coping mechanism) ที่ไม่เหมาะสม รวมถึงความสามารถในการปรับตัวอยู่ในสังคม เนื่องจากมีความซับซ้อนของโรคทางจิตเวชและสติปัญญา

ด้านครอบครัว บิดามารดาแยกทางกัน บิดาผู้ป่วยติดคุกคดียาเสพติด มารดาเข้ามาทำงานที่ร้านอาหารในตัวเมือง มารดามีสามีใหม่ ตาและยายเป็นผู้เลี้ยงดูหลักมาประมาณ 1 ปี เลี้ยงดูแบบอิสระ ปล่อยปละละเลย ไม่มีระเบียบวินัย ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ เมื่อมีปัญหาปรึกษามารดา ไม่ได้รับความสนใจ และมารดาไม่มีเวลาให้ผู้ป่วย จึงทำให้ยากต่อการปรับสัมพันธภาพในครอบครัว

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การประเมินผู้ป่วยในระยะแรก ผู้ป่วยมีลักษณะของอาการเศร้า สบตาน้อย พุดน้อย เหม่อลอย มีสมาธิในการจดจ่อกับการบำบัดน้อย ต้องใช้เวลาในการปรับตัวเข้ากับบุคคล สถานที่ และกฎระเบียบ

การบำบัดครอบครัว มารดาให้ข้อมูลเรื่องสมาชิกในครอบครัวไม่สะดวกเข้าร่วมการบำบัดเนื่องจากต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ตาและยายไม่สะดวกเดินทางมา มารดามีแผนในการเปลี่ยนผู้ดูแลและจะย้ายผู้ป่วยมาอยู่กับญาติฝ่ายบิดา โดยจะให้ป้าที่เป็นญาติฝ่ายบิดาของผู้ป่วยดูแลต่อ ป้าไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมการทำครอบครัวบำบัดเนื่องจากต้องทำงาน จึงมีเพียงมารดาและผู้ป่วยเข้าร่วมการทำครอบครัวบำบัด

9) ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนรายอื่น เพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานมากขึ้น และพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์
2. ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาให้อาการทุเลาลง สามารถกลับสู่ชุมชนได้ แต่เนื่องจากมีความซับซ้อนของโรคและสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนั้นจึงควรเน้นให้เห็นความสำคัญของการติดตามอาการ การส่งต่อข้อมูลแก่ชุมชน และการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่
- ☒ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☐ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 100 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพิมพ์ไธ ใจตรง	100%	พิมพ์ไธ ใจตรง

ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางสาวพิมพ์ไพไล ใจตรง.....

♦ ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล...พยาบาลวิชาชีพ...ระดับ..ชำนาญการ....
 ด้าน..... การพยาบาล.....ตำแหน่งเลขที่....2483.. กลุ่มงาน...การพยาบาลผู้ป่วยนอก...
 กลุ่มภารกิจการพยาบาล..... หน่วยงาน.....สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์.....
 กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การทำครอบครัวบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

2) หลักการและเหตุผล

ปัญหาพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษาของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crimes - UNODC) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าข้อมูลด้านระบาดวิทยาปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นยังมีอยู่อย่างจำกัด ในปี 2558 พบผู้ที่ถูกจับกุมด้วยข้อหาขายสารเสพติดเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ร้อยละ 3 ส่วนในประเทศไทย ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ศึกษาการใช้สารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษา ปีพ.ศ. 2564-2565 พบว่า ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ เด็กและเยาวชนอายุ 15-19 ปี สารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือบุหรี่ร้อยละ 27.1 กัญชาร้อยละ 6.3 และสารระเหยร้อยละ 5.8 จากสถิติข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ ในปี 2563-2565 พบผู้ป่วยมีประวัติการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 17.39, 17.50 และ 28.95 ตามลำดับ ชนิดสารเสพติดที่พบ ได้แก่ บุหรี่ สุรา ยาบ้า กัญชา กระท่อม และ LEAN สารเหตุส่วนใหญ่ที่ใช้ พบว่าเพื่อนชวนและอยากทดลองใช้

ในช่วงวัยรุ่นนั้นเป็นช่วงที่สำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เนื่องจากสมองยังอยู่ในช่วงที่กำลังพัฒนาเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลง มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทดลองเสพยาหลายประการ เช่น โอกาสเข้าถึงได้ง่ายในชุมชนและโรงเรียน สภาพแวดล้อมในครอบครัว เช่น การใช้ความรุนแรง การทารุณกรรมทั้งร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยทางจิตเวช การใช้ยาเสพติดในครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อวัยรุ่น มีหลักฐานการวิจัยอย่างชัดเจนว่า ครอบครัวบำบัดสามารถช่วยครอบครัวที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดหรือใช้สารเสพติดอื่นๆ ได้ ครอบครัวบำบัดเป็นการบำบัดทางจิตวิทยารูปแบบหนึ่งเพื่อลดความทุกข์และความขัดแย้งด้วยการพัฒนาระบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ผู้ศึกษามีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการทำครอบครัวบำบัดสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จึงได้ประยุกต์ใช้จากองค์ความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรครอบครัวบำบัดของ UNODC โดยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ และเผยแพร่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ครอบครัวบำบัดเกิดขึ้นมากกว่า 70 ปีและมีรูปแบบต่างๆ ครอบครัวบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดใช้สารเสพติดและการลดการกระทำผิดกฎหมาย องค์ประกอบทั่วไปของครอบครัวบำบัด ได้แก่ เทคนิคการมีส่วนร่วมของครอบครัว การวางกรอบความสัมพันธ์ใหม่ การสอนทักษะครอบครัว และการใช้ครอบครัวเป็นรางวัล พบได้

ในงานวิจัย เช่น Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA), Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Functional Family Therapy (FFT), Multidimensional Family Therapy (MDFT) และ Multisystemic Family Therapy (MST) เป็นต้น ครอบครัวบำบัดเป็นวิธีที่ได้รับการรับรองมาตรฐานนานาชาติ ดังนั้น UNODC พร้อมด้วยความร่วมมือจาก WHO จึงได้พัฒนา UNFT ขึ้นมาให้เป็นวิธีการแบบครอบครัวบำบัดที่มีการวิจัยรองรับและเน้นทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

แนวความคิด

ทฤษฎีครอบครัวบำบัด ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีครอบครัว จากแนวคิดนี้การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้รับอิทธิพลมาจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ภายในระบบครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวต่างมีอิทธิพลต่อกัน 2) ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา ทฤษฎีนี้เน้นที่การเชื่อมต่อกันระหว่างคนหลายคนและระบบสังคมที่ส่งผลต่อครอบครัว จึงต้องคำนึงถึงตำแหน่งของสมาชิกในครอบครัวภายในระบบ 3) ทฤษฎีการสร้างสังคม ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การรับรู้ความเป็นจริงถูกกำหนดโดยประสบการณ์และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การปรับมุมมองสามารถแก้ไขและเปลี่ยนแปลงได้ 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ถือว่า คนเรียนรู้จากกันและกันด้วยการสังเกต การเลียนแบบ และการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง 5) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมทั้งหมดเกิดขึ้นจากการกำหนดเงื่อนไข เช่น รางวัลหรือการลงโทษ

กลยุทธ์ของการทำครอบครัวบำบัด ได้แก่ 1) Reframes 2) Relational reframes 3) Perspective taking 4) Relational questions 5) Going with resistance

กิจกรรมครอบครัวบำบัดของ UNODC

ระยะที่ 1 Engagement การเข้าร่วมการบำบัด ประกอบด้วย การยอมรับ ให้กำลังใจ ผู้บำบัดจะมองสมาชิกครอบครัวแต่ละคนว่าเป็นคนที่มีคุณค่าในตนเอง และกระตุ้นให้เกิดความหวัง

ระยะที่ 2 Family Assessment การประเมินครอบครัว โครงสร้าง/ลำดับขั้นของการมีอำนาจ กฎของครอบครัว บทบาท การปฏิสัมพันธ์ สิ่งเสริมแรง จุดอ่อนและจุดแข็ง และทำแผนภูมิครอบครัว

ระยะที่ 3 Create motivation to change การเพิ่มแรงจูงใจ ผู้บำบัดจะพยายามกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวเกิดความหวังและแรงจูงใจเพื่อที่จะได้ร่วมมือกันและมองโลกตามความเป็นจริง

ระยะที่ 4 Primary family therapy interventions การจัดการกับปัญหาสำคัญของครอบครัว การตั้งใจฟังเพื่อทำความเข้าใจครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านมุมมองเชิงความสัมพันธ์ การสร้างบริบทของการบำบัด การปรับมุมมองต่อความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดมุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับครอบครัว และเป้าหมายต่างๆ ที่ต้องให้ความสำคัญในการรักษา เป้าหมาย คือ การส่งเสริมให้นำทักษะที่ได้ฝึกฝนระหว่างการบำบัดไปใช้ในชีวิตประจำวัน สมาชิกแต่ละคนเป็นผู้มีส่วนสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลง งานที่เตรียมไว้ให้จะขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว เป็นการฝึกใช้ทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ให้สมาชิกในครอบครัวชมกันและกันวันละสองครั้ง เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการหยุดวงจรของการมองกันในเชิงลบ นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและเป็นธรรมชาติได้

โปรแกรมครอบครัวบำบัดในขั้นแรกจะเริ่มจากการประเมิน ติดตามลำดับของพฤติกรรมในครอบครัว เพื่อให้มองเห็นวงจรที่ครอบครัวปฏิบัติซ้ำๆ และส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่นที่แสดงออกมา เช่น การใช้สารเสพติด การหนีเรียน การชกต่อยในโรงเรียน การทำผิดกฎหมาย เป็นต้น ปัญหาส่วนใหญ่อาจจัดการไม่ได้โดยง่าย การให้เวลาเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวหันหน้าเข้าหากัน รับฟังเพื่อให้เข้าใจ และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเริ่มมองเห็นเจตนาที่ดีภายใต้คำพูดดูเฉยๆ การช่วยให้ครอบครัวไปถึงจุดที่สามารถมองเห็นความเจ็บปวด ความกลัว ความหวัง ความโดดเดี่ยว หรือการถูกปฏิเสธซึ่งเป็นความรู้สึกประสาบที่ซ่อนภายใต้ความโกรธนั้น การบำบัดสามารถช่วยให้ครอบครัวก้าวไปอยู่ในจุดที่สมาชิกเริ่มรับฟังกันและกัน และเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดสอนครอบครัวเรื่องของการขั้นตอนการแก้ไขปัญหาอย่างง่าย (Problem Solving) และนำวิธีการแก้ปัญหานั้นมาใช้กับปัญหาที่ครอบครัวต้องเผชิญอยู่ การสอนทักษะการปฏิเสธแอลกอฮอล์และสารเสพติด

ติดโดยการฝึกอบรมทบทวน การทำสัญญาเพื่อหยุดวงจรพฤติกรรมเชิงลบ และการใช้สิ่งเสริมแรงเพื่อให้รางวัลพฤติกรรมที่ดี

ระยะที่ 5 Termination การยุติการบำบัดเมื่อครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอ

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบการทำครอบครัวบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดโดยใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องชัดเจน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจนำแนวคิดทฤษฎีครอบครัวบำบัดของ UNODC มาประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อประเมินครอบครัว ทำความเข้าใจโครงสร้างของครอบครัว ปรับสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารในครอบครัว เข้าใจปัญหา หาทางช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และลดการกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาล

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. สมาชิกในครอบครัวแยกกันอยู่ ไม่สะดวกเข้าร่วมการบำบัด การเดินทางลำบาก ปัญหาทางเศรษฐกิจ ผู้บำบัดจะต้องมีการประสานงานและหาแนวทางร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยอาจจะเสนอแนวทางการทำครอบครัวบำบัดแบบออนไลน์กรณีที่มีความจำเป็นและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. สมาชิกในครอบครัวขัดแย้ง การโต้เถียง การไม่ยอมรับพฤติกรรมของตน ผู้บำบัดจะต้องเป็นผู้หยุดยั้งการโต้เถียงโดยใช้ท่าทางหรือการใช้เสียง ให้แต่ละคนพูดกับผู้บำบัดเท่านั้น หรือใช้วิธีการส่งบอลเพื่อกำหนดผู้พูด เน้นย้ำเรื่องกฎ กติกาขณะเข้าร่วมการบำบัด การขอเวลานอกหรือการหยุดพักเมื่อมีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรง หรือการชะลอความโกรธด้วยกิจกรรมจินตนาการ เช่น ขอให้หลับตา หายใจเข้าลึกๆ และจินตนาการ รูปปั้นของตนเองและครอบครัวในขณะนี้ แต่ละคนแสดงท่าทางอย่างไร รู้สึกอย่างไร และอยากให้เป็นอย่างใด โดยให้แต่ละคนอธิบายสิ่งที่เห็นและเน้นสิ่งที่ต้องการของรูปปั้นและครอบครัว เพื่อลดอารมณ์โกรธและฉุนเฉียวลง

4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

เสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีการปรับสัมพันธ์ภาพ การปรับมุมมองต่อสมาชิกในครอบครัว และมีการสื่อสารในครอบครัวอย่างเหมาะสม

4.2 ประโยชน์ต่อบุคลากรและองค์กร

4.2.1 มีการทำกลุ่มครอบครัวบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ

4.2.2 สามารถวางแผนการทำครอบครัวบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาลซ้ำ

4.2.3 บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในการทำกลุ่มครอบครัวบำบัดในเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น

5.2 ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาค้ำ ในระยะเวลา 3 เดือน